

**UNIVERSIDAD LATINA**

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U. N. A. M.

PROPUESTA DE REESTRUCTURACION
ADMINISTRATIVA DE UN HOSPITAL
GENERAL DE ZONA DEL I. M. S. S.

SEMINARIO DE INVESTIGACION ADMINISTRATIVA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ADMINISTRACION

P R E S E N T A:

Antonio Cruz Saucedo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

CONTENIDO	PAG
INTRODUCCION	1
1.- ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SECTOR SALUD.	3
1.1. Hospital Real Humana.	4
1.2. D.I.F.	7
1.3. I.S.S.S.T.E.	10
1.4. I.M.S.S.	13
1.5. Servicio Médicos del D.D.P.	19
1.6. Secretaría de Salud.	23
2.- SEGURIDAD SOCIAL.	32
2.1. Concepto.	33
2.2. Objetivo.	33
2.3. Derecho Humano a la Salud.	37
2.4. Asistencia Médica.	38
2.5. La protección de los medios de subsistencia.	39
2.6. Los Servicios sociales para el bienestar individual colectivo.	39
2.7. La Seguridad Social.	42
3.- EL PROCESO ADMINISTRATIVO.	44
3.1. Planeación.	46
3.2. Organización.	48
3.3. Integración.	53
3.4. Dirección.	55

3.5. Control.	59
4.- ESTRUCTURA ORGANICA DE UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA.	61
4.1. Organograma.	68
4.2. Cuerpo de gobierno.	77
4.3. Función de la junta de gobierno.	82
4.4. Funciones principales de los miembros que integran la junta de gobierno.	85
5.- PROBLEMATICA ADMINISTRATIVA.	106
5.1. Problemas de Recursos Humanos.	112
5.2. Problemas de Recursos Materiales.	126
5.3. Problemas de Recursos Económicos.	138
6.- PREGUNTAS DE REORGANIZACION	152
6.1. Soluciones a los Recursos Humanos.	152
6.2. Soluciones a los Recursos Materiales.	166
6.3. Soluciones a los Recursos Económicos.	171
CONCLUSION.	184
BIBLIOGRAFIA.	187

INTRODUCCION .

El presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer la importancia que ha tenido desde la época de la Colonia el poder contar con un servicio médico adecuado para todo el ciudadano.

Como se han ido formando los diferentes organismos para satisfacer las necesidades de una población que crece en forma desmesurada, enfrentando fuertes problemas para encontrar una atención hospitalaria que vaya acorde a su naturaleza humana.

En que consiste la seguridad social y cuales son los fines que persigue, para poder ayudar a la población en conservar su salud y a qué organismos les compete, el dar apoyo a que se cumpla con los fines por los que han sido creados.

Conocer en forma muy generalizada las principales actividades que se llevan a cabo dentro de un hospital, su organograma las funciones de los jefes de los departamentos.

Cuales son los problemas con los que se enfrenta la administración, clasificándolos en tres grupos, que son los recursos económicos, los humanos, los materiales y lo más importante es el dar proposiciones para una reestructuración administrativa.

Todas las propuestas que se dan, no buscan afectar el servicio de la atención médica mediante la eliminación de gastos escatimando los materiales y medicamentos, sino el concienti-

zar a todos los trabajadores tanto del más alto nivel jerárquico como el de la categoría más baja.

El objetivo de este trabajo es la de buscar mejorar el servicio mediante el aprovechamiento de todos y cada uno de los recursos con que se cuenta en un Hospital.

Sabemos perfectamente que contamos con muy buenos elementos, con gran capacidad creativa y entusiasmo, y por que no - aprovecharlos.

Espero que este trabajo despierte curiosidad simplemente por su título y que al hojear sus páginas encuentran algo que les pueda ser útil, para aplicarlas en sus labores.

1.- ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SECTOR SALUD.

En los años de 1576 y 1577 durante el virreinato de la --- Nueva España se dieron grandes calamidades públicas dejando - una estela de muerte y desolación entre los nativos del país, no se tiene ninguna idea de donde se dio origen a las epidemias.

Los españoles ante estas circunstancias se vieron obligados por dos razones que fueron.

La primera, el buscar combatir las epidemias evitando que pudieran ser contagiados.

La segunda, la constante pérdida de esclavos los obligaría a tener que trabajar en las labores pesadas.

Fue entonces cuando vieron la necesidad de proteger a los indígenas empezando a organizar pequeños hospitales.

Notables son las constituciones de los hospitales, porque ellos vinieron a unificar el pensamiento de la fraternidad, - de la unión de los trabajadores con la finalidad de ayudar a sus semejantes que están en desgracia.

Los primeros hospitales contaban de una casa o edificio - común para los enfermos y para los directivos de la agrupación, de casas particulares para los congregados, cuyas casas se llamaban familiares porque en ellas vivían todos los miembros de una familia, y estas habitaciones, llamadas familias, tenían siempre un corto terreno anexo para huerta o jardín y finalmente, de estancias de campo o familias rústicas que ---

constituían el capital de la congregación para siembras y ganadería. La casa central se fabricaba por cuenta de los asociados, contribuyendo ellos con su trabajo y tomando los fondos para compra de material y otros gastos que se necesitaron del remanente de los productos comunes.

El edificio contaba con su patio cuadrado; en uno de sus costados estaba la gran sala o enfermería de los aislados que no tuvieran alguna enfermedad contagiosa; en el costado de enfrente los enfermos contagiosos, en los otros dos lados del patio uno se designaba para el mayordomo o administrador y otro a la del dispensario, en el centro había una ermita con un altar abierto por los dos lados para que al decir la misa pudieran verla los enfermos de ambas salas.

El hospital tenía como directores al rector, que era nombrado por el obispo, y al principal y los regidores, que eran nombrados por los jefes ó padres de todas las familias.

Para sostener el hospital todos los familiares trabajaban, aún los niños, cultivando, en la agricultura, ellos mismos se encargaban de la limpieza y del mantenimiento del edificio.

1.1. Hospital Real Humana.

José María de la Fuente en las notas históricas señala que no existen datos ni documentos algunos que nos ilustren para poder determinar la fecha en que se fundó el Hospital Real de los indios de la Ciudad de México, pues todo cuanto hasta hoy se ha escrito sobre este particular, solo se basa en simples influencias y no en ningún documento serio que lo acredite.

Existen razones para creer que el Hospital Real fué fundado por Hernán Cortés para que en él se curaran los indios que en gran número, fueron atacados de la terrible epidemia que se desarrolló en México pocos días después de consumada la conquista, y después de ella no quedó permanente sino que solo se utilizaba en tiempos de epidemias que con tanta frecuen

cia se desarrollaban entre los indios en los primeros años — que siguieron a la conquista.

Don Vasco de Quiroga aprovechó el Hospital de los indios de México trasladando a él a sus enfermos con sus camas, muebles y demás pertenencias y hasta los enfermeros y servidumbres, haciendo que funcionaran ya en forma más permanente.

Hacia 1531 los franciscanos de la Ciudad de México, entre los que se encontraba Fray Pedro de Cante, fundaron un hospital para indios titulado Sanct Joseph. Se ignora la vida del hospital en esa época tal vez se tratase de una institución surgida con motivo de la epidemia de sarampión que tuvo lugar en el mismo año.

Las autoridades hicieron esfuerzos para construir hospitales.

El hospital de San José fundado por Hernán Cortés en 1523, el hospital de la Santísima hacia el año de 1536, establecido por las autoridades de la ciudad para que se diera servicio a los pobres, el Hospital Real de Indios o también llamado Hospital Real de Naturales (Hospital Real Humana) es fundado por el Virrey Luis de Velasco y su construcción se inició en 1531 y se terminó en 1534.

A este hospital se le agregó más tarde la Escuela Real de Cirugía establecida en 1770 por decreto real de Carlos III.

Fray Pedro de Cante aparte de haber sido el promotor de la escuela para indígenas denominada de San Juan de Letran fue el principal gestor de la institución que nos ocupa, nos habla de la magnitud del Hospital Real de Naturales al mencionar que en la enfermería se llegaban a contar hasta trescientos y cuatrocientos enfermos, al igual que habla de la importancia de contar con una buena administración, siendo su idea en forma general como sigue.

El hospital que atiende a los indígenas ha nacido y de ahora en adelante la lucha será por su preservación y mejoramiento. Su crecimiento y desarrollo dependerán del sistema de ad-

ministración y de los responsables que lo administran.

Es conveniente reconocer que es todo un proceso de gestión y desarrollo, además a pesar de que no se tiene consignada alguna epidemia en tal momento, deben tomarse en consideración las condiciones de salud en que vivía la población, maltratada por las guerras, flagelada por el constante maltrato de los conquistadores y diezmada por las enfermedades.

En este momento se llega a la etapa de conciliación del hospital y es el momento en el que, por mandato real, el Estado se hizo cargo de él y promulgó y vigiló las leyes y normas que habrían de mantenerlo.

El antecedente de mayor importancia es la primera ley en la que se establecieron las necesidades de fundar hospitales en todos los pueblos de españoles e indios de 1541 y que aparece en el momento en que más falta hacía.

En 1553 al año siguiente de la carta de Fray Pedro de Gante, se expide la ley de la fundación del hospital y se inicia la responsabilidad del Estado haciéndose cargo de él.

Cédulas reales posteriores aminorarán la existencia y el funcionamiento del ahora si Hospital Real de Naturales que, en virtud de dicho patronato real deberá vigilarse y administrarse bajo las condiciones específicas que marque el gobierno.

Para que la institución tuviera mayor categoría y fuese una obra firme, el rey la colocó bajo su real patronato, y ordenó al presidente y a los oidores de la Audiencia Real de la Nueva España que hicieran las ordenanzas por las cuales deberían regirse los hospitales, que cuiden de su cumplimiento y envíen un traslado de ellas al Consejo Real de las Indias, para que los confirmase o surtieran lo que más necesiten.

Cuando el Hospital Real de Naturales es constituido para ayudar a los indios de la región a conservar su salud, sin tener que existir una epidemia para que fuera necesario el establecimiento provisional de hospitales, es por esto que le dieron el nombre de Hospital Real Humana.

Cuando el gobierno apoya la construcción de los hospitales mediante la creación de patronatos designados exclusivamente para estos, legalizándose así que el servicio de salud sea proporcionado a toda la población no importando la clase social a la que pertenezcan.

1.2. D.I.F.

Esta institución empieza a gestarse desde la época de la colonia donde existían niños desamparados, huérfanos de padre y madre, hijos de madres solteras.

Estos niños crecían en ambientes desolados y en la más triste de las miserias, teniendo graves problemas de alimentación, salud, vestido y de un lugar donde dormir.

Al llegar estos niños a una mayor edad muy pocos lograban integrarse a la sociedad, la mayor parte de ellos se convertían en una lacra para la sociedad siendo un tremendo problema para la comunidad ya que no producían ningún beneficio a la sociedad.

El gobierno ante esas dificultades comienza a poner interés, buscando la forma más conveniente para ayudar a los infantes abandonados para que en un futuro se integren a la sociedad productiva.

Estando como presidente de la república el Licenciado Emilio Portes Gil es creada la Asociación Nacional de Protección a la infancia el 24 de enero de 1929.

Esta organización contaría con instalaciones en donde albergaría a niños que encontraban abandonados o que sus madres fallecían al momento de dar a luz sin que nadie se pudiera hacer cargo de ellos, aquí se les proporcionaría alimentos, ropa, hospedaje y les impartían varios oficios para que eligieran el que más les gustara.

El gobierno absorbía la mayor parte de los gastos que se

generaban por el sostenimiento, aunque recibían ayuda de particulares.

Estos establecimientos eran mejor conocidos por el nombre de Hospicios, Morferinatos o casas de albergue.

El 31 de enero de 1961 cambió su nombre de Asociación Nacional de Protección a la Infancia por el de Instituto Nacional para la Protección de la Infancia (INPI), estando como presidente de la república el Licenciado Adolfo López Mateos, quedando como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio.

El 4 de octubre de 1974 se reestructuro el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, a partir de este momento ya no solamente se dedica al amparo de los niños abandonados o huérfanos sino que comienza a brindar asistencia médico social para los hijos de familias con bajos recursos económicos

El 31 de diciembre de 1975 nuevamente se reestructura, cambia su nombre de INPI, por el de Instituto Mexicano de Protección a la Infancia y de la Familia.

Ya en este momento no solamente atiende a los niños sino también a toda la familia.

En el sexenio del Licenciado José López Portillo y Pacheco se unifican, al Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) y el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia y de la Familia (IMPI) ya que estos organismos trabajaban en forma independiente aunque tenían en común funciones muy idénticas, dando origen al nacimiento del organismo denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, (DIF)..

En el actual gobierno del Licenciado Miguel de la Madrid Hurtado, está a cargo del patronato de esta institución la Señora Paloma C. de la Madrid, se deja atrás el viejo concepto de caridad reemplazando con el de asistencia social, ya que ésta es una condición indispensable para el desenvolvimiento sano y equilibrado de la nación.

Con el fin de garantizar la eficiencia y la continuidad de la acción del sistema DIF, el 31 de agosto de 1983 fueron establecidos los nueve programas de trabajo a través de los cuales presta sus servicios siendo estos programas los siguientes.

- 1.2.1. Programa de Integración Social y Familiar.
Consolidar la Familia, célula básica de la sociedad.
- 1.2.2. Programa de Asistencia Social a Desamparados.
Proteger a quienes los requieren; restablecer los valores humanos de solidaridad y respeto.
- 1.2.3. Programa de Asistencia Educacional.
Ofrecer educación a quienes no cuentan con ella.
- 1.2.4. Programa de Rehabilitación.
Armonizar al minusvalido con su medio social.
- 1.2.5. Programa de Asistencia Social Alimentaria.
Impulsar la orientación y autosuficiencia alimentaria de la población marginada.
- 1.2.6. Programas de Promoción del Desarrollo Comunitario.
Promover la participación organizada de la población para mejorar su nivel de bienestar.
- 1.2.7. Programa de Asistencia Jurídica.
Asegurar el cumplimiento de la ley y el respeto a las garantías de los desamparados.
- 1.2.8. Programa de Desarrollo Cívico, Artístico y Cultural.
Promover la identificación de valores nacionales para fortalecer la conciencia cívica de la población.
- 1.2.9. Programa de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos e Investigación.
Asistencia Social, una carrera trascendente, un amplio campo de estudio científico.

Se establece el criterio de servir con lo más necesario a quienes más lo necesitan.

Esto significa iniciar un esfuerzo permanente en las zonas marginadas rurales y urbanas, a quienes residan en ellas llevando los servicios asistenciales que mejor contribuyan a la satisfacción de las necesidades básicas fundamentales.

Al trabajar para la población no incorporada a los sistemas de seguridad social a la que la marginación coloca en situación crítica, apoyando así al Gobierno de la República de avanzar hacia una sociedad igualitaria.

1.3. I.S.S.S.T.E.

Organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado en virtud de la Ley publicada en el Diario Oficial el 31 de diciembre de 1959 y modificada, para crear el fondo de la vivienda operado por el Instituto, el 28 de diciembre de 1972. Esta reforma fue precedida por la del inciso f de la fracción XI que habla de darles a los trabajadores habitaciones baratas vendiéndoselas o en arrendamiento, y la del segundo párrafo de la fracción XIII que se refiera a que tendrán una los especial los marinos, militares al personal de servicio exterior, y al cuerpo de seguridad pública, - ambas fracciones corresponden al artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su apartado B, promulgada el 10 de noviembre anterior. Tuvo como antecedente la Dirección de Pensiones Cíviles, establecida el 12 de agosto de 1925, que sólo proporcionaba a los empleados públicos la jubilación, los protegía durante la vejez y les otorgaba préstamos a corto plazo e hipotecarios.

El 6 de septiembre de 1929 se modificó ese precepto, obligándose el gobierno a expedir la Ley del Seguro Social. El 27 de septiembre de 1938 el presidente Lázaro Cárdenas puso en -

vigor el Estatuto Jurídico que rige las relaciones entre los poderes de la unión y los gobernantes del Distrito y Territorios Federales con sus trabajadores, modificando el 17 de abril de 1941 y elevando a la categoría de norma constitucional el 21 de noviembre de 1962, por el presidente Adolfo López Mateos al incorporarlo como apartado B del artículo 123.

Las personas protegidas por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado comprenden:

- 1.3.1. A los trabajadores al servicio de la Federación, del Departamento del Distrito Federal, mediante los convenios concertados con los gobiernos locales, el Instituto protege a los trabajadores al servicio de las Entidades Federativas, (el personal de la Secretaría de la Defensa y el de carácter militar de la Secretaría de Marina, se rigen por la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas armadas, publicada en el Diario Oficial el 30 de diciembre de 1961, y por los decretos que crearon las direcciones generales de seguridad social Militar y de la Armada, del 26 de abril y del 18 de septiembre de 1962, respectivamente, el presidente de la república recibirá la atención médica en el hospital militar ya que es el jefe supremo de las fuerzas armadas.
- 1.3.2. A los Trabajadores de los organismos públicos que por ley o por acuerdo se incorporen.
- 1.3.3. A los pensionistas de las entidades y organismos públicos.
- 1.3.4. A los familiares derechohabientes, tanto de los trabajadores como pensionistas; esposa o compañera, hijos menores de 16 años y a los padres del trabajador o del pensionista.

El financiamiento de las prestaciones a cargo del Instituto procede de las cuotas y las aportaciones establecidas en -

relación porcentual con el sueldo básico de los trabajadores, otra parte las pondrán los organismos que tienen asegurados a los trabajadores.

La actividad del Instituto, en cuanto a beneficios, se desenvuelve en tres campos; los servicios médicos, las obligaciones económicas y las prestaciones sociales.

Los servicios médicos garantizan a los derechohabientes la protección en los seguros de enfermedades no profesionales, de maternidad y de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, incluyendo los servicios de reeducación y readaptación de inválidos, las campañas de medicina preventiva y el fomento de la investigación médica y de la función docente para elevar el nivel profesional, técnico y administrativo del Instituto en este campo.

Entre los beneficios de carácter económico que el Instituto está obligado a proporcionar a los derechohabientes destacan las pensiones, los préstamos hipotecarios y los préstamos a corto plazo, independientemente de los subsidios por incapacidad temporal, las ayudas para gastos de funeral y las indemnizaciones globales.

Las prestaciones sociales que representan una relevante manifestación de las actividades tutelares del Instituto, por cuanto que fundamentalmente tienen como propósito la elevación de los niveles de vida de los trabajadores y de sus familias, se han venido otorgando mediante el establecimiento de tiendas, guarderías, unidades de habitación y velatorios.

El I.S.S.S.T.E. ha participado en las reuniones de las comisiones regionales americanas que organizaban la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y la Asociación Internacional de Seguro Social. En noviembre de 1972 una delegación asistió a la III reunión de medicina de la seguridad social en la ciudad de Panamá.

1.4. I.M.S.S.

La vida independiente de México debió iniciarse bajo el — signo propuesto por José María Morelos en los Sentimientos de la Nación, con la búsqueda de una nación socialmente justa en la cual fueron moderadas tanto la pobreza como la riqueza, ideario que se refrendó en la Constitución de Apatzingán de 1814 y en cuyo artículo 25 se aludía al derecho popular a una seguridad garantizada por los gobernantes.

Los únicos antecedentes verdaderos de la legislación moderna sobre su aseguramiento de los obreros y sus familiares con respecto a los riesgos propios de su trabajo, se encuentran durante el primer decenio de este siglo, hacia los últimos — años del gobierno del general Díaz, en dos disposiciones aprobadas por sendas legislaturas estatales y decretadas por los gobernantes locales; la ley de Accidentes de trabajo del Estado de México, expedida en Toluca por José Vicente Villada el 30 de abril de 1904, y la ley Sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de Abril de 1906 por el gobernador de la entidad, el célebre militar, político y escritor jalisciense Bernardo Reyes, alguna vez Secretario de Guerra, actualmente se le da el nombre de Secretaría de la Defensa Nacional y encabeza uno de los movimientos más importantes para buscar la sucesión pacífica y natural de don Porfirio. La importancia de los dos ordenamientos legales radicaba en el hecho de que reconocían por primera vez en el país la obligación para los empresarios de atender a los empleados de sus negociaciones en caso de enfermedades, accidentes o muerte derivados en cumplimiento de sus labores.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como es bien sabido fue promulgada el 5 de febrero de 1917 y entró en vigor el 1^o de mayo siguiente, día en que se instaló el Congreso Constitucional para cuyas elecciones se convocó — entonces.

La gran preocupación del presidente Alvaro Obregón fue -- crear un instrumento de seguridad social para los trabajadores pues al inaugurar las sesiones extraordinarias del Congreso el 7 de febrero de 1924, en el cual se habló sobre el seguro obrero que es una medida de protección a la clase trabajadora cuya oportunidad y conveniencia nadie podrá discutir, -- pues son tan apremiantes las reivindicaciones del pensamiento y de la cultura moderna en este sentido, que cualquier gobernante que quisiera oponerse a un movimiento humanitario no solo fracasaría, sino que dejaría de cumplir con su deber.

A partir de tales convicciones, el general Obregón apresuró los trabajos para la redacción de un proyecto de ley para el aseguramiento de los trabajadores, el cual se aprobó el día 2 de julio del mismo año, pero se publica hasta el 9 de diciembre siguiente cuando apareció en el Diario Oficial de la Federación en el cual se plantea la creación de un fondo de reserva formado a partir de la contribución del 18% del salario de los obreros, que aportarían los empresarios y administraría el Estado, al tiempo que por otra parte, se acordaban los aspectos de la ayuda económica y otras prestaciones para los obreros que sufrieran accidentes, padecieran enfermedades, llegaron a la vejez, así como para los familiares de los que murieran.

Al presentar este plan el presidente de la república esperaba su análisis por parte de la opinión pública a la cual deseaba convencer de su utilidad antes de proponerlo oficialmente ante las Cámaras.

El primero de septiembre de 1925, en el informe que rindió el Poder Legislativo de la Unión, Plutarco Elías Calles se refirió al hecho de haber sido ya redactados dos proyectos de ley, uno sobre el seguro obrero por accidentes y enfermedades propias del trabajo y otro referente a la reglamentación en el Distrito Federal de las Fracciones XIV que se trata de que se responsabilizara a los empresarios de las enfermedades y --

los accidentes sufridos con motivos de ó en su ejercicio de su trabajo y la fracción XV en la cual se les obligará a los patronos a implantar medidas de seguridad, ambas fracciones pertenecen al artículo 123 constitucional.

De cualquier modo, pese a todas las dificultades que hallaba, el gobierno estaba empeñado en la creación de un seguro social.

El presidente de la república Licenciado Emilio Portes Gil mostro mucho interés en conseguir que la legislación sobre el trabajo fuera necesaria para poder emprender cualquier acción importante y duradera relativa a la materia.

Los proyectos de Portes Gil no fueron unánimemente aceptados por los senadores, y además se impugnanron duramente por el poblano José María Sánchez, quién consideraba que las Cámaras pueden, por el camino que establece la Constitución General, hacer reformas, pero el camino que establece el legislación con un Código Federal del Trabajo no es una reforma, sino alteración del Pacto Federal.

Finalmente resultaron aprobadas las reformas constitucionales aunque no en el Código de Trabajo, la Ley en que se decretó el cambio del texto de 1917 fue expedida al 31 de agosto de 1929 y publicadas en el Diario Oficial del 6 de septiembre de ese mismo año donde se determina que el Congreso de la Unión deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán entre los obreros, jornaleros, empleados, domesticos y artesanos, y de una manera general sobre todo contrato de trabajo.

Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de Invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos.

En las reformas de 1929, el régimen del presidente Pascual Ortiz Rubio agilizó la redacción del proyecto de Ley Federal del Trabajador que llevaba a cabo la Secretaría de Industria

y Comercio actualmente la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial.

Una vez terminado éste, la iniciativa de decreto correspondiente fue firmada por don Pascual y por el ministro Aarón Saenz en Palacio Nacional el 12 de marzo de 1931, y luego se remitió el 22 de mayo a la Cámara de Diputados.

El proyecto resultó aprobado el 18 de agosto y se publicó diez días después en el Diario Oficial. Más que otra cosa este ordenamiento concedía carácter oficial y garantizaba la permanencia de fórmulas laborales ya existentes y permitidas que habían mostrado su eficacia conciliadora tales como los sindicatos y las agrupaciones patronales, los contratos colectivos y las juntas de conciliación y arbitraje. Con respecto a los riesgos profesionales el nuevo ordenamiento los reiteraba como responsabilidad de los empresarios, permitiendo asegurar a sus empleados por su cuenta en instituciones privadas.

Todos los proyectos y estudios anteriores ponían de manifiesto el interés de las autoridades mexicanas por crear un seguro social en el país y a esto se añadió el hecho de que en las Resoluciones de la Primera Conferencia de los Estados Americanos miembros de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que se desarrolló en Santiago de Chile del 2 al 14 de enero de 1936, se hacía alusión a la necesidad de que se establecieran lo más pronto posible legislaciones adecuadas sobre la materia en todas las naciones signatarias de tales acuerdos.

Ante tal recomendación de tipo internacional, el Presidente de la República decidió apresurar los trabajos respectivos y así la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y los Departamentos del Trabajo, de Salubridad Pública (actualmente Secretaría del Trabajo y Previsión Social y Secretaría de Salud (respectivamente), se dedicaron con empeño a la tarea de redactar sus propios proyectos, pero parece que el único que —

llegó ante el general Cárdenas fue el que elaboró la Secretaría de Gobernación, el cual figura en una memoria de esa dependencia publicada con fecha del 26 de marzo de 1938.

El primero de septiembre, al inaugurar el período ordinario de sesiones del Congreso correspondiente a ese año de 1938, Cárdenas anunció que en fecha próxima habría de pasar el proyecto a los representantes populares para su análisis y eventual aprobación.

El ejecutivo Federal formuló un proyecto de Ley del Seguro Social, que emitirá a las Cámaras para su estudio en el actual período establecido el seguro para los riesgos más frecuentes en nuestras clases trabajadoras o económicamente débiles, como con los de enfermedades y riesgos profesionales, invalidez, maternidad y desocupación involuntaria, trazando un sistema razonable de cuotas distribuidas y fijando también un régimen democrático y expedito para el funcionamiento de la institución del Seguro Social, a cuyo cargo estará la vigencia de este importante servicio de utilidad pública.

Este proyecto fue la base principal en que se sustentó el que se elaboró cuatro años después, que consiguió el respaldo de la Cámara.

A este respecto conviene tener en cuenta que, cuando ya era presidente electo, el general Avila Camacho había expresado a García Téllez gran interés que durante su mandato se implantara en México el Seguro como parte de su política, para proteger y beneficiar a los trabajadores del país.

La Ley del Seguro Social, promulgada el 19 de enero de 1943, formaliza la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio cuyo cargo estará el de la Organización y Administración del Seguro Social, considerando este como el instrumento básico de la Seguridad Social y que se establezca como un servicio público de carácter nacional, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordena-

mientos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) desde su creación, se desconcentro para proporcionar en forma más óptima y eficiente sus servicios y prestaciones a la población derechohabiente.

La desconcentración rige no solamente en los procesos, sino en la operación y áreas de decisión; el H. Consejo Técnico autorizó a las dependencias centrales para disponer únicamente de facultades normativas y de control; corresponde a las delegaciones Institucionales la supervisión directa las tareas operativas que realizan las Unidades de Servicio.

Los Consejos Consultivos Delegacionales deciden ya el recurso de inconformidad en todas las materias y cuantías; autorizan la celebración de concenios con patronos; se han desconcentrado los procesos de contratación y pago de personal, la emisión de liquidaciones, el apoyo de organización y métodos, la auditoría a patronos, la representación legal y la defensa jurídica del Instituto, así como las funciones de abastecimiento, conservación y mantenimiento.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en su afán de mejorar la organización con la que operaban los servicios de solidaridad, unió sus esfuerzos con COPLAMAR, estableciendose un convenio a partir de el día 25 de mayo de 1979, denominado programa I.M.S.S.-COPLAMAR.

Este organismo fue establecido mediante el decreto presidencial del 21 de enero de 1977, teniendo por nombre el de Coordinación Nacional del Plan de Zonas y Grupos Marginados (COPLAMAR), entidad que por sus finalidades y su relación con campesinos, busca obtener la realización de tareas que promueven mejores condiciones de vida.

El programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, presta sus servicios a través de 2,104 Unidades Médicas Rurales y 41 Clínicas Hospitalares de Campo, estos datos son proporcionados por la Jefatura de Servicios de Planeación.

El programa I.M.S.S.- COPLAMAR, que beneficia a más de 26 entidades federativas, desarrolla actividades de penetración sanitarias por medio de brigadas móviles, que proporcionan vacunación preventiva y en las unidades médicas rurales se proporcionan servicios de consulta, atención de partos, curaciones, intervenciones quirúrgicas en algunos casos, y expediciones de recetas que son surtidas en farmacias del propio Instituto.

1.5. Servicios Médicos del D.D.F.

Al principio del siglo la ciudad de México gozaba de una típica paz provinciana. Sus servicios eran escasos, apenas si contaba con el Hospital Juárez y el recién inaugurado Hospital General que inició sus labores en 1905, también existían ya otros Hospitales como lo eran el Hospital de Jesús que fue fundado por Hernan Cortés en 1533, el Hospital de la Santísima hacia 1536, establecido por las autoridades de la ciudad para dedicarlo al cuidado de los pobres, estos Hospitales no pertenecían a los servicios médicos del D.D.F. ya que se sostenían por donativos.

Los hechos de sangre eran pocos y se limitaban principalmente a accidentes por ebriedad, asaltos, riñas, etc, los que acontecían principalmente entre las clases menesterosas, los afectados eran conducidos a la sección médica de la Comisaría.

Los casos mayores eran transferidos al Hospital Juárez, que era el único que desde la Intervención Norteamericana de 1847, atendían los hechos de sangre, como se le llamaban entonces. Pero la ciudad y el gobierno de la ciudad, carecían de servicios médicos y de Hospitales.

Es hasta el 5 de diciembre de 1909, cuando el Gobernador del Distrito Federal (actualmente Regente del Departamento del Distrito Federal), el Sr. Guillermo Landa y Escandón,

inaugura el Primer Puesto de Socorros, para atender todas las urgencias traumáticas, ubicandolo en la planta baja de la Sexta Demarcación, situado en las calles de Revillagigedo y Victoria (antiguas calles del Sapo y de las verdes respectivamente).

Como puede verse, desde un principio surgen estos servicios destinados a atender las urgencias traumáticas relacionadas con causas punibles, por lo que su relación médico legal va implicada desde un principio.

En 1911, ya en plena época revolucionaria, es designado por el presidente Francisco I. Madero, jefe de los Servicios Médicos el maestro Javier Ibarra quien denominó a éstos Cruz Verde (tomando como origen al antiguo nombre de la calle en que se instaló el primer puesto de auxilio) y quizá para diferenciarla de la Cruz Blanca, que también fue creada en el mismo año. Y con el nombre de Cruz Verde, perdurará y arraigará en el pueblo.

Poco tiempo habría de durar aquella etapa, pues en 1913, por disposición de Victoriano Huerta fue clausurado el puesto de la Cruz Verde el 14 de julio de 1913, suspendiéndose sus servicios por siete años, durante los cuales permanecieron los Servicios Médicos de Comisaría, por lo que durante esta etapa se les concedió permiso para impartir atención de urgencias a la Cruz Roja y Blanca.

En el año de 1925, siendo Oficial Mayor del Gobierno del Distrito Federal el Licenciado Vicente Lombardo Toledano, vuelve a designarse al maestro Ibarra para reiniciar los servicios proporcionados por esta institución.

Por lo la ciudad descomensuradamente crecía por lo que fue necesario, durante la gestión del Dr. Baltazar Izaguirre Rojo (1932), médico de amplios conocimientos humanitarios y ventaliteraría, crear cuatro nuevos puestos periféricos, situados el número 1 en Balbuena, el número 2 en Santa Julia, el número 3 en Mixcoac y el número cuatro en General Anaya, bajo la

Dirección del Dr. Antonio Aldama.

Fue la época de una medicina eminentemente clínica y grandes cirujanos que se destacaban por su habilidad quirúrgica; de aquellos puestos de socorro, cuyos médicos procedían casi todos del Hospital Juárez, nace la escuela de traumatología, eran épocas de ansia de aprendizaje, guardías de 24 horas, - plicitos por los pacientes entre los ambulantes de las Cruces Roja y Verde por ver quién ganaba al lesionado; época en que se pagaba \$10.00 a los ambulantes porque llevaran a los accidentados a sus puestos, para no quedarse una guardia sin operar.

Con la creación del Hospital Rubén Leñero (1943), los Servicios Médicos de la Cruz Verde van modificando radicalmente, al contar con un Hospital propio y al que se concentran todos los pacientes que no pueden ser atendidos en los puestos periféricos, creando una escuela de traumatología propia.

Para la ciudad de México no se detiene con su imperativo - de dolor y salud, planea satisfacer nuevas exigencias, por lo que en la época del Licenciado Ernesto P. Uruchurtu como Regente de la ciudad, y los doctores Julián Garza Tijerina y - Guillermo Solórzano, como jefe de los Servicios Médicos, va a transformarse radicalmente.

Ya no será más la Cruz Verde, ni los servicios de Policía, sino tendrán una amplia repercusión social al incrementarlos con la creación de los Hospitales Infantiles y otros servicios sociales.

Se modifican los servicios médicos penitenciarios, creando se los Hospitales de Lecumberri, de Santa Marta Acatitla, y - de la cárcel de mujeres. De esta manera, los procesos no tendrán que ser trasladados a otros hospitales.

Cada gobierno, cada sexenio, va ampliándolos y poniendo su sello personal, siempre en ascenso. Los servicios dejan de - ser propios de la ciudad. El Estado de México los invade, - pues de todos los sitios periféricos se envían al Distrito Fe

deral los pacientes.

La Cruz Roja cada vez más limitada, traslada el exceso de enfermos a los nosocomios de la Cruz Verde, y el prestigio alcanzado, hace que desde lejanos puntos de provincia vengan pacientes a estos hospitales, en especial los quemados y traumatizados de crancos.

Los servicios de medicina social fundan consultorios de urgencias diseminados por todas partes, así como múltiples departamentos de proyección a la comunidad.

En fin en conjunto, los servicios médicos se han incrementado y ocupado en general la atención que prestaba solamente la Secretaría de Salubridad y Asistencia (actualmente la Secretaría de Salud), reforzándola y apoyándola.

Cuando se inaugura el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, los hospitales de los servicios médicos sufren una gran pérdida de su personal, pues la mayoría de sus médicos y enfermeras pasan a laborar en sus hospitales, en especial al de traumatología.

Se crea nuevamente la Escuela de Enfermería en el hospital Rubén Leñero, bajo la dirección del Dr. José Gómez García, se funda la Sociedad Mexicana de Traumatología y la Asociación Mexicana de Medicina Legal. El prestigio de estos hospitales lleva a los médicos del Rubén Leñero a cubrir los servicios de la Plaza de Toros y El torero, bajo la dirección de los doctores Morales Ortiz y Herrera Franyuti, y se presta amplia ayuda al Sanatorio de los Toreros (hoy desaparecido, actualmente existe el Hospital San Hipolito ubicado en la calle de Guanajuato No. 94 colonia Roma), se cubren los servicios de Box del Estado de México, a cargo del Dr. Alfonso Herrera Franyuti.

La experiencia médica de los servicios médicos en su lucha por perpetuarse ha ido quedando impresa a lo largo de su existencia en las diferentes publicaciones periódicas, que con diferentes nombres se han venido publicando.

A partir de la Revista de Traumatología de la Cruz Verde, cuyo primer número apareció en septiembre de 1936, bajo la dirección del Dr. Rubén Leñero. El Boletín médico, del puesto de socorros No. 2 (1947), traumatología (1948).

Son ya más de 70 años que los servicios médicos han estado abiertos a la esperanza del pueblo que sufre, a las clases me mesterosas más necesitadas de la sociedad, a todos aquellos - que al levantarse sanos, tranquilos y felices, para dirigirse al trabajo, a la escuela o a la fiesta, pocos minutos después por azares de la vida, pagan su tributo trágico a esta sociedad moderna que avanza entre la inercia del maquinismo, el en sordedor ruido de los motores, el chirriar de los frenos, el sonar de los clamores o el estruendo mortal de las armas de fuego; ante el despertar de las bajas pasiones y la sexualidad hipertrofiada por las publicaciones pornográficas y la cinematografía de la violencia; por la creciente ingestión de alcohol, drogas, y farmacodependencia que son las causas de esta patología, que azota a la urbe y va llenando una a una las salas de los hospitales.

Actualmente (1983) los servicios médicos están bajo la dirección del jefe del Departamento del Distrito Federal C.P. - Ramón Aguirre Velasquez, y el actual Jefe de los Servicios Médicos, Dr. José Haverro Robles, conducen por caminos difíciles hacia nuevas metas de superación los servicios dentro de la etapa de unificación del Sector Salud, para seguir sirviendo de una manera cada vez más eficiente y desinteresada a la sociedad y al pueblo de México.

1.6. Secretaría de Salud.

En 1524 Carlos V ratificó en forma amplia la existencia de un organismo especial para un mejor gobierno de los pueblos - de América, al que dio el nombre de Consejo Real Supremo de -

las Indias. Este era competente en los tres aspectos principales de la vida del Estado; el administrativo, el legislativo y el judicial, además la corporación consultiva.

El consejo intervino en todos los asuntos relacionados con la Nueva España desde el nombramiento de autoridades y tribunales de apelación. Dobiendo también a este consejo la Recopilación de Leyes de Indias donde se mencionaron múltiples disposiciones para proteger a los naturales contra la violencia y abusos de españoles que aprovechando su autoridad violaban los derechos de los indígenas.

El primer Médico que ejerció la medicina en la Nueva España en la ciudad de México fué el Maese Diego Pedraza.

Para ejercer libremente la profesión de Médico por parte de los refugiados españoles que siendo doctores en medicina, química, farmacia u otras profesiones conexas y que no pudieran presentar sus títulos profesionales debido a las circunstancias en que se vieron obligados a salir de su país y se estableció para estos que para poder otorgarles su permiso para que pudieran ejercer la profesión, bastaría con que presentaran cualquier documento donde constara el haber cursado la profesión en alguna institución universitaria española.

El 13 de enero de 1527 el ayuntamiento fijó un salario a Don Francisco Soto para que éste enseñara su oficio de barbero cirujano (Médico Cirujano).

El H. Consejo Fundó el Hospital de Tlaxpaña destinado a enfermedades como la lepra, primer paso para atender tales pacientes cuando al mismo tiempo se protegía a la población.

El 25 de Enero de 1553 dan comienzo los cursos en la Universidad de México que ocupó el edificio situado en la esquina de Arzobispado y Seminario (actualmente este edificio está en la calle de Donceles casi esquina con Argentina), graduándose el primer Doctor en Medicina el 20 de julio de 1567 y lo fué Don Pedro Frañón.

En 1576 las primeras autopsias del Nuevo Mundo y su primer

profesor de Medicina se llama De la Fuente es acreedor al elogio por algunos estudios patológicos.

El primer censo Sanitario fué ordenado por Felipe II en — 1577 solicitando datos relativos al aumento o disminución de la población de indias y las causas de estos cambios.

La primera cesarca del Nuevo Mundo fué mexicana y habiendo sido realizada por los frailes de Santa Clara en 1779.

El 16 de Enero de 1813 el ayuntamiento de la ciudad de Puebla encomendó los servicios sanitarios a una junta de Sanidad formada por representantes del Cabildo Municipal Eclesiástico figurando entre estos facultativos de medicina cirugía y farmacia.

En 1829 se expide el Reglamento Provicional de la Propagación de la Vacuna en el Distrito Federal propuesta por el Gobernador del Departamento y con aprobación del Supremo Gobierno en el cual se expusieron los siguientes puntos.

- 1.6.1. Formar en cada parroquia una Junta de Vacuna.
- 1.6.2. Propagar el fluido vacuno.
- 1.6.3. La junta se formó por ocho miembros en la capital y cuatro en los pueblos que serán nombrados por el gobernador.
- 1.6.4. Cada junta señalará los días y horas de vacunación.
- 1.6.5. Se estimulan los sueldos de las personas que — trabajen en el servicio, y los reportes que se realicen se le entregaran al Gobernador el cual determinará cuando han de cesar las juntas.

El Consejo Supremo de Salubridad comenzó a funcionar el — año de 1833 cuando se expidió el primer Código.

En 1841 se crea el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México, el cual se componía de cinco ministros tutelares y adjuntos e indeterminado número de honorarios, renovandose cada ocho años al personal del Consejo.

Meditante el decreto del 7 de febrero de 1849 donde se adju

dican al Consejo de Salubridad los productos provenientes de la contribución directa que pagan las boticas al Departamento Central.

En 1852 queda formalmente fundada la primera Sociedad de Beneficencia.

Mediante el congreso del 2 de marzo de 1861 se crea la Dirección General de la Beneficencia Pública.

En la circular del Ministerio de Hacienda (hoy Secretaría de Hacienda y Crédito Público) del 13 de abril donde se ordena que el producto de confiscación y multas se separe el 2% para servicio de hospitales.

En 1868 el viejo hospital de San Juan de Dios se destinó para el tratamiento de las prostitutas que padecen de enfermedades venereas.

En 1872 se expide un decreto por parte de la Secretaría de Gobernación siendo esto un Reglamento del Consejo Superior de Salubridad el cual se compondrá de cinco miembros de los que tres son médicos, un farmacéutico y un veterinario.

En 1901 se expide el Reglamento de la Secretaría del Consejo Superior de Salubridad.

Se establecen leyes diversas hasta 1910 en donde se establece que la Salubridad en México es responsabilidad federal y estatal desde el punto de vista de Derecho positivo el hecho carecía de realidad, pues la autoridad de la Federación no estaba avalada por normas constitucionales.

En este mismo año se junta el Consejo de Salubridad en donde el Doctor Eduardo Liceaga se mantiene en el cenit su conferencia donde da algunas consideraciones acerca de la Higiene Social en México ofreciendo puntos de mucho interes hasta la actualidad, ordena aspectos esenciales de la Higiene Social en México.

- Preveer enfermedades no curarlas.
- Conservar la Salud.
- Promulgar la conservación de la vida y mejorar la -

condición física de la especie humana.

Para poder conseguirlo no intenta curar enfermos sino evitar que los sanos enfermen.

Por decreto del 30 de julio de 1937 se adicionan la Ley de Secretaría de Estado agregando el Departamento de Asistencia Social Infantil.

Mediante el decreto del 31 de diciembre del mismo año el Presidente de la República El General Lázaro Cárdenas modifica la Ley de Secretaría y Departamento de Estado (actual Ley Orgánica de la Administración Pública Federal), creándose la Secretaría de Asistencia, fué designado como secretario el Licenciado Nicóforo Guerrero.

Por decreto presidencial del día 5 de Octubre de 1943 se fusionaron el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia, creandose la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Con el proposito de lograr una mayor efectividad de los servicios-covertura plena y aumento en la calidad- se ha establecido un Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud es un componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática.

Pretende armonizar los programas de servicio de salud que realice el Gobierno Federal, con los que llevan a cabo los gobiernos de las entidades federativas y el concurso de los sectores social y privado que prestan sus servicios, a fin de dar cumplimiento creciente al derecho a la protección de la salud.

El Sistema Nacional de Salud no es un fin en si mismo, es un instrumento por cumplir con ciertos objetivos.

La coordinación de los Servicios de Salud desarrolló entre 1961 y 1962 una serie de trabajo tendientes a proponer las bases para establecer un Sistema Nacional de Salud; se señalan cinco objetivos y 24 estrategias que permiten alcanzarlos y que se incorporan en el documento "Planteamientos iniciales

para la consolidación de un Sistema Nacional de Salud" que -- fue aprobado por el Gabinete de salud en su sesión de instalación, el día 15 de enero de 1983.

El Sistema Nacional de Salud se integra con tres tipos de componentes, de acuerdo a las vertientes de instrumentación -- de la planeación.

Las entidades del sector salud, para los cuales aplican la obligatoriedad.

El gobierno de las entidades federativas, que se vinculan a través de la coordinación con el gobierno federal.

Los sectores social y privado, que se incorporan mediante la concertación e inducción con apoyo en la consulta popular.

La Ley General de Salud hace recaer la coordinación del -- Sistema Nacional de Salud en la Secretaría de Salubridad y -- Asistencia, (actualmente la Secretaría de Salud). La responsa bilidad de ésta en su contenido de consolidar el Sistema Na-- cional de Salud se dá, entre otros, en los siguientes ámbitos

- El establecer y conducir la política nacional en ma-- teria de salud.
- El coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pú blica Federal, así como los agrupamientos por funcio nes y programas afines, que en su caso se determinen
- El impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud.
- El promover, coordinar y realizar la evaluación de -- programas y servicios de salud.
- El coordinar el proceso de programación de las acti-- vidades del sector salud.
- Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud.
- El apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar re-- cursos humanos para la salud, coayuvando a que la --

formación y disminución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las propiedades del Sistema Nacional de Salud.

- Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

La Ley de Planeación (artículo 16), y los servicios de sectorización encomiendan a los coordinadores de cada sector la planeación, coordinación, evaluación y vigilancia de las entidades de la administración paraestatal adscritas al sector.

La coordinación del sector salud persigue diez objetivos básicos.

- Integrar un sector de Administración Pública Federal tradicionalmente disperso.
- Consolidar un sector administrativo fundamental para la concertación e inducción de acciones con los sectores social y privado.
- Posibilitar la programación integral y el desarrollo del programa-presupuesto en el sector.
- Preservar y fortalecer la autonomía técnica y orgánica de las actividades sectorizadas.
- Instrumentar la infraestructura requerida para coordinar el sector salud y el programa sectorial de salud.
- Conformar un mecanismo que permita interrelacionar los programas, sistemas, recursos, estructuras y funciones del sector salud.
- Organizar el Sector Salud como subsistema del sistema nacional de planeación democrática.
- Armonizar e impulsar los sistemas de asistencia social, asistencia médica, vigilancia epidemiológica y control sanitario.
- Uniformar y desarrollar integralmente la organización y funcionamiento de las entidades del sector.
- Desarrollar la infraestructura que permita la programación

mación y funcionamiento intersectorial y regional para la salud.

Conforme a la legislación vigente, la Secretaría de Salubridad y Asistencia promoverá la participación, en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud de los sectores público y privado, así como de los trabajadores de salud y los usuarios de esos servicios.

La concertación de acciones entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a la definición de las responsabilidades que asuman los integrantes de los sectores social y privado, la determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salubridad y Asistencia la especificación del carácter operativo de las mismas.

El 21 de enero de 1985 el Diario Oficial de la Federación publica el decreto que determina que la Secretaría de Salubridad y Asistencia se denomine Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud tiene ahora los medios para procurar la protección de la salud del hombre en cuanto se refiere al control sanitario de productos, bienes, insumos y establecimientos y en cuanto a instituciones responsables de su operación. Asimismo la Secretaría de Salud cuenta ahora con los elementos para ver hacia el futuro los factores que ocurren en la salud, riesgos y recursos, y para validar la tecnología que pudiera ser aplicada en los servicios.

Esta es la vertiente rectora del Sistema Nacional de Salud

Son estrategias importantes para consolidar el sistema, — además, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria. En efecto hay acciones que comprenden a otros sectores tales como, agua potable, drenaje, ambiente, educación, empleo, vivienda, que inciden de manera definitiva en alcanzar más altos niveles de salud. De otra forma, la comunidad es protagonista fundamental en el cuidado de su salud.

Cabe mencionar que para generar los menores costos posibles se estableció el uso de las mismas siglas que anteriormente se empleaba (S.S.A.), al igual que su logotipo sea el mismo que data desde 1943 fecha en que fue creada la anterior Secretaría.

2.- SEGURIDAD SOCIAL.

Conviene recordar que el seguro social tal como se entiende en la actualidad es una institución que presupone el desarrollo de las estructuras económica del capitalismo. Su esencia misma radica en el hecho de ser un régimen mediante el cual, a partir de las aportaciones de las dos partes que intervienen en la forma de producción capitalista-obreros y empresarios, se implanta todo un sistema para garantizar al trabajador y a su familia el cuidado de la salud y el sostenimiento de sus posibilidades económicas y mantenerlo a resguardo de las diversas eventualidades de la vida, pero sobre todo de los riesgos inherentes al desempeño de sus labores. El seguro social fue entendido por algunos de sus iniciadores, -- cuando menos en su origen, como un medio de conservar al trabajador en buenas condiciones y apto para continuar siendo explotado como instrumento necesario para la producción.

Fue precisamente en Alemania, en la penúltima década del siglo pasado, adonde por primera vez un Estado legisló sobre materias de seguridad social. Otto Von Bismarck, llamado canciller de hierro del Káiser Guillermo I, expidió sucesivamente las siguientes tres leyes, el 13 de julio de 1883 la del Seguro de Enfermedades, la del 6 de julio de 1884 la del Seguro de Accidentes de Trabajo de los Obreros y Empleados de Empresas Industriales y durante 1889 la del Seguro de Invalidez y Vejez; todas ellas se recogieron luego en un Código General

de Seguros Sociales que trata desde 1911.

La pretensión del estadista prusiano al promover las leyes anteriormente citadas era representativa de toda una actividad política para fortalecer la importancia del Estado, interviniendo directamente en la vida económica del país; por lo demás pensaba que las disposiciones de este tipo al procurar la tranquilidad económica de los trabajadores, se revertían en contra de las actividades extremistas de los desesperados tan en boga por aquellos años.

Un hombre que tiene asegurados su porvenir, su vejez tranquila, el bienestar de sus familiares, de acuerdo con Bismark no es un anarquista ni atenta contra la vida del gobierno.

2.1. Concepto.

Para comprender el papel que desempeña el Instituto Mexicano del Seguro Social; es necesario conocer primero, que es la Seguridad Social, la podemos definir como "el conjunto de acciones que previenen y protegen a la población de hechos biológicos y sociales que pueden afectarla".

Los hechos biológicos comprenden a la maternidad, el nacimiento, las enfermedades, la vejez y la muerte.

Los hechos de tipo social contemplan la nupcialidad, la viudez, la orfandad, el desempleo, los accidentes de trabajo, la afectación de los medios de subsistencia y la desintegración familiar.

2.2. Objetivo.

La seguridad social en cada país se adecúa a sus propias -

características, dando atención especial a los hechos que más afecten a su población.

En México la Seguridad Social da importancia vital al problema de salud, sin descuidar aspectos de tipo económico y social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, para ser congruente con el objetivo de la Seguridad Social a que se aludió con anterioridad enfoca sus acciones hacia los siguientes campos fundamentales.

2.2.1. El régimen Obligatorio: Comprende los seguros - de

- Riesgos de Trabajo.
- Enfermedades y Maternidad.
- Invalidez, vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte; y
- Guarderías para hijos de aseguradas.

2.2.1.1. Son sujetos de aseguramiento de este régimen.

- Las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo.
- Los miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas.
- Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en un grupo solidario sociedad local o unión de crédito, comprendidos en la Ley de Crédito Agrícola.
- Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como lo son los profesionistas, comerciantes en pequeño, artesanos y además trabajadores no asalariados.
- Los patronos, personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, cuando no estén ya asegurados en los términos que señala la Ley del Seguro Social.

2.2.2. El régimen voluntario.

Es el que regula las relaciones de Seguro Voluntario, que como su nombre lo indica, se dan en forma espontánea y enteramente convencional y corresponden.

- Los Seguros Facultativos.

- Los Seguros Adicionales.

2.2.2.1. Los Seguros Facultativos, son aquellos que el Instituto podrá contratar individual o colectivamente, para proporcionar prestaciones en especie del ramo del Seguro de Enfermedades y Maternidad, a familiares que no estén protegidos por la Ley del Seguro Social, o bien para proporcionar dichas prestaciones a personas no comprendidas en el régimen obligatorio.

2.2.2.2. Los Seguros Adicionales, que el Instituto podrá contratar para satisfacer las prestaciones económicas pactadas en los contratos ley o colectivos de trabajo, que fueren superiores a las de la misma naturaleza que establece el régimen obligatorio.

Los Seguros Facultativos y Adicionales, se organizan en sección especial, con contabilidad y administración de fondos separada de la correspondiente a los seguros obligatorios; y el Instituto elabora un balance actuarial relativo a estos seguros, individuales o de grupo en los términos y plazos fijados para la formulación del balance actuarial de los seguros obligatorios.

2.2.3. Los servicios sociales de beneficio colectivo.

Que corresponden:

- Las prestaciones Sociales.

- Los servicios de Solidaridad Social.

2.2.3.1. Las Prestaciones Sociales: Tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes, así como contribuir a la elevación general del nivel de vida de la población beneficiaria.

2.2.3.2. Los servicios de Solidaridad Social: Comprenderán asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria; por lo que el Instituto organiza, establece y opera unidades médicas, destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente a favor de los núcleos de población que por el propio estado de desarrollo del país, constituyen por los de profunda marginación rural, suburbana y urbana, que el Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

Estos servicios serán financiados por la federación, el Instituto Mexicano del Seguro Social y por los propios beneficiados.

La Asamblea General determina anualmente con vista en las aportaciones del Gobierno Federal, el volumen de recursos propios del Instituto determinará para la realización de estos programas.

Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo, o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten y que propicien alcanzar el nivel de desarrollo económico, para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos establecidos en la Ley del Seguro Social.

2.3. Derecho Humano a la Salud.

Comprende aquellos aspectos que ayudan a la población a - conservar la salud mediante campañas sanitarias, para prevenir los riesgos y enfermedades que amenacen al trabajador en el ejercicio de sus labores y fuera de ellas, para llevar a cabo lo anterior el Instituto tiene como principales fuentes de ingresos los siguientes.

- 2.3.1. Las cuotas a cargo de los patrones, trabajadores y demás sujetos que señala la Ley del Seguro Social, así como la contribución del Estado.
- 2.3.2. Los intereses, alquileres, rentas, rendimientos utilidades y frutos de cualquier clase, que produzcan sus bienes.
- 2.3.3. Las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan a su favor.
- 2.3.4. Cualesquiera otros ingresos que lo señalen las leyes y reglamentos.
- 2.3.5. Ingresos provenientes de los Centros Vacacionales, los teatros del Seguro Social y velatorio.
- 2.3.6. El Instituto tiene las siguientes atribuciones:
 - 2.3.6.1. Administrar los diversos recursos del Seguro Social y prestar los servicios de beneficio colectivo.
 - 2.3.6.2. Recaudar las cuotas y percibir los demás recursos del Instituto.
 - 2.3.6.3. Satisfacer las prestaciones establecidas.
 - 2.3.6.4. Realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir sus finalidades, como son contratos, convenios y resoluciones.
 - 2.3.6.5. Adquirir bienes e inmuebles.
 - 2.3.6.6. Establecer clínicas, hospitales, guarderías infantiles, farmacias, centro de convalecencia y vacacionales, así como escuelas de capacitación.

citación.

- 2.3.6.7. Organizar sus dependencias.
- 2.3.6.8. Difundir conocimientos y prácticas de prevención y seguridad social.
- 2.3.6.9. Expedir sus reglamentos.

2.4. La Asistencia Médica.

La asistencia médica a través de la medicina social, protege a la población cuando alguno de sus miembros enferma o cubre algún accidente, proporcionando los servicios curativos y de rehabilitación.

El Instituto cuenta con un sistema de atención de tres niveles, los cuales son:

- 2.4.1. Medicina Familiar: Está considerado como el primer nivel de atención, constituido por clínicas en donde se asigna el servicio al núcleo familiar y se atiende el 85% de los padecimientos que presenta la población derechohabiente; este servicio también se presta en el domicilio familiar.

El médico especialista en medicina familiar, tiene a su cargo el cuidado de la salud del grupo de familias que se le describen.

- 2.4.2. Urgencias y Especialidades: Representa el segundo nivel de atención, constituida por unidades hospitalarias, hacia donde el médico familiar deriva a sus pacientes que requieren atención especializada, cuenta con recursos para la atención de urgencias, daños del trabajo y especialidades básicas de la medicina interna y gineco-obstetricia.

Atiende aproximadamente el 12% de los padeci-

mientos que presenta la población derechohabiente.

- 2.4.3. Alta Especialidad: Corresponde el tercer nivel de atención, constituido por grandes hospitales de concentración de una o varias especialidades contando con los recursos de la más alta tecnología y solamente el 3% de los padecimientos de la población derechohabiente requieren de este nivel de atención.

2.5. La protección de los medios de subsistencia.

Consiste en proporcionar al trabajador los ingresos que deja de percibir por alguna eventualidad de trabajo.

Esto se traduce en prestaciones en dinero que corresponden a lo siguiente:

- 2.5.1. Pago de subsidios.
- 2.5.2. Pensiones.
- 2.5.3. Aguinaldos.
- 2.5.4. Indemnizaciones.
- 2.5.5. Ayudas asistenciales para gastos de matrimonio y de funeral.

2.6. Los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo.

Están orientados a mejorar el nivel de vida de la población mediante acciones de capacitación técnica, recreativas, de integración familiar y de atención médica a grupos que por su situación económica no está en condiciones de aportar cuotas.

2.6.1. Prestaciones Sociales: La Ley del Seguro Social establece en su artículo 233, que, las prestaciones sociales tendrán como finalidad el fomentar, la salud, el prevenir enfermedades y los accidentes, contribuyendo así a elevar los niveles de vida de la población.

Y en su artículo 234 de la misma Ley disponen que, por medio de programas serán proporcionadas las prestaciones sociales, estos programas son:

- 2.6.1.1. Promoción de la Salud: Mediante la difusión de los conocimientos necesarios a través de cursos directos y del uso de medios masivos de comunicación.
- 2.6.1.2. Programas de educación, materno infantil, sanitarias y de primeros auxilios, y la educación higiénica.
- 2.6.1.3. Mejoramiento de la alimentación y de la vivienda.
- 2.6.1.4. Un programa mediante el cual se impulse el desarrollo de actividades culturales y deportivas y en general de todas aquellas tendientes a lograr una mejor ocupación del tiempo libre
- 2.6.1.5. Un programa para realizar el estado civil.
- 2.6.1.6. Programas de capacitación para el trabajo, incluyendo cursos de adiestramiento técnico con el fin de lograr la superación del nivel de ingresos de los trabajadores.
- 2.6.1.7. Programas de readaptación para el trabajo y de Centros Vacacionales.
- 2.6.1.8. Programa para fomentar la superación de la vida en el hogar, mediante el aprovechamiento de los recursos, mejores prácticas de convivencia y de unidades habitacionales adecuadas

- 2.6.1.9. Programas para establecer y administrar los velatorios, al igual que otros servicios similares.
- 2.6.1.10. Programas mediante los cuales se obtenga elevar el nivel de vida tanto en forma individual, como colectiva.
- 2.6.2. Para cumplir con el objetivo de las prestaciones sociales, el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 119 Centros de Seguridad Social y Capacitación Técnica, en donde se llevan a cabo los programas de:
 - 2.6.2.1. Capacitación y Adiestramiento Técnico.
 - 2.6.2.2. Actividades de salud, educación, vivienda, vestido, funciones de cine, teatro, danza, recitales y conciertos musicales, exposiciones de artes plásticas, conferencias y charlas.
- 2.6.3. El Instituto cuenta con un programa Nacional Deportivo, dirigido a toda la comunidad, y no solamente a la población asegurada, y para cumplir con el mismo, cuenta con 112 instalaciones deportivas distribuidas en el país.
- 2.6.4. El servicio de guarderías para hijos de madres aseguradas y asegurados viudos y de trabajadores del Instituto se proporciona a través de:
 - 2.6.4.1. Guarderías para hijos de trabajadores aseguradas.
 - 2.6.4.2. Guarderías para hijos de trabajadores del propio Instituto.
- 2.6.5. Para la presentación de obra y otros eventos, se cuenta con propios teatros, con la denominación de Teatros de la Nación del I.M.S.S.

2.7. La Seguridad Social.

El mecanismo que se establece para el aseguramiento, consiste en el pago de una prima por cada asegurado, situación que representa la base y sustento de la prestación de servicios.

La presencia de contingencias sólo afecta a una porción mínima de la población, por lo que, si las aportaciones son frecuentes y los gastos que se realizan son eventuales, se obtiene un remanente.

Los remanentes que se generan después de realizados los gastos necesarios se destinan al mejoramiento o ampliación de las prestaciones, a la cobertura de otros grupos de población no incorporados al sistema y a la creación de reservas para hacer frente a las obligaciones futuras.

En México la Seguridad Social es responsabilidad de la Administración Pública Federal.

Y la acción pública es competencia del Poder Ejecutivo Federal, que se deriva de las atribuciones especificadas en la "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos".

Siendo el Presidente de la República, titular del Ejecutivo Federal, queda bajo su responsabilidad la Administración Pública Federal, que de acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública, divide sus acciones en dos grandes campos que son:

2.7.1. El Sector Central, integrado por;

- Las Secretarías de Estado; y
- Departamentos Administrativos.

2.7.2. El Sector Paraestatal, que a su vez se divide en:

- Empresas de participación Estatal, Instituciones Nacionales de Crédito, Organismos Auxiliares Nacionales de Crédito e Instituciones Nacionales de Seguros y Pólizas así como Fidei-

comisos.

- Organismos Descentralizados, dentro de los --
cuales se inscribe el Instituto Mexicano del
Seguro Social.

3.- EL PROCESO ADMINISTRATIVO..

Antes de entrar en materia de lo que es el proceso administrativo es necesario partir en base a la definición de lo que es Administración.

"Koontz and O'Donnell: Consideran la Administración como, la dirección de un organismo social, y su efectividad en alcanzar sus objetivos, fundada en la habilidad de conducir a sus integrantes" (1).

"E.F.L. Broch: Es un proceso social que lleva consigo la responsabilidad de planear y regular en forma eficiente las operaciones de una empresa, para lograr un propósito dado" (2)

"Royer Ponce: Define la Administración como la función de lograr que las cosas se realicen por medio de otros, u obtener resultados através de otros" (3).

Al igual que un proceso administrativo aplicado a cualquier empresa, el de la atención médica se da en un tiempo y espacio manejándose mediante un criterio de eficiencia tendiendo a obtener, a partir de insumos o sea de energía o materia que se transforma, en este caso nos referimos a los pacientes, el objetivo que se persigue será el de mejorar el nivel de salud de estas personas.

Hay que tener en cuenta que el paciente no es el único in-
1,2, y 3.- Royer Ponce Agustín: Administración de Empresas -- Teoría y Practica, Primera Parte, Editorial Limusa, Trigesima reimpresión, Marzo de 1983. México.

suma, pues también debemos de considerar los recursos humanos y materiales los que también sufran transformaciones sustanciales para producir las actividades, independientemente de estas corrientes de insumos hay que considerar las que son conceptuales: normas, estadísticas, etcétera e inclusive el tiempo.

Para lograr objetivos es necesario la dirección del esfuerzo humano por un dirigente, que cada esfuerzo del grupo sea con un propósito y que contribuya a la obtención de resultados predeterminados.

Esta acción de dirigir a un grupo humano para determinado fin crea la relación entre jefes y subordinados, en la cual los primeros se les confiere autoridad sobre los subordinados y los jefes son los que ejercen la Administración, deben tener facultad de mando, sea cual fuere el nivel que ocupa dentro de la organización, aunque los jefes del más alto nivel desarrollan su actividad administrativa hacia la planeación y los jefes de niveles inferiores administran principalmente la ejecución operativa.

El mejor aprovechamiento de los recursos humanos con que cuenta la organización se logra através de la coordinación de funciones dentro de la misma organización.

La coordinación debe estar implícita en la dirección del elemento humano para la realización de cualquier fin.

La coordinación se vuelve un elemento indispensable para asegurar una buena administración, combina y enlaza las funciones por la empresa para obtener resultados con un mínimo de tiempo, esfuerzo y dinero.

Son funciones de la Administración: La planeación, para determinar los objetivos y los cursos de acción que deben tomarse; Organización, para distribuir el trabajo entre el grupo y para establecer y reconocer la autoridad necesaria; Integración, adquisición de recursos necesarios para el desarrollo de operaciones; Ejecución y Dirección de los miembros del grupo.

po: para que lleven a cabo sus tareas con entusiasmo y traducir en acción los planes y programas elaborados; Control de las actividades para que se realicen conforme a los planes trazados.

3.1. Planeación.

La primera de las funciones se basa en la consideración, de que es mejor determinar las futuras acciones Administrativas sobre los objetivos establecidos, la manera de llegar a ellos con los elementos necesarios para poder alcanzarlos, es decir formular ideas definitivas de lo que va a hacer antes de principiar a hacerlo.

Se ve esta fase como una anticipación a lo que va a acontecer y señalamiento de los distintos cursos de acción a seguir mediante la evaluación de cada uno para poder determinar los más ventajosos a las combinaciones de estos que reporten el alcance del objetivo fijado al plazo más corto y con el costo mínimo.

El desarrollo de la planeación comprende el establecimiento de objetivos estándares, políticas y procedimientos, programas y presupuestos, los cuales pueden considerarse como planes o componentes de la planeación.

3.1.1. Objetivos: Los objetivos son los planes o metas que dan propósito al esfuerzo humano. La fijación de los objetivos en la primera etapa de la planeación, debiendo establecerse en la forma más clara y precisa que sea posible, contando todas las empresas con objetivos generales y objetivos departamentales que deben estar subordinados a los generales y contribuir a estos. En el establecimiento de los objetivos deben intervenir todos los jefes pues, son ellos los encargados

gados de su realización y habiéndose establecido con su cooperación, el interpretarlos y aplicarlos cada uno en sección o departamento se facilita ya que tendrán la visión de los objetivos generales.

- 3.1.2. Estándar: Proporciona valores que se usan como un modelo para cooperación y son básicos en la formulación de programas.
- 3.1.3. Políticas: Sin restringir la capacidad de decisión ayuda a tomarlas dentro de un límite previamente establecido, para lograr los fines que se propone establecer.
- 3.1.4. Procedimientos: Nos señalan cada fase que hay que realizar y la secuencia de estas de la forma que sean más eficientes, generalmente se formulan para la ejecución de las operaciones y forman una rutina de estas, establecidos los procedimientos se llevaría tiempo el discutirlos y decidir cual sería la aplicación más eficiente, los procedimientos se formulan por escrito y deben revisarse periódicamente para implantarse.
- 3.1.5. Programas: Se define como un amplio plan para el empleo de recursos en los que se fijan los objetivos y la secuencia de las operaciones y el tiempo necesario para realizar cada operación.
- 3.1.6. Presupuestos: Incluye los programas que se están tratando de alcanzar, divididos en actividades específicas, expresados en unidades monetarias y en un período.

3.2. Organización.

La organización es fundamental en la administración de cualquier empresa, organismo o institución ya que por medio de ella se definen los planes y las relaciones entre los departamentos y los empleados, indispensable para la coordinación de las funciones, después de haberse establecido mediante la planeación, tanto objetivos como los medios para realizarlos, habrá que hacerse la estructuración de las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los recursos humanos de la organización, de manera que se efectue la combinación más efectiva de los recursos con que se cuenta para lograr los fines establecidos.

La organización es la segunda etapa teórica de la Administración, señala cómo deben ser las funciones, jerarquías y actividades. Nos dice en concreto de qué manera y quién va a hacer cada cosa, (en el sentido de qué puesto, no precisamente de qué persona).

Planear la Organización es el proceso de definir y agrupar las actividades de la organización de tal modo que se puedan asignar en la forma más lógica y efectiva. Tiene que ver con el establecimiento de relaciones, entre las unidades para realizar los objetivos de la organización. En cualquier trabajo para planear la organización que deben tener presentes las siguientes características fundamentales de organización.

3.2.1. A la organización le corresponde establecer, perfeccionar y mantener una estructura o patrón de relaciones de trabajo del personal dentro de una empresa, se lleva a cabo de una forma continua según lo van requiriendo los cambios de circunstancias, personal y medio ambiente.

3.2.2. La Organización es la determinación y asignación de deberes al personal para obtener así las ventajas de fijar responsabilidades y de la

especialización mediante la subdivisión del trabajo.

El establecimiento preciso de las actividades a realizar por cada miembro del grupo, logra que tales actividades se realicen en mejor forma, - en virtud de que cada persona sabe lo que tiene que hacer, el lugar que ocupa dentro del organismo las relaciones interdepartamentales de - quién recibirá ordenes y a qué personas no dirigirá.

Dentro de la estructura de una organización, la Especialización aparece en varios niveles diferentes de complejidad. El concepto de la Especialización debe verse primero de acuerdo con la organización. En seguida se aplica, al analizar cómo debe asignarse los diferentes trabajos a los grupos que forman parte de un departamento. Finalmente ayuda a determinar cómo debe dividirse el trabajo dentro de la organización.

3.2.3. La organización es un plan para coordinar de la manera más eficiente, las actividades de cada parte de la empresa, a fin de que se establezcan y mantengan las relaciones apropiadas entre las diferentes unidades de trabajo, y para que el esfuerzo total del personal de la empresa ayude a alcanzar los objetivos.

Para dirigir un trabajo, un jefe que es responsable de dicho trabajo, primero lo dividirá en forma ordenada entre los diferentes departamentos que integran la organización, se selecciona el personal de cada departamento, se delega la autoridad adecuada con la tarea a realizar.

Es decir la organización trata del establecimiento de las relaciones adecuadas entre el tra

bajo a realizarse, la designación de las personas que van a ejecutarlo y de proporcionarle el medio ambiente de trabajo en que las tareas han de desarrollarse.

- 3.2.4. La organización es un medio para alcanzar un fin, la buena organización debe ser uno de los instrumentos para la realización de los objetivos de la empresa, pero no se debe convertir en un objetivo en si mismo.
- 3.2.5. Delegación de autoridad. La autoridad se considera como la facultad o el derecho de actuar, - de mandar o exigir acción de otros. Por medio - de la delegación de autoridad, un jefe amplía - su campo de acción, puesto que su actuación no se limita a lo que él personalmente puede hacer. Pero al delegar autoridad no está cediendo ni - renunciando a la autoridad, retiene siempre su autoridad general en las funciones asignadas, - lo desee o no. O sea que delegar no quiere decir que se libere permanentemente de las obligaciones, sino la concesión de derechos y la aprobación para que otros operen dentro de los límites prescritos.
- 3.2.6. Responsabilidad. Es la obligación de una persona de desempeñar lo mejor que pueda las funciones que se les asignen. Un jefe no puede esperar que sus subordinados cumplan con sus deberes, si no se le confiere la autoridad suficiente para hacer que se cumplan. Es importante fijar la responsabilidad, porque ayuda a que progrese el subalterno, se señala quien debe realizar el trabajo y al delimitarla, la persona afectada no podrá evadirla.
- 3.2.7. Motivación. Es persuadir, inspirar y concienti-

zar al trabajador para que desarrolle su trabajo con la mayor disposición y cumplimiento de su deber.

- 3.2.8. Un requisito importante al establecer la estructura y expresarla por el modelo gráfico, las actividades que se realizan, que deben ser excluyentes, es decir, que no haya grupos de personas que realicen funciones similares en departamentos diferentes y con dependencias diversas.
- 3.2.9. Tramo de control: Otro punto importante consiste en que las divisiones que dependen de un jefe, no sean menos de tres ni más de doce.
- 3.2.10. Descripción de puestos: Parte complementaria - básica en la organización es la formulación de las descripciones de los puestos, estableciendo el campo de acción de éstos, sus responsabilidades y autoridad, así como las especificaciones del puesto que definen los requisitos que deben llenar las personas que se seleccionen para dichos lugares de acuerdo con las funciones, responsabilidades y autoridad de los mismos; esta actividad es muy importante, porque debe haber el número de puestos en que se realicen funciones diferentes, pero que al mismo tiempo se coordinen y en caso de emergencia se sustituyan unos con otros.
- 3.2.11. Reglamentos y Manuales: Los manuales más importantes son de dos tipos; los manuales de organización, que señalan las actividades, dependencia y subordinados de una posición jerárquica, describiendo responsabilidades, autoridad y actividades que realiza la persona en un puesto dado; e informar sobre la estructura administrativa de los recursos humanos del sistema.

ma; y los manuales de procedimientos, que establecen en forma secuencial la manera de realizar una actividad. Algunos autores consideran a los manuales parte de la fase de organización, otros los ilustran através de diagramas de afluencia o flujogramas.

3.2.12. Organogramas: Es la representación gráfica de la división de funciones, niveles jerárquicos, líneas de autoridad lineal o estaff del departamento, los jefes de cada grupo de empleados y trabajadores, como las relaciones que existen entre los diversos puestos de la empresa y en cada departamento o sección.

Se pueden clasificar atendiendo a su contenido en Departamental y General, ambos divididos — por puestos y funciones, y por su formato se encuentra en forma vertical.

3.2.12.1. Organograma Departamental: Es aquel que se refiere a la estructura de una área determinada de la empresa y que naturalmente, todos los puestos y las funciones que forman dicha área.

3.2.12.2. Organograma General: Es el que abarca a la empresa en su totalidad, desde el nivel más alto hasta el más bajo pasando por todos los niveles intermedios, también se conoce con el nombre de Cartas Maestras o Gráficas de la Organización.

3.2.12.3. Organograma Vertical: Consiste en colocar a la máxima autoridad en el extremo superior y de ahí hasta abajo se van situando los diferentes puestos según el nivel que tengan.

3.3. Integración.

Esta etapa del proceso administrativo, trata de la obtención de cada uno de los recursos que la empresa necesita para su adecuado funcionamiento.

Los recursos necesarios en forma general pueden describirse como sigue.

- 3.3.1. Obtención de personal en los diferentes niveles de la organización, desde el puesto de la alta gerencia hasta el último trabajador del nivel más bajo, se debe buscar hombres que reúnan requisitos mínimos para el desempeño de una función dentro de la organización, de tal manera que se adaptan los hombres a las funciones más no éstas a los hombres, la integración de personas se compone de la selección de personas que formarán la empresa, la creación de programas de capacitación del personal y desarrollo del mismo que sirvan de motivación a su superación y cubra las necesidades de la empresa.
- 3.3.2. Obtener capital, ya sea propio o ajeno, función denominada financiamiento, que consiste en la adquisición, la estructuración y manejo del capital necesario para las actividades de una empresa.
- 3.3.3. Adquisición de materias primas, maquinaria, equipo, local, etc, elementos cuya adquisición recibe el nombre de inversión y que es el resultado de la transformación del capital obtenido en la fase anterior.
- 3.3.4. Adoptar y desarrollar las técnicas necesarias para las diversas funciones de la empresa como son técnicas de instalación, de operación, de distribución, de funcionamiento y de control de

operaciones.

La palabra integrar da la idea de escoger personas competentes para diferentes puestos o posiciones, y las actividades de la integración son la de seleccionar al personal reclutado a las personas más calificadas para el puesto; orientar y familiarizar al nuevo personal con la situación que tenga en la organización; adiestrar, o sea capacitar por el proceso de la enseñanza-aprendizaje teórico o práctico a las personas que se encuentran en vía de integrar a la organización, y por último desarrollar, o sea fomentar el progreso en conocimientos, actitudes y habilidades al personal de una organización médica.

Los aspectos más significativos de esta etapa se refieren a la capacitación teórica y práctica que se debe proporcionar a las personas de nuevo ingreso en una organización.

Esta capacitación debe efectuarse a todo nivel, desde los puestos más modestos hasta los más complejos; estos últimos, sobre todos los ocupados son profesionales, requieren a veces el diseño de verdaderos cursos, por medio de los cuales el empleado o profesional a familiarizarse con el medio ambiente y reglamentación específicos de la institución.

Hay que recordar que las instituciones docentes no forman recursos humanos específicos para una institución determinada por lo tanto, las instituciones de atención médica requieren adecuarse a las personas que incorporan a su organización.

El desarrollo del personal, considerado como el fomento del progreso profesional y en forma paralela en la escala jerárquica del sistema de atención médica o bien el progreso en conocimientos, habilidades y actividades, aún más en el escalafón institucional, situación que puede ser sustituida por diversos estímulos económicos o morales; es uno de los factores que redundan en el óptimo funcionamiento de una organización.

Los profesionales de la atención médica se desarrolla a un

se de educación continua, actividades de enseñanza o de investigación, membrecía en sociedades de su especialidad y asistencia a diversos eventos científicos, culturales o sociales que se realizan dentro de su campo.

3.4. Dirección.

En ésta etapa de la administración se lleva acabo las decisiones propuestas y organizadas para llegar a los objetivos, las personas que forman parte de la organización serán las encargadas de poner en acción las decisiones, es decir, la ejecución consiste en hacer que todos los miembros del grupo deseen alcanzar los objetivos esforzándose en lograr los objetivos que el jefe desea que logren porque ellos quieren lograrlos.

De aquí se deduce que el conocimiento y habilidad para tratarle a la gente y conocer su comportamiento, son cualidades que debe tener un jefe para poder encaminar la voluntad de la gente al cumplimiento de los objetivos de la organización.

Para el mismo tiempo el jefe debe estar motivado para el éxito y progreso porque de lo contrario impedirá la realización de sus subordinados.

El área de controlar lleva implícitas las acciones de ejecución, supervisión y evaluación, por lo que es importante tratar de distinguir entre estos términos. La ejecución participa de la idea de conducir o guiar a las personas influyendo sobre la conducta de éstas, para conseguir las metas y objetivos deseados através de la comunicación; además tal actividad se complementa con la toma de decisiones, que es la selección de una entre varias opciones, consideran como la más conveniente en cuanto a calidad de la misma y su aceptación por parte de los subordinados.

3.4.1. También es conveniente considerar que la super

visión forma parte de la actividad de ejecutar y es muy importante diferenciarla de la evaluación, la supervisión es una función que, como - la evaluación, implica un juicio de valores, pero se realiza durante el proceso de una actividad y por lo tanto se tiene la posibilidad de - corregir el resultado final por un supervisor - preparado en el campo específico que vigila; en consecuencia, la supervisión tiene un fuerte - componente docente y se espera que el supervisor sepa más que el supervisado.

A diferencia de la supervisión, la evaluación - juzga los resultados al final de un proceso; - por consiguiente, no tiene oportunidad de influir en el resultado final de una actividad; - la acción del evaluador se basa en parámetros - formulados en relación con un sistema de información específico, concreto y objetivo; como no pretende educar al personal evaluado, no necesita el evaluador ser perito en el campo que evalúa, y si bien es cierto que su acción no influye en los resultados finales, el papel más significativo de esta fase del proceso administrativo consiste en modificar los planes del siguiente ejercicio, lo que se conoce como retroalimentación.

La función de dirección, en la que está implícita la supervisión general, en muchos casos puede delegarse y se va convirtiendo propiamente - en supervisión a nivel de departamentos o secciones de éstos. En el fondo se pueden distinguir las actividades de delegar, o sea asignar responsabilidades, y autoridad paralelas en las personas que colaboran con el director o jefe a

fin de que se logren las metas y objetivos que se persiguen.

3.4.2. Coordinar: Es la suma de esfuerzos en diversas combinaciones procurando que sean las más efectivas. Esto se realiza directamente en una institución médica en que los profesionales de la medicina se coordina con enfermeras, radiólogos, laboratoristas, anatomopatólogos, etc, para realizar diversos aspectos del proceso diagnóstico-tratamiento, sea médico familiar o médico especialista.

3.4.3. Otra actividad ligada a la dirección es reconocer las diferencias a fin de alentar el pensamiento independiente y la iniciativa para que el individuo desarrolle la imaginación suficiente para resolver los conflictos que surjan y facilitar la promoción de cambios estimulando la creatividad y la innovación en el logro de las metas.

3.4.4. Hay que señalar que la combinación es tan importante en el proceso de dirección, que determina el ambiente de una institución. Si la comunicación vertical de la ejecución hacia los subordinados, que tiene carácter ejecutivo, es muy intensa, la institución tendrá un carácter autoritario; si por el contrario la comunicación es de abajo arriba, es decir la de información y de asesoría es la que predomina en comparación de la débil corriente ejecutiva, el entorno puede llegar a ser anárquico, pues falta la actuación de la autoridad para canalizar en forma adecuada las corrientes informativas de subordinados a jefe.

Se espera pues que el sistema se desarrolle den

tro de un marco de equilibrio de ambas corrientes de información, y por lo tanto que el ambiente sea democrático.

3.5. Control.

La fase que cierre el proceso administrativo consiste en medir los resultados obtenidos en relación con los esperados, a efecto de corregir las desviaciones para asegurar la obtención de los objetivos de acuerdo a lo planeado.

La necesidad de establecer sistemas de control resulta indispensable para vigilar que las operaciones se realicen conforme a los planes trazados, el control no se puede llevar a cabo si no existen estándares establecidos y si son claros, - completos y coordinados más útiles serán.

Cuando se establece un control se deberá tener cuidado en cuantificar el beneficio que proporcione de tal manera que no sea menor que el gasto y trabajo que representa dicho control

3.5.1. Todos los sistemas de evaluación dan la idea de que aseguran el avance hacia objetivos conforme a los planes, y para esto es necesario establecer un sistema de información. La información es un proceso que tiene su origen en todos los departamentos y secciones de una institución médica y que van ascendiendo por diversas vías en forma periódica o sistemática, constituyendo la base veraz, oportuna, cuantificada de todas aquellas actividades y acciones que realizan en una unidad médica y que se diseña en forma específica para los diferentes niveles de decisión. En relación con el sistema de información es necesario determinar qué datos básicos se necesitan, y cómo y cuando han de formularse.

- 3.5.2. Otra actividad básica de la evaluación es la — que se refiere a establecer el estandar normal de eficiencia de los diversos departamentos y — secciones que componen una unidad médica, estableciendo qué condiciones existirán cuando las tareas básicas estén bien hechas. Se entiende — que la eficiencia lleva implícita la calidad, o sea es eficaz y efectiva.
- 3.5.3. Inmediatamente a las actividades anteriores les sigue la de comparar los resultados a fin de determinar el grado de desviación de las actividades y de los hechos realizados, en relación con las metas precisadas con objeto de establecer — una acción correctiva, que reajuste los planes, que asesore para lograr las metas cuando se repita el ciclo; esta retroalimentación es básica con objeto de aprovechar el proceso de información, el análisis y la evaluación.
- 3.5.4. Como actividades consecuentes a la evaluación, en relación con las personas que laboran en un sistema, están las de estimular premiando, remunerando o castigando, según el caso, a aquellos que han propiciado desviaciones de los fines — que se había planeado inicialmente, ya sea en — aspectos positivos o negativos.

La evaluación ha tenido últimamente un desarrollo extraordinario creándose metodologías diversas, tendientes a reducir a números los resultados finales de las actividades, de tal manera — que juzgar los resultados de la actividad de un sistema esté al alcance de cualquier persona, — sin necesidad de ser especialista en el área — que se evalúa; excepción a esta regla es la evaluación del contenido conocida desde hace mu—

chos años con el nombre de auditoría, que representa algunas dificultades técnicas al juzgar - el proceso diagnóstico-tratamiento de un individuo a través de su historia clínica, por lo que se requiere que la evaluación la realicen precisamente médicos clínicos.

4.- ESTRUCTURA ORGANICA DE UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA.

Los aspectos importantes en la organización del hospital - es distinguir sus funciones en relación con el paciente; se ha dicho muchas veces que el paciente es el personaje más importante del hospital; lógico es que al rededor de él gira toda la organización del mismo, así lo que se ha llamado en el lenguaje de uso corriente en hospitales funciones técnicas, - son en realidad funciones directas de atención al paciente, o sean los servicios que proporciona el personal del hospital - con objeto inmediato de proporcionarle la atención médica; - ejemplo, el diagnóstico o el tratamiento médico, el servicio de enfermería, el de farmacia, y los demás auxiliares conectados con la profesión médica en el hospital; el archivo clínico, la bioestadística, el servicio de dietética y, por supuesto, el trabajo social.

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

Es decir, todas aquellas funciones a las que se hace referencia, como administrativas; sin embargo, no se crea que con sólo agrupar a los servicios en esta forma se tiene perfectamente definida la función de un grupo de elementos del hospital, sino que en el mismo servicio se entromezclan funciones

técnicas y administrativas; en forma tal que si se analiza un servicio, se encontrará que la última categoría de trabajadores de este servicio realiza las funciones técnicas más puras es decir, una función aprendida con cierto método para realizarse correctamente de acuerdo con una técnica o disciplina científica precisa.

Esquematisando en una gráfica esto que se ha venido tratando, se encontrará una primera división de todos los servicios en indirectos y directos.

Los Hospitales de gran número de camas están atendidos por un subdirector como jefe de cada uno de estos grupos. La mayoría de las veces es un profesional de la medicina quien dirige la subdirección de servicios directos y una persona sin egte antecedente la que está a cargo en los servicios indirectos. A su vez, las funciones directas se han dividido en funciones de tipo médico y funciones de tipo paramédico.

Las funciones de tipo médico son las que se refieren fundamentalmente al cuerpo médico-clínico y a los auxiliares de diagnóstico y tratamiento, ya sea en hospitalización, en consulta externa o en urgencias.

Las funciones directas de tipo paramédico son enfermería, farmacia, dietética, servicio social y archivo clínico.

Las funciones de tipo indirecto son como ya se describió, almacenes, intendencia, contabilidad, ingeniería y conservación, ropería, etc.

A veces, dado lo grande del hospital, los servicios se agrupan en tres posiciones y en cada una hay un funcionario con categoría de subdirector.

Así pues, en una subdirección se reúnen los servicios médicos clínicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, en otros los de enfermería, farmacia, dietética, archivo clínico y trabajo social, y en una tercera se encuentran integrados los servicios de contabilidad, ropería, ingeniería.

Otro punto fundamental es saber distinguir entre la divi-

sión teórica de los servicios y sus categorías jerárquicas y la realización práctica de las funciones.

Aún cuando se ha señalado una organización teórica tomando en cuenta elementos de la misma preparación técnica, agrupado por categorías, por ejemplo: se han agrupado en servicios a todos los médicos, a todas las enfermeras, a todos los integrantes del archivo clínico, etc, esta organización se puede considerar como estática, pues el trabajo en la práctica se realiza en los Hospitales por medio de una serie de equipos - en los que hay siempre una autoridad del área de trabajo. Dicha responsabilidad en la práctica diaria de la clínica le es está encomendada a un médico.

Para orientarse al pasar de la teoría a la práctica, en la aplicación de la organización se debe recordar que en el trabajo de equipo las líneas de autoridad jerárquica descritas - en la organización estática de la gráfica respectiva se interpretan como normas generales, es decir, la enfermera va a ayudarle al cirujano en la sala de operaciones, pero va a aplicar el aspecto normativo que como enfermera instrumentista o circulante ha recibido de la jefa de enfermeras, pero la función ejecutiva que se aplique en el caso particular queda a cargo y bajo la responsabilidad del cirujano, es decir, aquí es cuando se debe distinguir que al trabajar en equipo efectivamente hay jefes de equipo que tienen una función ejecutiva precisa dentro de un área de trabajo pero sólo en relación con un paciente en particular y que se debe de ejecutar de acuerdo con los aspectos normativos que han recibido de los diferentes jefes de los servicios que concurren en la realización de esta función a través de los diferentes subordinados de estos servicios.

Es más, un jefe de equipo puede y debe exigir la colaboración de elementos de otros departamentos sólo en el momento - en que actúan, o dejando instrucciones para que se sigan de acuerdo con la organización normativa aceptada en el hospital

Por lo tanto, cuando se retira del hospital, todos los elementos de los demás servicios están en condiciones de establecer un trabajo como una secuencia técnica, tomando en cuenta primero las necesidades específicas del caso, y segundo, la experiencia que se ha acumulado a través de las normas; así también el jefe de un equipo deberá abstenerse de ordenar modificaciones contrarias a las normas o que el personal que se subordine a él en un momento dado haga servicios personales en que no estén involucrados aspectos del tratamiento de los pacientes.

Es muy frecuente también encontrar que hospitales que trabajan dentro de sistemas de unidades, muchas veces la parte que llaman administrativa, es decir, una serie de servicios de apoyo o indirectos dependen de otras oficinas administrativas centrales, y los servicios directos que llaman técnicos, de otras.

Estos servicios llamados técnicos son los únicos que están a cargo del director al cual no le importa mayormente esta división y son frecuentes los problemas entre trabajadores de servicios indirectos y trabajadores de servicios directos, los cuales se amparan en el momento del conflicto bajo jefes respectivos.

Por eso es necesario establecer esta unidad de mando dentro del hospital.

Para poder lograr este objetivo ayuda mucho el establecimiento de organogramas. Muchas personas son refractarias a usar organogramas, y a que se difundan en forma adecuada, pues tales gráficas sólo muestran aspectos estáticos de la organización, pero aún así son indispensables porque van señalando los diferentes niveles de delegación de autoridad y en última instancia contribuyen a establecer la unidad de mando dentro de la organización.

Deben establecerse perfectamente bien las vías de comunicación y dependencia, de tal manera que se evite que se salven

conductos y siempre abstenerse de apoyar estas situaciones anárquicas que deterioron poco a poco las líneas de dependencia de las que se ha tratado.

Es necesario evitar las duplicaciones y multiplicaciones de servicios como se ve frecuentemente en los servicios médicos en los que existen dos o más servicios de cirugía, dos servicios o más de gastroenterología, etc., porque este tipo de organización defectuosa dará mal resultado en la práctica.

Claro está que al hacer estas agrupaciones hay que tomar en cuenta la preparación y habilidad del personal, pues al agrupar todo un conjunto de trabajadores se va a hacer imprescindible una uniformidad en el rendimiento del mismo.

Además, la reglamentación de las funciones debe tener una secuencia lógica al establecerse; así por ejemplo, las normas para realizar una operación quirúrgica deben formularse en tal forma que en primer lugar se conozca cómo se traslada al paciente de su piso, posteriormente cómo lo induce el personal del servicio de anestesia, después qué sucede en la sala de operaciones, posteriormente cómo se sale de ésta, y cuáles son los requisitos por los que se traslada a la sala de recuperación o los casos en que irá directamente al piso, y finalmente que hay que hacer en el piso con el paciente que regresa de la sala de operaciones. Es decir, debe requerirse el orden de una función del principio al fin en la reglamentación respectiva (ver figura 1).

Se deben estudiar los aspectos más importantes para empezar la operación de una institución hospitalaria, pues cuantas veces se encuentra una bella realización arquitectónica de línea modernista y con diseño funcional apropiado, después una gran ceremonia de inauguración, de la que la comunidad es para óptimo fruto, pues el esfuerzo a través de la técnica y la realización constructiva suponen que a la obra la debe coronar el funcionamiento paralelo o la grandeza de la proporción material de la codificación. Y en este preciso momento -

DIAGRAMA DE FLUJO PARA EL INGRESO DE UN PACIENTE

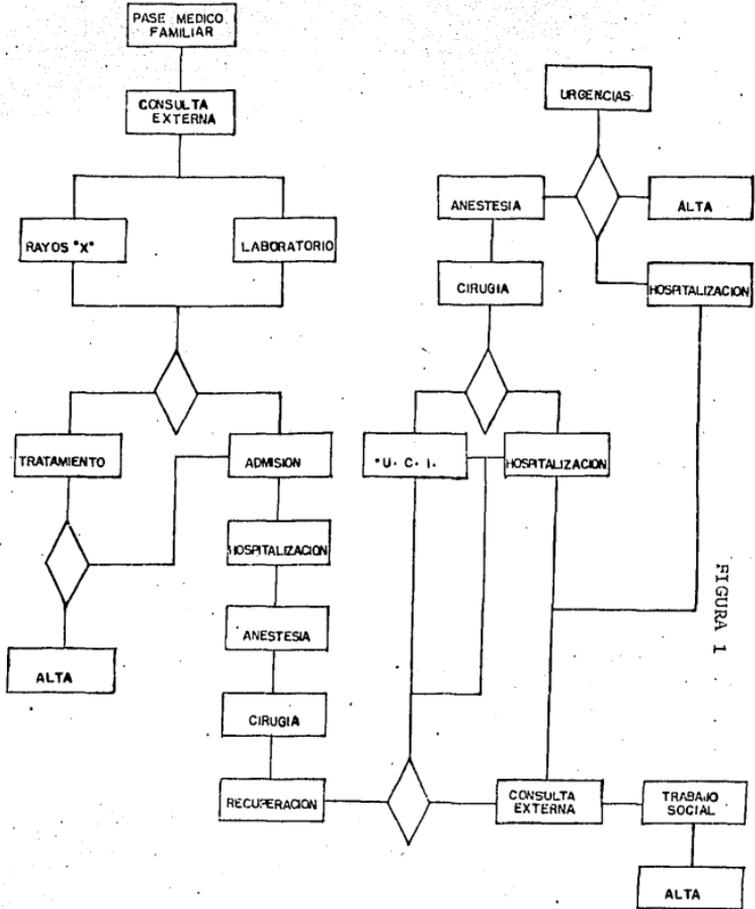


FIGURA 1

*UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

surgir una serie de incógnitas acerca de su costo, organización y aprovisionamiento de equipo y material de consumo.

La filosofía moderna de la atención médica ha hecho que el médico tienda a cambiar su actitud respecto del paciente. El médico que salió de un periodo caracterizado por el ejercicio individualista de su profesión, tarda en entender y adaptarse al trabajo de equipo y al concepto colectivista de la misma; aprendió en la escuela por sus maestros a hablar de "sus enfermos", de "sus servicios" y de su instrumental", de "sus laboratoristas", de sus "radiólogos", etc, y cuando afronta la realidad de que el centro de gravedad del hospital es el paciente, y los enfermos son del hospital, las camas también de el Hospital, los laboratorios y los radiólogos de los servicios respectivos del hospital, su desconcierto y desorientación llegan a ser a veces muy grandes. Ha sostenido tradicionalmente, de acuerdo con el ejercicio individualista, que penetra en los secretos más íntimos de la familia; desnuda física y normalmente al paciente, le ordena inclusive cómo debe actuar en funciones de su vida privada y en muchos casos tiene en sus manos la vida del paciente, actúa en forma tal que no acepta subordinación y coordinación dentro de un Hospital, discute y se refugia en argumentos tales como; "esto es lo que mi experiencia indica", o "estó en lo que tiene el enfermo de acuerdo con mi criterio", olvidando que el responsable de la salud de los esfuerzos no es en última instancia personalmente el médico, sino la institución que proporciona al paciente los servicios de un médico, así como el equipo necesario y el personal de enfermería, administrativo, de intendencia, etc, que complementan toda una labor, que si bien depende en forma muy importante de un médico, si éste actuara aislado, dados los adelantos de la medicina, las técnicas cada vez más complejas de diagnóstico y de tratamiento y el costoso equipo, no tendría ninguna posibilidad de resolver satisfactoriamente los casos que se le presentaran.

4.1. Organograma.

La complicación técnica en el manejo y adaptación de Hospitales requiere personas aptas y capacitadas, debido a adelantos de las organizaciones hospitalarias modernas. Se ha pasado de las épocas en que todo el equipo del hospital era la cama; todo el problema económico mantener al enfermo, y todo el problema terapéutico permitir que las enfermedades evolucionaran espontáneamente hacia la duración o que cortaran la vida del individuo. Actualmente, gracias al avance de la ciencia médica y la aplicación de otras disciplinas conexas con la medicina tendiente a lograr técnicas cada vez más exactas, terapéuticas cada vez más efectivas entre las que se mencionaron, el desarrollo alcanzado por la física aplicada a la medicina, con los rayos "X", la electrocardiografía, la electroencefalografía, etc, y de los de la química con quimioterapia, los antibióticos, etc.

Todo esto ha hecho que el hospital sea actualmente un complicado engranaje tanto en lo que respecta a equipo, como en sostenimiento y métodos terapéuticos para aliviar al enfermo.

Al examinar la organización hospitalaria en nuestro medio, surge inmediatamente esta pregunta; ¿estará correctamente orientada la conducta de las personas que dirigen dichas instituciones en nuestro país?. En ellas encontramos en la dirección de hospitales dos tipos de figuras; uno es el médico especialista y el otro es el médico político.

Examinando con cuidado la actuación de estos dos tipos, se llega a estas conclusiones: El médico político a pesar de lo eficaces de su gestión desde el punto de vista social, no tiene la preparación indispensable para lograr que salga adelante una compleja organización, que es el hospital moderno. Si a esto se añade que la estabilidad de este director está sujeta a los cambios políticos, significa exponer toda una complicada organización hospitalaria, que tiene una función social de

primera línea, a los vaivones de las actividades políticas y por lo tanto al acecho constante de ambiciones personales o de facción, en un clima de incertidumbre que destruye la marcha correcta de las instituciones nosocomiales.

En el segundo caso, el médico, figura científica del Hospital, que se ha esforzado a través de un estudio sistematizado por capacitarse en una especialidad y que llega a la dirección de un hospital por uno de tantos azares del destino, es un individuo cuya afición se ha canalizado hacia el ejercicio de la medicina clínica sea en las ramas médica, quirúrgica u obstétrica, y que se va ante la disyuntiva de abandonarlas dedicándose a una actividad que le es totalmente desconocida y a veces hasta repugnante, y por lo tanto, a perder sus conexiones con la especialidad a la que se dedicaba. El hospital a su vez pierde a un especialista para injertar en el puesto directivo a un individuo que la mayor parte de las veces no está dispuesta a desarrollar correctamente las actividades que tal responsabilidad entraña, y por lo tanto pretenderá dedicar parte de su tiempo a la dirección en donde no hace beneficio alguno, y menos si solamente está algunas horas, y por otro lado de continuar ejerciendo sus actividades clínicas, sin cumplir integralmente con sus obligaciones en la sala sino más bien con objeto de conservarse debidamente adiestrado en su especialidad para que cuando el puesto directivo no se encuentre retrusado en los conocimientos que avanzan constantemente dentro de su especialidad. La incertidumbre de que su puesto es transitorio le hace muchas veces olvidar sus obligaciones en el puesto directivo; otras, aprovecha la situación con objeto de mejorar los servicios de su especialidad sobre todos los demás de la institución.

Así existe una gran cantidad de instituciones hospitalarias en que unos cuantos servicios hipertróficos, que se antojan desorbitadamente desarrollados en relación con los otros, marcan de este modo el paso de otros tantos especialistas por

puestos directivos en el hospital.

Variante de esta segunda posibilidad es aquella en que el especialista consciente de su incapacidad para dirigir y administrar correctamente el hospital se allega a los servicios de una persona, especializada o no, pero con experiencia en administración hospitalaria, suficiente para garantizar la buena marcha del hospital.

Esta persona, con el nombre de superintendente, director administrativo, etc, se encuentra muchas veces siendo el jefe del hospital en cuanto a dirección y administración se refiere y en la que el especialista, siendo la cabeza aparente de la organización hospitalaria, la mayor parte de las veces restringe su actividad para asesorar sólo asuntos técnicos en los cuales además intervienen una serie de jefes de servicio médico, de gran competencia clínica y que son suficientes para garantizar la buena marcha del hospital, integrando un consejo consultivo con funciones de orientación, auditoría y vigilancia técnica médica, sin necesidad del especialista director.

Como se ha expresado, teniendo en cuenta la necesidad de que se designe la persona adecuada para hacerse cargo de las funciones directivas de una institución hospitalaria se han descrito una serie de requisitos y atributos, y quizá la lista más completa la constituyan los siguientes puntos que en forma magistral ha concebido el doctor John Mc Gibony y que son los siguientes:

- 4.1.1. Educación: El director de un hospital, en condiciones ideales debe tener la preparación técnica suficiente en esta rama de la medicina, y en términos generales, estas condiciones las reúnen las personas preparadas en las escuelas de salud pública y la dirección y organización de hospitales, máxime si su preparación previa incluye el título de médico cirujano. Sin embargo

- dicha persona deberá tener además una preparación cultural general y un sentido financiero y administrativo adecuado.
- 4.1.2. Personalidad: Las características necesarias — que contribuyen a una personalidad atractiva y agradable aceptarán la confianza y promoverán — la buena voluntad del personal y enfermos dentro de la institución, y esto repercutirá en favor de los derechohabientes.
 - 4.1.3. Espíritu de servicio: Esta característica complementará con éxito el trabajo del director y la de los demás jefes de los diversos departamentos al frente de un hospital, pues inspirará en el paciente y el empleado del hospital el — sentimiento de que dicho funcionario está siempre en la mejor disposición de resolver los problemas y atender con eficiencia y resolución — cualquier queja o sugerencia.
 - 4.1.4. Imaginación: Es importante en el trabajo diario de un hospital que el director máximo use este recurso que no solamente puede resolver situaciones nuevas o inesperadas, sino que contagie su entusiasmo o interés a todos los trabajadores de la institución y los haga reconocer su capacidad de afrontar situaciones difíciles.
 - 4.1.5. Iniciativa: El éxito de su actuación está muchas veces ligado a la actitud de crítica sistemática a métodos y procedimientos consagrados — de manera que puedan encontrarse ajustes benéficos a los viejos sistemas o nuevas formas de — realizar mejor la situación hospitalaria.
 - 4.1.6. Don de Mando: Qué es la habilidad de transmitir las órdenes a un subalterno, no sólo convenciendo de las razones que existen para cumplirlas,

sino escoger la mejor forma de transmitir las, p_o niendo de manifiesto que el realizarlas no sólo es una tarea sino un privilegio que entraña res_uponsabilidad y satisfacción para el que las cum_{pl}e.

- 4.1.7. Conocimiento de la naturaleza humana: El diario contacto que tiene un directivo con diversos ti_pos de personas lo hará conocer íntimamente las características especiales de las mismas. En una organización hospitalaria es importante que, conociendo que toda persona es un complejo ba_lance de cualidades y defectos, se aproveche lo que de bueno tiene y se le coloque en una posi_ción tal que los defectos, si bien no desaparecen, por lo menos se manifiesten poco.
- 4.1.8. Diplomacia: Probablemente ninguna otra profe_sión como las del ejecutivo requiera tanto tacto y discreción al manejar los problemas huma_nos, en los cuales muchas veces en forma invo_luntaria pueden lastimarse los sentimientos de un grupo o de una persona si no se usa el lon_guaje y el tono adecuados para tratarlos.
- 4.1.9. Decisión: El director debe tener la decisión p_ora llegar a establecer un sistema o método de organización hasta sus últimas concecuencias si tiene la íntima convicción de que la asiste la razón, que procede con justicia, que la medida es sana, y que además cuenta con el apoyo suficiente para sostener su decisión, aún cuando co_n interpongan obstáculos difíciles de vencer en su camino.
- 4.1.10. Paciencia: El director debe estar consciente de que un cambio, aunque sea importante o pa_rezca urgente, podrá tardar en efectuarse si -

los obstáculos son difíciles de vencer. Muchas veces es preferible lograr un objetivo poco a poco, siguiendo el camino que conduce hasta la meta, con toda calma, en vez de provocar una serie de relaciones humanas inadecuadas, por la precipitación y rápidos con que se pretende realizar, pues muchas veces aún realizado, los efectos negativos que produce son mayores que las ventajas que pudieran conseguirse.

- 4.1.11. Lealtad: Un buen director de hospital no sólo debe ser leal con sus propios ideales o convicciones, sino aún normar su actitud en tal sentido en relación con la comunidad, la institución y los empleados que dependen de él, pues esta lealtad contribuirá en forma muy importante a acrecentar el prestigio de la institución y a proporcionar la sensación de seguridad a los pacientes y personal del nosocomio.
- 4.1.12. Estabilidad emocional: Los despliegues innecesarios de fuerza, la exhibición de emociones exageradas, o de un carácter irritable y agresivo, no son compatibles con una buena dirección; hay que recordar que si alguien tiene derecho a exhibir un temperamento emocional, éste privilegio debe reservarse exclusivamente para los pacientes y sus familiares en una institución hospitalaria.
- 4.1.13. Sentido del humor: Esta es una cualidad que, cuando se pone de manifiesto dentro de los límites de la decencia, en el momento oportuno, y en lugar adecuado, constituye una de las mejores formas de acrecentar las buenas relaciones humanas en una institución. Esta situación debe comprender hechos no sólo en relación con

las demás personas sino incluir al propio director, con lo que se tendrá la impresión de que se trata con una persona accesible y humana, y susceptible de ser tratada sin el protocolo estricto que norma las relaciones secas e impersonales de un ejecutivo inaccesible.

4.1.14. Equidad: Ningún ejecutivo debe tratar a los demás en forma diferente de aquella en la que él espera que los demás lo traten en situaciones similares. Por lo tanto, el director debe estar dispuesto a escuchar todos los aspectos y ángulos de un problema, sin que la intriga lo incline a conclusiones equivocadas o los prejuicios lo predispongan en su actuación.

4.1.15. Capacidad para aceptar críticas: Nadie puede considerarse perfecto, y desgraciadamente a medida que un individuo asciende en la escala social, sus aciertos, así como sus errores, tienden a ponerse de manifiesto y a hacerse notorios. Un director inteligente debe estar consciente de sus propios defectos, y por lo tanto aceptar la crítica constructiva y de buena fe en relación con ellos.

4.1.16. Capacidad como guía: Finalmente en la sociedad el cuerpo directivo, el personal y los pacientes esperan encontrar en un director un guía y un consejero, a veces no solamente en relación con la organización interna de la institución, sino muchas veces en relación con las situaciones personales de los individuos que con él tratan.

Su actuación será más brillante en la medida en que la sociedad reconozca esta habilidad del directivo, pues a través de su actuación -

incrementa su prestigio y corrobora la confianza que la comunidad le ha otorgado.

Se podrá pensar que la dirección de hospitales requiere al hombre perfecto después del análisis de los puntos anteriores pero si bien es verdad que en la práctica es difícil reunir - este conjunto de cualidades, por lo menos es necesario que el directivo recuerde cuáles son las metas, y que tienda a través de su esfuerzo tesonero y continuo a encaminarse a dichos objetivos.

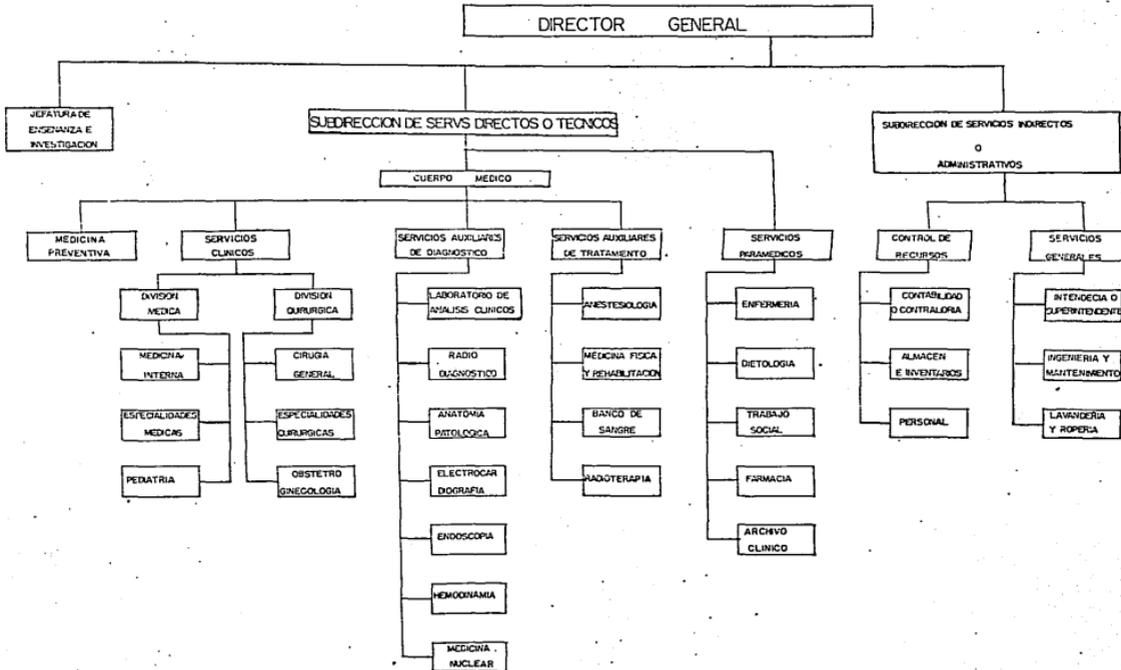
Por otro lado, es esencial que a este funcionario correctamente preparado y dedicado integralmente a esta actividad, - se le garantice la satisfacción de sus necesidades económicas y sociales, evitando que ejerza la medicina clínica, actividad incompatible con su función directiva, máxima que maneja - una institución en que la sociedad ha hecho una inversión - cuantiosa en lo que se refiere a construcción, equipo y operación de la unidad.

Es por lo tanto fundamental garantizarle no sólo un sueldo adecuado, sino una seguridad en su posición.

Esta situación es más imperiosa cuando se trata de grandes instituciones hospitalarias, pues si bien es cierto que en pequeños hospitales, o en el medio rural, un profesional de la medicina puede ser médico-clínico y director al mismo tiempo, esta situación no se justifica en las grandes ciudades, en grandes instituciones, que atienden en forma moderna a sus pacientes.

4.1.17. En la figura dos se muestra un organograma el cual es considerado como el prototipo de todos los organogramas que se manejan en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el cual solamente mencionaremos que la Subdirección de Servicios Indirectos o Administrativos (Subdirección Administrativa), se encuentra en el segundo nivel jerárquico en donde -

FIGURA 2
ORGANOGRAMA PROTOTIPO QUE SE EMPLEA EN EL I.M.S.S



también se sitúa a la Subdirección de Servicios directos o técnicos (Subdirección Médica) y a la Jefatura de Enseñanza e Investigación.

4.1.18. En la figura tres se tiene la estructura orgánica de un Hospital de Especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, en este organograma la Subdirección Administrativa y la Subdirección Médica se encuentran situadas en el segundo nivel jerárquico.

4.1.19. Se tiene en la figura cuatro el organograma de un Hospital General de Zona (auxiliar), en este observamos que tanto la Administración, la Jefatura de Medicina Médica y Conservación se encuentran colocadas en el tercer nivel jerárquico.

4.1.20. Por último se tiene la figura cinco la que nos muestra el organograma correspondiente a un Hospital General de Zona, en éste al igual que en el organograma de un Hospital de Especialidades la Subdirección Administrativa y la Subdirección Médica están ocupando el segundo nivel jerárquico.

Cabe hacer mención a fin de aclaración que se mostraron — los diferentes organogramas para que posteriormente en el Capítulo cinco en el que se tratará de la problemática administrativa se analizará con un mayor detenimiento la estructura orgánica de estos organogramas.

4.2. Cuerpo de Gobierno.

Para realizar con eficiencia sus funciones, independientemente de sentar las bases de una organización y administración técnicas, es necesario que exista un cuerpo directivo —

FIGURA 3

ORGANOGRAMA DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

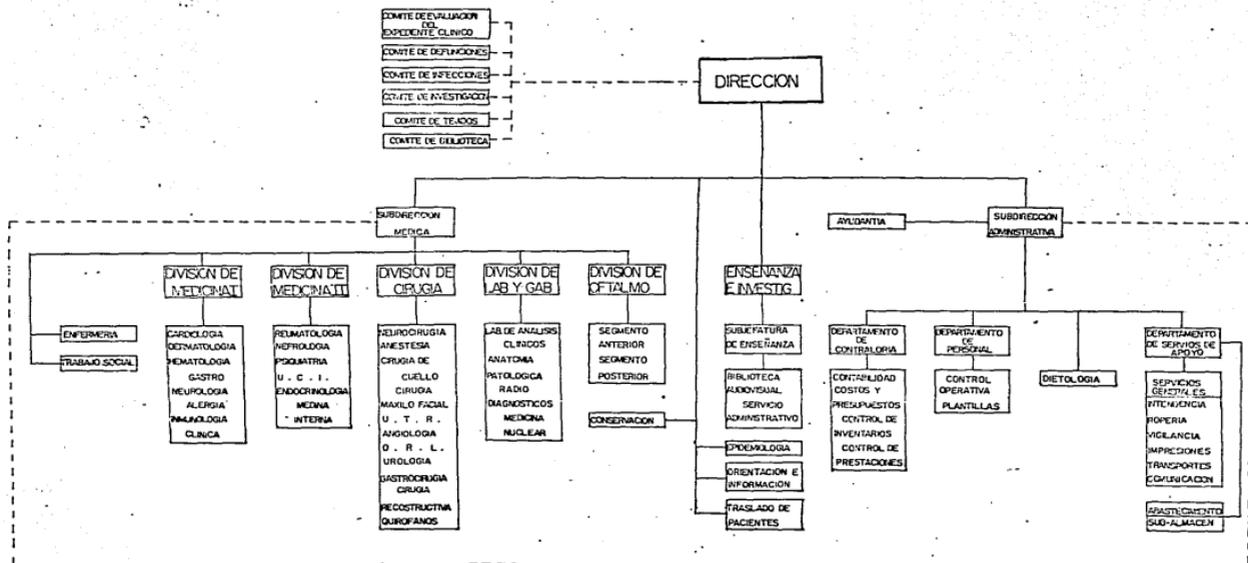
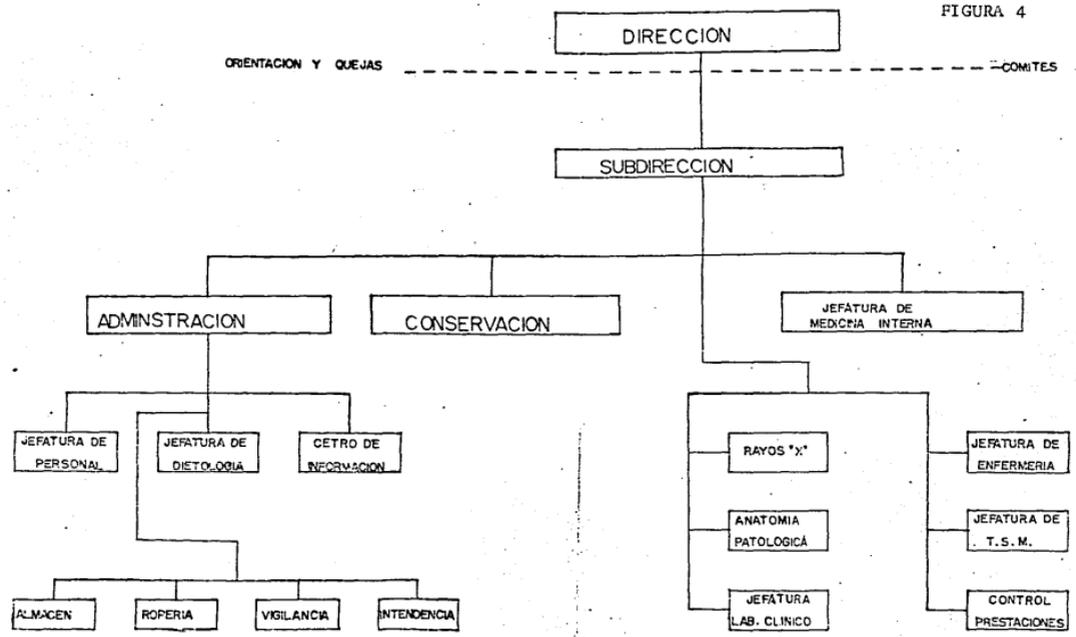


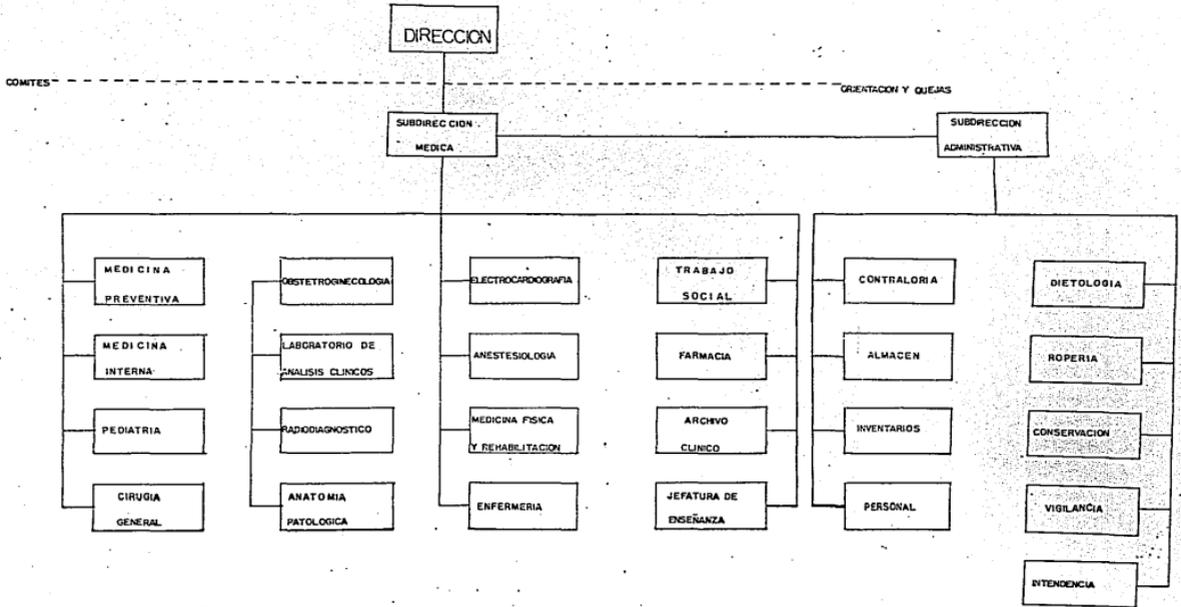
FIGURA 4



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

FIGURA 5

ORGANOGRAMA DE UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA



que representa el hospital. Estos organismos se conocen con el nombre de autoridades superiores, juntas directivas, patronatos y cuerpo de gobierno, ya sea que el hospital sea parte de una institución de servicio público, tenga una vida semiautónoma o sea un hospital de beneficencia privada. Los hospitales que tienen propietarios y son de tipo lucrativo tienen una organización financiera de acuerdo con sus dueños.

Patronatos, juntas directivas, autoridades o cuerpo de gobierno según sea el caso, se considera la autoridad suprema en relación con la organización hospitalaria y las personas que componen los mencionados organismos se imponen la responsabilidad de procurar que la institución proporcione el mayor rendimiento científico y social a la comunidad a la que sirve.

Las obligaciones, de modo general, son las siguientes.

- 4.2.1. Determinar las normas de la institución en relación con las necesidades de la comunidad.
- 4.2.2. Proporcionar el equipo y las facilidades compatibles con las necesidades de la comunidad para los pacientes de un hospital.
- 4.2.3. Cuidar que se mantengan normas profesionales correctas en el cuidado de los enfermos.
- 4.2.4. Coordinar el interés profesional con las necesidades administrativas y financieras de la comunidad.
- 4.2.5. Garantizar el aprovechamiento del presupuesto pues se le asigne y controlar eficazmente los gastos.
- 4.2.6. Ejercer una administración honesta de los fondos recibidos.
- 4.2.7. Llevar registros exactos de las finanzas y actividades.
- 4.2.8. Rodear a los pacientes de toda la protección posible, respondiendo así a la responsabilidad moral de la junta directiva, patronatos, autoridades

des superiores o cuerpo de gobierno.

- 4.2.9. La junta directiva, patronato, autoridades superiores o junta de gobierno, son los responsables del criterio y las normas requeridas en la elección de un director competente y del personal técnico o administrativo encargado de la atención directa o indirecta de los pacientes.
- 4.2.10. El nombramiento de los miembros de este cuerpo deberá hacerse de acuerdo con los requisitos, méritos y calificaciones que el caso requiera, evitando favoritismo y decisiones resultantes de conexiones o presiones políticas.
- 4.2.11. Ningún miembro de la junta directiva, cuerpo de gobierno o autoridades de un hospital podrá obtener beneficios personales a través de sus relaciones con dicha institución.
- 4.2.12. El número y la calidad de los integrantes de esta junta directiva, patronato o junta de gobierno varían de acuerdo a la magnitud y tipo de hospital del que se trate.

4.3. Función de la junta de Gobierno.

Las facultades que el cuerpo de gobierno del hospital debe asumir son: la representación legal y social de la institución y todas aquellas relaciones de ésta con otras instituciones y personas; así el cuerpo de gobierno es responsable cuando se cometen errores graves derivados de la falta de organización e integración funcional del hospital y, por lo tanto, éste tiene que afrontar tal responsabilidad, pero no así los errores personales que comete en particular en médico en su actitud terapéutica concreta, en un caso dado; con esto se da a entender que el hospital puede y debe responder si permite

que dentro de su cuerpo médico, por ejemplo médicos mal preparados intervengan en el tratamiento quirúrgico de los enfermos. Esto es aplicable fundamentalmente al cuerpo de médicos internos y residentes, pero si un cirujano calificado comete un error de diagnóstico o terapéutico inexcusable, la responsabilidad no podrá recaer en la institución, sino en el cirujano en particular.

Asimismo, todos aquellos problemas derivados de la falta de ética profesional con la que un médico trata a un enfermo, no pueden ser impugnables a la institución, a menos que el cuerpo de gobierno de ésta haya tenido noticia de algunas otras faltas similares y que haya adoptado una actitud pasiva o encubridora.

En lo que se refiere a relaciones sociales o científicas, el director representara a la institución en todos aquellos aspectos que se refieren a la especialidad de dirección de hospitales, en eventos científicos, reuniones internacionales o de tipo social; a través de él deberán arreglarse eventos de tipo técnico en cualquiera de los departamentos, pero de ninguna manera se debe permitir que el director de un hospital lo representa en tal o cual especialidad clínica o auxiliar de diagnóstico o de tratamiento, sino que son precisamente los integrantes del cuerpo médico quienes deben figurar en estos eventos científicos.

4.3.1. Una facultad del cuerpo de gobierno del hospital es la que se refiere a la distribución de camas, fundamentalmente basada en la frecuencia de los padecimientos y en la política general que el hospital le imprime a la atención médica; la distribución debe ser balanceada a fin de evitar hipertrofias injustificadas de determinados servicios en detrimento de otros.

4.3.2. Otra de las funciones del cuerpo de gobierno es la vigilancia para que se lleven acabo sesiones

científicas, juntas médicas, juntas de servicio etc, con la frecuencia que sean necesarias, con objeto de mencionar el cuerpo médico en intercambio constante de ideas sobre nuevos procedimientos, casos problema, casos de interés general, etc, aún cuando el cuerpo de gobierno no participe en forma activa en dichas juntas y sesiones.

Esto, independientemente de ser benéfico para los médicos, hera que el hospital sea mejor calificado de acuerdo con las normas establecidas.

- 4.3.3. Otra de las funciones del gobierno del hospital con respecto del cuerpo médico es la vigilancia de la puntualidad y formalidad del personal médico. Este es uno de los motivos de distanciamiento o incomodidad entre el cuerpo de gobierno y el cuerpo médico; mucho se debe por una parte a que el médico no satisface su presupuesto familiar con sólo trabajar en el hospital, y tiende, como es natural, a completarlo con el ejercicio profesional que llega a veces a ser incompatible con sus labores en la institución, pues el ejercicio de la medicina privada obliga al médico a ver a sus enfermos a cualquier hora.
- 4.3.4. Esta junta se reúne en forma regular por lo menos una vez a la semana, en la que todos los miembros expondrán la problemática por la que están pasando, mediante preguntas de un jefe de departamento al director, en caso de no encontrarse el director ya sea por estar de vacaciones, permiso e incapacidad, su puesto deberá ser ocupado por un miembro de la misma junta de gobierno, previamente comunicado y que es el que preside la junta y la respuesta se lleva

igualmente por el jefe del departamento que se encuentra involucrado con el problema, explicando las razones por lo que no se ha resuelto éste y qué medidas deben de tomarse buscando la mejor forma de corregir las desviaciones.

Esta junta no se reunirá únicamente a la semana sino que podrán efectuarse las veces que sean necesarios, fuera de lo habitual sobre todo -- cuando se presenten problemas de suma urgencia tales como; cambio de algún jefe de departamento; del director; del administrador; o también para informar sobre el cambio de políticas que deberán de seguirse, de la misma forma cuando se presenten situaciones de emergencia como en los casos de inundaciones accidentes automovilísticos, incendios o cualquier otro tipo de desastre que requiere del apoyo médico por parte del hospital.

Esta junta no tiene un límite de tiempo establecido únicamente se fija su hora de inicio que por lo regular es a las 9.00 horas realizándose comúnmente los lunes y cambiándose solamente esta hora y día cuando se trate de juntas extraordinarias.

4.4. Funciones principales de los miembros que integran la junta de gobierno.

En este punto se dará a conocer las actividades principales de todos los miembros que forman la junta de gobierno.

4.4.1. Director General.

4.4.1.1. Analizar y aprobar los planes, programas y presupuestos de la unidad, así como someter--

los a las autoridades superiores correspondientes.

- 4.4.1.2. Difundir y vigilar el cumplimiento de las normas emanadas por las dependencias normativas del Instituto, relativas a los aspectos médicos y administrativos de la Unidad.
 - 4.4.1.3. Dirigir y controlar la operación integral de la Unidad Médica.
 - 4.4.1.4. Cumplir con las funciones definidas para las Jefaturas de Zonas Médicas.
 - 4.4.1.5. Presidir la Junta de Gobierno de la Unidad, cumpliendo y vigilando que se realicen las decisiones que en ella se tomen.
 - 4.4.1.6. Informar a la autoridad superior de la Delegación, sobre el desarrollo de la unidad y demás información que le sea requerida.
 - 4.4.1.7. Cumplir con los lineamientos establecidos para las estructuras de las Subdelegaciones.
 - 4.4.1.8. Realizar todas las funciones que se le encomienden, relacionadas con su actividad.
- 4.4.2. Subdirector Médico.
- 4.4.2.1. Vigilar que la atención que se otorga a los pacientes, se realice con eficiencia y oportunidad.
 - 4.4.2.2. Supervisar y asesorar al personal médico y paramédico, en el cumplimiento de normas y procedimientos dictados por la Subdirección General Médica Delegacional y Dependencia Normativa.
 - 4.4.2.3. Apoyar al Director en el trámite oportuno de los asuntos a su cargo.
 - 4.4.2.4. Coadyuvar en la optimización de los recursos disponibles de la Unidad.

- 4.4.2.5. Detectar, informar, sugerir alternativas de solución a la Dirección, para la resolución de problemas del área operativa.
- 4.4.2.6. Realizar todas las funciones que se le encomienden, relacionadas con su actividad.
- 4.4.3. Subdirector Administrativo.
 - 4.4.3.1. Planear e integrar los programas, presupuestos y metas de los aspectos financieros, administrativos y de apoyo general de la Unidad.
 - 4.4.3.2. Dirigir y evaluar la administración de los recursos humanos, materiales y financieros, tomando las medidas necesarias para optimizar su aprovechamiento.
 - 4.4.3.3. Conocer, cumplir y hacer las políticas, normas y procedimientos emanados de las autoridades superiores del I.M.S.S. relativas a los aspectos administrativos de la Unidad.
 - 4.4.3.4. Informar al Director de la Unidad, sobre el avance y resultados de los programas a su cargo y proporcionar los elementos adicionales de información que se le requiera.
 - 4.4.3.5. Apoyar al Director de la Unidad Médica en lo relativo a la coordinación, integración y control de los presupuestos y programas administrativos de las Unidades de Medicina Familiar de la zona.
 - 4.4.3.6. Realizar todas las funciones que se le encomienden relacionadas con su actividad.
- 4.4.4. Jefes de Medicina Preventiva, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Obstetriginecología, Laboratorio de Análisis Clínicos, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Electrografía, Anes-

tesiólogía, Medicina Física y Rehabilitación.

- 4.4.4.1. Programar y coordinar actividades médico-administrativas, para proporcionar una atención integral a los derechohabientes.
 - 4.4.4.2. Difundir y aplicar políticas y normas emitidas por la Subdirección General Médica.
 - 4.4.4.3. Asesorar y supervisar directamente a cada uno de los médicos adscritos a su módulo de trabajo o especialidad, según sea el caso.
 - 4.4.4.4. Supervisar y evaluar expedientes y notas clínicas.
 - 4.4.4.5. Prevenir, atender y solucionar los problemas técnico-médicos de los derechohabientes y subordinados.
 - 4.4.4.6. Coordinar en sesiones conjuntas con los médicos y becarios, los casos de pacientes problema y en general actividades de enseñanza, tendientes a elevar conocimientos del personal médico.
 - 4.4.4.7. Informar oportunamente a la Dirección de la Unidad Médica, los avances y desviaciones encontradas.
 - 4.4.4.8. Supervisar, analizar y coordinar el presupuesto asignado a su centro de costo.
 - 4.4.4.9. Planear, organizar y supervisar las actividades de investigación y enseñanza.
 - 4.4.4.10. Realizar todas las funciones que se le encomienden relacionadas con su actividad.
- 4.4.5. Jefe de Enfermeras.
- 4.4.5.1. Supervisar directamente la rama de Enfermería en la Unidad Hospitalaria.
 - 4.4.5.2. Hacer la distribución general del personal de Enfermería a cada Servicio, en coordinación -

con la Subjefe de Enfermeras.

4.4.5.3. Requerir, distribuir y controlar la existencia de material, ropa, equipo e instrumental.

4.4.5.4. Recibir informes de los días de descanso, ausentismo, etc.

4.4.5.5. Atender y promover soluciones a las necesidades del servicio.

4.4.5.6. Realizar todas las funciones que se le encomienden relacionadas con su actividad.

4.4.6. Jefe de Dietología.

4.4.6.1. Supervisar, analizar y coordinar el presupuesto asignado a su centro de costo.

4.4.6.2. Organizar, dirigir y controlar las actividades técnico-administrativas del servicio.

4.4.6.3. Planear y formular el cuadro básico de minutos.

4.4.6.4. Vigilar la correcta y oportuna preparación, elaboración, presentación y distribución de alimentos, a pacientes hospitalizados y personal con derecho a ésta prestación.

4.4.6.5. Desarrollar programas de capacitación y adiestramiento continuo, al personal a su cargo.

4.4.6.6. Supervisar el cálculo de regímenes dietéticos.

4.4.6.7. Realizar todas las funciones que se le encomienden relacionadas con su actividad.

4.4.7. Jefe de Ropería.

4.4.7.1. Participar en la determinación del cálculo de dotaciones fijas de ropa hospitalaria.

4.4.7.2. Supervisar y controlar el canje de ropa hospitalaria, con la lavandería.

4.4.7.3. Practicar inventarios en coordinación con los Jefes de Servicio. (bimestralmente).

- 4.4.7.4. Organizar y controlar la entrega y recepción de ropa hospitalaria, a los servicios de la Unidad.
- 4.4.7.5. Controlar actividades del personal adscrito al servicio de ropería.
- 4.4.7.6. Elaborar cédula de faltantes de ropa.
- 4.4.7.7. Elaborar requisiciones de ropa hospitalaria.
- 4.4.7.8. Informar de actividades realizadas y avances a su jefe inmediato.
- 4.4.7.9. Realizar todas las funciones que se le encomienden relacionadas con su trabajo.

4.4.8. Residente de Conservación.

- 4.4.8.1. Planear elaborar y controlar el presupuesto de conservación.
- 4.4.8.2. Planear, organizar y ejecutar la operación preventiva y correcta en su residencia.
- 4.4.8.3. Controlar los Recursos Humanos y Materiales, asignados a la residencia.
- 4.4.8.4. Asesorar a Directores y/o encargados de Unidades, sobre proyectos de ampliación, remodelación y operación de equipo.
- 4.4.8.5. Vigilar el cumplimiento de normas institucionales.
- 4.4.8.6. Supervisar y evaluar rendimientos de acuerdo a programas.
- 4.4.8.7. Supervisar las actividades de los contratistas que ejecutan trabajos subrogados.
- 4.4.8.8. Realizar todas las funciones que se le encomienden relacionadas con su actividad.

4.4.9. Jefe de Trabajo Social.

- 4.4.9.1. Organizar, dirigir y controlar los Recursos Humanos y Materiales del área de Trabajo So-

- cial, de acuerdo a normas institucionales.
- 4.4.9.2. Promover la participación de derechohabientes en los programas institucionales.
 - 4.4.9.3. Capacitar y adiestrar al personal del servicio.
 - 4.4.9.4. Supervisar el servicio que presta el personal de Trabajo Social y la Coordinación de Asistencia de Consultorio y Sociales
 - 4.4.9.5. Participar y en su caso coordinar el desarrollo de programas de planificación familiar y campañas de vacunación.
 - 4.4.9.6. Coordinar acciones con el equipo de salud, para solución de problemas individuales de la comunidad.
 - 4.4.9.7. Supervisar el desarrollo de estudios socioeconómicos y derechohabientes.
 - 4.4.9.8. Realizar todas las funciones que se le encomienden relacionadas con su actividad.
- 4.4.10. Jefe de Personal.
- 4.4.10.1. Es el encargado de la planeación y aplicación del programa que norme las relaciones contractuales entre la institución y sus empleados.
 - 4.4.10.2. Formular y supervisar el programa relativo a selección, adiestramiento, promoción y otorgamiento de las prestaciones en relación con personal del hospital.
 - 4.4.10.3. Supervisar el expediente personal de cada uno de los empleados, procurando que esté al corriente en lo que se refiere a diversos registros, retardos, faltas, permisos, vacaciones, sanciones, notas de mérito, etc.
 - 4.4.10.4. Encargarse en primer término de escuchar las

quejas , resolver los conflictos que planteo el personal, y dar la solución o el trámite adecuado a estos asuntos.

4.4.10.5. Analizar y evaluar las funciones de las diversas categorías presupuestales, y de acuerdo con estos datos, proponer la integración del presupuesto general y de los departamentos de la institución.

4.4.10.6. Aconsejar al gobierno del hospital en lo referente a relaciones humanas proponiendo los cambios que juzgue pertinentes en lo que respecta a estas situaciones.

4.4.10.7. Proporcionar los datos relativos a costo de mano de obra al departamento de contabilidad para que sirvan de base en la determinación de los costos del hospital.

4.4.10.8. Preparar las nóminas de pago o listas de raya para cubrir los salarios de los trabajadores de la institución.

4.4.10.9. Tramitar o gestionar nombramientos, cambios, permisos, vacaciones, tiempo extra, sanciones, rescisiones de contrato y demás movimientos de acuerdo con el contrato colectivo de trabajo que rija en el hospital.

4.4.11. Jefe de Almacén.

4.4.11.1. Salvaguardar los intereses y los bienes de la institución puestos bajo su custodia y manejo mediante la debida organización de las oficinas de control en su aspecto técnico--funcional, con el adiestramiento del personal y el desarrollo sistemático de disciplinas, en relación con estas labores.

4.4.11.2. Vigilar el consumo de los artículos en los -

diversos servicios, por medio de los pedidos de reposición periódica, dando cuenta a las autoridades del hospital en cuanto se observen consumos anormales.

- 4.4.11.3. Vigilar las existencias y movimientos del almacén por medio de tarjetas de control, llevando acabo pruebas selectivas de tiempo en tiempo, para determinar la existencia real de los bienes del hospital, así como de los máximos y los mínimos.
- 4.4.11.4. Efectuar las requisiciones de reabastecimiento de artículos necesarios, cuando las reservas que se considera mínima de acuerdo con la reglamentación, ha disminuido por debajo del límite establecido.
- 4.4.11.5. Despachar oportunamente los pedidos que requieran los diferentes servicios y aún vigilar el aprovechamiento integral del equipo y de los artículos de consumo, requiriendo la devolución de envases vacíos, frascos, ampollitas, jeringas rotas, termómetros quebrados, placas de rayos X, envases de cartón, etc., aprovechando el momento en que el personal de los servicios se reabastece de una nueva dotación, estableciendo un sistema de canje de envases y artículos deteriorados, en forma permanente.

Rechazar los artículos y productos que no satisfagan los requisitos del pedido, en lo que se refiere a calidad, cantidad y aún a veces dosificación y vencimiento en lo relativo a material y medicamentos, solicitando cuando se estima necesario el auxilio del laboratorio de análisis, de los químicos o mó-

dicos que puedan dictaminar si el material o el instrumental son adecuados.

- 4.4.11.6. Vigilar y tramitar oportunamente el canje de medicamentos y material de curación que tienen fecha de expiración.
- 4.4.11.7. Tramitar la recuperación de artículos deteriorados y la baja y remate de artículos inservibles.
- 4.4.11.8. Vigilar la conservación y acomodo de los artículos en el almacén, de manera que se garantice la fácil localización y preservarlos de cualquier deterioro, almacenando por separado y en lugares a prueba de incendio los materiales inflamables.
- 4.4.11.9. Dar oportunamente los informes de movimiento del almacén, y además datos requeridos al servicio de contabilidad del hospital.
- 4.4.11.10. Evitar las pérdidas y normas que encarecen los servicios, en lo que se refiere a empleo de diversos bienes del hospital, desde el momento en que éstos ingresan, hasta el momento en que se consumen.
- 4.4.12. Jefe del Departamento de Inventarios.
 - 4.4.12.1. Procurar la organización del registro del inventario y del control del mobiliario, equipo instrumental, aparatos científicos, libros, revistas médicas, maquinaria, herramienta y vehículos de transporte, que integran el activo fijo de una institución.
 - 4.4.12.2. Establecer las normas reglamentarias para la salvaguarda efectiva de dichos bienes, como son el registro de la marca, la localización y el traspaso de unas a otras manos, y los

resguardos o documentos de los bienes muebles firmados por las personas a cuyo cargo han quedado dichos artículos.

- 4.4.12.3. Diseñar las formas impresas para el registro de inventarios, y planear el trámite de los diversos aspectos relacionados con éstas.
- 4.4.12.4. Realizar el levantamiento del inventario físico y la información de los resultados, así como la de los faltantes en dicho inventario.
- 4.4.12.5. Establecer el control y registro de todos aquellos muebles que por obsolescencia o deterioro han quedado fuera de servicio, y promover su baja de los inventarios del hospital.
- 4.4.12.6. Intervenir cuando haya movimiento del personal que tiene a su cargo el resguardo de bienes, a fin de deslindar responsabilidades de las propiedades del hospital que quedan al cuidado de dichos trabajadores.
- 4.4.12.7. Emitir certificados de no responsabilidad, en lo que se refiere a inventarios, cuando el personal del hospital ha dejado de ser asalariado del mismo y existen constancia de la devolución en buenas condiciones de los bienes de la institución que tuvo bajo su responsabilidad como empleado.

4.4.13. Departamento de Vigilancia.

- 4.4.13.1. Vigilar que se presenten correctamente uniformados todo el personal de vigilancia y realizar recorridos en todas las áreas puestas a su cuidado, vigilando que existan orden y disciplina, informando a servicios generales, cualquier hecho anormal para que se practiquen las investigaciones a que haya

lugar o se tomen medidas con respecto al caso.

- 4.4.13.2. Evitar en forma estricta la introducción de bebidas alcoholicas al hospital. Cuando un policia descubra alguna persona con alguno de estos objetos los recogerá y los depositara en la oficina de servicios generales, haciendo el recibo correspondiente y extendiendo el recibo respectivo al portador de los mencionados líquidos.
- 4.4.13.3. Evitar la entrada o salida del hospital de objetos, materiales, equipo o alimentos, sin la correspondiente autorización escrita de las autoridades superiores.
- 4.4.13.4. Consignar a las autoridades competentes, previa autorización de servicios generales, a toda persona que escandalice, se encuentre en estado de obriedad o que cometa algún delito o falta grave.
- 4.4.13.5. Rendir a servicios generales un informe diario por escrito de las novedades registradas durante su turno.
- 4.4.13.6. Conservar el orden y la disciplina dentro de las áreas asignadas a su cuidado, informando a servicios generales las irregularidades que observen.
- 4.4.13.7. Exigir a los empleados y trabajadores únicamente, la presentación de los pases para que salgan en horas laborables del edificio; demandar en forma comedida dicha autorización de salida debidamente requisitada a informar a su superior jerárquico de cualquier persona que abandone el hospital sin la debida autorización.

- 4.4.13.8. Exigir la identificación de todas aquellas - personas que le sean desconocidas o que no - estén autorizados para entrar y salir libre- mente del edificio.
- 4.4.13.9. Evitar la salida de equipo, instrumental o - material, propiedad del hospital, cuando no - esté debidamente autorizado en una tarjeta - de salida.
- 4.4.13.10. Expedir la tarjeta o pase a las personas - que entren al hospital llevando bultos, pa- quetes, etc, exigiéndoles, con cortesía, - que hagan manifestaciones claras del conte- nido y que permitan la inspección del mismo anotando estos datos en la mencionada forma para que los interesados la exhiban poste- riormente en el momento de salir con los ci tados objetos.
- 4.4.13.11. Evitar la entrada al interior del hospital a cobradores, vendedores ambulantes, limos- neros etc.
- 4.4.13.12. Impedir de manera absoluta la introducción de alimentos para los enfermos o para el - personal.
- 4.4.13.13. Evitar la entrada al hospital a todas aque- llas personas que pretenden hacerlo en esta do de ebriedad.
- 4.4.13.14. Informar diariamente a servicios generales, por escrito, las novedades a que haya habi- do durante su turno.
- 4.4.13.15. Este tipo de personal no podrá abandonar - por ningún concepto su puesto durante sus - horas de labor, y serán relevados en caso - de que necesiten hacerlo en la forma que lo determine su superior jerárquico.

4.4.14. Departamento de Intendencia.

4.4.14.1. Vigilar que se distribuyan equitativamente - las labores entre el personal de la dependencia a sus órdenes, procurando que éste disponga de los diferentes útiles de trabajo y posea el adiestramiento necesario para cumplir con su deber.

4.4.14.2. Exigir la correcta y oportuna formulación de los inventarios del equipo y mobiliario, y de los promedios de consumo de material de aseo, en las diferentes áreas de la institución, efectuando los pedidos periódicos que se requieran de estos artículos.

4.4.14.3. Vigilar que se observen los procedimientos - del control interno del material de aseo en las diversas secciones de este servicio.

4.4.14.4. Recorrer personalmente, por lo menos una vez al día, todas las dependencias del hospital, con el objeto de darse cuenta del orden y aseo, dictando las medidas y disposiciones - necesarias para corregir las deficiencias - que observe.

4.4.14.5. Vigilar que sus auxiliares, intendentes o - consejeros de las diversas áreas del hospital cumplan su misión, vigilando y exigiendo la realización de las diferentes tareas encomendadas al personal que directamente realiza el aseo de la institución.

4.4.14.6. Exigir a los miembros del personal a sus órdenes que se traten entre sí con comedimiento, cortesía y vigilando que hagan lo propio con los enfermos, los visitantes y el demás personal de la institución, para obtener un ambiente con el adecuado espíritu de morali-

dad y disciplina.

- 4.4.15. Departamento de Archivo Clínico.
- 4.4.15.1. Cumplir y hacer cumplir sus normas de trabajo del servicio, distribuyendo las labores - entre el personal subalterno y vigilando su desarrollo.
- 4.4.15.2. Estudiar y autorizar los procedimientos que deben implementarse en el archivo clínico, - fungir para tal efecto como miembro de la - comisión de historias clínicas, en calidad - de asesor en lo que a estos aspectos se re- fiere.
- 4.4.15.3. Vigilar que a los pacientes se les imparta - el servicio, de acuerdo con el reglamento y que el trato de los empleados que tienen re- lación directa con el público sea cortes.
- 4.4.15.4. Presentar proyectos para la mejoría y manejo de la documentación clínica.
- 4.4.15.5. Vigilar que la documentación clínica se uti- lice y se llene correctamente y que el consu- mo de la papelería sea el adecuado, evitando el desperdicio de este material.
- 4.4.15.6. Supervisar que a los expedientes se les in- tercalen los resultados de análisis y estu- dio de gabinete, interpretaciones de radio- grafías, etc., en forma oportuna.
- 4.4.15.7. Diseñar sistemas de control y archivo de los expedientes clínicos.
- 4.4.15.8. Supervisar y analizar los informes periódicos de los diferentes servicios, desde el pun- to de vista estadístico.
- 4.4.15.9. Supervisar los trabajos de bioestadística e interpretar sus cifras y resultados.

4.4.16. Contralor.

- 4.4.16.1. Practicar o supervisar las auditorías a los diferentes fondos de las cajas.
- 4.4.16.2. Determinar el grado de eficiencia de las operaciones.
- 4.4.16.3. Establecer con claridad la proporción en que se gastan los recursos del hospital.
- 4.4.16.4. Establecer los datos para la preparación del presupuesto, en la operación futura del hospital.
- 4.4.16.5. Proporcionar información de lo que ha acontecido.
- 4.4.16.6. Permitir la comparación de las cantidades méricas de la operación de unidades médicas similares.
- 4.4.16.7. La organización y supervisión de la labor del departamento, realizar los informes necesarios al gobierno del hospital, y supervisar el establecimiento de políticas contables o procedimientos de control.
- 4.4.16.8. Supervisar que se mantengan al corriente los datos, los registros contables y estadísticos del hospital en relación con este trabajo, dirigiendo y preparando los estados estadísticos y los análisis que deberán ser interpretados, para que los conozca el gobierno del hospital.
- 4.4.16.9. Preparar y controlar el ejercicio del presupuesto de la institución, establecer la planeación y vigilancia de la contabilidad presentando periódicamente los estados y balances requeridos.
- 4.4.16.10. Establecer medidas de control interno para evitar errores, desperdicios y fugas.

- 4.4.16.11. Examinar las proposiciones de desembolso — destinadas a incrementar los bienes del hospital, expresando su opinión sobre la correcta aplicación de los mismos.
- 4.4.16.12. Vigilar y controlar todos los ingresos del hospital, estableciendo los registros adecuados y medidas para el debido cobro y contabilización de los mismos.
- 4.4.16.13. Asesorar al gobierno del hospital en materia de sistemas, estudios, informes, proyectos de tipo contable, estados financieros, costos, etc., para una adecuada toma de decisiones.
- 4.4.16.14. La elaboración de los estados y balances — parciales y periódicos que se requieran, la responsabilización de los informes o estados de caja o estados ingresos departamentales, las labores relacionadas con el registro contable de todo el movimiento financiero de la institución.
- 4.4.16.15. La contabilización de la documentación original o noticias de movimiento financiero — que se le turne para la formación de las polizas.
- 4.4.16.16. Verificación de la cancelación de cuentas — de control, la supervisión de los trabajadores de contabilización y registro contable que realice el personal a sus órdenes, la redacción y trámite de la correspondencia — que requiera en los asuntos de su responsabilidad, la supervisión de los inventarios de activo fijo y material en los diferentes almacenes, la supervisión de los documentos que den en garantía los deudores de la ins-

titución.

4.4.16.17. La preparación de las listas o nóminas de pago a los empleados del hospital. La preparación de los diferentes documentos de pago a los acreedores del hospital.

4.4.17. Farmacia.

4.4.17.1. Hacerse cargo de la vigilancia y supervisión de la farmacia y de las labores que realiza todo el personal a sus ordenes.

4.4.17.2. La atención de las quejas y relaciones con el público y la ayuda en las actividades de la farmacia cuando hay sobrecarga de trabajo.

4.4.17.3. Controlar el manejo de los narcóticos y procurar que la farmacia esté en las mejores condiciones sanitarias.

4.4.17.4. Es responsable de que la farmacia cuente con la reposición adecuada de las existencias, por lo tanto vigila la elaboración de los pedidos reglamentarios, de acuerdo con las necesidades calculadas a través de una lista de faltantes que se fórmula diariamente en forma simultánea con el despacho de la receta que surte la medicina, que disminuye la reserva de medicamentos, lista que al final de la jornada o del turno respectivo deberá ser llevada al jefe de la farmacia para que se realice el pedido, de acuerdo con estas necesidades.

4.4.17.5. Participar en la planeación de sistemas de aprovisionamiento y control.

4.4.17.6. Contar con los libros de consulta para poder contestar a cualquier pregunta o duda que presente algún miembro del cuerpo médico,

así como supervisar si hay sobredosificación o alguna incompatibilidad física, química o farmacológica en la prescripción de un medicamento, tomando en este caso la atribución de comunicarse con el médico tratante y procurar la modificación de la dosis o bien solamente despachar la dosis que la farmacia establece como inocua para el paciente, si no se pudo consultar con el profesional responsable del enfermo.

4.4.17.7. En los casos en que la farmacia manufacture sueros y otras soluciones, el jefe de la farmacia es el encargado de supervisar desde la pureza y la dosificación de los componentes, hasta el etiquetado y los resultados de la operación y el control de calidad de los medicamentos.

4.4.17.8. Lo mismo se puede decir en lo que se refiere a la preparación de algunos productos biológicos.

4.4.17.9. Es responsable también de que aquellos productos que tienen una expiración o prescripción fija sean canjeados antes de la fecha - que se considera límite para administrarlos a los pacientes y esperar una acción terapéutica.

4.4.18. Jefatura de Enseñanza.

4.4.18.1. Impartir educación a los médicos con objeto de que la población del país sea atendida de acuerdo con el progreso de la medicina, en los diversos niveles de la atención médica.

4.4.18.2. Mantener los más altos niveles de ejercicio profesional y académico de la medicina del -

país.

- 4.4.18.3. Vincular los programas de la educación médica con los planes de la atención médica integral del país.
- 4.4.18.4. Desarrollar en los médicos el concepto de unidad de la atención médica, la docencia y la investigación médica.
- 4.4.18.5. Apoyar la medicina de contacto primario con la participación de especialistas, o en algunos países promover el interés de profesores y alumnos en la medicina familiar y comunitaria, considerandola una especialidad que requiere un programa educativo específico que conceda el mismo nivel académico dado a otras especialidades.
- 4.4.18.6. Promover y desarrollar en el médico su interés y participación en el fomento y conservación de la salud en la comunidad.
- 4.4.18.7. Aplicar la tecnología moderna de educación médica.
- 4.4.18.8. Promover o reducir el interés en las diversas especialidades de acuerdo con las necesidades de la sociedad.
- 4.4.18.9. Incrementar los cursos de especialización en medicina integral, medicina interna y educación médica. Establecer cursos de especialización en la salud pública, salud mental y en planeación y administración de la atención médica.
- 4.4.18.10. Adaptar los recursos humanos en formación a los niveles funcionales de atención médica.
- 4.4.18.11. Desarrollar programas para la preparación de investigadores.

- 4.4.18.12. Promover la educación continua de los médicos generales y de los especialistas por medio de cursos cortos a fin de:
 - 4.4.18.12.1. Mantener su competencia en el campo de su actividad.
 - 4.4.18.12.2. Informarlos de los cambios en la necesidad de la salud y de los recursos para hacer frente a ellos.
- 4.4.18.13. Formar especialistas capaces de:
 - 4.4.18.13.1. Aplicar el conocimiento científico a través del desarrollo de destrezas por experiencias personales y supervisadas.
 - 4.4.18.13.2. Valorar cuantitativamente la magnitud de las alteraciones anatómicas y funcionales producidas por el padecimiento en cuestión; analizar su significado, examinar las diversas alternativas de diagnóstico y demostrar en definitiva el padecimiento principal, así como sus complicaciones, - al igual que los padecimientos secundarios o concomitantes.
 - 4.4.18.13.3. Valorar el efecto en los aspectos Psicológicos, en relación con la situación socioeconómica del paciente.
 - 4.4.18.13.4. Elaborar programas o esquemas de tratamiento adecuados de acuerdo con la índole del padecimiento y la magnitud de los cambios fisiopatológicos.
 - 4.4.18.13.5. Elaborar programas preventivos y de rehabilitación para el paciente y la comunidad.
 - 4.4.18.13.6. Elaborar programas de control y valoración de resultados del tratamiento.
- 4.4.18.14. Capacitar para la docencia en sus diversos niveles.

5.- PROBLEMATICA ADMINISTRATIVA.

Dentro del cuerpo del sector salud está considerada la atención médica, o sea todas las acciones de salud relacionadas con la profesión médica, especialmente las que se refieren a promover, proteger, recuperar la salud y rehabilitar, y en términos generales puede decirse que el problema de salud ha dejado de ser un hecho individual o casual de relación entre el médico y el paciente, y que se ha convertido en un concepto de solidaridad y colaboración nacional e internacional cuyo principal mecanismo de trabajo es la acción que realizan en la nación diversos gobiernos de los países en relación unos, con mecanismos sociales que no sólo prevén los riesgos de perder la salud, sino que comprenden los resultados económicos de esta pérdida a través de indemnizaciones, pensiones, rehabilitación, etc, y otros simplemente considerando la responsabilidad social que tiene el estado moderno de garantizar un grado mínimo de salud a todos sus habitantes a través de mecanismos gubernamentales, cuyo objetivo principal es la atención médica.

La atención médica históricamente se había desenvuelto considerando en forma independiente las acciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, y por otra parte, considerando las acciones tendientes a curar cuando se había presentado la enfermedad. Sin embargo, el concepto actual es el de considerar una atención médica, o medicina integral, o sea la

reunión de las acciones tendientes a prevenir, curar y rehabilitar. Es más, su organización para atender colectividades es relativamente reciente, lo que ha originado que a veces se — confunda la organización de la atención médica con la salud pública, máxime que estos dos campos integran el sector salud, y entre ellos existen sólo una tenue frontera que es la medicina preventiva.

Debe entenderse que la atención médica está integrada por acciones de salud dirigidas a personas, en tanto que la salud pública se caracteriza por dirigir sus acciones de salud hacia las comunidades, el saneamiento ambiental y la educación higiénica son sus principales campos de actividad; sin embargo, es necesario tener presente que las acciones de salud de tipo individualmente en beneficio de la comunidad y viceversa.

Los mecanismos sociales modernos requieren la planificación y administración de ambos campos; sin embargo, para que la atención médica sea eficaz, debe desarrollarse dentro de un plan general de administración, es decir, la sublimación de los recursos, dado que en la actualidad proteger la salud es un procedimiento costoso para cualquier tipo de sociedad.

Un aspecto importante por considerar, dentro de las características de la atención médica en un país, es el que se refiere a que llene los siguientes requisitos.

Universal, es decir, que tenga la posibilidad de alcanzar a todos los habitantes de una nación, sin tener en cuenta su condición económica, social, radical o religiosa.

Suficiente, es decir, que contenga los recursos en la cantidad necesaria para cubrir las necesidades que demanda la colectividad, de manera que dicha demanda se satisfaga.

Eficaz, es decir, que tenga la calidad necesaria, y que proporcione con la oportunidad debida; esto significa utilizar los avances de la ciencia y de las técnicas médicas, y tener al alcance para proporcionarlos en el momento en que se requiera los auxilios de estas disciplinas para resolver los

diversos problemas.

Integral esto significa que debe comprender no sólo los aspectos de prevenir sino también de curar y de rehabilitar, tomando en cuenta que están íntimamente ligados los fenómenos físicos y los psíquicos al desarrollo de la personalidad de los individuos y su adaptación del medio.

Eficiente, es decir, debe costar lo que justamente valga, o bien, debe entenderse que los recursos empleados deben ser los mínimos, para obtener el máximo de resultados.

Justa, desde el punto de vista social; es decir, que penetre a los sectores más pobres de la población, con la misma calidad con que se imparte a los demás privilegio, y con la idea de que pague más el que tiene más, por el que sufre más; y por último.

Humanista, es decir, debe considerarse al individuo con toda la dignidad que merece su categoría de ser humano, y especialmente si se toma en cuenta que en esos momentos está en posibilidad de sufrir o de morir.

Esto es lo que puede considerarse, en términos generales, una buena y eficiente atención médica.

Entre los problemas importantes en relación con la dirección de programas de salud integral o de atención médica, hay que considerar la necesidad de completar diversas modalidades.

- Qué exista una sola autoridad o de una junta directiva, toda una política que comprenda programas, normas y supervisión, y que opere la descentralización de la autoridad y de la ejecución, con objeto de que esta autoridad se transmita y se delegue, en caso necesario, para producir los efectos de que sean.
- La delegación de la autoridad debe ser justamente proporcional a la responsabilidad, así pues, se deben delegar en forma nacional, regional o local una serie de funciones de decisión en relación con problemas específicos.

- Debe contar con la cooperación activa e informada de la comunidad, es decir, se debe tratar de que exista un diálogo permanente entre los elementos que proporcionan la atención médica y los que reciben estos servicios.
- Debe haber cooperación activa e informada de los funcionarios que recojan diferentes tipos de información, especificando la que tiene importancia local, la que debe servir en forma regional, y por fin, la que debe concentrarse de manera nacional, con objeto de que la evaluación, el diagnóstico y las tendencias o modificaciones que se hagan del programa de salud pueden tomarse en función de bases objetivas.
- Que se establezca un eficiente sistema de información que permita la evaluación objetiva y la adecuada retroalimentación del sistema al repetir el ciclo.

Es importante que se considere el equilibrio entre funciones y normas centrales y funciones y normas periféricas, tomando en cuenta en todos los casos la descentralización de los aspectos ejecutivos y normativos que implican estandarización de procedimientos o acciones, u operación ventajosa y económica en lo que se refiere a problemas de recursos humanos y materiales, así como descentralizar las actividades que signifiquen o garanticen un buen funcionamiento y una rápida y oportuna acción que demanden las unidades locales o regionales en relación con personal así como recursos materiales.

Debe haber definiciones correctas de todo tipo de funciones dándole importancia y trascendencia al principio de la constitución de diversos departamentos que organicen para realizar funciones específicas, pero al mismo tiempo concebir las unidades por programas definidos, perfectamente integrados, independientemente de la departamentalización general en la que aplicarán los procedimientos y acciones necesarios con la libertad que fijan las normas de los departamentos adeno-

res y supervisores de las actividades ejecutadas en la periferia.

Una de estas funciones es la que se refiere a la delegación de la acción en el sentido de tomar decisiones disciplinarias, con objeto de que los funcionarios responsables de diversos niveles puedan tomar decisiones en el sentido de aplicar su autoridad en forma suficiente para promover la separación de un empleado o el reclutamiento y selección del personal.

En síntesis, debe existir un sistema flexible en la organización de la atención médica, que permite adecuar las funciones a las necesidades.

Hay una serie de problemas en relación con la atención médica que es necesario señalar como los más importantes, independientemente de la organización interna de las unidades médicas que originan los desfinanciamientos crónicos que repercuten en pérdida de horas de trabajo, en relación con el personal, o desperdicios y fugas, si se trata de materiales.

En relación con las unidades médicas, hay que señalar problemas graves en cuanto al mantenimiento, por lo complejo de las instituciones médicas, en que existen diversos tipos de equipos, diferentes instrumentos y diversos materiales de consumo, etc, y que a veces su separación y reposición de refacciones son inadecuadas, sobre todo en lo que se refiere a mantenimiento preventivo, que generalmente no se contempla en muchos sistemas de atención médica, y sólo se realiza en mantenimiento correctivo, la restitución del equipo o la reconstrucción de los edificios.

También existen problemas graves en relación con la falta de eficiencia y preparación del personal, pues cada vez más la atención médica moderna requiere técnicos en diversas actividades, no sólo médicas sino paramédicas y administrativas, relacionados con la propia atención médica, por excepción se encuentran programas de adiestramiento de todo tipo, no sólo

de los directivos sino de cuadros intermedios, o de trabajadores manuales; de estos se desprende que se observarán graves problemas hasta en el funcionamiento eficiente, en sistemas de aseo y de higiene ambiental, que son fundamentales, tratándose de atención médica.

También es de considerar la repercusión que puede originar la falta de instrucción en enfermos y familiares, en relación con la modificación favorable del ambiente en que viven estas personas, y estos son capítulos amplísimos que no sólo se refiere a patrones culturales que tienen que ver con alimentación, vivienda, vestido, sino también recreación, educación general e higiénica industrial, empleo adecuado del tiempo libre.

En los aspectos de financiamiento, es necesario conocer el presupuesto, en el cual los costos unitarios serán la base, puesto que van a servir para dar la idea de un presupuesto — por programas, y desde luego las fuentes que producen los recursos financieros, que en muchos casos provienen del sector público, en forma de impuestos directos o indirectos a la producción, y en otros del sector privado.

También es indispensable concebir esta concentración de recursos económicos dividida en partidas globales, es decir, — las que con expresión simplista del presupuesto, en términos generales, como las que se refieren a personal, medicinas, — alimentos, materiales diversos, gastos generales como rentas, agua, electricidad, gas, etc, e incluso las cantidades que deben considerarse dentro del aspecto financiero, como la amortización del capital invertido, la depreciación de equipo, la reparación de los locales o el pago de seguros.

Es indispensable conocer en forma exacta la organización que habrá de desarrollarse en cada actividad, estableciendo; rendimientos, sistemas de registro, instructivos y la cuantificación del personal participante en el sistema, enumerando en forma precisa las funciones, categorías, relaciones de man

do, sistema de promoción, formas de supervisión y evaluación, aspectos de reclutamiento de personal, con las características que deben llenar cada una de las diversas categorías, — cuantía y forma de pago, trámite o terminación de contrato, — asimismo debe considerarse el adiestramiento del personal — que irá desde la introducción, hasta el adiestramiento específico en las funciones que va a realizar; y reglamentar sus — funciones procurando que en los niveles inferiores opere la — polivalencia, es decir, que un mismo trabajador desempeñe varias funciones y no la especialización que se observa en niveles centrales o regionales.

Otro punto importante es el que se refiere a material, dividido en edificios, muebles con instalaciones, mobiliario común, instrumental o herramienta manual, material de consumo.

Es necesario destacar la necesidad de conocer los locales arquitectónicos con sus plantas físicas correctamente diseñadas en razón de la capacidad de las prestaciones que van a — proporcionar así como concebir los enlaces entre unidades periféricas y centrales, procurando establecer módulos y niveles en la medida de lo posible, es decir, planteando unidades de capacidad mínima y el número que de éstas sea necesario — agrupar para relacionarlas con el nivel superior y este con — el regional o nacional.

5.1. Problemas de Recursos Humanos.

Es la asignación de los recursos humanos en la atención médica hay que tener en cuenta algunos puntos relacionados con la investigación y el conocimiento que se tiene en este campo.

Por otro lado, es necesario considerar la extensión de los programas de atención médica, pues si bien es cierto que hay algunos sistemas que ofrecen los servicios médicos en las diferentes áreas que constituyen la atención médica progresiva

del paciente: terapéutica, urgencias, hospitalización, cuidados de convalecencia, policlínicas para ambulatorios, atención domiciliaria, atención sanatorial o unidades de enfermería., la mayor experiencia es aquella que se ha recogido en instituciones que están afiliadas a sistemas de seguridad social integral, pues los hospitales de otras instituciones complementan sus servicios de atención a domicilio y a pacientes ambulatorios, recurriendo a instituciones o a médicos privados, en cuyo caso es relativamente difícil intentar programas de investigación que arrojen datos confiables en relación con la atención médica privada complementaria.

Sin embargo, es válida la afirmación de que últimamente ha habido una gran disposición en todos los establecimientos de atención médica, sean aislados o integrantes de sistemas de unidades médicas, para lograr avances significativos en el campo de la planeación de los servicios médicos.

Es necesario considerar como promesa que para lograr la efectiva planeación de los servicios médicos es conveniente la consideración simultánea de todos los demás aspectos de tipo socioeconómico, que comprenden: el saneamiento ambiental, la alimentación, la educación en general y la higiénica en particular, así como la formación de los recursos humanos a cargo de las escuelas y universidades.

Los mayores progresos que se han observado en la asignación correcta de recursos en los servicios médicos han sido cuando en algunas instituciones han concurrido ciertos factores, tales como la disponibilidad adecuada de los recursos, el hecho de que existan estadísticas e informaciones oportunas y veraces, y que se realice la investigación adecuada a nivel normativo, que determine niveles de productividad y sistemas adecuados de contabilidad.

Por otra parte, se debe entender que aunque este punto se refiere fundamentalmente al recurso humano más lo que respecta a la planeación de la atención médica, la metodología debe

comprender no sólo al personal en los aspectos relativos a su formación, distribución y productividad, sino también las estructuras integradas por unidades médicas, en donde están ubicados los equipos, instalaciones, materiales de consumo que contemplan la actividad de los recursos humanos y pueden modificar en forma significativa la productividad; por lo tanto, las mejores condiciones de planeación arquitectónica de adquisición de equipos e instrumentos que vengán a facilitar y a acelerar las actividades y a aumentar su productividad, repercutirá en el sentido de disminuir la asignación de recursos humanos en estos campos específicos; así por ejemplo: los últimos avances que se refiere a la automatización de laboratorios de anatomía patológica y análisis clínicos, información estadística y contable, sistemas de producción de alimentos, de mantenimiento y de lavado de ropa, han significado la reducción importante de los recursos humanos involucrados en las actividades y tareas relativas a automatización de control de medicamentos, uso de material desechable, etc.

Por otro lado, el equipo del recurso humano de acuerdo con una formación específica, indice también en la cantidad de cursos necesarios para operar las unidades médicas, pues en muchos casos las funciones que se realizan de acuerdo con la descripción de algunos puestos, en algunos sistemas difieren fundamentalmente en lo que se refiere a actividades realizadas entre otros lugares; así por ejemplo es posible que en el mismo sistema se confió una serie de actividades relacionadas con diagnóstico y tratamiento a empleados paramédicos de diferente capacitación en los sectores rurales, y que en poblaciones mayores los médicos generales absorben una mayor carga de trabajo en lo que se refiere a la atención de ciertas enfermedades, que en las grandes urbes normalmente son enviadas tempranamente a los especialistas de la organización médica en cuestión.

Otra condición digna de tomarse en cuenta es la que se refiere a los límites del universo de trabajo y a la amplitud del programa, está condicionada por la naturaleza jurídica y administrativa del sistema y que determinan el tipo de prestaciones médicas y los sistemas normativos que los rigen.

Por lo tanto, a partir de la organización es necesario considerar al asignar los recursos no sólo los grupos profesionales en forma general, sino la jerarquización. La especialización y las funciones que se realizan en los diversos puestos del sistema, especialmente considerando que en muchos casos no hay equivalencia en estas características, ni siquiera en los sistemas del mismo país, pues se encuentran variaciones significativas de institución a institución o de sistema a sistema, y aún en estos se pueden identificar diferencias en los diversos niveles; central, regional y local.

La planeación adecuada de los servicios médicos no sólo toma en cuenta la descripción de puestos y la asignación de obligaciones y de la productividad que se atribuye a éstos, sino además debe tomar en cuenta los días laborables, el número de horas que comprende la jornada y las diversas ausencias de los trabajadores debidas a descansos por sexto y séptimo día, vacaciones e incapacidades por enfermedad.

Para lograr una operación más económica es necesario estudiar en detalle las actividades que realizan las unidades de nivel operativo, de acuerdo con la demanda y la coordinación de estas unidades, así como enlazar las actividades de medicina preventiva, atención a domicilio, consulta externa, general y especializada, lo mismo que hospitalización, cuidado a convalecientes y rehabilitación. En el costo de los recursos humanos la partida más cuantiosa es lo referente a unidades hospitalarias y la que le sigue la de los medicamentos en las instituciones médicas para enfermos ambulatorios, en las cuales se proporciona al medicamento sin el costo alguno para los pacientes. Por lo tanto, es necesario contar con eficien-

tes servicios de contabilidad, que determinen con precisión el costo unitario de las diversas actividades finales que se entregan al público usuario, a partir de estas cifras elaborar presupuestos por programas y actividades que garanticen una operación eficiente a un costo razonable.

El costo de los recursos humanos en los sistemas de atención médica puede tener variaciones significativas de acuerdo con la proporción de médicos y su rendimiento, así como con el número de actividades que se realizan en el área de medicina preventiva, medicina general y especialidades. También varía en forma muy amplia con la presencia o ausencia de programas docentes y de investigación. Uno de los factores que ayudan a disminuir el costo de los recursos humanos en la atención médica es la asignación precisa y adecuada de especialistas en los niveles operativos, pues cuando se designa un especialista injustificadamente se provoca artificialmente la demanda a través de relaciones personales de este profesional con los médicos generales, y por lo tanto al poco tiempo se producirá una falsa justificación que encubre el error de planeación.

En algunos casos se delegan determinadas actividades al personal paramédico, pero en todos los casos hay que establecer con claridad que las decisiones definitivas relativas a diagnóstico y tratamiento deben permanecer siempre en manos de los profesionales de la medicina.

Las actitudes de los profesionales de la medicina puede incrementar innecesariamente el costo de la atención médica, cuando no se reglamenta la indicación terapéutica, medicamentosa y quirúrgica a través de una lista detallada de medicamentos llamada vademecum o cuadro básico, y un sistema reglamentario preciso que prevea en qué casos se justifica la indicación quirúrgica.

La demanda debe tener variantes significativas, de acuerdo con las condiciones de sexo y edad de los usuarios, la densi-

dad y ocupación de la población, los diversos niveles centrales, regionales o locales en donde opera el sistema, la accesibilidad desde el punto de vista físico, es decir, la eficiencia de la comunicación y el transporte en relación con la población. También debe considerarse la accesibilidad en el sentido económico, es decir, la posibilidad de disponer de re cursos económicos para concurrir a los servicios médicos, cuando éstos representen una erogación por servicio prestado, pagado por usuarios.

Igualmente es necesario considerar la adecuación de los servicios a las necesidades de la población, y por otra parte la disponibilidad de los servicios médicos en relación con la población cubierta. La aceptación del servicio y la satisfacción que encuentra el usuario en las instituciones médicas tiene un fuerte componente emocional, y en muchos casos determina el tipo de sistema que se debe ofrecer a la población. Hay un número considerable de servicios médicos en los cuales la libre elección no existe o está limitada a un grupo de médicos generales que practican su profesión en determinada zona de la población; en otros casos hay una mayor libertad para escoger al médico familiar y éste canaliza a los pacientes de acuerdo con sus pacientes hacia las clínicas de especialidad u hospitales.

Otro factor que debe tomarse en consideración es el que se refiere a la participación de la población, no sólo en lo relacionado a recurrir tempranamente cuando se presentan los primeros síntomas de un padecimiento, sino más aún, el de acudir a los servicios de medicina preventiva para evitar que las enfermedades aparezcan; independientemente de estas situaciones, se puede contar con la población para campañas masivas, tendientes a prevenir padecimientos o a educar a la población desde el punto de vista higiénico.

En lo referente a metodología para la asignación de los re cursos humanos en los servicios médicos, se han considerado -

de mayor utilidad y se logra más precisión al asignar los recursos en relación con el tipo de especialista médico, a los cuales recurren los pacientes, en vez de proceder como en otras épocas tratando de asignar horas-médico y otros recursos de acuerdo con los diagnósticos clínicos obtenidos en forma muy imprecisa a través de muestreo o de cifras estadísticas parciales y con evidentes desviaciones que deforman las cifras de morbilidad; por otro lado, se asumía teóricamente, sin que se tuviera la comprobación práctica, que los médicos procederían tratando en las diversas áreas de la atención médica: hospitalización, consulta a ambulatorios o atención a domicilio, porcentajes de diversos de pacientes de una misma enfermedad.

En lo que se refiere a disponibilidad del recurso y forma de utilizarlo, es necesario tomar en cuenta no sólo los planes de estudio de las diferentes facultades de medicina, su duración, especialización y educación continuada, sino educar al personal para que contribuya a los fines que persigue la institución médica.

En la asignación del recurso humano en los servicios médicos es necesario tomar en cuenta que la situación actual y la óptima es una amplia brecha, no sólo en lo relativo al personal médico, sino también al paramédico, técnico y administrativo.

En la asignación del recurso humano en los servicios médicos es necesario tomar en cuenta que el costo puede disminuir si se dota a las clínicas y hospitales de recursos muy especiales y equipos costosos, sólo en la medida que se justifique que su aprovechamiento óptimo, en función de la mayor magnitud de sus actividades, lo cual permite la disminución del costo unitario de éstas; por lo tanto, únicamente en las grandes unidades hospitalarias se encontrarán concentrados los recursos más altamente calificados y especializados, y por lo contrario, en la periferia prevalecerá el criterio de la poliva-

lencia, tanto en lo que se refiere a médicos como a paramédicos y otro personal.

Por último, hay que considerar que cualquiera que sea el modelo que se diceñe para la asignación de recursos humanos, es necesario contar con una evaluación integral al final del periodo de operación, a fin de que se pueda retroalimentar el modelo y reajustar los planes en el futuro, de acuerdo con los resultados obtenidos. Es indudable que cada vez hay mayor interés en la capacitación de los recursos humanos y en la investigación operativa de la atención médica, especialmente en lo que se refiere a procedimientos para mejorar las tareas especializadas mediante el mejor conocimiento de los factores auxiliares para la toma de decisiones y el estudio de sistemas complejos de atención médica.

Dentro de un hospital existen gran cantidad de problemas entre los mismos jefes, entre estos y sus subordinados al igual que entre estos mismos problemas en ocasiones si se resolvieran oportunamente evitaría muchas dificultades ya que las personas involucradas muy difícilmente aceptarían el cambio. Se tiene que tener muy presente que el problema que causen los trabajadores repercutirá en forma drástica y desastrosa en el buen funcionamiento de cualquier tipo de empresa u organización, pero es necesario el no olvidar que en un hospital no estamos manejando productos, sino a seres humanos y cualquier falla del personal en cuanto a la atención médica y con respecto a los servicios el resultado será totalmente negativo.

Dentro de este punto mencionaremos los problemas que se consideran de mayor importancia y los más frecuentes.

5.1.1. Falta de Integración del Personal: Cuando el trabajador se presenta ante el departamento de personal para dar inicio a sus labores, dicho departamento se concreta con sólo recibir sus documentos en los que se les acredita para ocu-

par un puesto en algún departamento.

La persona encargada de este trámite le indica donde tiene que checar su tarjeta y en donde se encuentra ubicado el departamento en el que --- prestara sus servicios.

Se presenta el mismo ante quien será su jefe el cual le dirá que días descansará y en que lugar desempeñará sus labores, se le entregará el equipo, material o herramienta con que deberá trabajar, posteriormente regresa a personal don de entregará la hoja donde indica los descansos que le fueron asignados.

5.1.2. Capacitación de Personal: Dentro del Instituto existen cursos de capacitación para todas las categorías, pero desgraciadamente se encuentra con la dificultad de que el responsable de impartir, el curso, no saben en absoluto como manejar al grupo en ocasiones ni siquiera conoce el equipo o el tema que tendrá que exponer.

Dentro del hospital se encuentra con un departamento de enseñanza el cual únicamente capacita al personal médico, enfermería, residentes.

5.1.3. Falta de Motivación: Al personal de cualquier departamento no se le hace ningún reconocimiento por parte de su jefe mucho menos de la dirección o la administración, que se espera cuando este trabajador deja de laborar en la unidad, ya sea por cambio de adscripción, categoría o el jubilarse, de la misma forma en que reanuda sus labores en esa misma forma se retira.

Pero que sucede si este trabajador comete un error, aunque no sea su culpa y en muchas ocasiones es falla del jefe del departamento, inmediatamente se le llama la atención en forma se-

vera y delante de personas de cualquier otro departamento.

- 5.1.4. Relaciones Humanas: Como se ha visto a lo largo de este trabajo existe un elitismo sumamente marcado, en el que el área médica es la más importante olvidándose de las demás áreas. Esto se aprecia cuando se encuentran situaciones en las que los miembros de otro departamento tienen que colaborar con el personal médico, este no escucha las opiniones de los demás trabajadores, estos son tratados de mala forma, los consideran sumamente inferiores a ellos, al igual esto se presenta con los jefes de los departamentos y sus subordinados, ya que los jefes siempre tienen la razón y por eso mismo con jefes.

El segundo grupo elitista es el personal de enfermería ya que en la mayoría de los casos reciben las órdenes en forma directa del médico. Todos los departamentos tienen problemas por no contar con el personal completo, material, equipo de trabajo, y cuando se presenta un problema interdepartamental, un departamento culpa a otro o a los otros departamentos de las fallas que tiene.

Dentro del hospital tenemos un departamento en que recae el peso de los corajes, frustraciones, fallas, mal humor, este departamento es el de dietología ya que cuando el personal pasa a tomar sus alimentos en el comedor, encuentran cualquier defecto en los alimentos, al entregar su charola ésta es arrojada o dicen indirectas. Todo esto repercute indudablemente en que no se pueda lograr el objetivo siendo esto la a-

tención adecuada para el paciente, siendo este el que menos culpa tiene.

Al igual sucede entre los jefes de departamentos, al estar en las juntas de gobierno, se atacan mutuamente, echándose la culpa uno al otro y no solucionan nada, posteriormente al regresar a sus respectivos departamentos, emplean todos sus recursos para que en el momento de un problema ocasionado por el otro departamento, éste sea el motivo por el cual el jefe del otro departamento se quite la responsabilidad.

5.1.5. Falta de Supervisión y Control: Es una tristeza que el jefe de un departamento no se de cuenta con que personal dispone, cuál faltó, quienes salieron de vacaciones, incapacidad o permiso o incluso hasta quienes se cambiaron del departamento.

5.1.6. Mala distribución de las cargas de trabajo: Esto se debe a que el jefe de algún departamento por no meterse en problemas con el personal que se considera politiquero (grillos) evita a toda costa tener algún percance con estos trabajadores ya que inmediatamente buscan la protección del sindicato, con esta situación el trabajo que les corresponde a estas personas lo distribuyen entre aquellos que no protestan y les cargan más la mano al personal que sabe que si fuera despedido muy difícilmente encontraría donde poder trabajar.

Estos trabajadores aunque aparentemente soportan toda la carga de trabajo pero su actitud comienza a cambiar mediante la provocación de problemas dentro del departamento, esto lo lleva a cabo mediante la destrucción de material, he-

rramienta o equipo, con esto busca que al no poder sacar el trabajo el jefe se vea obligado a buscar la forma de que alguien tenga que ayudarle.

5.1.7. Desconocimiento de sus obligaciones: Muchos trabajadores esperan a que el jefe del departamento les diga cuales son sus actividades, con esto buscan no responsabilizarse en cuanto a sus labores ya que dan por desconocido la mayor parte de sus obligaciones.

5.1.8. Asignación de puestos a personas inadecuadas: En muchos puestos tanto del personal de base como el de confianza se encuentran personas incapaces de poder desempeñar sus funciones. Cuando estos puestos son de confianza la persona que lo obtuvo en forma inadecuada, toma una actitud en contra de los trabajadores, ya que los responsabiliza en forma total y cuando surge un problema este jefe busca en quién caiga la culpa, si su personal se le acerca para pedirle le indique como hacerlo, su clásica respuesta es la de; usted debe de saber como se trabaja, si no puede hacerlo pida su cambio. Si el personal de base empieza siempre a buscar quién lo ayude o le pide al jefe que el trabajo le sea dado al que tiene una categoría mayor.

5.1.9. Toma de decisiones: Es un punto crítico dentro de la institución ya que la mayoría de los jefes se cometen únicamente a lo que su manual le indica, si se trata de otro asunto que se considere ajeno por ningún motivo quieren responsabilizarse, esto sucede cuando se presenta el caso de que si algún trabajador deja normalmente guardado en el mueble que le asignan, algún

equipo, herramienta o material y se necesita — con suma urgencia nadie se atreve a abrirlo por temor a que el trabajador reaccione en contra de él y busque la protección de su Sindicato.

- 5.1.10. Rotación de personal: Este es un problema muy difícil de controlar ya que los trabajadores — no pueden detenerse bajo ningún motivo (estos pueden ser bebedos, cambiar de adscripción y — cambios de categoría, vacaciones, permisos mayores de 15 días), dejando sus lugares a otros trabajadores que ingresan al departamento, des — conociendo la unidad por completo.
- 5.1.11. Sueldos inapropiados: Este es un problema muy fuerte que ocasiona inconformidades entre todo el personal ya que existen categorías que tienen una mejor remuneración económica y con menor responsabilidad al igual que requieren menor preparación para desempeñarlo.
- 5.1.12. Duplicidad de mando: Es muy común que dentro — de los departamento un jefe rompa constantemente las jerarquías y se dirija en forma directa al personal dando órdenes, sin saber que el — trabajador ya está efectuando una labor encargada por su jefe inmediato, con estas constantes situaciones el trabajador toma acciones, — el omitir órdenes ya que en el momento en que se le pregunta sobre el trabajo que se le encargó el creará un conflicto entre el jefe del departamento y su jefe inmediato.
- 5.1.13. Reportes de desperfectos a conservación: Es — muy frecuente y común emplear el servicio del teléfono para reportar desperfectos a conservación.
- La persona que contesta el teléfono en conser-

vacación en muchas ocasiones es la secretaria y si ella no se encuentra en esos momentos el reporte es tomado por otra persona del servicio aquí se suscita el problema de que a cualquier persona siendo aún a la propia secretaria se les olvida ya que no se lleva ningún tipo de registro o control, cuando esto no sucede por no tener un control adecuado sobre dichos reportes estos son entregados en ocasiones a la primer persona que se encuentra sin ser comunicado al jefe inmediato, si el reporte no es de mucha urgencia pasará desapercibido hasta el momento en que el desperfecto ocasione problemas mayores, si el reporte es urgente el jefe del departamento que reporta seguirá insistiendo hasta que es atendido su reporte.

En cualquiera de los dos casos ningún personal se hace responsable de haber atendido el reporte ni de haberselo asignado la reparación del desperfecto, cuando el reporte es reportado en varias ocasiones en el transcurso de la jornada se duplican las órdenes para atender ese servicio.

De cualquier forma que se presente ni el jefe ni el subjefe del departamento se entera de este problema. A la vez esto trae consigo que si el desperfecto no se puede reparar por falta de material o refacciones y si además se presentan uno o dos días antes del fin de semana, la reparación tardará mucho más tiempo del normal.

5.2. Problemas de Recursos Materiales.

La administración de suministros ha seguido la tendencia planificadora, ya que su función básica es implementar los programas que se realizan y seguir muy de cerca los mecanismos adecuados para mantener un flujo constante de insumos que faciliten la ejecución del plan. Esto quiere decir que es necesario concebir, dentro del departamento de suministros, todos los aspectos que integran el proceso de materiales que in fluyen de las fuentes de producción hacia los lugares de consumo.

Esto significará desde el trámite de reaprovisionar, la li citación, la compra, los movimientos contables que origina la compra y finalmente la distribución, tanto fuera de las unida des médicas como en el interior de las mismas. Todo esto lleva implícito naturalmente una serie de elementos de planea ción de cantidades adecuadas, de tipo y calidades, así como de técnicas y métodos que se imparten en el trámite de la ad quisición, almacenaje, organización de los almacenes, centra lización o descentralización de los mismos, la distribución de los artículos sobrantes o anticuados en determinados alma cenes, y el desecho de artículos inservibles.

Por estas razones su programación y organización correspon de a una función vertical cuyo fin es lograr implementar las acciones para combatir los dueños a la salud en un sistema de atención médica.

Sin embargo, en todos los países existen problemas en rela ción con una política uniforme en lo que a sus suministros con cierne, pues en unos más en otros menos, hay leyes vigen tes que regulan ciertos aspectos formales de las compras, qu dando en manos de autoridades centrales, muchas veces de ni vel nacional y aún extra-ministeriales, la adquisición de su ministros y con más razón, la importancia de los mismos.

También hay ausencia casi total de reglamentos que indi--

quen con suficiente claridad los pasos a seguir, y esto puede ser una de las causas de errores cometidos por los encargados de realizar las diversas operaciones en relación con los suministros, pues por ejemplo, muchas veces determinado tipo de suministros debe pedirse a determinadas mesas, y la petición global significa un trabajo extra al realizar el desglose en relación con las diversas mesas, y por lo tanto pérdida de tiempo e incapacidad de disponer de los suministros en un momento dado, amén de errores que pueden suceder al hacer la transcripción. Los problemas que se presentan con el correcto abastecimiento se clasifican en equipos con instalaciones, que muchas veces forman parte del cuerpo de la construcción; mobiliario o equipo móvil o rodante, que puede ser cambiado de lugar y llevarse a donde se necesite, herramientas o instrumental, y por último material que se consume íntegramente en el proceso de operación del hospital. Por eso se hace necesario visualizar varios problemas relacionados con las necesidades geográficas, pues muchas veces los centros de salud u hospitales que existen están alejados de centros suburbanos y reciben poca atención en relación con sus peticiones de reabastecimiento, y muchos casos no les llegan éstos en forma regular ni completa, y por lo tanto las acciones de salud de este nivel quedan sujetas a disposiciones generales que se toman por encargados especiales de oficinas centrales, desconociéndose algunas veces las condiciones que a nivel del terreno se presentan.

La descentralización de los almacenes pudiera ser la solución parcial en caso de núcleos de servicio de salud que estuvieran comunicados por vías que ofrezcan garantía de tránsito durante todo el tiempo; asimismo, las características patológicas que pudieran aconsejar el establecimiento de centro de aprovisionamiento en zonas geográficas desde cierto tipo de urgencias son características.

Este problema es muy importante de decidir, pues el tema -

de la descentralización y centralización de los suministros - ha sido ampliamente debatido por detractores o defensores que se inclinan hacia uno o hacia otro sistema, pero puede decirse que aún cuando busquen ambos el mismo fin, en términos generales se puede aceptar una mezcla de ambos sistemas de acuerdo con las características especiales de los suministros y las condiciones del medio en que operan las unidades médicas.

Aquellos que opinan que debe centralizarse la adquisición de suministros piensan posiblemente en que esta medida se deba al deseo de realizar grandes economías en las compras, -- pues es factible lograr descuentos que oscilen entre 10 y 20% del precio en el mercado que tienen los artículos que se adquieren; por otro lado, mediante este sistema se ahorra mucho tiempo al comprar en grandes cantidades aquellos artículos de los cuales hay una continua demanda, como son útiles de oficina, productos farmacéuticos, material de curación, combustibles, etc. Estos suministros pueden además guardarse en almacenes centrales en donde se distribuyen a las diferentes dependencias a medida que éstas los necesitan. No obstante, existe una tendencia creciente a delegar en las oficinas locales la autoridad suficiente para efectuar compras intermitentes de artículos de poco valor y de volumen reducido.

Esta delegación de autoridad para realizar compras descentralizadas ha dado como resultado un servicio más flexible -- que permite la reducción del espacio de almacenamiento y de volumen del transporte, y a la vez es posible simplificar los procedimientos en los pedidos de escasa importancia. Por lo tanto, puede decirse que es necesario evaluar las ventajas y desventajas de la centralización; en muchos casos se acepta que el almacenamiento central tienen la enorme desventaja de la inversión en suministros y locales para el almacenamiento, que bien pudiera correr a cargo de los proveedores.

En consecuencia, es necesario cierto grado de centraliza-

ción, que es esencial en la buena administración de suministros; sin embargo, hay que dejar claro que centralización no significa que todas las compras deben de realizarse en un punto central; lo que en realidad se debe entender es el control centralizado con una ejecución descentralizada del trabajo, - como por ejemplo; se puede notar que es centralizado, y hasta cierto punto rígido, el establecimiento de las normas de suministros, y éstas se deben seguir en todas las diversas - unidades, pero el pedido se hace realmente en el punto donde se necesite; en otras palabras, ciertos artículos pueden comprarse directamente las oficinas locales, siempre que figuren dentro del plan de suministros aprobado; esto quiere decir dentro de los catálogos y dentro de la lista de los proveedores que él proporcionan, o ambas cosas. Estas transacciones tienen que ser luego controlados por la oficina central.

La descentralización de las compras no contempla, por lo tanto, la supresión del control centralizado de los métodos a utilizar, aún cuando se descentralice la función.

En todos los países se reconoce la importancia de la salud como componente de su desarrollo económico y social; por lo tanto, de acuerdo a los planes generales de planificación nacional se tiene a asignar ciertos recursos económicos entre los diferentes sectores que componen la planificación sectorial, pero se tiene en muchos casos predilección por algunos sectores de ellos en detrimento de otros. Por esto es necesario que se consida en los modelos teóricos de planificación - el que se asignen los recursos a los diversos sectores, de acuerdo con las necesidades, y por lo tanto en el campo de la salud ésta la cantidad de suministros que son necesarios; muchas veces estas decisiones están en manos de políticos, pero recordarse siempre que el técnico tiene la posibilidad del convencer al político para que sus decisiones se apeguen a una planificación correcta.

No sólo debe conseguirse un aprovechamiento suficiente de

suministros para el sector salud, sino su correcta integración con los demás planes sectoriales, es decir que los encargados de elaborar los planes en relación con los diversos sectores tengan a la vista cifras objetivas que son el mejor apoyo para sus demandas.

Esta política es la forma científica de la planeación de los suministros, pues en muchos casos se deja esta función en manos inexpertas y sin las condiciones necesarias para efectuar tales funciones y se observa en la mayor parte de los casos una serie de agotamientos a última hora o de sobreexistencia, debido fundamentalmente a la incorrecta planificación.

En relación a los presupuestos, se puede decir que en muchos casos las unidades médicas basan sus servicios en aportaciones tanto del sector público como del sector privado, o en muchos casos exclusivamente en el sector público o en el sector privado; por esto es necesario tomar en cuenta las fuentes de los recursos y de acuerdo con éstas hacer la planificación del presupuesto de suministros. El presupuesto debe considerarse como uno de los mejores instrumentos administrativos con que cuenta una institución para realizar su política, pues ha dejado de ser un simple balance de egresos e ingresos y se convierte más bien en un sistema, un camino o procedimiento para el plan de intervención a corto plazo es decir, es un mecanismo regulador de la programación en relación con las metas que se persiguen, por lo que no puede estar desligado de la forma de organización, de los métodos de trabajo, de las medidas de tiempo y calidad, etc; en consecuencia, el presupuesto que es un instrumento que sí señala el camino que tienen que seguir todas las actividades de un organismo.

El control del presupuesto de suministros es algo más simple que una comprobación del balance de ingresos y egresos, pues tienen por objeto mostrar la forma de utilización de los recursos, por lo cual constituye al mismo tiempo una evaluación de tipo económico, de la labor ejecutada y, por lo tanto

de su productividad.

En consecuencia, es recomendable que exista un análisis in dependiente del análisis contable del ejercicio del presupuesto de materiales, que no se limite exclusivamente a presentar en cuadros el uso que se da a las diferentes partidas, sino que exista una fase final, llamada liquidación, que aún cuando es un aspecto eminentemente contable, es un valioso instrumento de análisis, al ayudar a conocer los factores positivos o negativos que influyeron en el nivel de cumplimiento de diversas metas. Con el presupuesto tradicional o fiscal solamente es posible enterarse de la mayor o menor utilización de las pérdidas, mientras que en el presupuesto por programas la liquidación permite adelantarse en el estudio que busca determinar las causas que produjeron los efectos logrados.

Las técnicas de programación toman en cuenta lo que se ha llamado el diagnóstico de la situación, es decir, la serie de criterios que permiten determinar el nivel de salud alcanzado con la política que se ha seguido, y al mismo tiempo, en base a normas técnicas, administrativas y de rendimiento. Se inicia la labor de preparación de los programas por medio de la cual se podrá calcular la cantidad de recursos materiales que se requieran para hacer frente a las necesidades que se tienen; tomando en cuenta periodos, fechas, lugares, momentos oportunos en que deben colocar los suministros, se deben incluir las normas de compra, almacenamiento y distribución, así como las inspecciones de recibo y entrega de materiales o equipos. En esta forma independientemente de servir en forma eficiente que puede contribuir a evitar el deterioro, pérdida innecesarias que puedan dar al traste con el programa bien concebido o aumentar el costo de éste. En la práctica se ha observado que en los aspectos normativos en el manejo moderno de los suministros se presta mucha atención a las especificaciones, que contribuyen a una buena catalogación, haciendo notar que la falta de ellos conduce invariablemente a la anarquía en los procedimientos de compra o a tener una gran varie

dad e innecesaria de artículos, o la confianza que tenga en la calidad de los mismos.

La correcta administración de los suministros depende de dos factores fundamentales:

Uno es el que se refiere a cuándo pedir y otro a cuánto pedir; el primero se refiere a tiempo y el segundo a cantidad; estos dos factores contribuyen a que en los almacenes existan niveles adecuados y que se conozca una serie de factores, tales como consumo probable, costo, del almacenaje, costo de la preparación de los pedidos y aprovisionamiento; tomando en cuenta esos factores, es posible mejorar las condiciones de aprovisionamiento y garantizar la marcha normal de los programas de salud.

En muchos casos es necesario tomar en cuenta que a veces se presentan casos no previstos, y para esto es necesario que exista un fondo revolvente del que se pueda manejar y echar mano en unidades periféricas, y esto le da mayor flexibilidad al sistema, pues de esta manera se obtienen en forma rápida los bienes que se requieren.

Esto es lo que se conoce normalmente como fondos especiales, fondos de caja chica o de fondo revolvente, dentro del Instituto se les conoce con el nombre de Fondo Fijo, cuyo límite de manejo no es tan riguroso como la compra; sin embargo se exige en todos los casos que la compra sea realmente de urgencia, que sean las unidades que se vayan a necesitar para cubrir una necesidad específica y que en términos generales no se robe cierto límite económico, que sean determinados renglones exclusivamente, y a veces que se hayan solicitado previamente y no hayan sido surtidos los materiales.

En muchos casos, cuando se prevé que hay la posibilidad de que los recursos no sean suficientes en relación con las necesidades, es necesario considerar, dentro de la programación en general, cuáles son aquellas acciones que quieren realizarse con prioridad a otras, a fin de que por lo menos se consi-

ga el nivel mínimo en los planes de salud.

En otras palabras, es necesario considerar y reconocer que solamente con la planificación de las acciones de salud, en relación con la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y costo, será como se resuelve en forma más racional la determinación de las prioridades.

Por lo tanto, en síntesis, es necesario realizar un estudio a fondo no sólo de la legislación que encuadra a los procesos administrativos en el campo de los suministros que procura ordenamiento legal menos heterogéneo, confuso, complicado y rígido y por lo tanto diseñar un sistema flexible que permita realizar sus funciones a las unidades de nivel local, que son las que más sufren con sistemas rígidos; es indispensable además centralizar los controles, sin que esto signifique que no se delegen a nivel regional y local las compras de urgencia y de menor cuantía; esto no implica desde luego que se descentralice también el control, que en todos los casos - deberan de ser centralizados, es necesario, pues establecer una política clara en la realización con la justificación de los gastos, y programar las acciones con objeto de demostrar ante las autoridades que deciden, y que en muchos casos son de tipo político, la necesidad de que los presupuestos de materiales sean debidamente aprobados; estos datos se obtienen a base de buenos sistemas de contabilidad y estadística. La preparación de los presupuestos deba agregarse a las necesidades reales evitando expresar las demandas para obtener lo necesario, y finalmente es necesario la normalización de los procedimientos de adquisición de suministros, a fin de reducir al mínimo los problemas y garantizar la buena marcha de los programas. Considerando que el ciclo de los abastecimientos son frecuentes la sobre inversión o el agotamiento. Los directores de unidades médicas por lo tanto, deberan esmerarse en la formulación del calendario en que se armonicen las posibilidades de adquisición y distribución con el ritmo de las necesi-

dades de los servicios que proveen a la comunidad; por lo tanto, es necesario que exista una comunicación y coordinación adecuadas entre diversas unidades de un sistema de atención médica y las oficinas administrativas de los diversos niveles locales, regionales o nacionales para lograr en las facetas de programación una buena formulación del presupuesto, con objeto de que se cumpla hasta donde sea posible de las acciones de salud que es menester.

La política de suministros debe originarse, de manera muy general, hacia el logro del mayor rendimiento posible de los recursos financieros, físicos y humanos disponibles, evitando despilfarros y asegurando honrados y corrección en el manejo de los bienes del sistema de salud. Por lo tanto, debe establecerse un sistema normativo para reglamentar todas las operaciones de compra, almacenaje y distribución, para evitar fugas y desperdicios y lograr los precios más favorables y la máxima utilización de los materiales; la política de suministros debe establecer finalmente el grado de centralización deseado que las modalidades de adquisición y el régimen de pagos. En muchos sistemas de salud ha habido una tendencia hacia la centralización de una serie de funciones, entre ellas al aprovisionamiento de los suministros.

Al igual que en las empresas al establecer un control adecuado sobre los materiales, (papelería, refacciones, materiales de curación, materiales de aseo, equipos de oficina, equipos médicos) es un verdadero problema, el evitar fugas, desperdicios y daños de los equipos y mobiliario en general.

Ante esta situación es conveniente el buscar reducir a la mayor brevedad y en la mayor proporción éstas desviaciones que existen en los hospitales.

Estos problemas dentro de las unidades hospitalarias se agravan aún más ya que existen dos factores que dificultan el poder evitar un control lo más eficiente posible.

Los factores a los que nos referimos son:

5.2.1. Factores externos: Dentro de las unidades hospitalarias acuden una gran cantidad de gente no nada más a tomar el servicio, sino que es acompañado por lo menos por un familiar, esta situación es incrementada cuando el paciente es hospitalizado, entre más días permanezca el paciente encamado mayor cantidad de familiares acudirán a visitarlo. Si consideramos que en un hospital existen un total de 300 encamados y si diariamente pasan un promedio de 3 familiares a visitarlo durante las horas de visita, dentro del hospital existirán tomando en cuenta a los pacientes unas 1200 personas ajenas a la organización, si a esto le agregamos la gente que acude a consulta en las diversas especialidades y contando también las personas que son atendidas en urgencias, entonces aproximadamente tendremos un total de 3000 a 40000 personas diarias, además considerando que normalmente en un hospital trabajan 2000 personas en los tres turnos, vemos que existen más personas desconocidas que el mismo personal de la unidad.

5.2.2. Factores internos: Como es de suponerse este se refiere a las personas que laboran en la unidad aunque en menor cantidad que las personas que acuden al hospital a tomar el servicio, los trabajadores son los que tienen mayor acceso al poder deambular libremente por el hospital ya que los visitantes aún entrando a las unidades tienen restringidas varias áreas.

Los problemas más frecuentes a los que se enfrenta la administración son los siguientes.

5.2.3. Falta de refacciones.

Esto se debe a que existe una gran variedad de

equipos; más tratándose de un hospital general de zona, la variedad de equipos es mayor, demostrando la reparación que podría llevarse a cabo en forma rápida.

Este problema se complica más aún cuando se solicitan las refacciones o el material para llevarse a cabo la reparación se solicita dicha refacción al almacén central de equipos médicos, si existe será entregando en ese momento, pero si no lo hay en existencia se dará la negativa, para poder ser comprada mediante el Fondo Fijo asignado al departamento de conservación, si el precio rebaza lo autorizado para la compra, tendrá que solicitarse la autorización correspondiente, esto demora aún más si se trata de alguna refacción de importación.

5.2.4. Fuga de Materiales: Es increíble la gran cantidad de cosas que salen en forma indebida de las unidades, estos pueden ser desde lápices, engrapadoras, medicamentos, refacciones, (focos, tornillos, botes de pintura, artículos de plomería, soldadura, etc.), equipos de venoclisis, jeringas, vendas, termómetros, estetoscopios, regaderas de mano, y otros equipos mayores tales como motores, máquinas de escribir, susadoras, herramientas en fin una gran cantidad de objetos.

5.2.5. Destrucción intencional de mobiliario y equipo: El personal con tal de no trabajar y al igual que cuando este tiene problemas con el jefe del departamento buscan ocasionar problemas, retrasando el trabajo.

En cuantas ocasiones se ha visto al personal de intendencia aventar las camillas, soltar las —

cajas con material delicado, al personal del almacén con sus carros plataforma golpeando las puertas de los elevadores para que estos no cierren sus puertas y puedan subir, ocasionando una seria desconstrucción, ó chocando con las paredes raspando la pintura, el papel tapiz o destrozando cuanto encuentran a su paso.

Estos daños no solamente son cometidos por los mismos trabajadores, sino que también por los derechohabientes y sus familiares, todo esto es debido a una pésima vigilancia por parte del personal responsable de esta actividad.

- 5.2.6. A pesar de que el propio instituto realiza campañas para que el trabajador se le de la mayor seguridad posible, tiene una gran deficiencia al no contar con una adecuada cantidad de extinguidores dentro de la unidad.

En los almacenes no cuentan con dichos extinguidores, carecen de una ventilación adecuada, los días en que se reciben los pedidos es casi imposible el poder pasar de un lugar a otro, quedando libres los pasillos solamente cuando ya se ha distribuido el material a los departamentos. En muchos departamentos en donde existen equipos electrónicos que necesitan trabajar con una gran carga eléctrica, este es particularmente un caso de las salas de rayos X, los extinguidores se encuentran en el pasillo, en los laboratorios, cocinas, archivos clínicos, no se cuentan con extinguidores adecuados ni con una cantidad adecuada.

- 5.2.7. Los resguardos de los equipos, mobiliario y herramientas tienen fecha de varios años atras, no cuentan con datos claros para identificarlos

tales como modelo, marca, número de serie. Cuando se presenta el problema de que el personal deje de pertenecer a la unidad, se les entrega su resguardo junto con su carta de no adeudo, y el nuevo personal que se hará responsable, recibe el equipo en malas condiciones, descompuesto o le faltan piezas, posteriormente se les considera culpables de las malas condiciones en que se encuentra el equipo.

5.2.8. Material de mala calidad: esto se debe a que las personas encargadas de suministrar estos materiales, únicamente se fijan en los costos, adquiriendo los materiales y herramientas de muy mala calidad, durando menos del tiempo calculado para dar servicio.

5.2.9. Cuantas veces se carece del medicamento adecuado para dar el tratamiento, siendo necesario solicitarlo a la dirección para que sea suministrado al paciente, esto demora su salida del hospital si no es autorizada la compra del medicamento que se encuentra fuera del cuadro básico, siendo más costoso el tenerlo hospitalizado con un tratamiento más lento, tal es el caso de los que sufren quemaduras, al igual que los pacientes que acuden a consulta externa, si se les da un medicamento adecuado se puede evitar el incapacitarlo por más tiempo e incluso el hospitalizarlo.

5.5. Problemas de Recursos Económicos.

En los países en vías de desarrollo, uno de los problemas que más contribuyen a la ignorancia de los gastos en aten---

ción médica es el desconocimiento del costo de la atención médica privada por falta de buenos sistemas impositivos, lo cual hace que se desconozca el ingreso que perciben los médicos, las clínicas y los hospitales privados y aun los laboratorios de producción de medicamentos, porque estos ingresos no se reflejan de manera correcta en lo que pagan de impuesto.

Para estudiar el problema del costo de la atención médica, es necesario en primer lugar tener en cuenta países cuya organización gubernamental sea similar, y por otro lado, que las condiciones de proporcionar la atención médica sean comparables.

El problema en los países socialistas es menor, puesto que en dichos países el gasto por medicina privada es significativamente y se conoce con precisión, y la mayor parte de la población se atiende a través de servicios gubernamentales, de los que se conoce su costo.

Como ya se anotó, es muy difícil determinar lo que se gasta en atención médica en un país, y esto se debe fundamentalmente a la falta de registros minuciosos del costo de las diferentes unidades de atención médica gubernamental y privada.

Aun suponiendo que se considera con exactitud el gasto del sector público, falta en muchos casos precisión en las cifras del sector privado que se refiere a honorarios de los médicos ingresos de las clínicas privadas y ganancias en la industria quimiofarmacéutica, con objeto de conocer los renglones más importantes de gasto.

Los patrones para fijar los niveles de actividad en materia de salud son de carácter general o especial.

Los patrones gerenciales tienen por objeto precisar la magnitud de las actividades en el campo de la salud fijando al efecto los niveles de trabajo en relación con la mortalidad y la morbilidad.

Algunos de los patrones que podrían señalarse son: tasa de población que reciben atención médica del estado; relación de nacimiento-habitantes; relación de muertos y habitantes; y ta

de enfermos en relación con habitantes.

Con referencia a la tasa de mortalidad, conviene conocer los porcentajes que ocupan las distintas causas de muerte y su relación con el ingreso de los países. Tiene especial interés conocer la relación mencionada cuando hay ciertas enfermedades que originan la muerte en un país pobre; conocido el complejo de enfermedades más importantes, que son la causa principal de muerte de un país, se pueden programar acciones destinadas a eliminar o reducir dichas causas de muerte con el siguiente efecto sobre la tasa de mortalidad.

Además de los mencionados indicadores, hay algunos patrones de salud de carácter especial; algunas de estas cifras muestran el nivel de las actividades en relación con el mejoramiento de la salud. Por ejemplo: relaciones entre atenciones y población protegida; entre partos institucionales atendidos y número de partos en la población; entre consultas de niños y número de niños enfermos y entre el número de atención de prenatales y el número de niños recién nacidos vivos.

Estas relaciones sirven para fijar un concepto acerca de los niveles de atención médica en cada país en materia de protección de la salud; una relación indicadora es el número de personas inmunizadas y el total de personas expuestas a riesgo de contraer determinada enfermedad.

Por último en relación con las actividades de recuperación de la salud, hay relaciones características como las siguientes, que sirven de base para fijar criterios; consultas médicas en relación con el número de pobladores; atenciones a domicilio en relación con el número de habitantes; pacientes egresados de los hospitales en relación con el número de habitantes; consulta de urgencias proporcionada a la población en relación con el número de habitantes; y así por el estilo, se pueden considerar orientadoras de las tasas, relacionando las consultas de especialidad exámenes de laboratorio, estudios de rayos X, consultas externas, en relación con horas mé

dico, consultas de primera vez y subsecuentes, índice de ocupación de cama y su relación con los promedios de días de estancia de las diversas especialidades relacionado con médicos y habitantes, etc.

Todas estas relaciones permiten fijar los niveles de actividad gubernamental en lo que se refiere a materia de salud - esto se puede efectuar por medio de la comparación de patrones en países con similar situación de ingreso por persona - por año.

En materia de provisión social hay algunos indicadores que permiten ponderar el grado que deben alcanzar los seguros sociales entre la edad de jubilación y expectativa de vida entre frecuencia de accidentes de trabajo e indemnizaciones, etc; con algunas de las pautas que permiten fijar un marco de referencia para estudiar los límites de la actividad estatal en materia de provisión. El volumen de servicios de provisión - también debe estar condicionado por el nivel de ingreso del país. Probablemente sea poco aconsejable que un país destine una alta cuota de su ingreso nacional a gastos de provisión - cuando posee escaso desarrollo. Por eso los patrones que se establezcan en relación con el nivel de ingreso por persona - permitirán adecuar el volumen de recursos destinados a provisión social a los límites que la experiencia señale como más apropiados.

Es importante que en lo referente a presupuesto se tomen en cuenta para hacer una decisión, los diferentes tipos de prioridades. Unas estarán relacionadas con la magnitud del problema, es decir en la forma en que afecta a mayor o menor número de habitantes de un país.

Otro tipo de decisión que debe darse de acuerdo con la tendencia, es decir, de acuerdo con el hecho de que ocasione un gran daño, ya sea en relación con la vida con la salud o con la capacidad para el trabajo y aún con el hecho de que se tramita o se disemine su capacidad de morbilidad a otros nú-

cleos es decir, la contagiosidad. También puede considerarse es esto la opinión que el público tenga de tal o cual padecimiento y por lo tanto considerar la opinión pública en la decisión política. También es necesario considerar la vulnerabilidad, o sea la posibilidad de que los medios técnicos que se cuenta se pueda erradicar, controlar o reducir por lo menos un padecimiento; y así intervenir en una lucha que vaya a alcanzar una meta definida.

Todos los problemas están relacionados con costo pues bien aún cuando el problema sea de gran magnitud, si fuera demasiado costoso sería probable que los recursos no alcanzaran; por otra parte si se considera, que es muy trascendente, pero de muy difícil vulnerabilidad, la inversión que se haga tendrá resultados mínimos; es posible que se posponga un programa u otros que se considere que tiene mayor posibilidad a la salud.

Cuando un gobierno fija los puntos de actividades por sector procede a instruir a todas sus dependencias en lo relativo a programación y ejercicio de los recursos financieros con los que se llevarán a cabo los diversos programas, una vez que las unidades médicas reciben instrucciones de la oficina central de presupuestos o de la Secretaría de Programación y Presupuestos respectivamente, através de la autoridad regional, se comienza a preparar por separado cada uno de los proyectos particulares que para el año siguiente tendrán a su cargo cada una de las diversas unidades médicas de zona. Mientras que la tarea de las oficinas centrales es de programación particular y especialmente de detalle.

En cada unidad médica se debe saber concretamente cuanto se ha realizado en el año en curso, cuanto más o menos puede ser en el resto del año y cuanto podrá hacer en consecuencia, durante el año siguiente, considerando al efecto los recursos de que dispone el grado de organización. La proyección de sus trabajos para el futuro tal vez pueda ser más modesta de lo, que desearía la oficina central de planificación, de acuerdo

con las metas globales trazadas para toda la acción gubernamental. En dicho caso, pueden seguirse dos caminos; la mencionada oficina central podrá recomendar ampliar la dotación de recursos económicos de esa unidad médica en particular, o se procurará racionalizar su organización con miras a aumentar el rendimiento de los recursos o propondrá ambas acciones.

Un punto de referencia que debe tomarse muy en cuenta en la unidad periférica en particular, donde se formula el programa, son los objetivos a largo plazo fijados por los organismos normativos del sistema y los puntos concretos de actividad planeados por la oficina central; considerando estos como el punto de partida, la unidad médica en particular debe definir sus metas a corto plazo, considerando los resultados que deben lograrse en el próximo año. Enseguida, se fijan estos resultados deseables jerarquizados, de acuerdo con los criterios de prioridad que ya se anotaron y se establecen las metas y resultados que se desean alcanzar en lo que se refiere a límites de tiempo, calidad y costos, en relación con los objetivos generales y se precisarán las atribuciones de que dispondrá el personal ejecutivo local para realizar sus funciones y el papel, concreto que se asignará a cada uno de ellos; también se tomarán en cuenta los coeficientes de rendimiento de los diversos recursos humanos y materiales de que se dispondrá, y así en cada tipo de unidad médica se considera, por ejemplo, el rendimiento de la hora-médico en relación con consultas de medicina general, de medicina de especialidad, de trabajo hospitalario, de labor en salas de operación, etc, lo mismo se aplicará a cada uno de los diferentes integrantes de los recursos de la atención médica, como enfermeras, dietistas, trabajadoras sociales, archivistas, farmacéuticos. Así se van determinando los recursos necesarios y finalmente integrado el programa de la unidad médica respectiva, haciendo compatibles las metas trazadas con los medios disponibles y el grado de eficiencia con que se espera que labore cada uni-

dad, cada equipo y cada empleado: los programas de cada unidad deben representar lo que realmente pueden hacerse en cada una de estas unidades médicas.

Cuando el organismo de atención médica ha hecho el trabajo básico, o sea preparar el programa de acción, debe ordenar todos los antecedentes y fundamentos que se le han permitido fijar las metas, establecer prioridades, asignar recursos y planear la ejecución y presentar este programa en forma conveniente a la oficina central de presupuestos o de planificación del país a través de los conductos debidos.

Muchas veces la presentación descuidada incompleta o desorganizada de un buen programa disminuye sus posibilidades de aprobación.

En los seguros sociales, el sistema de atención médica está sujeto a otra serie de eventualidades que a veces no pueden conocer apriori, y que dificultan poder comparar los datos tomados de la experiencia de otras instituciones gubernamentales o privadas. No solo influyen las disposiciones legales y reglamentarias, por ejemplo; las condiciones en que se debe recibir la atención médica y otras prestaciones, sino que influye también la organización de los servicios médicos, incluyendo medidas de control que se hayan adoptado; número de médicos y personal auxiliar, así como las instalaciones médicas disponibles y el nivel de salud y las condiciones económicas y sociales de la población y la renovación de la barrera económica que representa el pago por servicio, que se realiza en otros sistemas en los cuales no hay cuota previa que cubra la eventualidad de enfermar o quedar incapacitado; hay que tomar en cuenta que el hecho de que se enferme una persona abre la posibilidad de otra serie de gastos que van desde la prescripción de la medicina, la petición de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y aún a veces la hospitalización y otros procedimientos más costosos.

El caso también influye el criterio y las actividades per-

sonales de los médicos tratantes, las costumbres y actitud de los propios enfermos o presuntos enfermos, muchos de los cuales acuden al servicio médico por cualquier malestar, aún cuando éste sea pasajero y pudiera curarse o corregirse con simples remedios caseros o medidas higiénicas.

El presupuesto se elabora en relación con un ciclo presupuestario, que tiene lugar en determinado período y cubre distintas etapas o fases;

- La formulación cuya programación ya se ha expuesto.
- La presentación que se tramita por los conductos indicados, de acuerdo con la organización del sistema.
- La discusión y aprobación.
- La ejecución.
- La contabilidad y el control.
- La evaluación.

Principios que rigen al presupuesto: La formulación, el ejercicio y el control del presupuesto se rigen por los siguientes principios.

- Principio de la universalidad. Que establece que debe abarcarse toda la actividad financiera de una organización, pero sin que sea tan rígido que niegen los fondos expuestos en casos plenamente justificados y en las proporciones previstas.
- Principio de unidad. Significa que todos los ingresos y gastos se deben incluir en un sólo documento y que el total de los ingresos deben formar un acervo común, se girarán diversas partidas que integran todos los gastos de operación de la unidad. Esto permite la elasticidad suficiente en el caso de afrontar compromisos urgentes con fondos que se encuentran ociosos, o cambiar la canalización de los fondos cuando dejen de ser preferenciales ciertos programas que antes habían tenido prioridad. También en la misma medida que aumenta el número de fondos especiales

que contiene un presupuesto y no disminuye la capacidad para planear su costo y en ocasiones esto es tan grave que no se dispone de fondos libres para atender nuevos programas o para fortalecer los ya existentes.

- Principio de la periodicidad. Este principio establece que tanto los ingresos como los gastos de las estimaciones presupuestarias deben referirse a un periodo determinado, que generalmente es de un año.
- Principio de la especificación. Debe diseñarse el plan de trabajo final, en términos suficientemente concretos para regir las relaciones de sus propias disposiciones; la especificación después de todo es un problema de clasificación presupuestal que debe involucrar asuntos políticos, administrativos y técnicos, y es necesario además de especificar el gasto contar con el personal adiestrado, con la organización administrativa para estos fines y en general con recursos adecuados.
- Principio de publicidad. El documento ya aprobado debe darse a la publicidad para que sea difundido y se conozca en todos sus aspectos al principio del ejercicio presupuestario.
- Principio de equilibrio. Para cada presupuesto la suma de los ingresos debe ser igual a la suma de los gastos evitando tanto el déficit como el superavit.

Para inducir y apreciar el significado de las innumerables operaciones que efectúan los gobiernos en el desarrollo de sus actividades, es necesario dar forma a la multitud de datos se originan y reflejan en el sentido y alcance de los que realiza la administración. Para ordenar estas informaciones se utilizan varios métodos de clasificación, por enfoque de análisis que como éstos pueden ser diversos, se necesitan distintas formas de distribución de los datos.

Los presupuestos son mecanismos o instrumentos para la ejecución de las actividades gubernamentales que contienen sus programas; en consecuencia, las juntas presupuestarias deben ordenarse a fin de facilitar la formulación, ejecución y contabilización de los programas, para lo cual éstas deben ser lo suficientemente flexibles y numerosas, a fin de facilitar dichas fases del ciclo presupuestario.

La atención médica tradicionalmente ha sido financiada por diferentes procedimientos; en primer lugar, puede citarse la caridad, que fue la primera solución, sobre todo para aquellas personas que no podían pagar la atención; este principio fue evolucionando para constituirse la caridad institucional en forma de asistencia privada, que fue objeto de extensiones y aún de subsidios por parte del Estado.

Las mutualidades, que han sido una fórmula muy utilizada en varios países latinoamericanos y que tiene su iniciación en las sociedades de inmigrantes en que se trataba de proteger a sus compatriotas recién llegados a base de un principio a base de un principio similar al de la caridad; las mutualidades empezaron a exigir después una contribución de todos los miembros que disfrutaban de sus beneficios, y así poco a poco fueron extendiéndose sus beneficios a diversos núcleos; en algunos casos se trataban de gremios de artesanos u obreros constituidos en sindicatos, pero uno de los problemas de financiamiento más importante ha sido el aumento de los costos de la atención médica, que trajo como consecuencia la disminución de la calidad de ésta, o bien el aumento de las cuotas individuales que excluían de sistemas a personas de menores recursos.

Financiamiento estatal. En este caso, se trata de recaudaciones que hace el estado por una serie de métodos:

- Impuestos generales.
- Impuestos especiales.
- Retribución parcial de las personas que utilizan la

asistencia médica gubernamental).

- La atención médica financiada por pagos adelantados en los que participa el Estado, además del derechohiente y su empleado.

El financiamiento particular. El paciente cubre todos los gastos de atención médica, con o sin la ayuda de su patrón a través de la compañía particular de seguro; estos sistemas se conocen también con el nombre de seguro de salud privado de grupo o seguro de pago previo, en el cual el empleador retira una cantidad de dinero del pago de la nómina de los empleados o bien el paciente paga directamente una prima a una compañía de seguros.

Finalmente el pago total a los médicos o instituciones de atención médica que hace el paciente en forma particular.

Dentro del Instituto se efectúan gastos totalmente innecesarios, los cuales elevan los costos, si estos gastos innecesarios se aprovecharan en otro tipo de gastos que son de mucha importancia para dar un servicio más adecuado y de mejor calidad, los problemas que se mencionan a continuación son los que con más frecuencia se llevan a cabo, representando un fuerte desembolso para el Hospital.

5.3.1. El papel tapiz es cambiado cuantas veces lo desean, bien porque al jefe del departamento ya no le es de su agrado, por la llegada de un nuevo jefe del departamento, si se efectúa el cambio del tapiz en otra oficina, cuando esto se presenta los demás jefes de los departamentos solicitan se les cambie el suyo, no importando que esté en buenas condiciones.

5.3.2. Otro grave problema es el relacionado con las cortinas que se encuentran instaladas en las áreas de hospitalización, urgencias, cuidados intensivos, consultorios y oficinas aún mismo de los jefes de departamentos y del área admi-

ministrativa.

Las cortinas son una fuente de infecciones y contaminación, por otra parte se necesitan por lo menos 20 ganchos para cortineros, dos cortinas de 1.20 metros por 2.00 metros, un cortinero de 2.50 metros, 10 metros de piola, correderas de reserva para poder darles mantenimiento. Es necesario que se cuenten por lo menos con dos juegos de cortinas para toda la unidad, teniendo en consideración que las medidas que se dieron antes variarían de acuerdo al lugar donde se coloquen los cortineros.

Las cortinas se mandan a lavar a particulares, incluyendo en el precio el quitar las cortinas sucias y colocar las limpias, las cuales no son marcadas indicando el lugar donde fueron quitadas siendo colocadas indistintamente en cualquier sitio.

5.3.3. Al igual que las cortinas y el papel tapiz es la utilización de la alfombra, estas son cambiadas estando en buenas condiciones, argumentando que el color no es de su agrado, que es muy sucio el color, que fueron colocadas alfombras de mejor calidad en otros servicios o departamentos.

El tener alfombras en el hospital implica tener que contar con aspiradoras y lavadoras de alfombras, también son un medio de contaminación aún que se encuentren fuera del área hospitalaria - este es el caso de las oficinas administrativas y la dirección, el personal tanto del área hospitalaria como el del área administrativa deambulan por toda la unidad.

5.3.4. Los cambios frecuentes de las oficinas o de los

servicio: de un lugar a otro y de un piso a otro son sustentados por muchas posiciones tantas como, las oficinas son pequeñas o nos sobra espacio cambiándose de un piso a otro, alguna especialidad que consideren debe estar cerca de otra, estos cambios se llevan acabo sin importar que es necesario el ocupar personal de intendencia para cargar los muebles y equipos, personal de conservación para quitar e instalar de nuevo negatoscopios, cuadros, pizarrones, lamparas, barrenando, cambiando contactos y proporcionar extensiones.

- 5.3.5. Otro de los gastos que se realizan es el de las guardias del personal para los días festivos, - teniendose que pagar fuertes cantidades de dinero para que el servicio funcione normalmente, - debiendo considerar que el contrato colectivo de trabajo del instituto nos dice que las guardias festivas deberan de pagarse de la siguiente forma:

Para el personal que labore en su día normal se le pagara dos veces más de salario independientemente del día de salario que gana normalmente. Para el personal que labore la guardia en su día de descanso no le pagaran tres veces su salario más de su día de sueldo.

- 5.3.6. Dentro del Instituto existe personal que se le denomina O8 el cual es empleado para que cubra las vacaciones, incapacidades de 15 días o más permisos al igual que las incapacidades serán mayores de 15 días y becas que sean sin goce de sueldo o con goce de sueldo, este personal es temporal y ocasiona fuertes problemas entre el personal de base y de confianza, ya que por su

misma calidad de trabajador eventual busca la manera de ganarse al jefe haciendo favores fuera de lo que son sus obligaciones para poder lograr el obtener la mayor cantidad de contratos que sean posibles.

- 5.3.7. Dentro del hospital se realizan trabajos especiales por medio de contratistas, considerando esto un fuerte gasto a la administración, dando por contrato al mantenimiento de la herrería en su pintura, el pintado de los plafones, puertas, mobiliario, equipo, reparaciones de cámaras -- frías, etc.
- 5.3.8. El uso indiscriminado de la energía eléctrica -- por parte de los pacientes los que son afectos a llevar radios, grabadoras y televisores, encontrándose salas en las que cada paciente cuenta con varios aparatos de los señalados.

6.- PROPUESTAS DE REORGANIZACION ADMINISTRATIVA.

Con este tema se llega a la culminación del presente trabajo, es aquí en donde se propondrán cambios para llevar a cabo la reorganización administrativa, estas propuestas de cambio están basadas principalmente en los años de experiencia en los que he laborado prestando mis servicios en unidades hospitalarias desempeñandome en varias categorías del área operativa, siendo precisamente aquí donde se perciben y se sienten los problemas siendo precisamente el personal que tiene que soportar todas las fallas de una mala organización.

Por otro lado los conocimientos que se han venido acumulando a lo largo de los estudios sobre administración me dan las suficientes herramientas para poder no solo exponerlos sino lo más importante el emprender ayudar a buscar soluciones que permitan que se pueda laborar en mejor forma, todo con la finalidad de crear una conciencia al trabajador que presta sus servicios en estas unidades para dar una atención médica a la que es merecedor el derechohabiente.

6.1.- Soluciones a los Recursos Humanos.

Quando en cualquier organización no se cuenta con un ambiente adecuado, buenas relaciones humanas y una integración adecuada, problemas que se consideran de poca importancia, es

tos ocasionan graves problemas poniéndose al borde del caos.

Dentro de un hospital si no es encasado el trabajador a tener una conciencia de responsabilidad y cooperación entre todos los miembros, se da como consecuencia una deshumanización del personal, ya que lo único que hacen es simplemente cubrir su jornada y sacar el servicio de cualquier forma.

Las propuestas serán mencionadas en el mismo orden en que fueron planteados los problemas.

6.1.1. Falta de integración del personal. Es necesario contar con un manual de bienvenida para el trabajador en donde se les indique la importancia que tendrá su labor dentro de la organización, se les de una copia del organograma de la unidad y otro de su departamento.

Que el jefe de personal se tome unos minutos para llevarlo personalmente ante el que será su jefe, posteriormente el jefe del departamento presentará al nuevo miembro del grupo ante sus compañeros no solamente con los del turno en el que laboran sino con los dos turnos restantes. Si el trabajador tiene que dejar la unidad por cualquier causa ajena o propia del trabajador, será conveniente el entregarle una carta de agradecimiento, deseándole la mejor de las suertes para la nueva empresa que emprenderá, esto es necesario ya que debemos estar conscientes de que podrá regresar a la unidad y cuando el trabajador se le presente esta situación no duda en reincorporarse al hospital.

6.1.2. Capacitación de personal. El departamento de capacitación deberá de trabajar en forma conjunta con los departamentos con la finalidad de programar cursos dirigidos al propio departamento o de un departamento a otro, cada departamento

tendrá que escoger a los elementos más capacitados en la actividad que sea necesario impartir, si el personal no cuenta con la capacidad necesaria se le deberá apoyar para que salga adelante, si no muestra tener la mínima capacidad para impartir el curso se escogera a otro personal que tenga la capacidad para impartir el curso dándoles a ambos un reconocimiento por el apoyo brindado al departamento de enseñanza.

- 6.1.3. Falta de motivación. En muchas ocasiones por las situaciones que existen es necesario que coopere con su mismo departamento o con otro teniendo que realizar funciones que no le corresponden.

Por esta situación se le debe motivar para que siga prestando sus servicios con el mismo ahínco, mediante un oficio dirigido por su propio jefe, si el servicio que prestó ayudo a otro departamento el oficio debiera dirigirse por parte de los jefes del departamento.

Si el trabajador es constante en este tipo de actitudes, realizando funciones que vayan más allá de sus obligaciones es conveniente que el reconocimiento sea dirigido por parte de la máxima autoridad.

En caso contrario si el trabajador comete errores, se le deberá llamar la atención en privado aconsejándole que cambie esa actitud negativa ya que ese mal trabajador repercute en forma directa o indirecta al paciente, si la persona reincide se llamará al representante sindical de la unidad para notificarle que si reincide en actuar en forma negativa el siguiente paso será turnarlo a las autoridades correspondien-

tes del hospital para que procedan según sea el caso.

- 6.1.4. Relaciones Humanas. Programar sesiones en donde intervengan personal de los diferentes departamentos (una persona por departamento), en donde se lleven acabo pláticas constructivas y realizandose juegos en donde el personal realice funciones de otra categoría previamente rifados, - con esto se buscará que el personal colabore en forma directa al dar sus opiniones de cómo deben de trabajar varios departamentos en conjunto olvidandose de que pertenecen a un grupo exclusivo.

En estas sesiones deberá también incluirse en la misma manera a los jefes de los departamentos, mediante estas sesiones se buscará que exista un acercamiento entre el personal de un departamento y los demás.

- 6.1.5. Falta de supervisión y control. Se debe contar con un tablero de localización en el servicio, el cual servirá para que el trabajador que se tenga que desplazar de su servicio a otro, indique su movimiento mediante una ficha o un alfiler según sea el material del tablero (de metal o de corcho) este tablero deberá de ser colocado en la oficina de la secretaria del jefe o en un lugar accesible para el personal, todo el personal deberá de registrar sus movimientos al igual que el propio jefe, quedando excluidas las máximas autoridades ya que ellos se lo comunicarán a su secretaria respectiva, (ver figura 6).

En cada departamento o servicio deberá de existir unas formas (ver figura 7), que servirán m

ra llevar el control de asistencia, en la cual se deberán de marcar los días de descanso, vacaciones, faltas, asistencia, permisos, incapacidades, se deberán de colocar los nombres de los trabajadores al lado izquierdo de la hoja clasificandolos por sus categorías y en forma alfabética para identificar con claridad a qué se refiere cada marca se sugiere el siguiente código de colores o letras.

Incidencia	Color	Letra
Asistencia	Verde	A
Descanso	Azul	D
Falta	Rojo	F
Incapacidad	Rosa	I
Permiso	Naranja	P
Vacaciones	Amarillo	V

Se les comunicará al personal que este tipo de control es con el fin no de molestarlos y tenerlos vigilados en forma estricta, sino que es una forma de saber que personal le hace falta al departamento y poder tomar las medidas correspondientes, no se les debe ocultar que sirve también para detectar anomalías con el personal que se escabulle después de checar su tarjeta. Todas las faltas del personal deberán reportarse en forma diaria mediante un memorandum interno al departamento de personal, y que se conte inmediatamente alguna anomalía.

- 6.1.6. Mala distribución de la carga. La administración del hospital debe de dar todo el apoyo al jefe del departamento en donde exista personal que se ampare con su sindicato en forma por demás inadecuada e injustificada, si este trabajador toma esa actitud pensando que no será toca-

do por ningún jefe de cualquier departamento, - es necesario tomar medidas si son convenientes que sean drásticas, esto no con la finalidad de que sea perjudicado el trabajador, sino evitar así que todo el personal quiera actuar de la misma forma.

6.1.7. Desconocimiento de obligaciones. En cada departamento se tendrá que contar con los manuales correspondientes de organización y procedimientos, en los que se les indica las actividades que deben realizar en forma más amplia y mejor detallada, ya que las actividades se describen en el contrato colectivo correspondiente de manera muy simple.

6.1.8. Asignación de puestos a personas inadecuadas. - Al personal que ocupe un nuevo puesto en la undad, se le deberá dar un plazo de un mes a tres meses, durante el cual mostrará que es merecedor a ocupar el puesto, de lo contrario se deberá de regresar a la bolsa de trabajo de la delegación correspondiente, esto únicamente se aplicará al personal denominado O8 y al personal de confianza B (este personal es de base y al ocupar un puesto de confianza con la autorización del sindicato se le denomina confianza B), con respecto al personal que contrata el propio instituto se les denomina confianza A, desgraciadamente con este personal no se puede hacer mucha, ya que esta gente se encuentra apoyada por algún personal de mayor jerarquía.

El plazo que se les dara es necesario ya que - desgraciadamente dentro del instituto existen - variantes en la forma de trabajar.

6.1.9. Toma de decisiones. La administración debe dar

todo el apoyo a las jefes de los departamento - en necesario tener que abrir un cajon, locker, oficina, en donde el trabajador guarde el material, equipo o herramienta. Para poder llevar a cabo la apertura de estos se levantará un oficio, en el cual se explique el por que de la necesidad de abrir, lo que se sacará y lo que se encontraba en su interior.

Esta operación deberá de realizarse mediante la presencia del jefe del departamento donde se procedera, el jefe del departamento de vigilancia, un representante administrativo y el representante sindical de la unidad.

6.1.10. Rotación de personal. Mediante la creación de un medio ambiente adecuado y sano se reducirá en gran escala que el trabajador busque retirarse de la unidad, esto no podrá evitarse si el trabajador deja la unidad por subir de categoría, debemos tener presente que aunque el trabajador viva lejos de su trabajo esto no será inconveniente si se siente a gusto en un departamento y la unidad.

Por otro lado es conveniente que las personas que se aumenten sean cubiertas en primera instancia por el mismo personal de la unidad.

Si el personal sale de vacaciones, incapacidades mayores de un mes (estas son por maternidad), becas, debera de recorrerse en forma ascendente, para que el personal que envie la bolsa de trabajo ocupe los niveles inferiores, ya que por cubrir las vacantes les dan contratos con categorías en ocasiones de mayor nivel y otras de menor nivel.

6.1.11. Sueldos inapropiados. Desgraciadamente el pro-

blema de bajos salarios está fuera del alcance de la administración de la unidad, pero si se puede pugnar por que los trabajadores de la misma unidad cubran al personal del siguiente nivel superior mediante una nivelación de plaza, este ingreso para el trabajador podrá ser poco pero se siente agusto al ser considerado, por otro lado se propone que se efectúe una restructuración en los sueldos de los trabajadores que trabajan en las unidades hospitalarias con respecto al personal que labora en las clínicas y unidades administrativas, ya que la carga de trabajo es superior a la que un trabajador que no labora en un hospital además la responsabilidad como se presenta en el caso de los médicos que tiene que operar, se enfrentan a una tensión nerviosa, además es más factible el adquirir enfermedades contagiosas.

El personal que salga de vacaciones, permisos, incapacidades o se cambien de la unidad debe de ser cubiertos por el personal de la misma unidad, si por alguna causa no pudieran ser cubiertos por el mismo personal de la unidad mediante doble turno, sera necesario el empleo del personal OS que enviara la delegación.

- 6.1.12. Duplicidad de mando. La duplicidad de mando no tiene por que presentarse ya que los jefes del departamento únicamente se deben de dedicar al aspecto administrativo dejando toda esta responsabilidad a su subalterno, el cual se encargará de ver que los trabajos se lleven acabo informando de los adelantos y de los problemas que se necesitan ya que si el jefe se salta a

su subalterno se perdera el control del departamente con todo el personal.

6.1.13. Reportes de desperfectos a conservación. En cada departamento o servicio se debe contar con una libreta de control especialmente para reportar descomposturas, la cual deberá tener un rayado como se muestra en la figura 8.

Al igual el departamento de conservación contará con una libreta de control, por especialidad (mecánica, plomería, equipo médico, electricidad) y otra para los contratistas, la cual llevará un rayado como el que se muestra en la figura 9.

Ambas libretas serán firmadas por la persona que tome el reporte, indicando el número de folio de la orden de servicio que se dará para atender el reporte. Al trabajador que se le asigne el trabajo, debiera de poner su nombre y firmar de recibida la orden, una vez realizado el trabajo se anotará la fecha en que fue reparado, si no es posible la reparación del reporte, se deberá de indicar en la columna de observaciones en forma breve el motivo por lo que no se podrá reparar, cuando se reanude la reparación se deberá generar una nueva orden de servicio notificandole al jefe del departamento que se inicia su reparación, anotandole en su libreta el número de orden. Si el reporte es urgente podrá reportarse por teléfono y posteriormente bajar su libreta para que siga el mismo procedimiento anterior, evitando así que se pierda el control de reportes, en este caso se les indicara el número de orden de servicio que les corresponde.

CONTROL DE REPORTES DE CONSERVACION

SERVICIO X

NUMERO DE ORDEN	FECHA DE REPORTE	FALLA	EQUIPO O MOBILIARIO	REPORTO		RECIBO REPORTE		TRABAJOS REALIZADOS			OBSERVACIONES	
				NOMBRE	FIRMA	NOMBRE	FIRMA	FECHA	NOMBRE	FIRMA		

NOTA: ESTA LIBRETA SE INDICARA A QUE SERVICIO PERTENECE EN LA PASTA DE LA LIBRETA

FIGURA 9
CONTROL DE REPORTES.
ESPECIALIDAD: MECANICA O PLOMERIA O ETC...

NUMERO DE ORDEN	FECHA DE REPORTE	SERVICIO QUE REPORTA	RECIBO REPORTE		EQUIPO O MOBILIARIO	FALLA	PERSONAL ASIGNADO			REPORTE DEL TECNICO			OBSERVACIONES
			NOMBRE	FIRMA			FECHA	NOMBRE	FIRMA	FECHA	NOMBRE	FIRMA	

NOTA: PARA EL CASO DE LOS CONTRATISTAS SE SUBSTITURA DONDE INDIQUE PERSONAL O TECNICO POR EL NOMBRE DEL CONTRATISTA.

6.1.14. Este problema no fue planteado ya que se puede apreciar a simple vista el problema que existe en la configuración de los organogramas mostrados en las figuras 2, 3, 4, 5; en estos organogramas como se ve claramente los cajones son de diferente tamaño de acuerdo al nivel que ocupan o al tramo de control, también se aprecian que no tienen ni la menor idea de como deben conformar los organogramas ya que sacan líneas de cualquier punto para llevarlas a otro punto, teniendo que hacer trazos y cruces, que para lo único que sirven es para confundir a las personas sobre la posición que ocupan dentro de la organización.

Aquí la propuesta consiste en la elaboración de un organograma en el que se le dará el lugar que debe de ocupar la administración, evitando el poner nombres tales como jefatura, ya que esto se interpreta como el tener una posición de más privilegio, los departamentos se colocaran en orden alfabético para evitar la creencia que se tiene que los departamentos que se encuentran colocados a la izquierda son de mayor importancia, debiendo recordar que las jerarquías se presentan de arriba hacia abajo.

En este organograma se muestra la modificación de que se agruparán en divisiones (de servicios, clínicos, servicios auxiliares de tratamiento, servicios paramédicos, servicios de control de recursos y servicios generales, en esta forma únicamente los tres primeros niveles intervendrán en las juntas de gobierno, ya que es más fácil llegar a resolver problemas -

entre menos gente intervenga. Todos los jefes de departamento pasarán sus reportes al jefe de división, éste recopilará toda la información, concentrándola y reportándola al subdirector correspondiente, los cuales a su vez harán lo mismo para entregarlas al director, -- (ver figura 10).

6.2. Solución a los Recursos Materiales.

Las propuestas que se dan a continuación están principalmente enfocadas a proteger los bienes del instituto, buscando establecer un control que será llevado por el personal de vigilancia.

En el personal de vigilancia recae toda la responsabilidad de llevar a cabo la tarea de vigilar que no sean sustraídos de la unidad ningún objeto que pertenezca al hospital por ninguna persona.

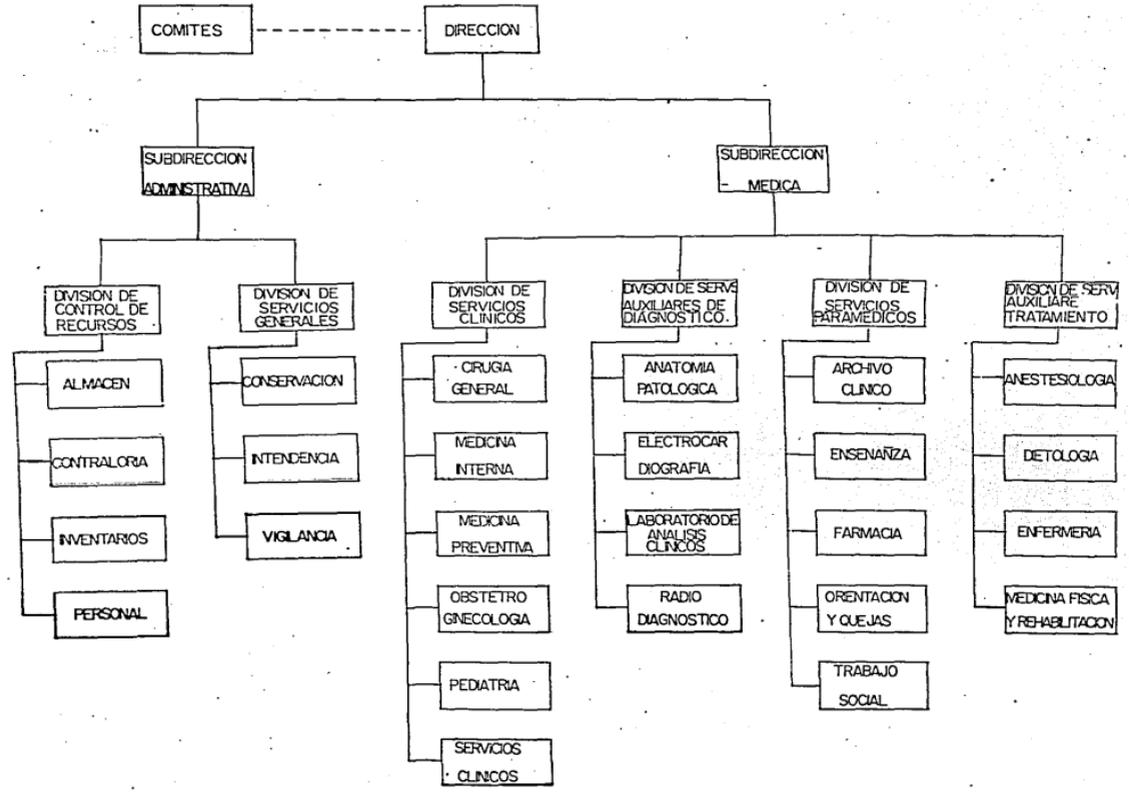
También debe de cuidarse que no sean maltratados el mobiliario ni los equipos ya que los daños ocasionados voluntariamente o involucrados generan fuertes erogaciones para la administración.

Este tema posiblemente levante polémica ya que las personas encargadas de llevar a cabo la vigilancia muestran una desaprobación cuando se les pide cooperación, por otra parte todo el personal que labora en el hospital no está de acuerdo por considerarlo denigrante para su persona.

La finalidad de que se implante y se lleve a cabo, es la de evitar fugas y daños para el hospital, ya que en cuantas ocasiones no se les ha podido dar atención ó el salvar la vida de un ser humano, simplemente por que falta algún material o el equipo que se necesite de inmediato no funcione, siendo en ese momento en que el personal se da cuenta que funciona o le

FIGURA 10

ORGANOGRAMA PROPUESTO PARA UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA



falta alguna pieza, aunque el daño de la pérdida o deterioro sea poco, esto no es lo que nos preocupa, sino la falta de responsabilidad y concientización por lo que ponga en peligro el bienestar del paciente.

Hay que tomar en cuenta que todos los que trabajan en unidades hospitalarias están expuestos al igual que sus familiares, que en cualquier momento se puedan encontrar en la misma situación que los pacientes que acuden a tomar el servicio, - hasta ese momento será cuando se aprecie la importancia de no haber cuidado los equipos y materiales.

6.2.3. Faltan refacciones. Para solucionar el problema de las refacciones se tendrá que contar con un almacén que no existe, en donde se deberá de establecer un control de inventarios mediante el uso del Kardex y determinar un stock, quedando dividido en cuatro grupos que serán plomería, - electricidad, mecánica y equipos médicos. Para determinar la cantidad de los artículos - que deberá haber en el hospital se hará de la manera siguiente.

Para los artículos y refacciones de consumo de los que se puedan mencionar, tornillos, pasta para soldar, aceite, electrodos, cinta de aislar, soldadura de estaño, teflón apagadores, - contactos, mezcladoras, empaques, regaderas, focos, reactores, acrílicos, pintura, etc, para esto se debe apoyar en el mismo personal técnico para determinar la cantidad de consumo para poder trabajar.

Estos datos serán corroborados mediante los reportes de sus órdenes de servicios de los últimos tres meses, la finalidad de consultar con el personal de conservación es para tomarlos en consideración para establecer la cantidad de gr

tículos, mediante la obtención de la media, ya que se tomara en cuenta que el personal dara una cantidad mayor de la que en realidad necesita para poder trabajar y por otro lado la de que estos trabajadores no reportan todo el material que en realidad utilizan.

Para las reparaciones mayores ya que no son muy frecuentes que se presenten las fallas de motores, valvulas mayores de 1", transformadores, circuitos integrales, etc, deberán de comprarse mediante el fondo fijo que es designado a este departamento, siempre y cuando la refacción que se necesite no se tenga en el almacen central de conservación, donde se dara la negativa correspondiente.

6.2.4. Fuga de materiales. Como primer paso, el reloj checador debiera ubicarse en un lugar en el que solamente pueda entrar y salir el personal de la unidad.

Se dará un aviso al personal en el que se deberá dar a conocer las medidas que se tomarán a partir del día siguiente a la fecha de ser publicado el aviso, el cuál deberá ser comunicado por los jefes de servicio a su personal, independientemente se les colocarán los avisos en lugares visibles y más frecuentes tales como el comedor, los vestidores, el checador.

En el texto del aviso no solamente se comunicará que el personal entrará y saldra únicamente cuando se encuentre en servicio, si el personal se encuentra fuera de servicio por lo cualquier causa podrá entrar y salir libremente por cualquier puerta, en ambos casos el personal será revisado por el personal de vigilancia, así mis

mó se les comunicará que serán revisados sus lockers en el que únicamente deberán de tener sus pertenencias particulares no encontrarse artículos que pertenezcan al hospital, igualmente sus automóviles serán revisados tanto en su interior como en su cajuela, aún mismo los vehículos oficiales del propio instituto.

Al personal de vigilancia se les darán las instrucciones correspondientes para que éstos cumplan con sus funciones, si el personal se negara a ser revisado este deberá turnarse a las autoridades correspondientes de la unidad, si es una persona ajena a la unidad se pasará igualmente a las autoridades correspondientes para que estos sean turnados a las autoridades de la delegación de policía correspondiente.

El procedimiento para el personal de la unidad en caso de que sea sorprendido sustrayendo cualquier objeto que pertenezca a la unidad será enviado a servicios generales, donde procederán de acuerdo al reglamento correspondiente.

- 6.2.5. Destrucción intencional de mobiliario y equipo. Este problema se solucionará mediante un comunicado al personal, a los pacientes y a sus familiares que acuden a tomar el servicio.

El departamento de vigilancia será el encargado de ver que se cumpla esta disposición, ya que a la persona que sea sorprendida será igualmente que en el punto anterior turnada a las autoridades correspondiente.

- 6.2.6. Cantidad inadecuada de extinguidores. Las modificaciones que se tomarán serán.

- 6.2.6.1. En los almacenes deberán marcarse líneas de color amarillo mediante las cuales se dejarán

definidos los pasillos por donde se podrá -- transitar libremente, teniendo acceso a los -- extinguidores.

- 6.2.6.2. Existen tres tipos de extinguidores; el tipo A (agua), que sirve para apagar incendios en lugares donde existe mucha papelería; el tipo AB (bioxido de carbono), se emplea para ser -- utilizado en contactos, apagadores, instala-- ciones eléctricas, equipos electrónicos, etc; y el tipo ABC (polvo químico) este se emplea en donde existen productos químicos o en cual-- quier otro tipo de incendio.

Dentro de un hospital solo se deberán de em-- plear los dos últimos ya que el de agua no es posible ocuparlo ya que la mayoría de los -- equipos, y áreas emplean productos químicos e instalaciones eléctricas.

- 6.2.7. Resguardo de los equipos, mobiliario y herra-- mientas. Los resguardos tendrán que ser revisa-- dos por lo menos una vez al año, en estos res-- guardos deberan de incluirse las característi-- cas del equipo, mobiliario y herramientas, sien-- do estas, la marca, el modelo, el número de se-- rie, medidas del mobiliario, de que material es-- ta hecho.

Al personal que reciba cualquier artículo con -- alguna falla o deterioro se deberá de anotar pa -- ra que cuando al personal se le pida responder -- por el objeto que tiene resguardado se le des-- linde responsabilidad en caso de que el deterio -- ro ya hubiera sido con anterioridad, en caso -- contrario se realice la investigación correspon -- diente.

- 6.2.8. Material de mala calidad. Este problema queda -

fuera del alcance de la administración ya que - existe un departamento especial de suministros quión es el encargado de escoger los proveedores, previa autorización del departamento de - control de calidad.

Sólo nos queda el reportar constantemente estas anomalías, para que se deslinde responsabilidad.

6.2.9. La administración deberá dar todo el apoyo necesario para la compra de medicamentos que se encuentran fuera del cuadro básico y que hagan - falta para suministrarlos al paciente.

Para poder dar el apoyo, será necesario que se justifique plenamente la necesidad de comprar - el medicamento, mediante la previa revisión del expediente clínico del paciente al que se le deberá suministrar dicho medicamento, haciéndose responsable tanto el médico que tiene a su cargo al paciente, el jefe del servicio correspondiente, el visto bueno del subdirector médico y la aprobación del director de la unidad, se compra el medicamento mediante el fondo fijo de la administración de la unidad.

Si alguna de estas personas no se encontraran - en la unidad, la persona que se encuentre en su lugar podrá dar la aprobación, si en un momento dado no se encontraran el Director ni el subdirector médico, la administración compartirá la responsabilidad, siempre que el medicamento sea de suma urgencia y el esperar se ponga en peligro la vida del paciente.

6.3. Solución a los Recursos Económicos.

Ante la situación crítica que día a día es más difícil so-

portar, se maneja constantemente el llevar acabo recortes - presupuestales.

Estos recortes son hechos sin importar si efectuan o no al derechohabiente, tal es el caso del ajuste que llevaron acabo con el cuadro básico de medicamentos, quitando medicamentos, que tiene mejores sales purificadas, estas medicinas también tenían la peculiaridad de ser medicamentos de amplio espectro, esto quiere decir que no sólo serviran para atacar una enfermedad sino que al mismo tiempo podía combatir dos enfermedades.

Dentro del instituto se ha criticado fuertemente a los administradores ya que estos carecen de conocimientos de medicina, realizando recortes presupuestarios con artículos de primera necesidad y de buena calidad, al eliminarlos o sustituir los por otros hasta de muy baja calidad, sólo por ser de un menor costo.

Es aquí en donde mediante las propuestas que se darán a continuación, buscan borrar la mala imagen que se da. Estas reducciones de gastos en nada perjudicarán al derechohabiente, por lo consiguiente el funcionamiento adecuado del hospital, ya que si debemos eliminar gastos que sean aquellos gastos totalmente innecesarios, estas reducciones de gastos sólo afectarán principalmente a los jefes de los departamentos y a las altas autoridades del hospital, ya que lo único que debe preocupar es el bienestar del paciente, mediante el sacrificio de comodidades.

6.3.1. Problema del papel tapiz. Para evitar el cambio del tapiz de manera arbitraria será necesario el implantar la siguiente política.

6.3.1.1. El papel tapiz debe de ser liso sin ningún es tampado ya que esto puede ser fácilmente lavado con fibra verde y jabón liquido con desinfectante.

6.3.1.2. Este papel tapiz deberá tener una duración de

- tres años por lo menos, ya que se ha tomado en cuenta que existe gente la cuál no ayuda a cuidar las cosas, en cuanto al color este será blanco en todo el hospital.
- 6.3.2. Problema de las cortinas. Será necesario establecer una política con respecto a las cortinas quedando de la siguiente manera.
- 6.3.2.1. Deberán de ser eliminadas en su totalidad las cortinas por ser una fuerte fuente de infecciones únicamente se podrán dejar cortinas en las oficinas que estén fuera del área hospitalaria, siendo estas la dirección, subdirección médica y la subdirección administrativa, si existe otra oficina para evitar problemas con los demás jefes de departamento no se deberán de poner tampoco las cortinas.
- 6.3.2.2. En las ventanas que dan al exterior se sustituirán las cortinas por vidrios polarizados - estos son caros pero tendrán una larga duración, eliminando gastos de la lavada, del mantenimiento de los cortineros.
- 6.3.3. Problema de las alfombras. Al igual que con el tapiz y las cortinas será necesario implantar la siguiente política.
- 6.3.3.1. Por ningún motivo deben de tenerse alfombras en las oficinas ya que no son necesarias, si se aceptan las alfombras deberán de colocarse en las áreas mencionadas en el punto anterior.
- 6.3.3.2. Escogiendose de un sólo color que será el verde de aceituna, ya que este se caracteriza en la institución estas deberán de ser poco afelpadas.
- 6.3.4. Cambios frecuentes de oficinas y servicios. Este problema será solucionado mediante la políti

ca siguiente.

6.3.4.1. Deberán de situarse las oficinas cerca del área de trabajo que tiene a su cargo, y por ningún motivo será cambiada de lugar, ya que no es necesario tener oficinas con gran espacio, ni con lujos, de la misma manera no se tiene por que cambiar ningún servicio o departamento, solo que en realidad sea de mucha necesidad y se justifique.

6.3.5. Los horarios en un hospital son continuos, el matutino labora de las 7.00 hrs a las 15.00 hrs, el turno vespertino de las 14.30 hrs a las 2200 hrs, este turno unicamente labora siete horas y media ya que esto se encuentra estipulado en el contrato colectivo de trabajo, y el turno nocturno cubre de las 20.00 hrs a las 8.00 hrs del día siguiente, este turno por ser de 12 horas labora cada tercer día.

Actualmente los jefes de los diferentes departamentos obligan a los trabajadores a cumplir lo que en su nombramiento se estipula (ver anexo A) para que se cubran las guardias de los días festivos (ver clausula 45 en el anexo B), sin tomar en consideración que existe personal que por cualquier motivo no desea hacer guardias, por otra parte tenemos que esta dispuesto a bajar todas las guardias.

Si el día festivo no coincide con un día normal de descanso (ver clausula 46 en el anexo C) del trabajador, automaticamente se le dará la guardia.

Estas guardias se pagan si es un día normal de labores al doble más su día, y si se presenta en su día de descanso semanal se paga triple



Instituto Mexicano del Seguro Social

ANEXO A

México, D. F. a 10 DE JUNIO DE 1988

Sr. (a). ERNESTO PUGIBET RODRIGUEZ

De conformidad con el acuerdo

No.V/07375 de fecha 9 DE MAYO DE 1988

ha sido designado AUX. SERVS. DE INTENDENCIA de este Instituto

con 8,0 (ocho) horas diarias de servicio en la Unidad

Medica o Dependencia que se le indique, y según la distribución de tiempo que se establezca, con el sueldo mensual de 3307,837.00 (TRESCIENTOS SIETE MIL OCHO CIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS 00/100 M.N)

con las guardias que se le indiquen.

Lo que comunico a usted para su conocimiento y efectos consiguientes.

DELEGADO

DR. JUAN BARRERA ANAYA.

EL REPRESENTANTE SINDICAL
EL SECRETARIO DE ADMISION Y CAMBIOS

LUIS ALTMIRANO PEREZ

CONFORME

MATRICULA

6754892

ANEXO B

CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO

Para que los permisos se concedan, es requisito indispensable que las solicitudes se tramiten por conducto del Sindicato, el que las hará valer ante el Instituto, en los ocho días anteriores a la fecha en que debe empezar a surtir sus efectos de licencia, debiendo resolver el Instituto en este término. En los casos de urgencia el Instituto resolverá de inmediato. Los trabajadores con licencia, podrán renunciar a ella, siempre y cuando no afecten derechos a terceros. En licencias mayores de sesenta días, se liquidarán o garantizarán a satisfacción del Instituto, los créditos que los trabajadores solicitantes tengan con el mismo.

Cláusula 45/Guardias

Los roles correspondientes a las guardias que deban funcionar en los servicios del Instituto, en días señalados como de descanso obligatorio serán elaborados de común acuerdo por las partes, con ocho días de anticipación y comunicados a los trabajadores, por lo menos con setenta y dos horas antes de la fecha de la guardia. Estas no podrán tener un número de horas inferior a la jornada y turno habitual del trabajador.

Si por causa excusable el trabajador designado no puede efectuar la guardia, deberá justificarlo en un plazo máximo de veinticuatro horas antes de la misma, para que las partes designen quien debe cubrirla y si éstas no llegaren a un acuerdo el Instituto podrá nombrar a su elección a otro trabajador que lo sustituya. El pago de las guardias se hará en efectivo, en los términos de la Cláusula 33 de este Contrato, al siguiente día hábil a aquel en que se laboró la guardia.

Para el trabajador con más de 20 años de servicios, será potestativo realizar guardias, salvo en los casos en que no exista posibilidad de cubrir la guardia con otro trabajador de base o sustituto. El trabajador comunicará con suficiente anticipación su deseo de realizar guardias.

CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO

Capítulo VII/Descansos

Cláusula 46/Descanso Diario, Semanal y Obligatorio

I. Descanso diario. Los trabajadores que laboren jornadas de ocho horas tienen derecho a treinta minutos diarios para descansar o tomar sus alimentos. Los trabajadores que laboren jornadas de seis horas y media, gozarán de tal prerrogativa durante quince minutos. Los trabajadores que laboren jornadas mayores de ocho horas, tendrán derecho a un descanso de una hora por cada ocho horas laboradas, para descansar o tomar alimentos. En todo caso, el derecho para descansar o tomar alimentos durante la jornada, se disfrutarán por turnos que organizarán los jefes de cada dependencia. El tiempo autorizado para descansar o tomar alimentos se contará como tiempo efectivo de trabajo.

II. Descanso semanal. Todos los trabajadores tendrán derecho a dos días consecutivos de descanso semanal que serán días. Los días de descanso semanal serán los sábados y domingos, sin embargo, en los servicios que así lo requieran y previo acuerdo de las partes, podrán tomarse otros días, tomando en consideración que por cada cinco días de labor, el trabajador disfrutará de dos días de descanso con pago de salario íntegro. Ante la presencia de plaza vacante con descanso en sábado y domingo, en las unidades donde se laboren los siete días de la semana, tendrá preferencia para descansar en sábado y domingo, el personal con mayor antigüedad en el Instituto. Los trabajadores que laboren los domingos disfrutarán de una prima adicional de un 25 por ciento sobre el salario de un día ordinario de trabajo.

III. Días de descanso obligatorio.

- 1o. de enero
- 5 de febrero
- 21 de marzo

- 1o. de mayo
- 5 de mayo
- 10 de mayo
- 14, 15 y 16 de septiembre
- 12 de octubre
- 2 de noviembre
- 20 de noviembre
- 25 de diciembre

Jueves, viernes y sábado de la Semana Mayor o de Primavera. El 1o. de diciembre de cada seis años, cuando corresponda a la transmisión del Poder Ejecutivo Federal.

Las partes convienen en que las jornadas semanales puedan distribuirse en tal forma que permitan un mayor descanso a los trabajadores sin afectar la eficiencia y la continuidad de los servicios.

Cláusula 47/Vacaciones

Por cada seis meses de servicios, los trabajadores gozarán de un periodo mínimo de vacaciones que será de diez días hábiles, consecuentemente, no se computarán en periodos de vacaciones, días de descanso obligatorio o semanal. Por cada año de servicios se aumentará en un día el periodo mínimo semestral, el que no podrá exceder de quince días.

Invariablemente las fechas de disfrute de vacaciones, serán fijadas de acuerdo con los calendarios que aprueben los representantes de las partes en cada dependencia. En el caso de que dos o más trabajadores soliciten sus vacaciones para las mismas fechas y no sea posible acceder a ello por requerimiento del servicio, serán las partes las que definan los derechos preferenciales de los interesados, en relación al de mayor antigüedad. El trabajador podrá reunir periodos semestrales de vacaciones si así conviene a sus intereses y no se afectan los servicios, debiendo solicitarlo al momento de elaborarse los roles

más su día.

Los jefes programan a todos los trabajadores — que normalmente trabajarían como cualquier otro, los anotan para cubrir la guardia.

Con el propósito de estar acorde con la política de racionalidad del gasto público del Gobierno Federal a continuación se propone el siguiente programa que tiene como objetivo reducir el costo por concepto de pago de guardias efectuadas los días festivos y aprovechar el recurso humano que está dispuesto a trabajar rindiendo su mejor esfuerzo.

El personal que actualmente labora para cubrir las guardias durante los días festivos se deberá disminuir al 50% y en vez de cubrir 15.30 — hrs entre los dos turnos, cada persona que labore la guardia cubrirá 13 hrs corridas y con un horario de las 7.30 hrs a las 20.30 hrs.

En la figura 11 en la tabla superior se muestran únicamente a tres departamentos que son los que cuentan con el mayor número de personal, en el cual se incluye solamente al personal que deberá cubrir la guardia de un día festivo y con su horario normal. Pagandose las 16 hrs por ambos turnos, se tiene en los tres departamentos un total de 407 trabajadores de los cuales 246 pertenecen al turno matutino y 161 al turno vespertino teniendo un costo total de \$ 10'475,193.60 si tomamos en cuenta que existe un total de 16 días festivos al año se tendrá que derogar la cantidad de \$ 167'603,097.60 .

En la siguiente tabla se presenta la propuesta con la reducción del personal al 50% y con la jornada continua de 13 horas, en vez de que labo

FIGURA 11

PLAN DE REDUCCION DE PAGO POR GUARDA DE 16 HRS A 13 HRS Y DE PERSONAL AL 50 %

PERSONAL EMPLEADO PARA CUBRIR LAS GUARDIAS DE 16 HRS Y CON PERSONAL NORMAL

DEPARTAMENTO DE OTOLOGIA	MAY	VESEP	TOTAL	SUELDO MENSUAL	SUELDO DIA NORMAL	SUELDO HORA NORMAL	SUELDO HORA GUARDA	SUELDO GUARDA TRABAJADOR	PAGO TOTAL GUARDA 16 HRS
AUXILIAR DE LOS SERVICIOS DE OTOLOGIA	2	1	3	307.837,00	13.512,23	1.028,65	3.252,79	20.532,40	61.672,00
AYUDANTE DE LOS SERVICIOS DE OTOLOGIA	6	2	8	356.600,00	11.889,66	1.486,08	3.072,16	23.772,24	66.218,24

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	MAY	VESEP	TOTAL	SUELDO MENSUAL	SUELDO DIA NORMAL	SUELDO HORA NORMAL	SUELDO HORA GUARDA	SUELDO GUARDA	PAGO TOTAL GUARDA 16 HRS
AUXILIAR DE ENFERMERIA GENERAL	12	8	20	365.717,00	15.282,25	1.607,25	3.204,30	25.714,40	574.200,00
ENFERMERA JEFE DE PISO	6	6	12	309.800,00	16.983,00	2.495,43	5.090,87	34.882,50	47.822,50
ENFERMERA GENERAL	30	3	33	628.304,00	19.271,04	1.907,60	3.815,20	30.953,60	87.444.288,00

DEPARTAMENTO DE INTENDENCIA	MAY	VESEP	TOTAL	SUELDO MENSUAL	SUELDO DIA NOR	SUELDO HORA NORMAL	SUELDO HORA GUARDA	SUELDO GUARDA	PAGO TOTAL GUARDA 16 HRS
AUXILIAR DE LOS SERVICIOS DE INTENDENCIA	4	3	7	807.837,00	33.721,23	1.822,67	3.645,33	20.532,40	143.550,60
AYUDANTE DE LOS SERVICIOS DE INTENDENCIA	4	3	7	266.000,00	10.868,46	1.405,68	2.972,15	24.772,80	66.540,95
				PAGO TOTAL	802.384,47	10.548,58	24.059,32	66.178,68	107.731,93

PERSONAL EMPLEADO PARA CUBRIR LAS GUARDIAS DE 13 HRS Y CON EL 50 % DEL PERSONAL

CATEGORIA	PERSONAL NORMAL	PERSONAL AL 50 %	SUELDO MENSUAL	SUELDO DIA NORMAL	SUELDO HORA NORMAL	SUELDO HORA GUARDA	SUELDO GUARDA TRABAJADOR	PAGO TOTAL GUARDA 13 HRS	
AUXILIAR DE LOS SERVICIOS DE OTOLOGIA	3	1	307.837,00	13.512,23	1.028,65	2.552,10	13.348,90	505.233,00	
AUXILIAR DE LOS SERVICIOS DE OTOLOGIA	6	4	356.600,00	11.889,66	1.486,08	3.072,16	15.459,09	54.529,32	
AUXILIAR DE ENFERMERIA GENERAL	2	1	365.717,00	15.282,25	1.607,25	3.204,30	13.785,90	410.140,00	
ENFERMERA GENERAL	6	4	445.300,00	14.877,06	1.571,75	3.143,50	19.854,00	1.005.084,00	
ENFERMERA JEFE DE PISO	1	6	309.800,00	16.983,00	2.495,43	5.090,87	64.891,70	258.200,20	
AUXILIAR DE LOS SERVICIOS DE INTENDENCIA	7	3	307.837,00	13.512,23	1.282,65	2.565,30	13.348,90	165.211,00	
AYUDANTE DE LOS SERVICIOS DE INTENDENCIA	7	3	266.000,00	10.868,46	1.405,68	2.972,15	18.638,68	115.914,24	
				PAGO TOTAL	923.37,47	11.498,66	28.099,32	300.291,16	874.977,76

DIFERENCIAS

POR DIA GUARDA	POR 16 DIAS DE GUARDIAS
10.475.193,50	167.603.115,00
1.931.773,79	30.908.380,68
1.055.417,84	16.886.685,44

PAGO DE 16 HORAS CON PERSONAL NORMAL
PAGO DE 13 HORAS CON PERSONAL AL 50%

AHORRO

NOTA: SUELDO VIGENTES HASTA ENERO DE 1988

ren los 407 trabajadores unicamente se presentaran 207, notandose claramente el ahorro en recursos económicos, en este caso por un día festivo tendrá un costo de \$ 8'491,775.76, obteniendo una diferencia a favor de \$ 1'983,417.84 y por los 16 días al año será de un total de -- \$ 31'734,865.44, y si este plan se aplicara a todas las unidades hospitalaria del Instituto a nivel nacional, logicamente la cantidad será -- muy por encima a la que se presenta.

Trabajando habitualmente el turno matutino cubre 1968 hrs y el turno vespertino 1207.5 hrs -- dando un total de 3175.15 hrs de labores, al emplear el 50% del personal y laborando 13 hrs corridas tendremos que se laboran 2691 hrs, teniendo una diferencia de 484.5 hrs que faltarian por cubrirse.

Si prorrateamos las 484.5 hrs faltantes entre -- los 207 trabajadores que laborarian en la guardia nos da 2.34 hrs que cada trabajador tendrá que recuperar.

Se puede pensar que esta reducción tanto del -- personal como de la jornada pueda afectar al -- servicio, esto no sucederá ya que se tomara en cuenta los siguientes aspectos.

- Para entregar el servicio entre el turno -- matutino y el vespertino se emplea un tiempo de 30 minutos por trabajador, al implantarse un horario corrido de 13 hrs la entrega del servicio no será necesaria, por lo tanto se elimina la entrega dejandose -- de emplear los 30 minutos por trabajador, si esta actividad la lleva acabo un trabajador del turno matutino y uno del vesperto-

tino nos da una hora, con lo que se reduce a 1.34 hrs que faltarían por cubrir cada trabajador.

- En los días festivos disminuye considerablemente la carga de trabajo ya que no existen movimientos de ingresos y altas de pacientes; los quirófanos sólo funcionan para casos de urgencias; no se realizan estudios especiales de laboratorio, rayos "X", tomografías, electroencefalogramas, etc, por lo tanto el personal podrá emplear el tiempo que tenía destinado a estas actividades y poder así realizar otras funciones que sean necesarias en los días festivos, satisfaciendo las necesidades en su respectivo servicio.
- Independientemente el jefe del servicio deberá elaborar un programa de actividades con la finalidad de que el trabajador no entre en discrepancia sobre las actividades que deba de llevar a cabo.

Dentro de este plan no se deberán incluir los Hospitales de Gineco-Obstetricia y Cardiología, ni a los trabajadores que laboren en las áreas de Urgencias; Unidad de Cuidados Intensivos y Quirófanos de Urgencias, estos servicios no deberán de ser afectados ya que es normal que atiendan a pacientes aún con lesiones menores, en el caso del turno nocturno tampoco se aplicará la propuesta por ser este turno de por sí muy pesado.

Los trabajadores que tengan que disfrutar su descanso semanal no se les incluirá en la guardia ya que los costos que se calcularon pueden variar en forma no favorable.

6.3.6. Aquí la administración debe de cubrir las vacaciones, permisos, becas (sin sueldo) o incapacidades con personal de base de la misma unidad, mediante la autorización para doblar turno, esto nos representa que se pague un sueldo íntegro al personal O8, independientemente de sus prestaciones que por ley le corresponde (prima dominical, vacaciones, servicio médico, etc.).

En dado caso de que no se tenga personal interesado en doblar, entonces será necesario que sea cubierto por el personal de O8, pero que éste deban cubrir las categorías inferiores nivelándose las demás categorías, por ejemplo.

Si sale el oficial de los servicios de dietología por cualquiera de las causas ya mencionadas, éste deberá de ser cubierto por el ayudante de los servicios de dietología y este a su vez por el auxiliar de los servicios de dietología que es la más baja será la que deba de cubrirse por el personal O8, en este caso no se reducirá ningún gasto ya que se pagará lo mismo si el personal O8 cubre directamente la categoría más alta, el objeto de esto es darle al trabajador de base la confianza para ocupar la siguiente categoría, por otro lado es darle un estímulo económico que aunque sea poco, el trabajador se sentirá muy agusto.

6.3.7. Se deberá aprovechar al personal de conservación para que realice trabajos en los que no se expongan aún peligro por no contar con un equipo de seguridad, ya que debemos de considerar que un contratista cobrará el material y el personal empleado, más lo que debe de obtener de ganancia.

6.3.8. Para evitar el gasto indiscriminado de energía eléctrica se permitira únicamente un solo aparato por paciente, ya que se debe hacerles ver -- que para otros pacientes será molesto tener todo el día diferentes aparatos puestos al mismo tiempo.

Por otra parte el personal no se le debe permitir por ningún motivo la introducción de aparatos, además de estar prohibidos por el reglamento.

CONCLUSIONES.

Debemos reconocer los esfuerzos tan grandes que el gobierno está realizando para poder crear una infraestructura sólida que brinde un servicio médico adecuado a las necesidades de la población.

Se cuenta con grandes Hospitales, Centros de Salud y Clínicas, en donde se tiene equipos muy avanzados y sofisticados, pero que desgraciadamente sus directivos no están preparados para lograr que el servicio sea de la mejor calidad, ya que no aprovechan todos los recursos humanos, materiales y técnicos a su disposición en la unidad Hospitalaria.

Llevar la administración de un Hospital no es manejar únicamente cifras financieras, cantidades de productos, etc, sino que implica algo más delicado de lo que se cree, porque cuando el derechohabiente se ve en la necesidad de acudir a éste, en muchas ocasiones se puede encontrar en una situación desfavorable, si el servicio que se le brinda no satisface sus requerimientos, lo cual es frecuente por la deshumanización y desorganización que impera en muchas instituciones de este tipo.

Es por este motivo que el Licenciado en Administración desempeña un papel de primordial importancia en estas organizaciones, dado que por un lado tiene que ser capaz de planear, organizar y dirigir grupos de trabajo hacia los objetivos de la organización, para lo cual debiera utilizar las técnicas —

idoneas para implantar sistemas adecuados de comunicación, capacitación, motivación y relaciones humanas y por otro lado - transmitirle a su personal con su ejemplo, la mentalidad de servicio a la comunidad para estar en condiciones de satisfacer optimamente las necesidades de los derechohabientes de atención médica y personal, en virtud de que las enfermedades no son unicamente del cuerpo sino también de la mente.

Es por eso que el Licenciado en Administración deberá trabajar arduamente para poder establecer planes de trabajo que permitan el aprovechamiento de los recursos tanto materiales como económicos, si el trabajador se concientiza de lo que se espera de él, la atención al paciente será de la mejor calidad tanto en el aspecto médico, como en los demás servicios - que prestan los departamentos de apoyo, tales como laboratorio, rayos "X", intendencia, trabajo social, etc.

Con respecto a los recursos materiales, el Licenciado en Administración deberá recurrir al proceso administrativo para optimizar su aprovechamiento. Entre otras funciones debora im plantar sistemas de seguridad para evitar fugas de materiales que son sumamente costosos y difíciles de poder conseguir, - por ser muchos de procedencia extranjera.

En este punto será muy útil realizar Auditorias Administrativas periódicas, concientizando a los trabajadores que es re cesario llevarlas acabo y hacer comprender que no se busca - perjudicarlos, sino evitar que se pierdan materiales y dete- riore de equipos que para un paciente son de suma importan- cia, si el trabajador no responde con su cooperación será ne- cesario actuar. Dentro de los recursos económicos el Licencia- do en Administración deberá de luchar para eliminar gastos in necesarios que lo único que ocasionan es el despilfarro de di nero, siendo que no es necesario contar con oficinas lujosas y con todas las condiciones, ya que se puede trabajar con mo- biliario sencillo, buscando inyectar este espíritu desde el - director del hospital, los jefes de los departamentos y todo

el personal operativo.

Es necesario racionalizar el empleo de los recursos en estos tiempos difíciles por los que atravieza nuestra economía, pero debemos eliminar o reducir gastos que no pongan en peligro la atención médica o incluso la vida del paciente.

El Licenciado en Administración tiene una ardua labor por delante ya que se conoce poco sobre la organización Hospitalaria y el principal obstáculo es el de convencer a la dirección de la necesidad e importancia que tiene la administración y - que se le de su lugar dentro de la misma organización.

Espero que este trabajo sea tomado no como una crítica a - la organización de un hospital sino que se considere como una aportación que sólo busca que se de un mejor servicio, si una propuesta fuera llevada a la práctica, fuera mejorada y de re sultado favorable, este esfuerzo se vería cristalizado.

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

- 1.- Asociación Americana de Hospitales; Administración de personal de Hospitales; 1957; México.
- 2.- Gaceta Médica del D.F.; 35 Aniversario de los Servicios Médicos; Vol. 1: Núm. 5; Epoca 20; México.
- 3.- Historia del Hospital Real Humana; Publicaciones del I.M.S.S. ; Noviembre de 1983; México.
- 4.- I.M.S.S. ; Hospital General; Centro Médico La Raza; Memoria de Labores; 1964; México.
- 5.- I.M.S.S. ; Subdirección General Médica Administrativa; Jefatura de Servicios de Personal; 1968; México.
- 6.- I.S.S.S.T.E. ; Seguridad Social; Año XV; Núm 40; Epoca III; Julio-Agosto; 1936; México.
- 7.- Ley del I.M.S.S.
- 8.- Ley del I.S.S.S.T.E.
- 9.- R. Terry George; Principios de Administración; Editorial C.E.C.S.A.; Sexta impresión; Noviembre de 1982; México.
- 10.- Reyes Ponce Agustín; Administración Teoría y Práctica; Editorial Limusa; Trigesima edición; Marzo de 1983; México.
- 11.- Secretaría de Salubridad y Asistencia; Historia de la Salud y Asistencia en México; 1960; México.
- 12.- Secretaría de Salubridad y Asistencia; Comisión Nacional de Hospitales; Censo y Planificación de Hos-

- pitales; 1958; México.
- 13.- Secretaría de Salubridad y Asistencia; Plan Nacional de Salud; 1974; México.
 - 14.- Secretaría de Salud; Cuadernos Técnicos de Planificación; Vol. 1; Núm. 1; Febrero 1984; México.
 - 15.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; ¿Qué hace el D.I.F. por México; 1985; México.
 - 16.- Soberon A.G.; Hacia un Sistema Nacional de Salud; - Editorial UNAM; 1974; México.
 - 17.- Contrato Colectivo de Trabajo del I.M.S.S.; 85 - 87 Editorial Mexicana; Junio 1986; México.