

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN**



**DIAGNÓSTICO SOCIOECONÓMICO
EN EL ÁREA DE FARMACIA.
EL CASO DEL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN**

**PRESENTA
OLGA CRISTAL JIMÉNEZ TOSCANO**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. EDUARDO AHUMADA TELLO**

Tijuana, Baja California, México

Marzo 2017

Dedicatoria

A mis padres,
que privilegio tenerles,
les amo.

A mi familia; su amor, apoyo
y comprensión son vitales para mí.

A Ti; gracias por darme la llave de cada puerta,
y dejarme ver que Tú siempre vas delante de mí.

Pero los que esperan ... renovarán sus fuerzas;
se remontarán con alas como las águilas;
correrán y no desfallecerán;
caminarán y no se cansarán.

Isaías 40:31

Agradecimiento

A CONACYT a través de los programas de becarios nacionales y programa de becas mixtas.

A UABC por su visión hacia la educación y la importancia de la investigación, intercambio estudiantil y apoyos ofrecidos a través de la FCA.

Agradezco al director de la FCA, Dr. Sergio Octavio Vázquez y al Mtro. Eduardo Ibarra. Al Área de Posgrado: Dra. Margarita Ramírez, gracias por siempre escucharme, guiarme y darme pastillas de tranquilidad; Dra. Nancy Montero Delgado, por el apoyo incondicional, dirección, comprensión en todo momento y enseñanza en el andar; Dr. Daniel Muñoz Zapata por inspirarme con vocación en cada palabra para seguir adelante, palabras llenas de sabiduría; Dr. Jorge Ramos gracias por sus palabras de sabiduría, dirección y su visión de la vida, pero sobretodo su amor y pasión hacia la docencia; Dr. Eduardo Ahumada Tello por su comprensión, apoyo, paciencia y guianza.

A la Dra. Laura Peñalva y Dra. Sylvia Pomar de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) su pasión y aprecio a la enseñanza fueron factores claves para desarrollar la metodología de Gestión Socioeconómica. Gracias por su apoyo en todo momento.

Al Dr. Henri Savall y Dra. Veronique Zardet del Instituto Socioeconómico de la Empresas y Organizaciones (ISEOR) por darme la oportunidad de aprender, enseñarme y dejarme palpar el amor hacia la enseñanza y el aprendizaje; su profesionalismo y ética hacia el mundo de los negocios enriquecieron mi estancia con ustedes. A todo el equipo de investigación de ISEOR.

A mis compañeros de generación, gracias por hacer de esta senda una intensidad de matices, colores y texturas. Laura, gracias por ser la mejor compañera.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS.....	3
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE GRÁFICAS	5
RESUMEN	6
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	7
1.1 Ficha Metodológica.....	7
1.2 Antecedentes.....	7
1.3 Planteamiento del Problema	10
1.3.1 Sujetos de estudio	13
1.3.2 Objeto de estudio	13
1.4 Objetivos de la Investigación	13
1.4.1 Objetivo General.....	14
1.4.2 Objetivos Específicos.....	14
1.5 Justificación	14
1.6 Diseño de la investigación.....	16
1.6.1 Plan de trabajo.....	16
CAPÍTULO II APROXIMACIONES TEÓRICAS.....	17
2.1 MARCO CONTEXTUAL.....	17
2.1.1 La salud.....	17
2.1.2 El derecho a la salud	18
2.1.3 Sistema de Salud	20
2.1.4 Sistema de Salud en México	23
2.1.5 Sistema de Salud en Baja California.....	26
2.1.6 Hospital General de Tijuana	31
2.1.7 Área de Farmacia	37
2.2. MARCO TEÓRICO	43
2.2.1 Las organizaciones.....	43
2.2.2 Las organizaciones como sistema abierto.....	44
2.2.3 El cambio	45
2.2.3.1 Cultura y cambio organizacional	46
2.2.4 Desarrollo Organizacional	47
2.2.5 Diagnóstico organizacional.....	52
2.2.6 Modelos de Diagnóstico	56
2.2.6.1 Modelo de las 7S (McKinsey)	56
2.2.6.2 Modelo Faria Mello	57
2.2.6.3 Modelo de Gestión Socioeconómica	58
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	63
3.1 Metodología modelo de gestión socioeconómica, diagnóstico	65

3.2 Adaptación de la metodología del modelo de gestión socioeconómica a las particularidades organizacionales.....	73
3.2.1 Negociación	74
3.2.2 Entrevistas semi-dirigidas.....	76
3.2.3 Codificación.....	77
3.2.4 Análisis	79
3.2.5 Entrevistas Cuantitativas.....	85
CAPÍTULO IV RESULTADOS	93
4.1 Efecto-Espejo.....	93
4.2 Costos ocultos	99
4.3 Opinión Experto.....	101
CAPÍTULO V CONCLUSIONES	111
BIBLIOGRAFÍA	115
REFERENCIAS DIGITALES.....	116
ANEXOS	118
GLOSARIO	127

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 Sistema de Salud de México.....</i>	<i>25</i>
<i>Figura 3 Organigrama del HGT con enfoque en Subdirección Administrativa</i>	<i>31</i>
<i>Figura 4 Hospital General de Tijuana imagen a escala</i>	<i>35</i>
<i>Figura 5 Ubicación del área de farmacia</i>	<i>38</i>
<i>Figura 6 Organigrama del área de farmacia</i>	<i>39</i>
<i>Figura 7 Relación del área de farmacia con otros departamentos</i>	<i>42</i>
<i>Figura 8 Métodos de recopilar información</i>	<i>55</i>
<i>Figura 9 Modelo 7S McKinsey</i>	<i>56</i>
<i>Figura 10 Modelo de Faria Mello</i>	<i>58</i>
<i>Figura 11 Diagnóstico Socioeconómico de las Organizaciones</i>	<i>60</i>
<i>Figura 12 Esquema metodológico, primera etapa</i>	<i>64</i>
<i>Figura 13 Disfuncionamientos y costos ocultos</i>	<i>66</i>
<i>Figura 14 Parte cualitativa y cuantitativa.....</i>	<i>66</i>
<i>Figura 15 Costo social-económico.....</i>	<i>68</i>
<i>Figura 16 Modelo general de cálculo de costos ocultos</i>	<i>70</i>
<i>Figura 17 Herramientas de gestión socioeconómica</i>	<i>71</i>
<i>Figura 18 Esquema metodológico, segunda etapa.....</i>	<i>73</i>
<i>Figura 19 Arquitectura del proyecto</i>	<i>75</i>
<i>Figura 20 Programa indicativo</i>	<i>76</i>
<i>Figura 21 Temas y subtemas</i>	<i>78</i>
<i>Figura 22 Clasificación de frases-testimonio.....</i>	<i>79</i>
<i>Figura 23 Matriz de convergencias y especificidades.....</i>	<i>82</i>

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Cronograma de actividades.....</i>	<i>16</i>
<i>Tabla 3 Empleados por función real</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 4 Servicios que oferta</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 5 Distribución de especialidades y servicios por piso</i>	<i>36</i>
<i>Tabla 6 Pacientes atendidos en HGT año 2014 hasta mes de Octubre.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabla 7 Definiciones de diagnóstico organizacional</i>	<i>53</i>
<i>Tabla 8 Definiciones de modelo de gestión socioeconómica</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 9 Ideas-clave área de farmacia HGT</i>	<i>81</i>
<i>Tabla 10 Frecuencia de ideas-clave</i>	<i>83</i>
<i>Tabla 11 Lista de disfuncionamientos (anomalías) para entrevistas costos ocultos.....</i>	<i>85</i>
<i>Tabla 12 Lista de disfuncionamientos (anomalías) expresados por el área de farmacia</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 13 Componentes del costo</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 14 Evaluación de costos ocultos, Falta de productividad directa</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 15 Ejemplo de cuadro de síntesis de los costos ocultos con indicador y causas económicas</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 16 Efecto-Espejo.....</i>	<i>94</i>
<i>Tabla 17 Cuadro de síntesis de los costos ocultos del área de farmacia.....</i>	<i>99</i>

ÍNDICE DE GRÁFICAS

<i>Gráfica 1 Cobertura de servicios de salud por institución.....</i>	<i>27</i>
<i>Gráfica 2 Frases testimonio expresadas por disfuncionamiento</i>	<i>80</i>
<i>Gráfica 3 Integración porcentual por causas económicas.....</i>	<i>100</i>
<i>Gráfica 4 Integración porcentual por indicador.....</i>	<i>101</i>

RESUMEN

La salud de la población es siempre una prioridad nacional, el gobierno tiene en ello una responsabilidad continua y permanente. Por ello, su cuidado es una obligación esencial de todos los estados modernos. El sistema de salud en Baja California ha logrado avances significativos en su cobertura a través del Seguro Popular, en el camino hacia la transformación es necesaria la búsqueda de modelos organizacionales que logren unir los éxitos alcanzados con el aterrizaje hacia la efectividad operativa. En este camino hacia la transformación, dentro de los muchos factores que hay que velar en el sector salud, existe la necesidad latente en la gestión administrativa que logre la rectoría de la provisión y gestión de los servicios. Bajo esta perspectiva el presente documento se desarrolla en el área de farmacia del Hospital General de Tijuana, entidad que forma parte del Instituto de Servicios de Salud Pública de Baja California (ISESALUD), ya que presenta por varios años desabasto de medicamento. Buscando abordar el problema por medio de la metodología del modelo de gestión socioeconómica y su aplicación a través de una de sus fases; el diagnóstico. Para generar valor en su potencial humano bajo el contexto del área de farmacia, entidad que abre la posibilidad de producir el despertar del urgente menester de educar al personal a través de herramientas de gestión; contribuyendo así al desarrollo hacia la modernización, ya que los resultados obtenidos muestran que la falta de éste generan costos ocultos por la cantidad de más de \$24 millones de pesos al año; y a su vez empoderar una de las funciones de todo sistema de salud, la rectoría; al supervisar la totalidad del sistema, evitando la miopía, la estrechez de miras y el error de ignorar ante las fallas detectadas.

PALABRAS CLAVES

Sistema de salud, sector salud estatal, modelo de gestión socioeconómica.

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1 Ficha Metodológica

Nombre del proyecto:	Diagnóstico socioeconómico en el área de farmacia. El caso del Hospital General de Tijuana.
Línea de investigación:	Administración y desarrollo de las organizaciones.
Enfoque:	Mixto.
Alcance:	Diagnóstico.
Espacial:	Ciudad de Tijuana, Hospital General de Tijuana, Área de Farmacia, período septiembre 2015-diciembre 2016.
Limitaciones del estudio:	Tiempo, distancia y recursos.
Sujetos de estudio:	Empleados del área de farmacia.

1.2 Antecedentes

Sin salud, ninguna persona puede aspirar a vivir plenamente, la salud es una dimensión fundamental para explicar el bienestar de los seres humanos y de las sociedades. Por ello, su cuidado es una obligación esencial de todos los estados modernos. El derecho a la protección de la salud está consagrado como un derecho humano de toda persona en el artículo 4o. constitucional. Con la modificación de éste artículo la salud dejó de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo para convertirse en un derecho al que se accede por la mera condición de persona. Al ser una garantía social, la prioridad del Estado será generar mecanismos para que el acceso a la salud para toda la población del país sea una realidad.

El sistema de salud mexicano ha evolucionado, desde su creación. Esta evolución, en cualquier sistema u organización, es el elemento que le permite subsistir, trascender y responder al objetivo por el que fue creado, en este caso proteger la salud de los mexicanos. A pesar de los éxitos alcanzados, Chertorivski y Fajardo (2012) mencionan que:

“hace poco más de una década los retos que enfrentaba el Sistema Nacional de Salud, todavía eran de notable consideración. En el año 2000, 50% de la población en México no tenía ningún tipo de seguro médico, el gasto en salud era bajo, favoreciendo a entidades cuya infraestructura e ingresos eran mayores, lo que provocaba inequidades en el acceso a servicios de salud para todas aquellas personas que no fueran derechohabientes. Era de importancia trascendental extender los esquemas de aseguramiento médico público en México, por lo que fue necesario incorporar al Sistema Nacional de Salud un mecanismo operativo de protección social, en la figura del Seguro Popular, para facilitar el acceso a los servicios de salud. Cuando entra en vigor en el año 2004 el Seguro Popular, otorga aseguramiento médico para toda la población sin acceso a la seguridad social a través de un esquema que es financiado por fondos públicos de origen fiscal. La Ley General de Salud (LGS) prevé que por cada persona asegurada se destine la misma cantidad de recursos en todas las entidades del país en una proporción tanto por parte de la federación como de los gobiernos estatales. El efecto de la reforma no solo incluyó la ampliación de la cobertura sino la obligación de incremento de calidad en la prestación del servicio”. A doce años de poner en marcha el seguro popular más de 57 millones de mexicanos cuentan con un esquema de aseguramiento médico público y subsecuente se ha incrementado la inversión en salud.

El sistema de salud en México ha avanzado en cobertura, sin embargo, en la actualidad el reto se encuentra en lograr la eficiencia de los servicios estatales de salud, en la proveeduría y calidad de los servicios y el impacto real que han alcanzado en sus comunidades. Chertorivski y Fajardo (2012):

“Aseguran que la administración estatal no ha tenido tiempo para dilucidar sobre los ajustes necesarios que debieron impulsarse para consolidar los sistemas locales de salud y la forma en que estos debían vincularse con el Seguro Popular. Consideran necesario transformar la arquitectura del sistema de salud para garantizar el uso ordenado de los recursos disponibles, que permita la homologación de prestaciones y el incremento armónico de la calidad. Se

reconoce que el Seguro Popular trajo una importante derrama económica al sistema de salud, pero la evidencia ha demostrado que los sistemas estatales no han podido consolidarse. Los estados alcanzaron la descentralización de servicios de salud en los años 1996 y 1997, y solo siete años después recibieron los avatares del Seguro Popular, que implicaba un reto mayor de cambio estructural. A priori, podríamos pensar que la administración estatal no ha tenido tiempo para dilucidar sobre los ajustes necesarios que debieron impulsarse para consolidar los sistemas locales de salud y la forma como estos debían vincularse con el Seguro Popular. Quizás la Secretaría de Salud debió haber estado un poco más presente con modelos de organización, de gestión y facilitando la consolidación financiera de los servicios estatales de salud, en uso de su función rectora”.

El tiempo sigue avanzando y la planeación hacia como dirigir el país también, PWC (2014) señala que “En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, bajo el *Programa Sectorial de Salud 2013–2018* define los objetivos, estrategias y líneas de acción en este ámbito estableciendo seis objetivos conforme a lo siguiente: 1) Incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. 2) Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. 3) Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. 4) Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. 5) Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. 6) Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud”.

Los retos siguen creciendo, el sistema de salud nacional sigue cambiando y transformándose camino que ha tomado hace ya quince años, con una serie de modificaciones a la reforma y propuestas, paso a paso se ha ido avanzando en ello. ¿Cómo las entidades estatales y municipales han recibido y respondido a tales cambios?

El presente trabajo de investigación se desarrolla en la institución de salud pública denominada Hospital General de Tijuana (HGT) que forma parte de la Jurisdicción de

Servicios de Salud número dos del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California (ISESALUD).

La mayoría de las organizaciones se ven en la necesidad de generar las condiciones que les permitan adaptarse rápidamente a los cambios del entorno; los enfoques o modelos que buscan promover el cambio organizacional mejorando la calidad y efectividad de sus operaciones, consideran que todos los actores involucrados son fundamentales en la generación de ideas y en la creación de potencial, por lo que no es posible imaginar el cambio si no se hace participe al conjunto de personas que integran la organización. Se reconoce que hay diversidad en los modelos organizacionales que responden a los distintos referentes culturales que hay en la organización. Por ello es de vital importancia el análisis adecuado de la situación particular, para de ahí partir hacia la mejora.

Este trabajo de investigación hace una aproximación por medio de la intervención del enfoque socioeconómico, método que identifica dos elementos que siempre están presentes en todo tipo de organización y de los cuales depende el correcto funcionamiento de éstas, los disfuncionamientos y los costos ocultos. Que permiten calificar su debilidad estratégica, la reducción de los costos ocultos, mostrando entonces que la empresa ha incrementado su fuerza estratégica gracias a su energía interna, factor clave de la transformación que lleva a cabo la empresa; en calidad de estrategia, en su entorno y en su capacidad para crear valor añadido (Savall y Zardet, 2009).

1.3 Planteamiento del Problema

El escenario anterior muestra en gran medida la situación del Hospital General de Tijuana (HGT) entidad que forma parte del Instituto de Servicios de Salud Pública de Baja California (ISESALUD). A finales del año 2014 el Director del Hospital General de Tijuana tuvo un acercamiento con la Universidad Autónoma de Baja California para solicitar apoyo de la Facultad de Contaduría y Administración a través del Centro de Consultoría Empresarial, con el objetivo de exponer la situación actual del hospital al realizar un diagnóstico administrativo que les permitiera mejorar el servicio a sus clientes

(pacientes). El proyecto se formalizó a través del registro ante el Estado para autorizar la entrada a terceros, dando por título a la intervención como “Proyecto de Mejora del Servicio del Hospital General de Tijuana” del cual se identificó el nivel de satisfacción de los usuarios del HGT donde se concentró en analizar diez áreas de servicio de las veintinueve que brinda, los cuales fueron seleccionados a partir de información proporcionada por el Director del hospital. De dicho proyecto se analizaron por separado las áreas con mayor problemática, siendo el área de farmacia una de ellas, al presentar quejas por no surtir la receta en su totalidad y escasearse los medicamentos, puntualizando que deben regresar a las instalaciones más de una vez por mes para que puedan surtir por completo la receta. Con los resultados obtenidos se decide y determina estudiar de manera detallada y por separado al área de farmacia.

La percepción del Director del HGT en cuanto a la necesidad de realizar una estrategia de cambio, partiendo de un diagnóstico, para apoyar en la optimización de los recursos para la operatividad administrativa y a su vez mejorar la calidad del servicio a los usuarios. Abriendo la problemática, el Director del nosocomio, narra: *“Para que está botella de agua llegue a mis manos, se tuvieron que realizar quince pasos administrativos”*. Esto nos muestra en un breve ejemplo la problemática diaria en la gestión administrativa, pues éstas van de la mano de las acciones médicas. Un efecto domino que aletarga las demás áreas.

El área de farmacia en el servicio de los usuarios es fundamental para la operatividad del hospital y la mejora de la calidad en el servicio a los pacientes. Al visitar las instalaciones del área de farmacia, así como conocer al personal que labora y al analizar sus procesos, se detecta que la problemática de la escasez de medicamento no es solamente del área de farmacia, sino que ésta va de la mano con el área de recursos materiales y de las unidades médicas incluyendo las unidades de enfermería. El aprovisionamiento y surtimiento de medicamentos, material e insumos para la salud es una parte muy importante para la atención integral en salud que debe recibir un paciente. La administración y disponibilidad de medicamentos es un problema constante que se presenta año tras año, una problemática constante en el nosocomio. No se debe subestimar la posición que

representa el área de farmacia, es el último contacto del proceso de llegada para atención del paciente, surtiendo medicamento según tratamiento.

En el aspecto macroeconómico, el área de farmacia proporciona datos por el surtimiento completo de recetas médicas ya que es uno de los indicadores para evaluar el Programa Sectorial de Salud. Nos preguntemos quizá que no hay recursos, mas PWC (2014) indica que:

“se realizó la primera compra consolidada de medicamentos de manera conjunta el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las Secretaría de Salud, de la Defensa y Marina, Petróleos Mexicanos y los gobiernos de los estados de Baja California, Campeche, Colima, Tlaxcala y Veracruz, logrando la adquisición de 1,800 claves de medicamento y material de curación, por un monto de 43,000 millones de pesos, significando un ahorro de 3,700 millones de pesos, respecto al año anterior, siendo la compra más grande que ha realizado el sector público con lo cual se busca tener el abasto oportuno de medicamentos y cubrir 100% de las recetas de 80 millones de mexicanos”.

Con una planeación estructurada por parte de la Secretaría de Salud, con información relevante que genera el área de farmacia en aspecto de evaluación y con estrategias de compra de medicamento por parte del estado de Baja California ¿Por qué aun al presente año el Hospital General de Tijuana sigue presentando desabasto de medicamento?

Preguntas de investigación

El esfuerzo en el presente estudio es contribuir en este complejo ámbito del sector salud, en el área de farmacia del Hospital General de Tijuana, analizando desde la perspectiva de un diagnóstico socioeconómico.

Es de interés en la investigación cuestionar acerca de ¿Cómo opera el área de farmacia del Hospital General de Tijuana? ¿Qué disfuncionamientos se presentan en el área de

farmacia del Hospital General de Tijuana? y ¿Cuáles y a cuánto ascienden sus costos ocultos?

Hipótesis de la investigación

Teniendo como hipótesis: La operatividad del área de farmacia del Hospital General de Tijuana se ha visto afectada por las fallas en los canales de comunicación y decisiones no planeadas entre dirección general-administrativa del nosocomio, jurisdicción dos, oficina central y dirección general del sector salud en Baja California.

1.3.1 Sujetos de estudio

La presente investigación se desarrolla en el área de farmacia, la cual se compone de siete miembros, de los cuales, cinco son químicos fármaco biólogos, un auxiliar y una secretaria.

1.3.2 Objeto de estudio

Se pretende intervenir a través del enfoque de gestión socioeconómica, que busca incidir un cambio favorable dentro del área para mejorar su desempeño. El proyecto, dirigido por mando medio con la asistencia del experto, permite determinar acciones coherentes al detectar los seis tipos de disfuncionamientos: 1) condiciones de trabajo, 2) organización del trabajo, 3) comunicación-coordinación-concertación, 4) gestión del tiempo, 5) formación integrada y 6) implementación estratégica (Savall y Zardet 2008). Impactando positiva y activamente a los miembros del área de farmacia, y cuyas mejoras contribuyan al desarrollo de una estrategia administrativa-operativa del nosocomio.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Diagnosticar el área de farmacia del Hospital General de Tijuana a través de la intervención del modelo de gestión socioeconómica.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar los disfuncionamientos que presente el área de farmacia del Hospital General de Tijuana.
2. Cuantificar los costos ocultos generados por los disfuncionamientos identificados en el área de farmacia.
3. Generar propuestas de acción para ser consideradas por los directivos del HGT.

1.5 Justificación

Si bien es cierto hablar de salud es un tema muy complejo, hablarlo requiere de cientos de variables que vienen en juego, una constante en cada una de las investigaciones, es la necesidad de modelos organizacionales que soporten los cambios que se han ido alcanzando, para así lograr la consolidación de los mismos. Este es el escenario del Hospital General de Tijuana, organización que requiere de una estructura equiparable a los retos que enfrenta.

Chertorivski y Fajardo (2012) de la Secretaria de Salud en México hace mención del impacto de la estrategia implementada en el país para asegurar la cobertura medida a todo ciudadano mexicano:

“Es importante la consolidación de la descentralización en los estados, que permita diseñar un modelo de gestión uniforme sustentado en redes integradas en donde los sindicatos y los trabajadores de la salud se vean como parte importante de la efectividad del servicio, en otras palabras no se puede pensar en la efectividad del servicio de salud sin considerar el estimular la productividad, la eficiencia, calidad y la calidez en el trato que los usuarios esperan. El reto, se encuentra en formar un equilibrio entre la expectativa de los usuarios, la del personal y el estado, es indispensable fortalecer la

capacidad de respuesta del sistema de salud: la seguridad del paciente, la atención primaria de la salud, la disponibilidad de medicamentos, el acceso a la atención durante las tardes, noches y fines de semana, y seguir reduciendo los tiempos de espera tanto para la atención ambulatoria y de emergencia como para las intervenciones electivas. Estos retos no son pocos y el único camino para alcanzar la consolidación es trabajando de manera unificada”.

Se requiere además un esfuerzo y gran labor dentro del mismo sector, a través de la capacitación del propio personal de salud en cuanto a la importancia de la promoción de la salud, del reclutamiento de personal especializado en salud pública, y que todas las instituciones que conforman al sector salud logren una coordinación multisectorial para lograr un viraje eficaz, oportuno, pero sobre todo coordinado (Kuri, 2012).

Moguel, A., et al. (2013) mencionan que, las condiciones del sector dificultan la operación homogénea de los servicios de salud entre todas las instituciones, disminuyendo la capacidad de desarrollar programas de gestión de calidad que aseguren la disponibilidad de equipos de alta tecnología, las condiciones físicas de las instalaciones de salud, el abasto de medicamentos, el mantenimiento del equipamiento médico y, en general, la calidad de la práctica médica y con ello, la satisfacción del usuario.

Finalmente, Pier (2012), para que el componente público del sistema de salud esté en posibilidades de hacer frente a los retos actuales: ¿qué cambios a nivel organizacional deben hacerse para mejorar la forma en que se prestan los servicios médicos? En este rubro es necesario analizar los modelos organizacionales que permitan optimizar la capacidad instalada y que promuevan una mayor eficiencia en la prestación de los servicios.

Se considera que el proceso de intervención socioeconómica será clave para identificar y describir los disfuncionamientos descritos anteriormente y permitirá sugerir algunas acciones a los directivos del Hospital General de Tijuana para que incrementen su

efectividad operativa y de manera positiva impacte en una mejora de calidad del servicio hacia los pacientes.

1.6 Diseño de la investigación

La presente investigación, se realiza de tipo diagnóstico.

Horizonte temporal y espacial.

Esta investigación se realiza en la ciudad de Tijuana en Hospital General de Tijuana, con dirección en Av. Centenario 10851, Zona Rio, 22680 Tijuana, B.C., durante el periodo de septiembre 2015- diciembre 2016.

Universo y muestra.

El universo de la presente investigación serán los empleados del área de farmacia durante el periodo que dure la investigación, septiembre 2015-diciembre 2016. Método de recolección de datos basado en el modelo de gestión socioeconómica; con estilo de entrevistas a profundidad.

1.6.1 Plan de trabajo

Tabla 1 Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																		
CONCEPTO	2015					2016												
	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Objetivo(s)	X																	
Justificación de la investigación	X																	
Limitaciones del estudio	X																	
Viabilidad de la investigación	X																	
Marco teórico		X	X	X	X													
Metodología						X	X	X	X									
Resultados										X	X							
Discusión												X	X					
Conclusiones														X	X			
Informe final																X	X	

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO II APROXIMACIONES TEÓRICAS

2.1 MARCO CONTEXTUAL

2.1.1 La salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales (OMS, 2015).

Con referencia a la Constitución de la OMS nos indica que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas (OMS, 2015).

La salud se percibe cada vez más como un aspecto fundamental de la seguridad humana y ocupa un puesto destacado en los debates acerca de las prioridades de desarrollo. En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales (OMS, 2015).

2.1.2 El derecho a la salud

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr se consagró como derecho humano fundamental de toda persona en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud hace más de cincuenta años. La OMS hace todo lo posible por que ese derecho sea una realidad para todos y concede especial atención a los más pobres y los más vulnerables (OMS, 2015).

El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano (OMS, 2013).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación General sobre el derecho a la salud (OMS, 2013).

De acuerdo a la OMS (2013) la Observación General, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- no discriminación;
- accesibilidad física;
- accesibilidad económica (asequibilidad);
- acceso a la información.

Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad (OMS, 2013).

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados tres tipos de obligaciones:

- **Respetar.** Significa simplemente no perjudicar en el disfrute del derecho a la salud.
- **Proteger.** Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud por ejemplo regulando la actividad de los actores no estatales.
- **Cumplir.** Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud, por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas (OMS, 2013).

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende obligaciones básicas referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea que corresponde a los países, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales:

- servicios esenciales de atención primaria de la salud;
- alimentación esencial mínima que sea nutritiva;
- saneamiento;
- agua potable;
- medicamentos esenciales (OMS, 2013).

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse

periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados (OMS, 2013).

Los Estados deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el *principio de realización progresiva*. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales (OMS, 2013).

2.1.3 Sistema de Salud

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (OMS, 2005).

La mejora de la salud es sin duda el principal objetivo del sistema de salud, pero no el único. En realidad, el objetivo de una mejor salud tiene dos vertientes: por un lado, se debe alcanzar el mejor nivel posible (es decir, el sistema debe ser bueno); por otro lado, se debe procurar que haya las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (o sea, el sistema debe ser equitativo). En este sentido, un sistema de salud es bueno si responde bien a los que la gente espera de él; y es equitativo si responde igualmente bien a todos sin discriminación (OMS, 2000).

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. Una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo

mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible (OMS, 2005).

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo (OMS, 2005).

La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país incumbe al gobierno. La gestión prudente y responsable del bienestar de la población, en otras palabras, la rectoría, es la esencia de un buen gobierno. La salud de la población es siempre una prioridad nacional, el gobierno tiene en ello una responsabilidad continua y permanente. La rectoría consiste en última instancia en supervisar la totalidad del sistema, evitando la miopía, la estrechez de miras y el error de ignorar la vista ante las fallas detectadas (OMS, 2000).

Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos (OMS, 2005).

La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión (OMS, 2015).

Un buen sistema de salud ofrece servicios de calidad a todas las personas, cuando y donde lo necesiten. La configuración exacta de los servicios varía de un país a otro, pero en todos los casos requiere de un mecanismo de financiación robusto; una fuerza de trabajo bien entrenado y remuneración adecuada; información confiable sobre la cual basar las decisiones y políticas; instalaciones y logística para entregar medicamentos y tecnologías de calidad en buen funcionamiento (OMS, 2015).

Todos los sistemas de salud necesitan crear un entorno que favorezca un aprendizaje de equipo eficaz para mejorar la calidad. Aunque la calidad de la asistencia depende en parte de las características individuales de los trabajadores sanitarios, los niveles de desempeño están determinados en mucha mayor medida por la organización del sistema de atención sanitaria en el que trabajan. Muchas organizaciones de atención sanitaria están sustituyendo la práctica de responsabilizar de cualquier deficiencia a trabajadores sanitarios concretos por una cultura de aprendizaje en equipo y mejora compartida de la calidad (OMS, 2003).

Reconocer que la calidad de la atención sanitaria está determinada ante todo por el sistema constituye el primer paso para introducir mejoras en los procesos y los resultados de la asistencia. Para mejorar la calidad a nivel del sistema es necesario disponer de una definición clara de atención óptima y de un marco para cambiar el sistema. Entre los componentes esenciales de una atención óptima cabe citar los instrumentos de apoyo a las decisiones para los trabajadores sanitarios, con directrices de tratamiento formuladas por escrito y algoritmos diagnósticos y terapéuticos, y los suministros, equipo médico, medios de laboratorio y medicamentos necesarios. Se requieren también sistemas de información médica (computarizados o impresos), directrices para las visitas planificadas y el seguimiento activo, y apoyo sistemático a los pacientes para el automanejo de sus afecciones y la derivación hacia los recursos comunitarios. La evidencia disponible lleva a pensar que los sistemas de salud que cuentan con una atención primaria robusta e integrada se asocian a mejores resultados, probablemente porque posibilitan una atención más amplia, longitudinal y coordinada (OMS, 2003).

Hay numerosas alternativas para reforzar los sistemas de salud y establecer prioridades de desarrollo de esos sistemas. El futuro depara retos aún mayores para los sistemas de salud. En los próximos años, los cambios ambientales afectarán a la salud de la población por mecanismos aún no bien comprendidos. Los sistemas de salud están lidiando ya con los efectos de la globalización económica, incluidas las migraciones y el impacto de las pautas y prácticas comerciales en la salud de la población. Mientras en los foros internacionales proseguirán los debates sobre cuestiones como los derechos de propiedad intelectual y el comercio de servicios, los sistemas de salud deberán hacer frente a nuevas presiones. En ese contexto, la firme adhesión a los valores de la atención primaria, equidad, acceso universal a la asistencia, participación comunitaria y acción intersectorial, serán más importantes que nunca (OMS, 2003).

2.1.4 Sistema de Salud en México

Los sistemas nacionales de salud constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan contender con los grandes retos que van enfrentando para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de salud de los ciudadanos. Son, así, poderosos instrumentos que contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever lo que se espera en esta materia en el futuro (Chertorivski y Fajardo, 2012).

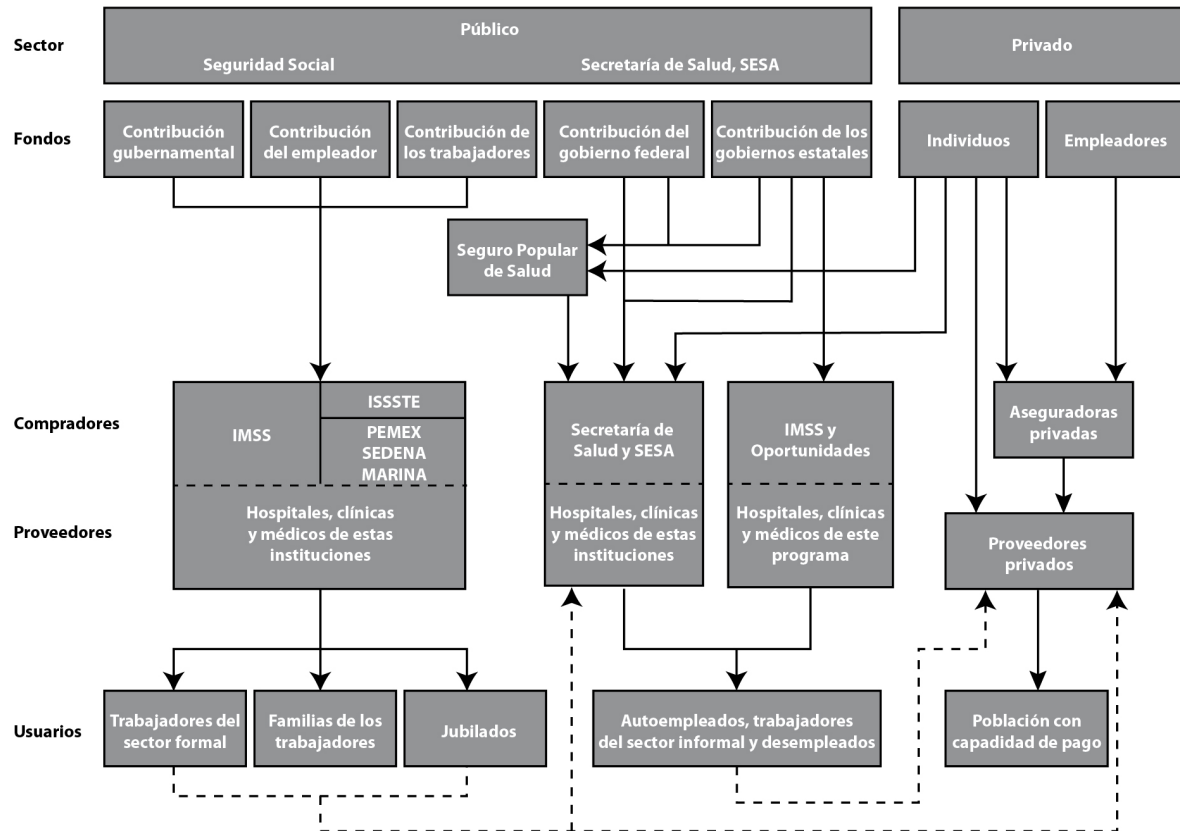
De acuerdo con el artículo 4º de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho (Gómez, O., *et al.*, 2011).

El artículo 4º constitucional fue modificado con la intención de incorporar, como garantía social, el derecho a la protección de la salud. Mediante esta reformulación, la salud dejó de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo para convertirse en un derecho al que se accede por la mera condición de persona. Esta reforma es de vital importancia en la historia de la salud en México debido a que se da un cambio de comprensión de esta a partir del replanteamiento de que no estará ligada a la esfera del

derecho laboral y sí a la calidad de persona, según lo garantiza la Constitución (Chertorivski y Fajardo, 2012).

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)]. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud: 1) los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; 2) los auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y 3) la población con capacidad de pago (Gómez, O., *et al.*, 2011). Como se muestra en la Figura 1.

Figura 1 Sistema de Salud de México



Fuente: Gómez, O., et al., (2011). Sistema de Salud de México. Revista Salud Pública de México, 220, 220-232

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), contribuciones del obrero o empleado y contribuciones del gobierno. La SSA y los SESA se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención. El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. El SPS se financia con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos. Los hogares de menores recursos están exentos de estos pagos. Con estos recursos, el SPS le compra servicios para sus afiliados a los SESA. Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez, O., et al., 2011).

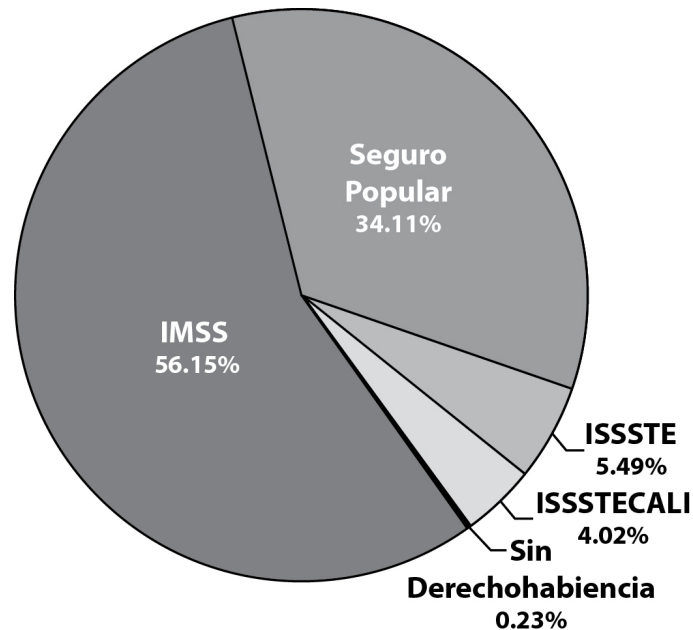
En México podemos ver la dualidad de su organización sanitaria como una doble fortaleza o como un obstáculo para su desarrollo, por un lado la seguridad social y por el otro la cobertura de la protección social en salud, lo que ha mantenido la segmentación del sistema de salud desde sus mismos orígenes (Chertorivski y Fajardo, 2012).

2.1.5 Sistema de Salud en Baja California

En el estado de Baja California, el sector salud está regulado por el Instituto de Servicios de Salud Pública de Baja California (ISESALUD), que es un organismo descentralizado del Gobierno del Estado que se dedica a la administración y protección de la salud de los ciudadanos a través del monitoreo y contención de riesgos sanitarios, la prevención de enfermedades y la atención médica correspondiente a través de una red de servicios de salud extendida en el territorio estatal (ISESALUD, 2015).

De acuerdo con los datos de INEGI la población del Estado de Baja California para el año 2015 corresponde a tres millones 484 mil 150, lográndose una cobertura de afiliación a instituciones de salud del 99.77% (tres millones 475 mil 983 personas). En cuanto a las instituciones de responsabilidad se distribuye de la siguiente manera. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con un millón 956 mil 360 derechohabientes que corresponden al 56.15% del total de la población, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuenta con un padrón de 191 mil 256, que representa 5.49%; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California (ISSSTECALI) cuenta con 140 mil 42 derechohabientes, que representa 4.02% y el Seguro Popular cuenta con un millón 188 mil 325 afiliados con el 34.11%, que se atienden básicamente a través de los servicios del ISESALUD (ISESALUD, 2015). En la gráfica 1 podemos observar lo explicado anteriormente.

Gráfica 1 Cobertura de servicios de salud por institución



Fuente: Segundo Informe de Gobierno de Baja California
<http://www.bajacalifornia.gob.mx/2doInformeBC/pdfs/02sociedadSaludable.pdf>

En total se proporcionaron en ISESALUD un millón 639 mil 575 consultas en primer nivel de atención, un millón 235 mil 404 consultas de especialidad, 200 mil 706 consultas de urgencias, 163 mil 633 consultas dentales, se realizaron 37 mil 434 cirugías, se atendieron 21 mil 166 nacimientos y se registraron 49 mil 348 egresos hospitalarios (ISESALUD, 2015).

Su objetivo es mejorar la expectativa de vida de la población, mediante el acceso a un paquete de servicios de salud equitativo, profesional y de calidad, construyendo en Baja California comunidades saludables que permitan el desarrollo de las potencialidades del individuo. Teniendo como misión, ser la Institución Pública que promueve una vida saludable en la población de Baja California, a través de la prevención y atención de enfermedades, con calidad, oportunidad y eficiencia. Y cuya visión: En el 2019, somos la Institución de Salud Pública a nivel nacional en contribuir en la calidad de vida de la población, por sus procesos médicos y administrativos modernos e innovadores desempeñados con personal comprometido y altamente calificado. (ISESALUD, 2015)

En cuanto a sus funciones la Secretaría de Salud corresponde la atención y trámite de los siguientes asuntos:

I.- Establecer y conducir la política estatal en materia de salud, de conformidad con las políticas del Sistema Nacional de Salud, Disposiciones Legales aplicables y Ordenamientos que expida el Ejecutivo Estatal sobre la materia;

II.- Conducir y coordinar los programas de servicios de salud de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal y evaluar su operación;

III.- Proponer a los Ayuntamientos los Convenios de Coordinación en materia de servicios de salud;

IV.- Apoyar la coordinación de los programas y servicios de salud de toda Dependencia o Entidad Pública en los términos de la legislación aplicable y de los Acuerdos de Coordinación que en su caso se celebren. En el caso de los programas y servicios de las Instituciones Federales de Seguridad Social, el mencionado apoyo se realizará de conformidad a lo previsto en las Leyes que rigen el funcionamiento de dichas Instituciones;

V.- Celebrar los Convenios y Contratos que se requieran para la prestación de los servicios de salud;

VI.- Impulsar, en los términos de los Convenios que al efecto se suscriban, la desconcentración y descentralización de los servicios de salud en favor de los Municipios;

VII.- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que en su caso le solicite el Ejecutivo Estatal;

VIII.- Promover el establecimiento de un Sistema Estatal de Información Básica en materia de salud, y determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las Dependencias y Entidades que realicen servicios de salud en el Estado, con sujeción a las Disposiciones Legales aplicables;

IX.- Formular recomendaciones a las Dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de servicios de salud en el Estado;

X.- Impulsar y difundir en el ámbito estatal las actividades científicas y tecnológicas en el campo de los servicios de salud;

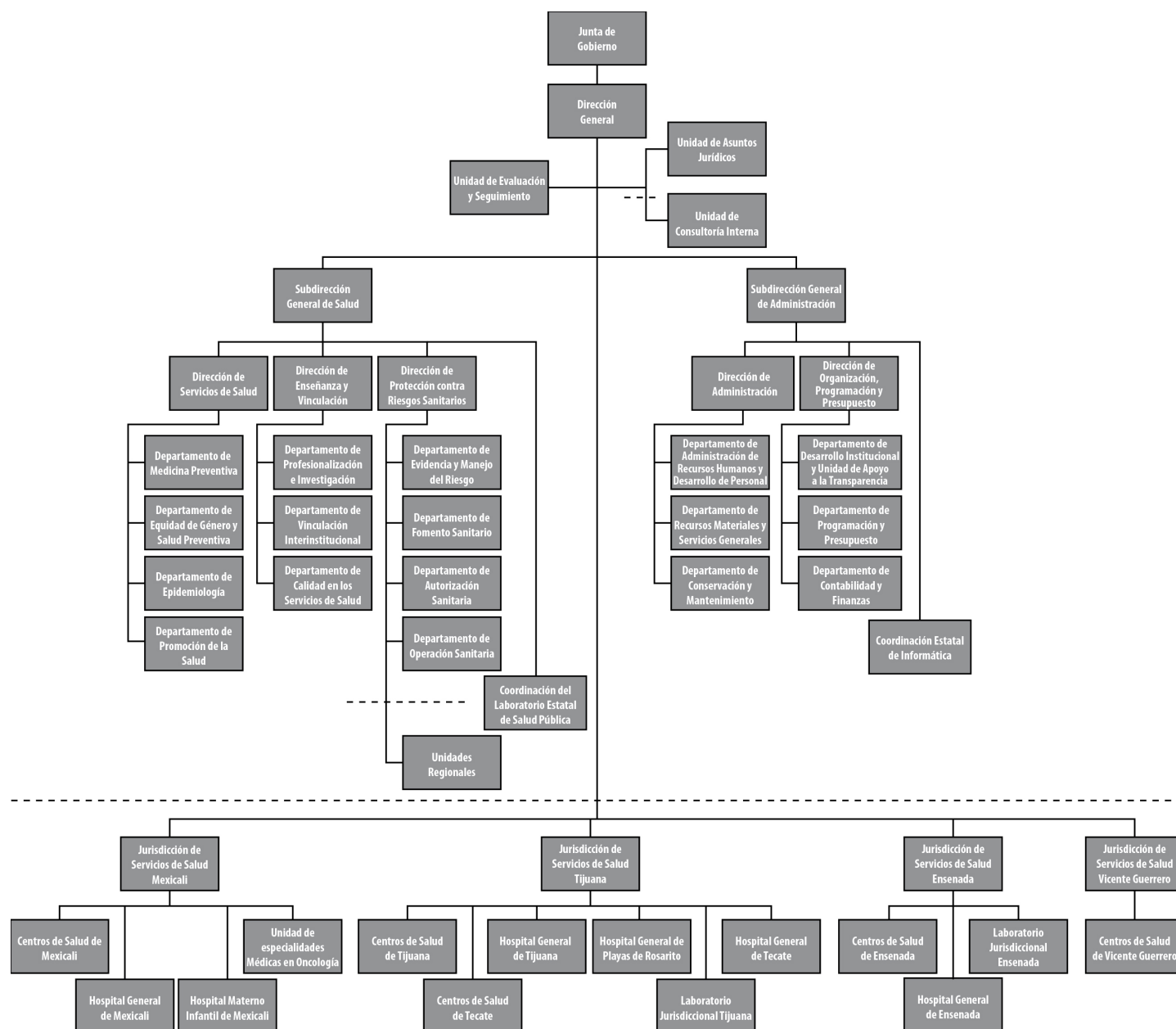
- XI.- Coadyuvar con las Dependencias Federales competentes en la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;
- XII.- Apoyar la coordinación entre las Instituciones de Salud y las Educativas del Estado, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
- XIII.- Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Estatal de Salud;
- XIV.- Promover, impulsar y capacitar a los habitantes del Estado en el cuidado de la salud;
- XV.- Impulsar la permanente actualización de las Disposiciones Legales en materia de salud, y
- XVI.- Los demás que determinen expresamente las Leyes y Reglamentos. (ISESALUD, 2015)

En cuanto a la cobertura territorial, se observa que ISESALUD (2015) divide el estado en cuatro Jurisdicciones de Servicios de Salud, las cuales son las responsables de administrar los servicios en un área delimitada, de la siguiente manera:

- Jurisdicción de Servicios de Salud Núm. 1: Con sede en Mexicali, brinda cobertura a la Ciudad de Mexicali, su valle, San Felipe.
- Jurisdicción de Servicios de Salud Núm. 2: Con sede en Tijuana, con cobertura en dicha ciudad, Tecate y Playas de Rosarito.
- Jurisdicción de Servicios de Salud Núm. 3: Con sede en Ensenada, con cobertura en el área urbana y zona norte del valle de Ensenada.
- Jurisdicción de Servicios de Salud Núm. 4: Con sede en Vicente Guerrero, y cobertura desde dicha área hacia la parte sur del estado, hasta la línea divisoria del paralelo 28.

Cada Jurisdicción es presidida por un Director Jurisdiccional, de quien depende la estructura necesaria tanto administrativa como médica, para el correcto desarrollo de los programas de salud correspondientes y la prestación de los servicios. Como se puede apreciar en la figura 2, la red de servicios, actualmente se divide en centros de salud, hospitales generales y unidades de especialidades médicas. (ISESALUD, 2015).

Figura 2 Organigrama General de ISESALUD



Fuente: http://om.bajacalifornia.gob.mx/uct/transparenciabc/04_organigrama/2ISESALUD/organigrama_ISESALUD.pdf

ISESALUD (2015) mantiene permanentemente relación con los siguientes organismos e instituciones para el desarrollo de sus funciones.

- La Secretaría de Salud.
- Comisión del Régimen de Protección Social en Salud.
- El Gobierno del Estado y sus dependencias.

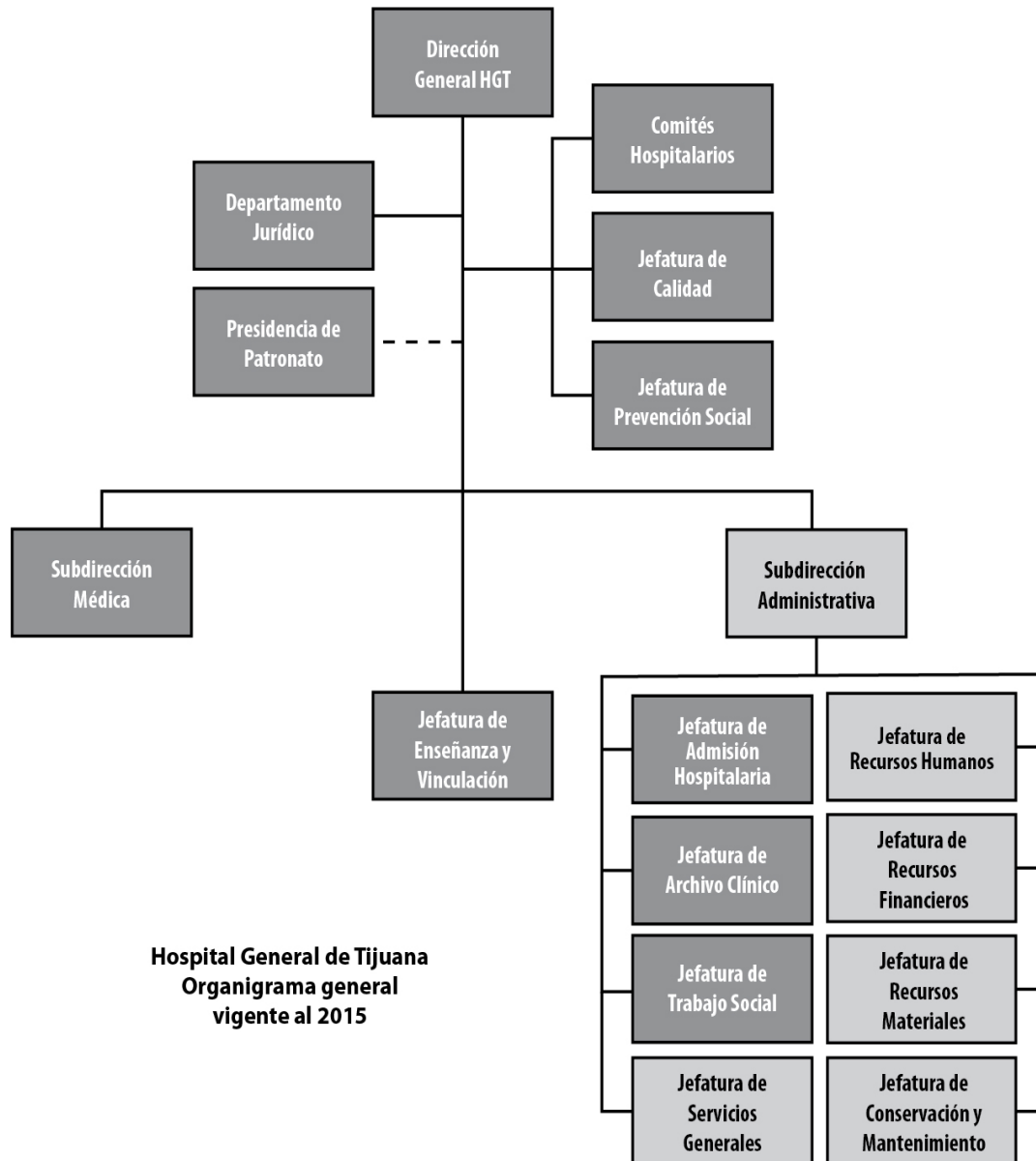
- La Organización Mundial y Panamericana de la Salud.
- Universidades y Colegios

Como dato en el transcurso de esta investigación 2015-2016, durante el período de gobierno estatal de ISESALUD que dio inicio en noviembre de 2013 y que culmina en octubre de 2019, a fecha diciembre de 2016, se ha sustituido tres veces el puesto de Secretario de Salud.

2.1.6 Hospital General de Tijuana

En 1915 se inician los esfuerzos por parte del gobierno del territorio norte para la construcción de hospitales, en el año 1927 se comienza a construir lo que hoy conocemos como Hospital General de Tijuana. El HGT es la única institución pública que otorga atención médica a todo aquel que no cuente con algún tipo de seguridad social en la Ciudad de Tijuana. Forma parte de ISESALUD, en el área de Jurisdicción de Servicios de Salud de Tijuana. La figura 3 muestra el organigrama con énfasis en la subdirección administrativa.

Figura 3 Organigrama del HGT con enfoque en Subdirección Administrativa



Fuente: Dirección General del Hospital General de Tijuana

En la presente administración estatal 2013-2019, se han cambiado tres veces de subdirector administrativo en el HGT mientras se llevaba a cabo esta investigación 2015-2016.

El Hospital General de Tijuana otorga los servicios de:

- Servicios de primer nivel: Vacunación, planificación familiar, medicina preventiva. Programas nacionales materno-infantiles, infecciosos, etc.
- Servicios de segundo nivel: Atención de consulta de especialidad y hospitalización. Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía General, Medicina Interna, Otorrinolaringología, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Urología, Proctología, Gastroenterología, Dental, Maxilofacial, Dermatología, Neumología, Cardiología, Patología, Rehabilitación Física, Geriátría, Citología, Nefrología, Cirugía Reconstructiva.
- Servicios de tercer nivel: Consulta y hospitalización de Neurocirugía, Cirugía Pediátrica UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), UCI Neonatal, Cardiología Pediátrica, Cardiocirugía, Oncología Pediátrica, Atención de partos de alto riesgo.

Plantilla de Personal

Con un total de 1,170 (empleados en nómina). Plazas entre las cuales se maneja el personal de base, confianza, contrato y regularizado.

Tabla 2 Empleados por tipo de plaza

Por tipo de plaza	Total
Base	715
Base provisional	16
Confianza	24
Regularizado	172
Contrato	243
Total Plantilla HGT	1170

Fuente: Departamento de Recursos Humanos del Hospital General de Tijuana, Octubre 2014.

De los cuales se clasifican por función real de acuerdo a la tabla 3.

Tabla 3 Empleados por función real

Función	Total
Médicos especialistas	189
Médicos generales	26
Enfermeras auxiliares	253
Enfermeras generales tituladas	240
Enfermeras especialistas	25
Otro personal no médico (jurídico, químico, comunicóloga, biomédico, psicóloga trabajadora social, nutricionista, informático)	64
Personal técnico	44
Personal Administrativo	149
Servicios generales y de mantenimiento	113
Otros (auxiliar de cocina y admisión, cocinero, economo, camillero)	67
Total Plantilla HGT	1170

Fuente: Departamento de Recursos Humanos del Hospital General de Tijuana, Octubre 2014.

Actualmente el HGT presta 29 diferentes tipos de servicios a la comunidad tijuanaense, según se muestra en la tabla 4.

Tabla 4 Servicios que oferta

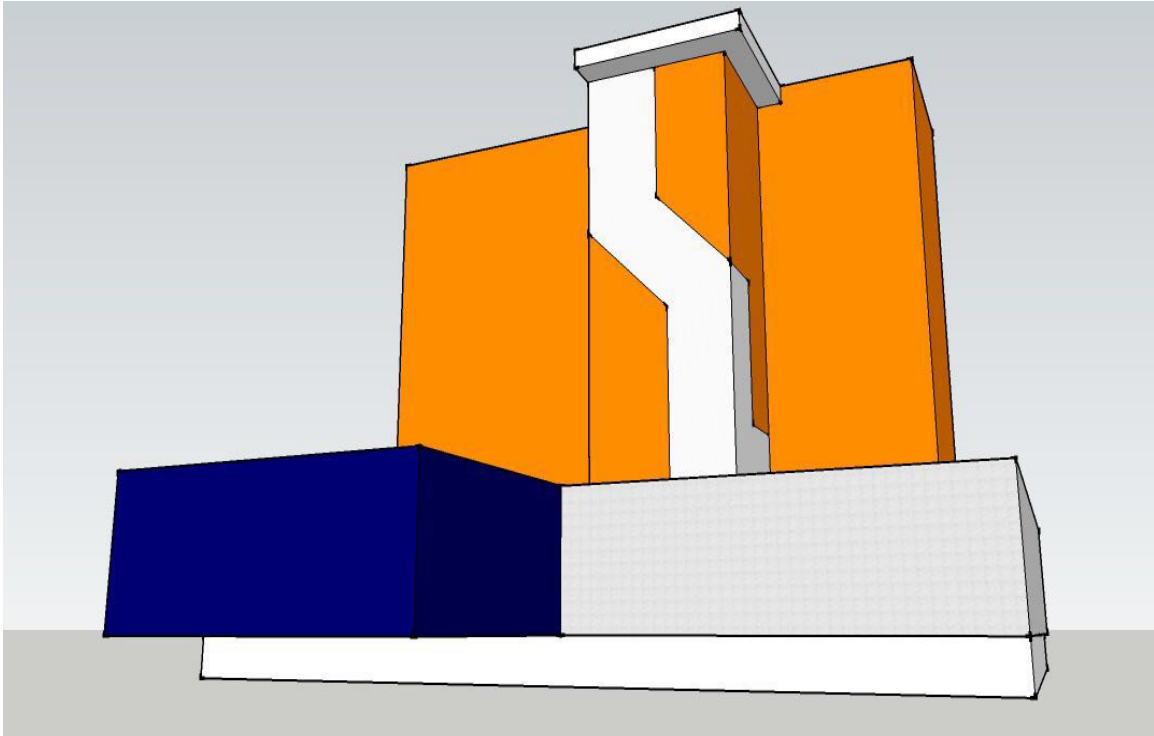
Tipos de servicios que oferta el HGT	
1.	Módulo de Información
2.	Buzón de quejas y sugerencias
3.	Laboratorio de Análisis Clínicos y Bacteriológicos
4.	Servicios de Rayos X (Radiología)
5.	Aplicación de Vacunas
6.	Planificación Familiar (Consulta)
7.	Constancia de Nacimiento
8.	Vigilancia Epidemiológica
9.	Hospitalización
10.	Consulta de Especialidad
11.	Apertura de Expediente de Primera Vez
12.	Atención Urgencias Adultos y Pediátricas
13.	Consulta de Urgencias
14.	Banco de Sangre (Donaciones)
15.	Clínica de Displasias
16.	Anatomía Patológica (Servicio Auxiliar de Diagnóstico)
17.	Ecocardiografía
18.	Clínica de Lactancia Materna
19.	Trabajo Social
20.	Autorizaciones Medicas del Seguro Popular
21.	Consulta de Atención Prenatal
22.	Farmacia
23.	Prueba de Tamiz Neonatal
24.	Psicología
25.	Laboratorio de mico bacterias
26.	Clínica de Tuberculosis
27.	Fundación "Es por los niños"
28.	Retiro de Puntos y Curaciones
29.	Centros de Salud en Tijuana

Fuente: Hospital General de Tijuana (2014) Manual de servicios al público.

Infraestructura

El Hospital General de Tijuana cuenta con una infraestructura de diez pisos distribuidos en ocho pisos una planta baja y el sótano, la figura 4 muestra una imagen a escala del HGT.

Figura 4 Hospital General de Tijuana imagen a escala



Fuente: Elaboración propia

Las especialidades y servicios están distribuidos según se observa en la tabla 5 por piso.

Tabla 5 Distribución de especialidades y servicios por piso

Sótano	Primer Piso
Clínica de Displasias	Ginecología y Obstetricia
Recursos Materiales / Almacén	Segundo Piso
Farmacia Hospitalaria	Cirugía General
Dietética / Cocina	Cirugía Plástica
Citología	Otorrinolaringología
Anatomía Patológica	Oftalmología
Servicios Generales	Proctología
Conservación y Mantenimiento	Urología
Banco de Sangre	Endoscopias
Psicología	Tercer Piso
Radiología	Medicina Interna
Recursos Humanos	Neumología
Planta Baja	Geriatría
Urgencias Adultos	Inhaloterapia
Urgencias Pediátricas	Cuarto Piso
Epidemiología	Traumatología y Ortopedia
Jefatura de Archivo Clínico Externa	Calidad
Anestesiología	Quinto Piso
Estadística	Ginecología y Obstetricia
Archivo Clínico	Unidad de Cuidados Intensivos para Neonatos
Admisión Hospitalaria	Neonatología
Recursos Financieros	Sexto Piso
Caja General	Pediatría y Oncología Pediátrica
Subdirección Administrativa	Escolares
Subdirección Médica	Lactantes
Laboratorio de Análisis Clínicos	Octavo Piso
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	Trasplantes
Jefatura de Consulta Externa	Enseñanza

Fuente: Hospital General de Tijuana (2014) Manual de servicios al público.

Pacientes atendidos a Octubre de 2014

En el año 2014 hasta el mes de octubre como nos muestra la tabla 6 se atendieron a 77,153 pacientes de los cuales 50,721 eran derechohabientes del Seguro Popular y 26,432 no contaban con Seguro Popular.

Tabla 6 Pacientes atendidos en HGT año 2014 hasta mes de Octubre

MES	URG. ADULT	S.P.	NO S.P.	URG PED	S.P.	NO S.P.	TOCO CX	S.P.	NO S.P.	TOTAL GRAL.	TOTAL S.P.	TOTAL N.S.P.
ENERO	3328	1831	1497	1375	996	379	1471	1248	223	6174	4075	2099
FEBRERO	4472	2172	2300	2210	1544	666	1371	1076	295	8053	4792	3261
MARZO	3291	1910	1381	1517	1176	341	957	640	317	5765	3726	2039
ABRIL	3743	2322	1421	1619	1219	400	943	628	315	6305	4169	2136
MAYO	3852	2303	1549	1726	1283	443	1247	704	543	6825	4290	2535
JUNIO	4063	2334	1729	1921	1485	436	1947	1542	405	7931	5361	2570
JULIO	4207	2517	1690	1674	1083	591	2438	1963	475	8319	5563	2756
AGOSTO	3914	2580	1334	1968	1434	534	3146	2531	615	9028	6545	2483
SEPTIEMBRE	4487	2683	1804	2371	1807	564	2763	2331	432	9621	6821	2800
OCTUBRE	4170	2251	1919	2069	833	1236	2893	2295	598	9132	5379	3753
TOTAL	39527	22903	16624	18450	12860	5590	19176	14958	4218	77153	50721	26432

S.P. (Seguro Popular)

N.S.P. (No cuentan con Seguro Popular)

Fuente: Departamento de Recursos Humanos del Hospital General de Tijuana, Octubre 2014.

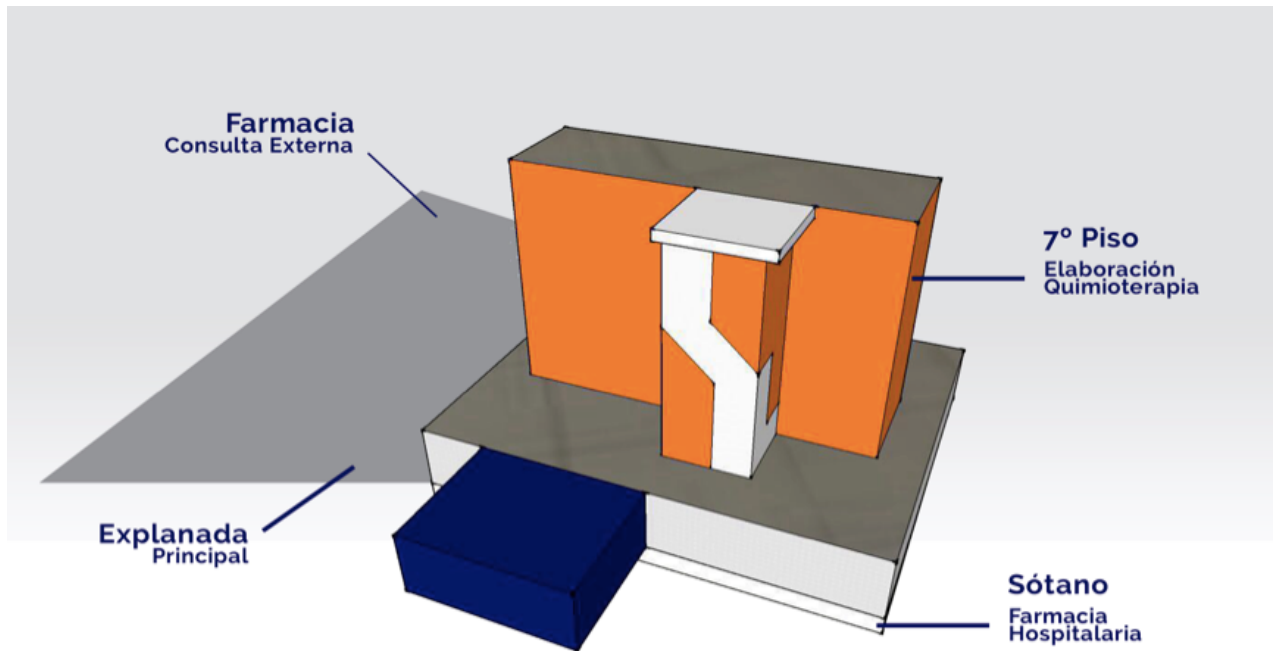
2.1.7 Área de Farmacia

Con el objetivo de garantizar el surtimiento de los fármacos al 100%, el Hospital General de Tijuana cuenta con el área de Farmacia Hospitalaria. El área de farmacia trabaja de manera conjunta con la Jefatura de Recursos Materiales y Almacén de Zona. Regida por una licitación anual, a través de las jefaturas de área médica y área administrativa para realizar el pedido de medicamentos a utilizar en un año, los médicos en mutualidad buscan el presupuesto de las diferentes claves de financiamiento que no se han utilizado durante el año. Se manejan cuatro rubros de presupuestos, 3 subdivisiones de Seguro Popular y Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) ramo 33.

Como lo muestra la Figura 5, el área de farmacia funciona por medio de tres áreas: 1) Farmacia del Hospital, 2) Farmacia de Consulta Externa y 3) Área de Preparación de Quimioterapia Infantil. Cada una de las áreas se encuentra en distinta ubicación, la farmacia del hospital se ubica en la parte del sótano del hospital, que suministra medicamentos a diecisiete servicios con pacientes hospitalizados. Farmacia de Consulta Externa se encuentra ubicada en la entrada principal del HGT a la altura de la explanada, que surte los medicamentos recetados a pacientes ambulatorios de los diferentes servicios de consulta y urgencias, así como medicamentos de cáncer de mama. El área de

preparación de Quimioterapia se encuentra en el séptimo piso dentro de las instalaciones del HGT cuya función es preparar medicamento oncológico y de alto riesgo en campana de flujo y preparación de jarabes para niños de oncología. Su horario se encuentra dividido en: 1) Turno matutino, 2) Turno fin de semana, cada uno de los turnos cuenta con funciones específicas.

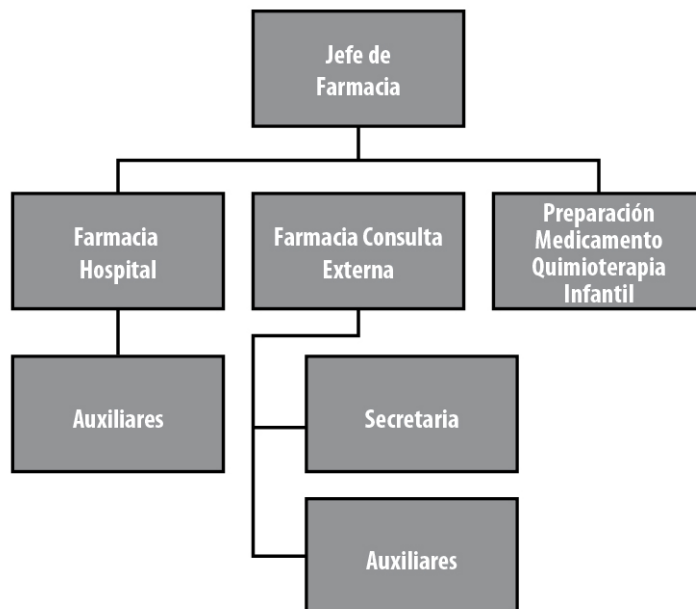
Figura 5 Ubicación del área de farmacia



Fuente: Elaboración propia

Su recurso humano está conformado por siete empleados como se puede apreciar en la figura 6, de los cuales cinco son químicos fármaco biólogos, un auxiliar y una secretaria.

Figura 6 Organigrama del área de farmacia



Fuente: Elaboración propia

Las funciones del área de Farmacia Hospitalaria son:

- Realizar el cuadro básico de medicamentos anual.
- Capturar el consumo diario de los medicamentos en hospitalización.
- Solicitud de compra de medicamentos mensual, de acuerdo al consumo de los mismos.
- Surtimiento de medicamentos en Hospitalización de acuerdo a colectivo semanal.
- Supervisar necesidades de medicamentos y soluciones en hospitalización, urgencias, quirófano y consulta externa.
- Surtimiento de recetas de Consulta Externa.
- Solicitud de compra directa o urgente de fármacos faltantes.
- Revisión de la entrega de medicamentos en almacén y auditoría de faltantes.
- Vigilancia de acuerdo a los lineamientos de regulación sanitaria de los medicamentos de control.
- Preparación de quimioterapia.
- Preparación de nutrición paraenteral.
- Vigilancia de seguridad de fármacos y registro de efectos adversos.

- Vigilancia de caducidad de medicamentos.

Las funciones de Hospitalización:

- Todos los departamentos del Hospital General, han realizado un colectivo de medicamentos necesarios para la atención de pacientes de acuerdo a su especialidad.
- El colectivo contiene las claves de salubridad, el nombre genérico y presentación, y la cantidad necesaria semanal, que debe mantenerse en stock en el servicio correspondiente.
- La enfermera debe revisar la cantidad de fármaco disponible en su servicio y en base a ello, solicitarlo a Farmacia.
- El personal de Farmacia en base al stock semanal y la necesidad establecida, surtirá diariamente los servicios.
- En caso de tener cambios o ajustes urgentes se deben notificar en forma inmediata a Farmacia y se tiene la obligación de surtirlo durante el turno.
- Es importante la entrega de guardia por Enfermería, ya que deben contemplar los faltantes y hasta 15 horas se puede resurtir y garantizar que el turno nocturno cuente con todos los medicamentos necesarios.
- Existe personal de Farmacia en turno matutino, vespertino y fin de semana (especial), por lo tanto debe establecer una comunicación constante con este departamento por Enfermería y Jefaturas Médicas.
- El área de Farmacia registra diariamente el consumo de medicamentos, para con ello establecer en que momento existen faltantes y se requieren hacer compras urgentes o directas para evitar que los servicios carezcan de los mismos y esto afecte la salud o vida de nuestros pacientes.
- Todo medicamento fuera de stock pre establecido, debe solicitarse por el Jefe de Servicio a Farmacia previa autorización de la subdirección médica.
- Los antibióticos de amplio espectro serán controlados y autorizados por el Departamento de Epidemiología, quien en base a criterios clínicos ya establecidos determina el esquema terapéutico requerido.

- Existen medicamentos de especialidad que solo se resguardan en algunos departamentos por alto costo.
- Bajo estas condiciones no se surten los medicamentos:
 1. Pacientes que acuden a surtir medicamentos a farmacia sin acudir a consulta.
 2. Recetas con letra no legible e incompletas (fecha, número de expediente, número de póliza de seguro popular, diagnóstico).
 3. Surtimiento de medicamento de especiales en atenas de urgencias por 7 días.
 4. Realización de recetas por becarios y enfermeras sin revisión de los médicos base.
- Sin excepción, toda receta debe tener los diagnósticos del paciente, además de nombre completo y firma del médico base.

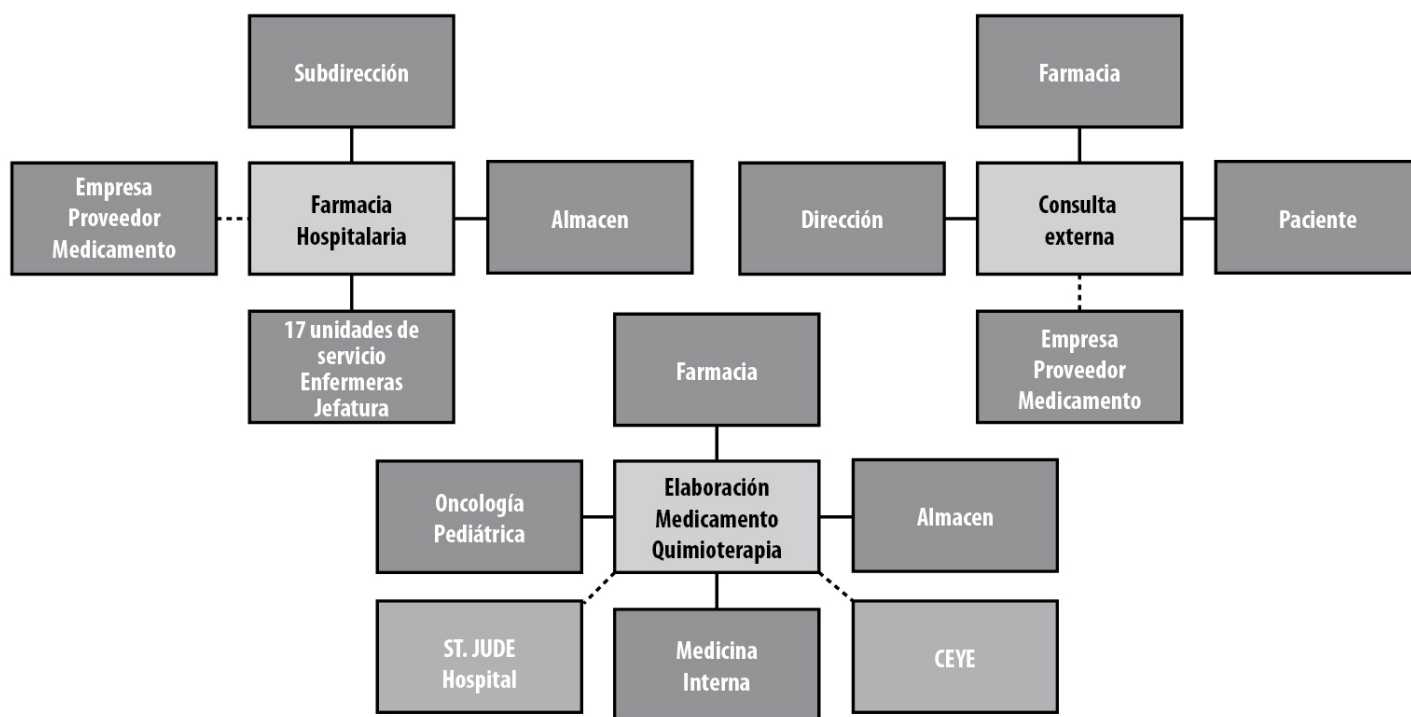
Funciones del área de Consulta Externa:

- Se entregará recetario de uso exclusivo por médico, autorizado para especialistas asignados a consulta externa.
- El recetario cuenta con un folio, el cual se registra en libreta en farmacia y se canjea cada vez que los requiera.
- El médico debe entregar el recetario utilizado y solicitarlo en farmacia.
- Se registra firma del medico en farmacia.
- El recetario se puede utilizar en pacientes de consulta externa o egresados de hospitalización.
- En caso de extravío del recetario, esto se debe notificar por escrito a farmacia, para poder solicitar otro e inactivar el folio y evitar el mal uso del mismo.
- Es obligación del médico adscrito llenar adecuadamente la receta, de acuerdo a los requisitos establecidos, ya que de no estar completa no se surtirá el medicamento en farmacia.
- Existen claves de medicamentos que se autorizarán para todos los especialistas.
- Cada medicamento recetado debe tener en el expediente el diagnostico que se justifique el uso del mismo y el tiempo requerido.

- Cada medicamento tiene establecido el tiempo máximo de surtimiento por paciente.
- El surtimiento de medicamento en farmacia tiene vigencia de 72 horas a partir de la fecha de expedición de la misma.
- El paciente debe contar con Seguro Popular, para lo que le solicitará número y comprobación de documentos, así como tarjetas de citas para verificar que el paciente fue atendido en la consulta externa.
- El personal de farmacia al surtir el medicamento lo sellará con leyenda surtido y la fecha.
- El personal de farmacia se debe quedar con la copia de la receta para llevar un registro de los medicamentos solicitados por los médicos y llevar así el inventario de consumo diario.
- El personal de farmacia al finalizar su jornada, registra todos los medicamentos surtidos y no surtidos.
- En el caso de no surtir el medicamento, se especificará en un sello el motivo:
 1. Medicamento faltante
 2. No cobertura de Seguro Popular
 3. Medicamento fuera de cuadro básico
 4. Medicamento no autorizado por especialidad.

Por lo tanto, se tiene comunicación directa con los siguientes departamentos según lo muestra la figura 7 donde las líneas continuas pertenecen a servicios del mismo nosocomio y las líneas punteadas a dependencias externas del HGT.

Figura 7 Relación del área de farmacia con otros departamentos



Fuente: Elaboración propia

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1 Las organizaciones

Vivimos en un mundo en el que las organizaciones tienen un papel fundamental. Nacemos, vivimos, somos educados y trabajamos en las organizaciones. Cada uno de nosotros está involucrado en un sinnúmero de diferentes organizaciones sin importar lo que hagamos, sea trabajar en ellas o depender de ellas de manera indirecta. Así la sociedad de organizaciones nos pertenece (Guízar, 2008).

Las organizaciones no son fenómenos distantes, impersonales; ellas están inexorablemente entrelazadas con nuestra vida cotidiana. Están en todas partes y a todos nos afectan. Todos somos miembros de una sociedad organizacional: personas que cooperan en grupos para alcanzar diversos objetivos (Kast y Rosenzweig, 1988).

Una organización es una unidad coordinada que consta de al menos dos personas que trabajan para lograr una meta o un conjunto de metas comunes. Se define también como la entidad que permite a la sociedad conseguir logros que no pueden alcanzar si los individuos actuaran de manera independiente (Gibson, Ivancevich, Donelly, Konopaske, 2013).

Se han elaborado muchas y diferentes definiciones de organización, pero todas tienen ciertos elementos esenciales o fundamentales. El comportamiento de las organizaciones se orienta hacia ciertas metas que los miembros del grupo conocen de alguna manera. Las organizaciones que utilizan conocimientos y técnicas para la consecución de sus tareas. La organización implica actividades estructurales e integradas; es decir individuos que trabajan juntos o cooperan en relaciones de interdependencia. La noción de interrelación supone un sistema social (Kast y Rosenzweig, 1988).

2.2.2 Las organizaciones como sistema abierto

Un sistema es un conjunto de elementos interrelacionados y que interactúan de manera ordenada. En nuestro alrededor encontramos sistemas de todo tipo. En nuestro organismo el corazón tiene la función de bombear la sangre en nuestro cuerpo, los pulmones distribuyen el oxígeno que inhalamos del exterior, etc. ¿Qué sucedería si alguno de los componentes del organismo no realizara su función en forma adecuada? Seguramente enfermaríamos o moriríamos en un caso extremo. En las organizaciones, cada área funcional o departamento, e incluso cada ocupante de un puesto, tiene una función precisa (Guízar, 2008).

Un sistema denota interdependencia, interconexiones y correlaciones de un conjunto de elementos que constituyen un todo identificable, o gestalt. La naturaleza, la dinámica y las características de los sistemas abiertos son muy conocidas. Las organizaciones son sistemas abiertos. Por consiguiente, el estudio de los sistemas abiertos conduce a una buena comprensión de las organizaciones (French y Bell, 1996).

Todos los sistemas abiertos son mecanismos de entrada-producción-salida. Los sistemas toman las entradas del ambiente en forma de energía, información, dinero, personas, materia prima, etc. Hacen algo con las entradas por la vía de procesos de producción, conversión o transformación que cambian las entradas; y exportan la producción al ambiente en forma de salidas. Cada uno de estos tres procesos del sistema debe funcionar bien si se quiere que el sistema sea efectivo y que sobreviva (French y Bell, 1996).

Las organizaciones es un subsistema inserto en su medio y orientado hacia ciertas metas (individuos con un propósito); incluyendo un subsistema técnico (individuos que utilizan conocimientos, técnicas, equipos e instalaciones), un subsistema estructural (individuos que trabajan juntos en actividades integradas), un subsistema psicosocial (individuos que se interrelacionan socialmente) y que son coordinados por un subsistema administrativo (que planea y controla el esfuerzo global) (Kast y Rosenzweig, 1988).

2.2.3 El cambio

Las organizaciones se han hecho más complejas en el transcurso del tiempo. Este proceso se inicia con la evolución de los organismos, de los cuales el mismo hombre es ejemplo de mayor complejidad. Una mayor especialización requiere métodos cada vez más complejos de coordinación e integración. Las tendencias hacia la cooperación y el conflicto se hacen también evidentes entre los participantes de la organización. Estos factores han originado la creciente complejidad de las organizaciones, y por lo tanto, han hecho que la tarea de administración sea cada vez más difícil. La administración es el subsistema clave dentro del sistema organizacional. Comprende a toda la organización y es la fuerza vital que enlaza todos los demás subsistemas (Kast y Rosenzweig, 1988).

Salerno y Brock (2009) mencionan que “El cambio es vida, la vida es cambio. Sencillamente sucede, como el clima. Las transiciones provienen del azar, de la elección o de la crisis y, por lo general, son impredecibles”. Pero ¿Cómo saben las organizaciones cuándo deben cambiar? ¿Cuáles indicios deben buscar al respecto? Aunque no existen respuestas claras a esas preguntas, los indicios que marcan la necesidad del cambio se

identifican vigilando las fuerzas del cambio. Las organizaciones se topan con muchas fuerzas del cambio. Éstas provienen de fuentes externas, ajenas a la organización, y de fuentes internas. Tener conciencia de ellas ayuda a que los administradores determinen cuánto deben considerar la implantación del cambio organizacional (Kinicki y Kreitner, 2003).

Cambio es la transición de una situación a otra diferente o el pasaje de un estado hacia otro diferente. Cambio implica ruptura, transformación, perturbación, interrupción. El mundo actual se caracteriza por un ambiente dinámico en constante cambio y exige de las organizaciones una elevada capacidad de adaptación, como condición básica de sobrevivencia. Adaptación, renovación y revitalización significan cambio. Los cambios organizacionales no pueden hacerse al azar, por inercia o improvisación, sino que deben planearse (Chiavenato, 2006). Ya que como menciona Salerno y Brock (2009) el proceso de “como” atravesamos por los cambios de la vida es predecible.

2.2.3.1 Cultura y cambio organizacional

La única manera posible de cambiar las organizaciones es transformar su "cultura", esto es, cambiar los sistemas dentro de los cuales trabajan y viven las personas. La cultura organizacional expresa un modo de vida, un sistema de creencias, expectativas y valores, una forma particular de interacción y de relación de determinada organización. Cada organización es un sistema complejo y humano que tiene características, cultura y sistema de valores propios. Todo este conjunto de variables debe observarse, analizarse e interpretarse continuamente. La cultura organizacional influye en el clima existente en la organización (Chiavenato, 2006).

El mundo moderno se caracteriza por un ambiente que cambia constantemente. El ambiente general que rodea las organizaciones es dinámico en extremo y exige de ellas una gran capacidad de adaptación como condición primordial para sobrevivir. El desarrollo organizacional es una respuesta a tales cambios. El mundo moderno se caracteriza por cambios rápidos, constantes y progresivos. Las transformaciones

científicas, tecnológicas, económicas, sociales, políticas, etc., actúan e influyen en el desarrollo y en el éxito de las empresas en general, ya sean industriales, de servicios, organizaciones públicas, hospitales, bancos, universidades, etc. (Chiavenato, 2006).

El proceso de cambio organizacional según Chiavenato (2006) comienza cuando surgen fuerzas que crean la necesidad de establecer transformaciones en una o varias secciones de la organización. Estas fuerzas pueden ser exógenas o endógenas a la organización:

1. Las fuerzas exógenas provienen del ambiente, como nuevas tecnologías, cambios en los valores de la sociedad o nuevas oportunidades o limitaciones del ambiente (económico, político, legal y social). Estas fuerzas externas generan la necesidad de introducir cambios en el interior de la empresa.
2. Las fuerzas endógenas, que crean la necesidad de cambiar las estructuras y el comportamiento, provienen del interior de la organización y son producto de la interacción de sus participantes y de las tensiones provocadas por la diferencia de objetivos e intereses.

2.2.4 Desarrollo Organizacional

Hoy en día, las organizaciones se enfrentan a múltiples retos y amenazas (amenazas a la efectividad, la eficiencia y su rentabilidad); a los retos de un ambiente turbulento, de una creciente competencia y de las demandas cambiantes del cliente; y al constante reto de mantener congruencia entre las dimensiones organizacionales saludables y viables en el mundo actual es una tarea preocupante (French y Bell, 1996).

De la misma manera, los individuos en las organizaciones se enfrentan a múltiples retos, encontrar satisfacción en y por medio del trabajo, luchar contra lo obsoleto de los propios conocimientos y habilidades, encontrar dignidad y un propósito en la prosecución de las metas de la organización, así como lograr una relación y comunidad humanas en el sitio del trabajo. La simple supervivencia (seguir teniendo un trabajo adecuado) hoy en día es un gran reto (French y Bell, 1996).

¿Hay estrategias y tecnologías disponibles para ayudar a las personas y las organizaciones a enfrentarse, adaptarse, sobrevivir e incluso, a prosperar en esta época tan angustiosa? Por fortuna la respuesta es sí. Hay una variedad de soluciones y el desarrollo organizacional (DO) es una de ellas (French y Bell, 1996).

El DO surgió a partir de 1962 como un conjunto de ideas sobre el hombre, la organización y el ambiente, con el propósito de facilitar el crecimiento y el desarrollo de las organizaciones. En el sentido estricto, el DO es un desdoblamiento práctico y operacional de la Teoría del comportamiento en dirección al enfoque sistémico. No se trata de una teoría administrativa, sino de un movimiento que reúne a varios autores con el propósito de aplicar las ciencias de la conducta (principalmente la teoría del comportamiento) a la administración (Chiavenato, 2006).

Los diversos modelos de DO consideran principalmente cuatro variables:

- a) El ambiente, que analiza principalmente aspectos de turbulencia ambiental como el auge del conocimiento, la tecnología y las comunicaciones, el impacto de esos cambios en las instituciones y los valores sociales.
- b) La organización, que toma en cuenta el impacto de la turbulencia ambiental y las características necesarias de dinamismo y flexibilidad organizacional para sobrevivir en un contexto dinámico y cambiante, donde surgen nuevas tecnologías, nuevos valores sociales, nuevas expectativas y donde los productos tienen vida más corta.
- c) El grupo social, que considera aspectos de liderazgo, comunicación, relaciones interpersonales, conflictos, etc.
- d) El individuo, que destaca las motivaciones, actitudes, necesidades, etc. (Chiavenato, 2006)

Para los autores del DO, el concepto de organización es típicamente conductista: "la organización es la coordinación de diferentes actividades de contribuyentes individuales con la finalidad de efectuar transacciones planeadas con el ambiente". Ese concepto

utiliza la noción tradicional de división del trabajo al referirse a las diferentes actividades. y a la coordinación en la organización y se refiere a personas como contribuyentes de las organizaciones, en lugar de que las personas estén totalmente incluidas en las organizaciones. Las contribuciones de cada participante a la organización dependen de sus diferencias individuales y del sistema de recompensas y contribuciones de la organización. La organización actúa en un medio ambiente y su existencia y sobrevivencia dependen de la forma como ella se relaciona con ese medio. Por tanto, la organización debe ser estructurada y dinamizada en función de las condiciones y circunstancias que caracterizan el medio en que opera (Chiavenato, 2006).

De acuerdo con la mayoría de los modelos de DO, no basta cambiar la estructura organizacional, sino que es indispensable cambiar la cultura de la organización permitiendo que la organización desarrolle la capacidad de innovar, con las siguientes características:

a) *Adaptabilidad*. O sea, capacidad de resolver problemas y de reaccionar de manera flexible a las exigencias mutables e inconstantes del medio ambiente. Para ser adaptable, la organización debe ser flexible, para poder adaptar e integrar nuevas actividades; y ser receptiva y transparente a nuevas ideas, vengan éstas de dentro o de fuera de la organización.

b) *Sentido de identidad*. O sea, el conocimiento y la comprensión del pasado y del presente de la organización, y la comprensión y el compartir de sus objetivos por todos los participantes, En el DO no existe lugar para enajenación del empleado, pero para el compromiso del participante.

c) *Perspectiva exacta del medio ambiente*. O sea, la percepción realista y la capacidad de investigar, diagnosticar y comprender el medio ambiente.

d) *Integración entre los participantes*. Para que la organización pueda comportarse como un todo orgánico e integrado. La tarea básica del DO es cambiar la cultura y mejorar el clima de la organización. (Chiavenato, 2006)

En principio, el DO es un cambio organizacional planeado. French y Bell definen el DO como "esfuerzo de largo plazo, apoyado por la alta dirección, con el propósito de mejorar los procesos de resolución de problemas de renovación organizacional, particularmente por medio de un diagnóstico eficaz y colaborativo y de la administración de la cultura organizacional con énfasis especial en los equipos formales de trabajo, en los equipos temporales y en la cultura intergrupal, con la asistencia de un consultor-facilitador y la utilización de la teoría y de la tecnología de las ciencias conductistas, incluyendo acción e investigación". (Chiavenato, 2006)

Esta definición incluye los siguientes significados:

1. *Procesos de solución de problemas*. Se refieren a los métodos por medio de los cuales la empresa se enfrenta con las amenazas y oportunidades en su ambiente y soluciona situaciones sin solución o difíciles.

2. *Procesos de renovación*. Son las formas por las cuales los gerentes adaptan sus procesos de solución de problemas a las demandas del ambiente. Uno de los objetivos del DO es mejorar los procesos organizacionales de auto renovación, mediante la transformación de los gerentes para que puedan adaptar y cambiar su estilo gerencial frente a los problemas y oportunidades.

3. *Administración participativa*. Otro objetivo del DO es compartir la administración con los empleados. La administración participativa (o sistema 4 de Likert) significa que los gerentes dejan a un lado la estructura jerárquica y dan a los empleados un papel importante en la toma de decisiones. Para obtener ese cambio, los gerentes deben conscientemente cambiar la cultura organizacional por medio del cambio de actitudes, creencias y actividades de todas las personas.

4. *Desarrollo y fortalecimiento (empowerment) de equipos.* El DO utiliza equipos con un enfoque participativo. Empowerment se refiere al fortalecimiento - de los equipos para darles libertad de actuación, de participación en las decisiones, plena autonomía en el desempeño de las tareas, responsabilidad por la tarea total y por sus resultados. El empowerment permite que el equipo administre sus actividades (en lugar de ser administrado) y el gerente pasa del papel de jefe al de orientador y estimulador.

5. *Investigación-acción.* El DO utiliza la investigación para el diagnóstico y la acción del cambio. Con la investigación, los agentes de cambio aprenden sobre los diferentes aspectos de las necesidades organizacionales de mejora y cómo la organización puede ser ayudada a hacer, ella misma, esas mejoras. (Chiavenato, 2006)

La investigación-acción requiere de los siguientes pasos:

- Diagnóstico preliminar del problema.
- Obtención de datos para apoyo (o rechazo) del diagnóstico.
- Retroalimentación de datos a los participantes de la organización.
- Exploración de los datos por los participantes de la organización.
- Planeación de la acción apropiada por los participantes,
- Ejecución de la acción apropiada (Chiavenato, 2006)

El DO al ser una respuesta a los cambios se dirige principalmente al cambio educacional, destinado al cambio de las actitudes, los valores, los comportamientos y la estructura de la organización para que se pueda adaptar mejor a las exigencias ambientales, caracterizada por el uso de nuevas tecnologías y la competencia globalizada.

Los modelos de DO utilizan los agentes de cambio, que son las personas que desempeñan el papel de estimular y coordinar el cambio dentro de un grupo o dentro de la organización. En cuanto a la solución de problemas, en el DO se busca detectar los problemas y las formas de solucionarlos, de ahí que se considere al DO como el mejoramiento organizacional a través de la detección y diagnóstico de los problemas y la acción necesaria para resolverlos. Todos los modelos de DO consideran el trabajo en

equipo y la administración participativa como característica clave para promover el cambio.

Aunque existen varios modelos de DO, Chiavenato (2006) considera ocho etapas que en todos los modelos son mencionadas:

1. Decisión de la empresa de utilizar el DO. Selección del consultor
2. Diagnostico de las necesidades por la gerencia y el consultor
3. Obtención de los datos apropiados
4. Retroalimentación de datos y confrontación
5. Planeación de la acción y solución del problema
6. Desarrollo de equipos
7. Desarrollo intergrupar
8. Evaluación y seguimiento

2.2.5 Diagnóstico organizacional

Todas las organizaciones necesitan conocer su situación. El diagnóstico es una etapa necesaria de cualquier intervención en las organizaciones y su utilidad como instrumento adecuado para el conocimiento de la organización y para la planificación racional; sin embargo es importante tener presente, que es sólo una etapa en un proceso de mayor envergadura (Rodríguez, 2005).

Partamos de su definición, la Real Academia Española (2016) define la palabra diagnóstico como “recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza”. Hay diversidad de definiciones que le han dado vida al concepto de diagnóstico enfocado a las organizaciones, la tabla 7 expone algunas de ellas:

Tabla 7 Definiciones de diagnóstico organizacional

Definición	Autor
“El diagnóstico es una actividad vivencial que involucra a un grupo de personas de una empresa e institución interesadas en plantear soluciones a situaciones problemáticas o conflictivas, sometiéndose a un autoanálisis que debe conducir a un plan de acción concreto que permita solucionar dichas situaciones”.	Serralde, 2015
“El diagnóstico organizacional constituye el fundamento para cualquier tipo de intervención, representa información válida acerca del status quo, de los problemas y oportunidades, una recopilación continua de datos acerca del sistema total o de sus subunidades, y acerca de los procesos y la cultura del sistema y de otros objetivos de interés”.	French y Bell, 1996
“Un diagnóstico socioeconómico tiene como objetivo hacer el inventario de los disfuncionamientos y calcular los costos ocultos que ellos originan, El diagnóstico se basa en tres fuentes de información: entrevistas, observaciones directas y análisis de documentos”.	Savall y Zardet, 2009
“Se enfoca a describir el operar de una organización, definir la situación y necesidades del cambio, identificar y evaluar problemas, definir objetivos del cambio y meta(s), considerando alternativas, efectos, costos, riesgos, resistencia, para después evaluar el potencial del cambio”.	Faria Mello, 1995
“Es un proceso de análisis que mediante el reconocimiento de problemas y la realización de acciones de mejora, provoca el cambio de una empresa, de un estado de incertidumbre a otro de conocimiento para su adecuada dirección y evaluación”.	Valdez, 2010

Fuente: Elaboración propia con base en diversos autores presentado en bibliografía.

El diagnóstico de una organización puede ofrecer una imagen de la situación característica por la que atraviesa el sistema organizacional en un momento determinado. Esta imagen es de gran utilidad por cuanto permite contar con una base sólida para cualquier acción que desee intentar (Rodríguez, 2005).

El análisis consiste en identificar el estado de la organización, del sistema total o alguna parte del todo, parte de preguntarse ¿Cuáles son sus puntos fuertes? ¿Cuáles son sus áreas problema? ¿Cuáles son las oportunidades? ¿Cuál es la discrepancia entre la visión del futuro deseado y la situación actual? (Ortega, 2015).

En el diagnóstico se debe estar atento a las diversas señales del medio y a los distintos resultados que las técnicas arrojen, y así establecer las conexiones adecuadas entre los distintos elementos de hallazgos y combinarlas con las posibilidades que representan su creatividad e imaginación a fin de concretar el estado situacional que guarda una entidad (Ortega, 2015)

El enfoque tradicional de diagnóstico parte del estado de salud de una organización, por lo que es usual hablar de una organización sana y enferma. De esta manera Guízar (2008) nos habla de síntomas de una organización enfermiza:

1. Poca inversión del trabajo del personal en los objetivos organizacionales.
2. El personal se percata del mal desempeño de la organización, pero no hace nada para evitarlo.
3. Factores ajenos complican la situación de los problemas.
4. La alta dirección trata de controlar el mayor número de decisiones.
5. Los administradores se sienten solos cuando hacen su trabajo.
6. Las opiniones de los subordinados no son tomadas en cuenta.
7. Las necesidades y sentimientos personales son asuntos ajenos.
8. Los empleados compiten en lugar de colaborar.
9. Cuando hay crisis, el personal se retira o se inculpa mutuamente.
10. El conflicto es ocultado y manejado por políticas de la oficina.
11. El aprendizaje es difícil.
12. Se evita la retroalimentación.
13. Las relaciones están contaminadas por la hipocresía.
14. El personal se siente encerrado en sus trabajos.
15. La administración es un padre que da órdenes.
16. La administración controla exageradamente los pequeños gastos y pide una excesiva justificación.
17. Tiene gran valor minimizar el riesgo.
18. “Una sola falta y usted será despedido.”
19. El desempeño deficiente es disfrazado y manejado arbitrariamente.
20. La estructura, política y procedimientos embarazan a la organización.

21. Tiene plena validez el lema “La tradición ante todo.”
22. La mayor parte de la alta dirección carece de capacidad para innovar.
23. El personal oculta sus frustraciones.

Al establecer las condiciones actuales de la organización se debe estar atento a los signos descritos anteriormente, a fin de ser capaz de identificar el tipo de organización que se va a tratar con el objeto de precisar las herramientas de investigación necesarias para efectuar el análisis de la manera más apropiada (Ortega, 2015).

El proceso de diagnosticar puede tener como orígenes el crecimiento de la organización, el proceso natural de deterioro de la organización, los problemas de productividad y calidad, la organización sometida al cambio, la complejidad del entorno, reconocer la propia cultura, mejorar el clima organizacional, reingeniería de la empresa y procesos, calidad como mejora continua, entre muchos aspectos más.

Ortega (2015) menciona que los métodos para conocer las condiciones actuales de una organización y recopilar información (no se limitan a éstos) se muestran en la figura 8.

Figura 8 Métodos de recopilar información



Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar el desarrollo de diagnóstico resulta ser bastante amplio y complejo, donde cada consultor del DO suele establecer sus procedimientos y medios para lograr determinar los problemas existentes.

2.2.6 Modelos de Diagnóstico

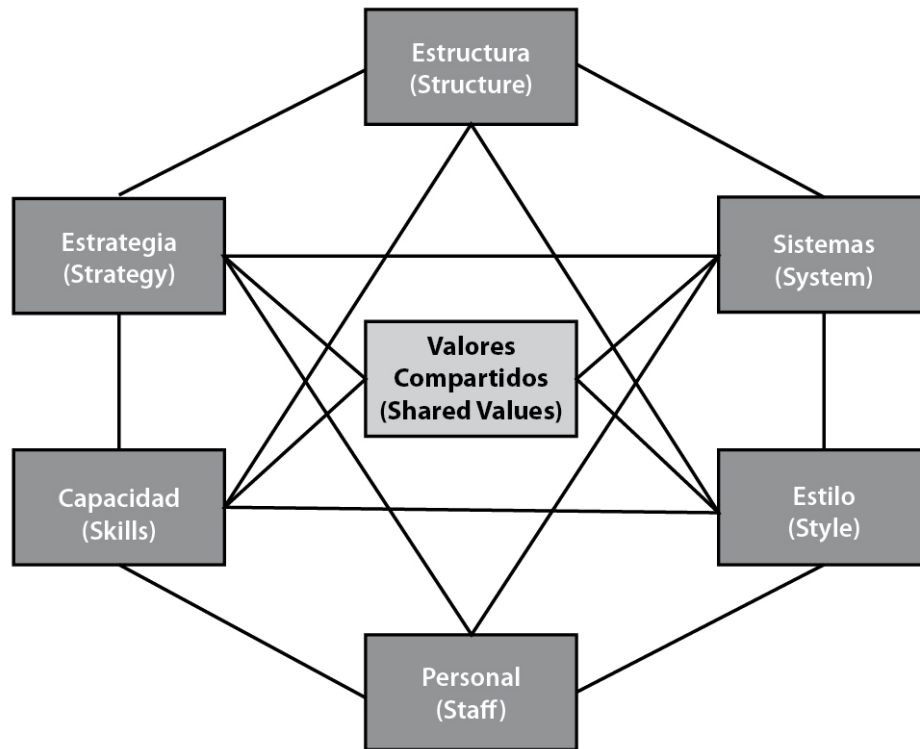
Es preciso que el diagnosticador comprenda a cabalidad el tipo de circunstancia que vive la organización y de la que deberá partir, a fin de proceder con el diseño del diagnóstico correspondiente a la realidad que enfrenta. El manejo de modelo de diagnóstico organizacional constituye la posibilidad de conceptualizar y comprender a las organizaciones intervenidas como representaciones que, según los factores, actores, elementos y circunstancias del caso, tengan un referente teórico para su análisis, resolución o solución (Ortega, 2015). A continuación, se presentan algunos modelos usados en diagnósticos organizacionales:

2.2.6.1 Modelo de las 7S (McKinsey)

La descripción del modelo de las 7S (ver figura 9) es la siguiente:

- Valores compartidos (Shared values): Objetivos de orden superior que otorgan sentido a la organización; sus valores, filosofía y creencias.
- Estrategia (Strategy): Conjunto de políticas, planes, programas y recursos para alcanzar objetivos.
- Estructura (Structure): Diseño del sistema de orden y relaciones ilustrado en el organigrama (funcional, centralizado, descentralizado, etc.).
- Sistemas (Systems): Procedimientos, procesos y rutinas de los sistemas de trabajo.
- Personal (Staff): Descripción del personal del sistema, con sus niveles organizacionales y categorías.
- Estilo (Style): Actuación característica de directivos clave en torno al logro de objetivos y cultura de la organización.
- Aptitudes (Skills): Las que hacen destacar a personal clave y a la organización en conjunto.

Figura 9 Modelo 7S McKinsey

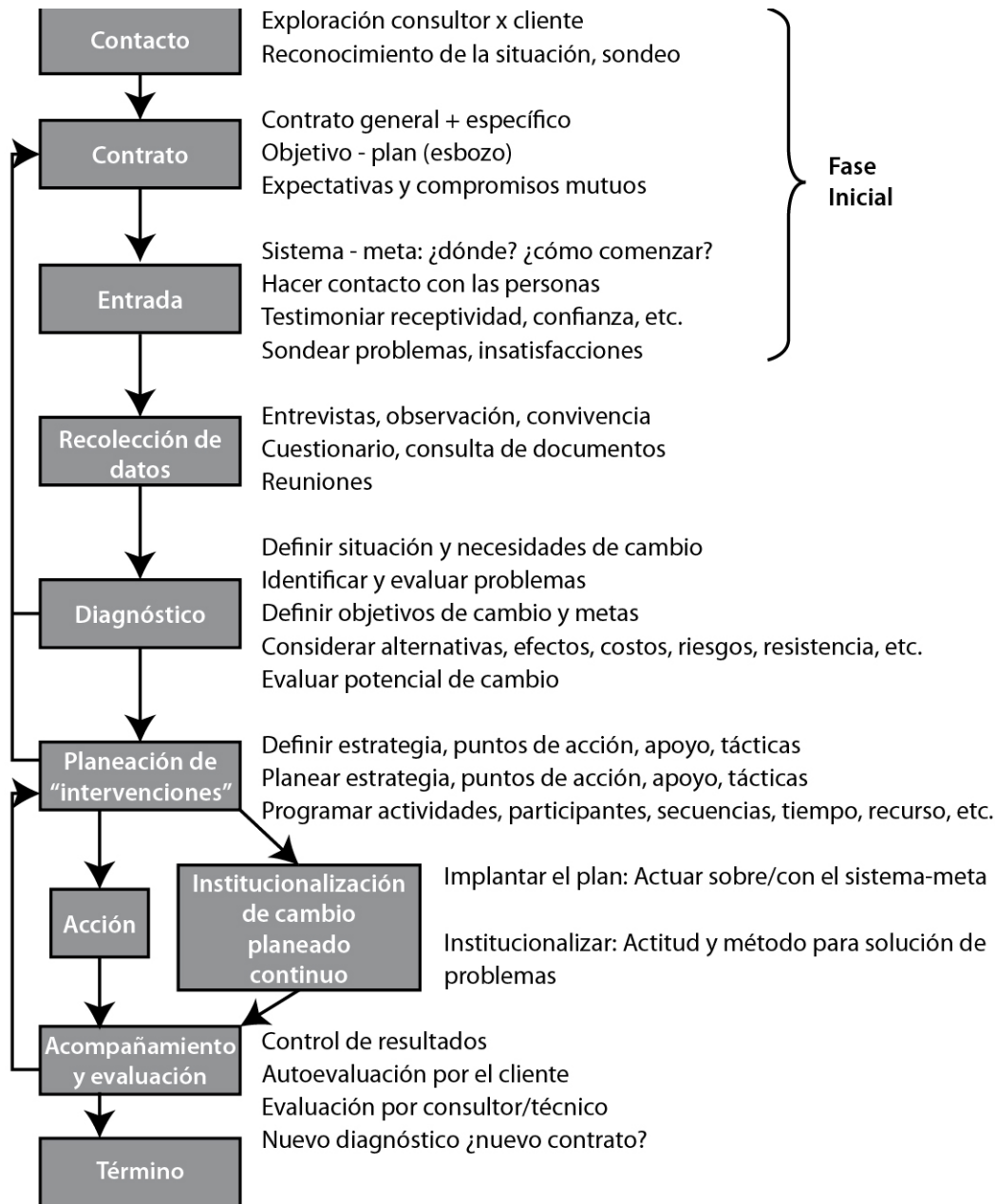


Fuente: <http://boletintecnico.prldelacev.com/articulo-tecnico/newsletter-44-enero-2015/la-prevenci%C3%B3n-de-riesgos-laborales-como-proceso>

2.2.6.2 Modelo Faria Mello

Su modelo integra en su fase inicial un conjunto de tres elementos que denomina contacto, contrato y entrada, consistentes en: la exploración entre consultor y cliente, el acuerdo entre ambos, donde se estipulan con claridad las expectativas. Posteriormente, a través de las técnicas de recolección de datos, se observa, se analizan los datos, lo cual proporciona la primera visión de la situación de la empresa o del problema. Enseguida, mediante el diagnóstico, se define la situación y se evalúan los problemas, para proceder a la planeación de las estrategias y el programa, e ir a la acción (intervención) para implantar el plan. El acompañamiento permite el seguimiento y la institucionalización del cambio, ejercer el control y finalmente la evaluación de resultados, aspectos que podemos visualizar en la figura 10.

Figura 10 Modelo de Faria Mello



Fuente: [http://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea/DESARROLLO%20ORGANIZACIONAL-SEGUNDO%20MOMENTO\(1\)/modelo_de_cambio_planeado_faria_mello.html](http://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea/DESARROLLO%20ORGANIZACIONAL-SEGUNDO%20MOMENTO(1)/modelo_de_cambio_planeado_faria_mello.html)

2.2.6.3 Modelo de Gestión Socioeconómica

Henri Savall identificó dos elementos que siempre están presentes en todo tipo de organizaciones y de los cuales depende el correcto funcionamiento de estas: 1)

disfuncionamientos y 2) costos ocultos. Que permiten calificar su debilidad estratégica, la reducción de los costos ocultos, mostrando entonces que la empresa ha incrementado su fuerza estratégica gracias a su energía interna, factor clave de la transformación que lleva a cabo la empresa; en calidad de estrategia, en su entorno y en su capacidad para crear valor añadido (Savall y Zardet, 2009).

Teoría creada en 1973-1974 y desarrollada por los autores en el Instituto de Socioeconomía de las Empresas y las Organizaciones (ISEOR) en Lyon, Francia consta de principios y fundamentos; conlleva un modelo de análisis de la interacción estructuras-comportamientos; se inscribe en un concepto de desempeño global u holístico y sustentable de la empresa, y se aplica para lograr una reducción de costos ocultos, convirtiéndolos en valor agregado.

La gestión socioeconómica innovadora es un modo de administración que integra intensamente la dimensión humana y social de la empresa y su desempeño económico. Incluye métodos de administración global que se apoyan en el desarrollo humano de la organización como factor principal de eficacia y eficiencia en el corto, mediano y largo plazos. La gestión socio económica de las empresas se basa en una construcción teórica llamada modelo o análisis socioeconómico y se aplica en las empresas y organizaciones a través de una metodología de consultoría denominada intervención socioeconómica.

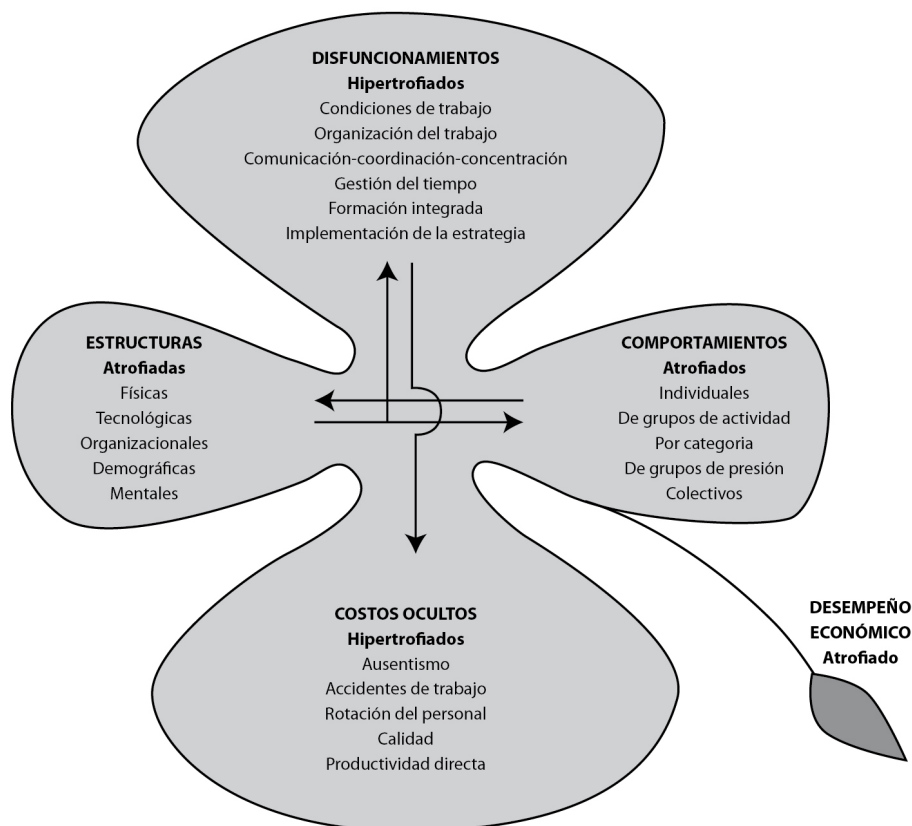
El enfoque socioeconómico se inició con la reevaluación de contribuciones opuestos. Por un lado, la escuela clásica de las organizaciones de Taylor con la organización científica, y Fayol con la teoría de la administración y por otro lado, la escuela de las relaciones humanas. “Una de las teorías que se pueden relacionar con el enfoque socioeconómico es la teoría de Lewin, K. asegura que el equilibrio viene dado por la interacción de dos fuerzas de igual magnitud que operan en sentidos diametralmente opuestos y que cuando una de ellas cobra mayor magnitud entonces se produce un equilibrio. Otra idea pretende explicar el proceso de cambio en si el cual según Lewin está separado en tres fases: la primera descongelar, se deja atrás una vieja conducta, la segunda es mover se adopta una

nueva actitud y por último la tercera volver a congelar se adopta la nueva cultura como permanente” (Garzón, 2005).

Tiene por vocación ayudar a las empresas y organizaciones a adaptarse a un nuevo entorno altamente competitivo y mejorar su desempeño ante los actuales desafíos económicos. La hipótesis fundamental radica en que los asalariados pueden abusar de su poder no oficial para frenar o acelerar el ritmo del cambio.

Toda organización puede definirse como una relación entre sus estructuras y los comportamientos humanos de los actores confrontados a estas estructuras. El modelo enfatiza la interacción entre las estructuras y los comportamientos, como lo muestra la Figura 11, siendo así que los comportamientos humanos actúan a su vez en la modificación de las estructuras. Los comportamientos son estudiados a través de cinco lógicas: Individual, de categoría profesional, de grupo de actividad, de afinidad y colectiva; cada individuo está estimulado alternativamente por estas diferentes lógicas.

Figura 11 Diagnóstico Socioeconómico de las Organizaciones



Fuente: Savall y Zardet (2006)

El modelo socioeconómico como proceso de mejoramiento se compone de cuatro etapas:

1) *Diagnóstico socioeconómico*: El diagnóstico socioeconómico basado en el efecto espejo y la opinión de experto, presenta ciertas similitudes con el método de desestabilización y vuelta a la estabilización de K. Lewis. Sin embargo, el método concede gran importancia al cálculo de costos y desempeños ocultos, preconizado por los enfoques únicamente psicológicos. El análisis de las causas de disfuncionamientos presenta similitudes con el análisis sociológico de los poderes no oficiales de los actores. Sin embargo, el diagnóstico socioeconómico pone de manifiesto el vínculo existente entre comportamientos, costos y los desempeños ocultos. Destaca igualmente que los disfuncionamientos no representan sólo dificultades para el desarrollo de la empresa, sino que, incluso es posible a través de éstos transformar la resistencia al cambio en participación activa en el proceso de cambio. La presente investigación se concentra en esta etapa.

2) *Proyecto*: Permite a los actores precisar sus papeles y esperas en las

prácticas de desarrollo organizativo; consta de acciones de redefinición de la organización del trabajo y la creación de equipos incluido el grupo de dirección general. Integra herramientas de gestión que permiten medir los impactos financieros visibles y ocultos de las soluciones adoptadas. 3) *Implementación del proyecto*: Consiste en sincronizar diversas soluciones complementarias en ámbitos tales como la comunicación, la formación, los incentivos salariales. Se apoya también en la negociación de objetivos y medios a través de los Contratos de Actividad Periódicamente Negociables. Depende de una programación detallada de todas las acciones de mejoramiento, involucrando a un máximo de participantes. Requiere una conducción de la aplicación mediante reuniones regulares en las que los responsables se involucran activamente. 4) *Evaluación de resultados*: La evaluación de resultados permite a la empresa o a la organización determinar las razones que abogan por un mejoramiento del desempeño que puede representar un patrimonio y un potencial de conocimientos y un medio para ampliar las prácticas con mejores resultados. Se acerca en cierto aspectos al enfoque organizativo y al método KAIZEN. Sin embargo, la diferencia radica en el hecho de que la evaluación socioeconómica de los resultados se efectúa en términos de resultados inmediatos y de creación de potencial, y que integra la evaluación del desempeño social (Savall, Zardet y Bonnet, 2008).

En la lectura revisada se han identificado diferentes definiciones del modelo de gestión socioeconómica, cada una de estas muestras similitudes en la aplicación del modelo organizacional citados en la tabla 8.

Tabla 8 Definiciones de modelo de gestión socioeconómica

<i>Autor</i>	<i>Definición</i>
Savall (2011)	El enfoque socioeconómico es un método de análisis transdisciplinario que establece una síntesis entre la teoría de las organizaciones, la sociología y la psicología laboral así como las teorías macro y micro económicas y las teorías contables. Es una evaluación económica de las condiciones de trabajo que aplicaran al cálculo de costos en la problemática de los recursos humanos con el fin de reducir los disfuncionamientos y crear potencial estratégico.

Martínez, Carrillo y Minsberg (2006)	El modelo de análisis socioeconómico es una propuesta estudiada y aplicada por el Instituto Socioeconómico de las Empresas y Organizaciones (ISEOR) la cual propone una metodología de intervención orientada al cambio organizacional lo cual permite analizar tanto los costos ocultos económicos y sociales.
Savall y Zardet (2006)	El diagnóstico socioeconómico tiene por objetivo inventariar los disfuncionamientos y medir sus consecuencias económicas: los costos ocultos. Las entrevistas semidirigidas, base de este diagnóstico, permite la amplia expresión de las diferentes categorías del personal con respecto a los disfuncionamientos y a su vida profesional. Estas entrevistas tienen una doble función: técnica, de identificación y localización de disfuncionamientos, y psicosocial de escucha de las personas. Ello favorece una abundante expresión donde la postura es aventajar la movilización, el desencadenamiento del deseo de cambio para mejorar y el interés de los actores por una metamorfosis en el funcionamiento de la organización.
Ceballos (2012)	El análisis pretende generar acciones de cambio e implementación de estrategias en la organización, así como mejorar la calidad integral de la misma y llevar un control del desempeño social y económico mediante un proceso cíclico de solución de problemas y de herramientas gerenciales.

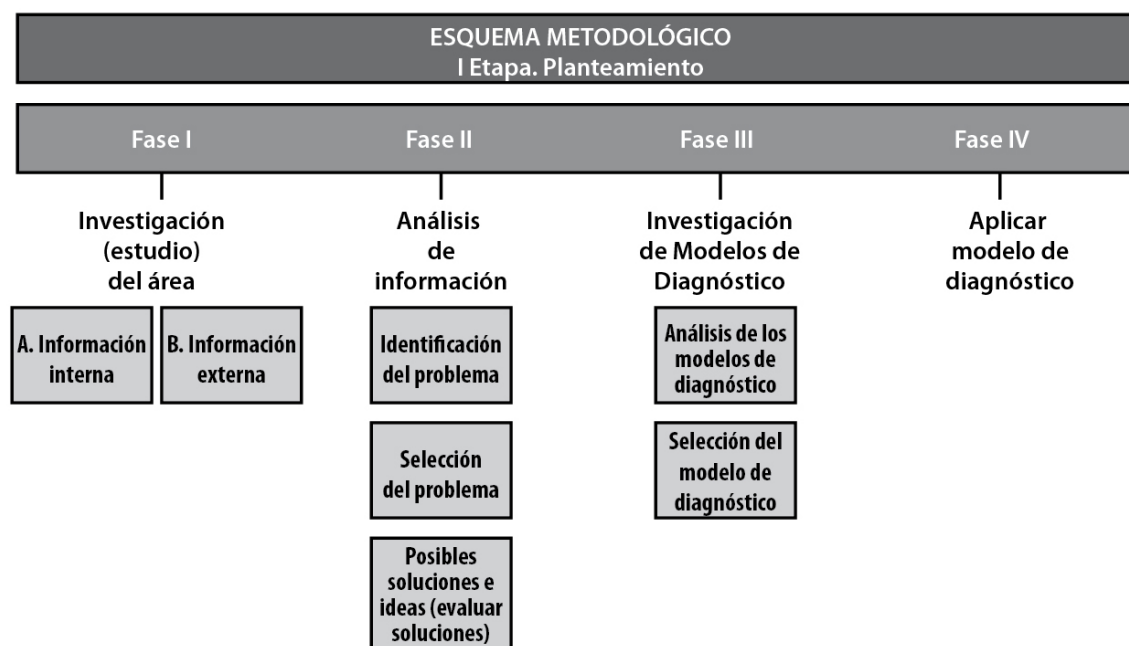
Fuente: Elaboración propia con base en diversos autores presentado en bibliografía.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

Hay una diversidad de modelos de diagnóstico organizacionales que responden a las distintas necesidades que posee una organización. Dado que cada organización es distinta, se debe tomar en cuenta la diversidad de factores y variables que respondan a la problemática y situación específica.

La figura 12 nos muestra un esquema metodológico sobre la primera etapa de la puesta en acción, el planteamiento.

Figura 12 Esquema metodológico, primera etapa



Fuente: Elaboración propia

La fase I y II la llevamos a cabo con información proporcionada por el proyecto de la FCA a través del Centro de Consultoría Empresarial “Proyecto de Mejora del Servicio del Hospital General de Tijuana”; además de información del sistema de salud mexicano, sistema de salud de Baja California, el Hospital General de Tijuana y el área de farmacia del nosocomio público contenidos en el marco contextual. Para las fases III y IV de acuerdo a los factores encontrados en la problemática del HGT, uniendo el motivo del Director del HGT para mejorar la operatividad del nosocomio y el compromiso e interés

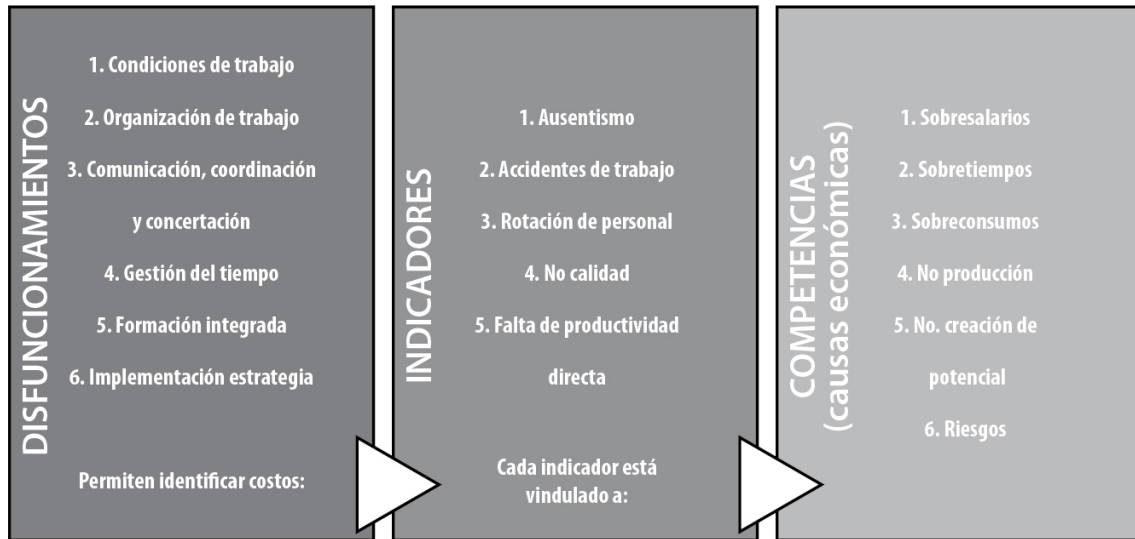
para dar solución de lo detectado; cambio de persona responsable en subdirección administrativa con regularidad, problemas con la unidad de mando, no comunicación entre los departamentos que por naturaleza de la estructura organizacional tienen responsabilidad mutua, no ejecutar funciones de acuerdo a manual de operatividad, entre otras, se hizo un pequeño estudio de los posibles modelos que pudieran aplicarse para realizar propuestas de acción del problema detectado. En la búsqueda se encontró que dicho cambio puede ser dirigido por una metodología de investigación-intervención, cuyo nombre es modelo de gestión socioeconómica.

3.1 Metodología modelo de gestión socioeconómica, diagnóstico

El diagnóstico está compuesto de cuatro elementos, entrevistas semidirigidas, tratamiento de los hechos, efecto espejo y punto de vista del experto. El tratamiento de las entrevistas se hace mediante la imputación de frases testimonio que expresan los disfuncionamientos y su frecuencia, la cual proporciona una idea sobre la magnitud del problema expresado.

El análisis de los disfuncionamientos consiste primeramente en el estudio de la descripción de los mismos y su clasificación en los seis dominios o dimensiones. La gestión socioeconómica demuestra que siempre existe una diferencia entre la situación que los actores (asalariados, empresarios, clientes, accionistas) esperan y la situación presente. Esta diferencia emana de los seis disfuncionamientos siguientes: Condiciones de trabajo, organización del trabajo, comunicación-coordinación-concertación (3C), gestión del tiempo, formación integrada, implementación de la estrategia. Estos disfuncionamientos permiten identificar cinco categorías principales (indicadores) de costos y éstos a su vez están vinculados a seis componentes. La figura 13 muestra lo expresado.

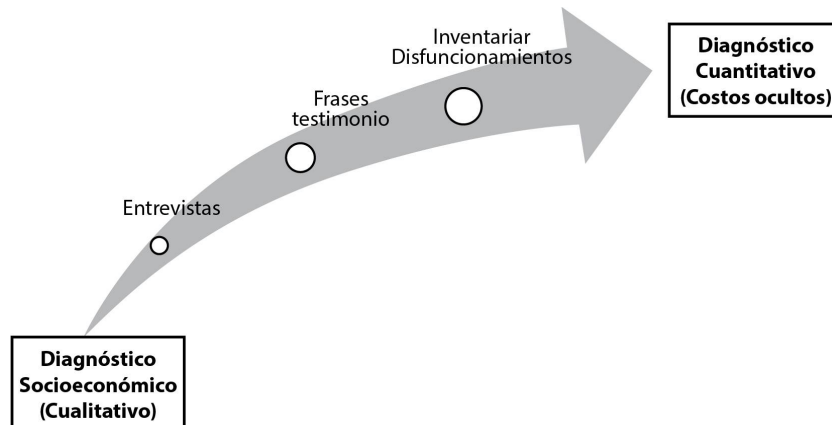
Figura 13 Disfuncionamientos y costos ocultos



Fuente: Elaboración propia con información de modelo de gestión socioeconómica

La figura 14 nos muestra el proceso de diagnóstico socioeconómico. Los disfuncionamientos son inventariados, a través de entrevistas semi-dirigidas, llevadas a cabo con todas las categorías de actores de la empresa diagnosticada.

Figura 14 Parte cualitativa y cuantitativa



Fuente: El Management socioeconómico, pág. 177

La calidad y fiabilidad de la información recopilada es asegurada contrastando de manera constante las informaciones obtenidas de diversas fuentes e informantes, estando éstos ubicados en diferentes posiciones dentro de la organización, para disociar las informaciones de los discursos, encontrar puntos de acuerdo, regularidades y contradicciones.

Las entrevistas, de tipo cualitativo, pueden ser individuales o en pequeños grupos cuyos integrantes guarden cierta homogeneidad en cuanto a la situación de empleo en la organización (Savall y Zardet, 1996). Estas entrevistas son semidirigidas con apoyo de una guía preestablecida en función del tema en estudio, la cual refiere una lista de temas y subtemas que deberán ser abordadas, no importa el orden, en la entrevista. Esta estrategia de conducción de la entrevista permite maximizar la captación de informaciones útiles: descripción de disfuncionamientos, análisis del efecto y causa de los mismos; también las propuestas de solución.

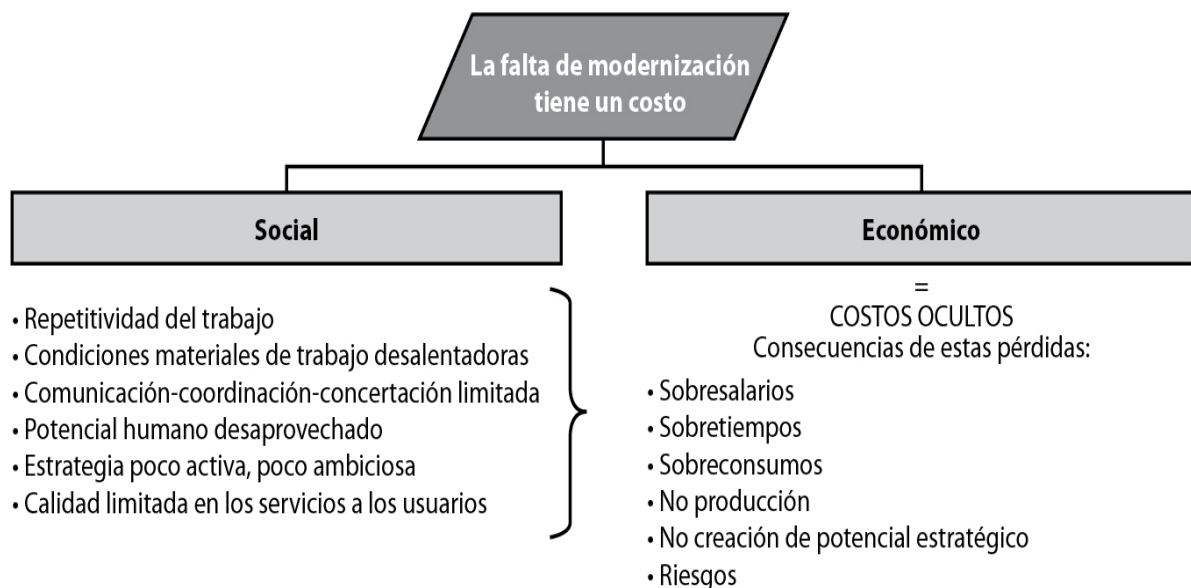
La toma de notas exhaustiva por parte del que entrevista permite la detección de “frases testimonio”, dichas por los entrevistados en su propio lenguaje, y seleccionadas por su carácter ilustrativo y representativo (Savall y Zardet, 1996).

Los disfuncionamientos frecuentemente son signos de un cierto “desajuste” de los comportamientos humanos, de una falta de competencias técnicas y sobre todo de liderazgo. Simultáneamente estos disfuncionamientos están erosionando la confianza profesional que se da entre los actores, debido a sus sentimientos de fatalidad frente a los disfuncionamientos. El análisis de información se inscribe dentro del dispositivo de restitución de resultados bajo el concepto denominado “efecto-espejo” (el reconocimiento por parte de los actores de sus realidades descritos en sus “frases-testimonio”) y así evitar los riesgos de subjetividad; es importante filtrar y refinar la información obtenida a través de representaciones colectivas, eliminando de esta manera las particularidades culturales y emocionales del investigador, una vez teniendo claridad. Su propósito es facilitar, mediante una imagen estructurada, el reconocimiento a nivel grupal del estado reflejado por los diferentes individuos. A continuación, la expresión de lo “no-dicho” por el

consultor-investigador permite llamar la atención de los actores sobre la existencia de disfuncionamientos tan escondidos en las costumbres que ni siquiera se perciben como tales, a través del punto de vista del experto (Savall y Zardet, 1996).

Las regulaciones producidas por estos disfuncionamientos generan costos para la organización que son, en su mayoría, costos ocultos, al no evidenciarse en la contabilidad. Estos costos ocultos afectan el desempeño económico de la empresa debido a la pérdida de valor agregado efectivo o potencial que suponen. A través de la figura 15 podemos visualizar lo expuesto ya que nos ejemplifica que la falta de modernización tiene un costo.

Figura 15 Costo social-económico



Fuente: http://www.laisumedu.org/DESIN_Ibarra/desin/pdf-seminario2006/seminario-2006-06a.pdf

Los costos ocultos son aquellos que no están identificados, ni cuantificados, ni controlados en los estados financieros tradicionales de la empresa. Los costos ocultos se clasifican en dos categorías:

1. Costos incluidos en los costos visibles pero repartidos en diferentes rubros contables y que repercuten de manera importante en la columna “Debe” de la cuenta de resultados. Por ejemplo, los intereses pagados por entregas fuera de los plazos establecidos registrados en el rubro de “operaciones imprevistas”

2. Costos excluidos de las cuentas de costos visibles, considerándolos como pérdidas de beneficios evaluados en términos de pérdida de valor añadido. Este tipo de costo, reviste un aspecto negativo en la columna “Haber” de la cuenta de resultados.

Se procede a determinar los valores del factor costo para realizar el cálculo se utilizan las siguientes formulas:

1. Factor de costo Productividad

Donde: Ventas=v Costos variables=cv

Número de personas=t Horas laborables=h Días laborales=d

$$(v - cv) / (t * h * d) = \text{Factor del costo}$$

2. Jornada anual de horas de trabajo

Donde: Número de personas=t Horas laborables=h Días laborales=d

$$t * h * d = \text{horas de trabajo anuales}$$

El proceso de determinación del costo oculto total se realiza mediante el monto total de cada dimensión y la suma de todas ellas, lo que permite conocer el efecto económico y su impacto por cada tipo. Con estos componentes se procede a la cuantificación económica de los disfuncionamientos, cuyas causas involucradas se llevará a cabo mediante la medición con la siguiente matriz de cuantificación según figura 16.

Figura 16 Modelo general de cálculo de costos ocultos

Modelo General de determinación de costos ocultos									
Consecuencias sobre el plano económico									
Componentes Indicadores	Frecuencia indicada	Detalle del calculo	Sobrecargas (costos históricos)			No producción (costos de oportunidad)			total
			sobresalarios	sobre tiempos	sobreconsumos	no producción	no creación de potencial	riesgos	
Ausentismo									
Accidentes de trabajo									
Rotación de Personal									
No calidad									
Falta de productividad									

Fuente: Fuente: Savall, Zardet, y Bonnet, (2008) Mejorar los costos ocultos de las empresas a través de una gestión socioeconómica, p. 56

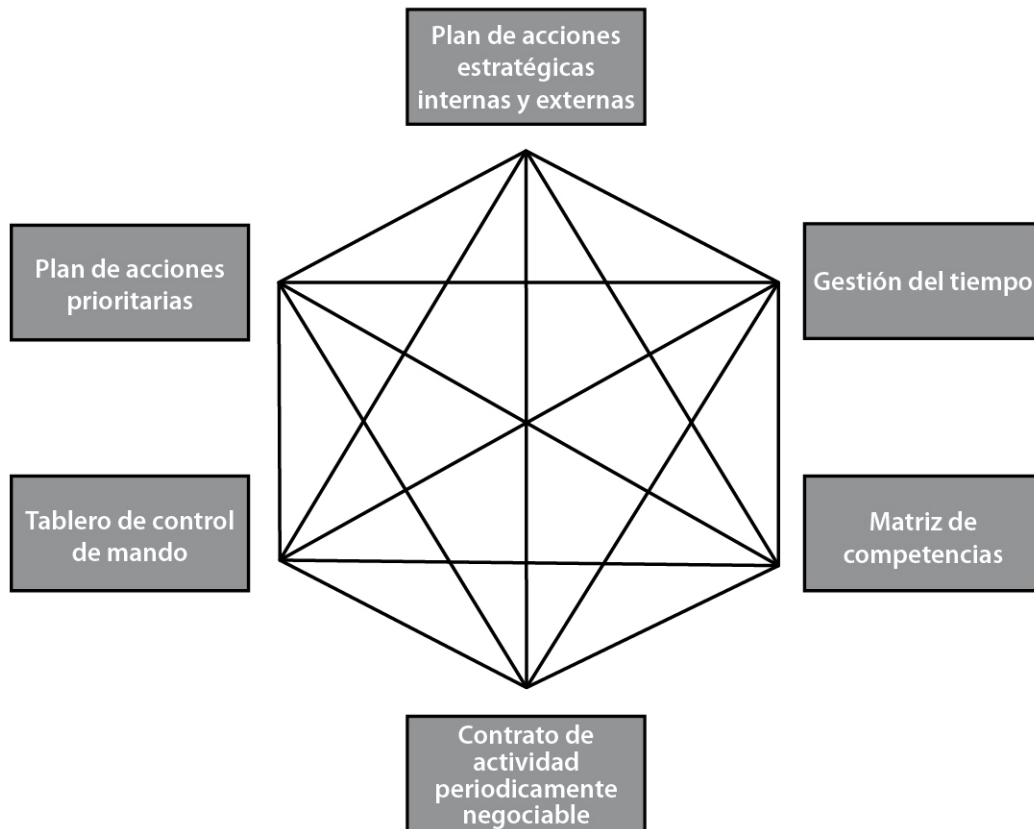
El desempeño oculto se puede definir como la reducción de costos ocultos o como la creación de potencial sin estimar aún. Los indicadores tradicionales de la empresa no integran los desempeños ocultos, centrándose únicamente en los resultados inmediatos, lo que perjudica el equilibrio de la gestión entre los resultados a corto y largo plazo de la empresa. La gestión socioeconómica indica a la empresa la dirección ha tomar, en la cual adquiere suma importancia la reducción de los costos ocultos y la transformación de los desempeños ocultos en desempeños visibles.

Herramientas de la gestión socioeconómica

Savall, Zardet y Bonnet (2008) Las herramientas de gestión tienen por vocación proporcionar a los ejecutivos los medios indispensables para mejorar de modo continuo la organización y el desempeño de la empresa, impulsando la realización de actividades con

alta creación de potencial. Las principales herramientas de gestión socioeconómicas son seis como lo muestra la figura 17.

Figura 17 Herramientas de gestión socioeconómica



Fuente: Modulo articulación de las herramientas ACT ISEOR 2013 – página:4

- *Plan de Acciones Estratégicas Internas y Externas:*

Permite identificar y estructurar las iniciativas estratégicas que desea emprender la dirección a medio plazo (3 a 5 años) bajo la forma de esquema conductor. Constituye una base para la planificación de las acciones que permiten alcanzar los objetivos estratégicos de la empresa.

- *Plan de Acciones Prioritarias (semestral):*

Permite identificar de manera continuada las nuevas tareas con gran valor añadido que se tienen que aplicar, e identificar las tareas con escaso valor añadido. El "Plan de

Acciones Prioritarias" (PAP) consiste en planificar todas las acciones de desarrollo que han de emprenderse en toda la empresa para aplicarlos posteriormente en cada departamento. La vocación de este plan de acción es promover y aplicar objetivos estratégicos para mejorar el desempeño de la empresa y evitar los disfuncionamientos.

- *Matriz de Competencias:*

Para capacitar de manera adecuada a los empleados y permitirles ser más eficientes en sus nuevas actividades, la gestión socioeconómica propone una herramienta de gestión llamada "Matriz de Competencias". Esta herramienta ayuda a la dirección a determinar con precisión las necesidades en formación y material requerido para su realización.

- *Gestión del tiempo:*

Para eliminar el tiempo invertido en tareas con escaso valor añadido y dedicar más tiempo a acciones de desarrollo, la dirección y los mandos necesitan planificar mejor su tiempo y programar mejor las fechas de cumplimiento de sus actividades.

- *Tablero de Pilotaje Estratégico:*

Con el fin de medir los resultados obtenidos en términos de creación de potencial gracias a los cambios introducidos en el estilo de dirección, se utilizan indicadores de conducción socioeconómicos. Los resultados inmediatos son la consecuencia de acciones, procedente en su mayoría, de la reducción de los costos ocultos, es decir, la disminución de exceso de cargas y del aumento, de las ventas y del valor añadido. La creación de potencial (resultados económicos futuros, probables o seguros) es el resultado de acciones de mejoramiento llevadas a cabo tales como la creación de nuevos productos o el perfeccionamiento de capacidades y del potencial intelectual.

- *Contrato de Actividad Periódicamente Negociable (CAPN):*

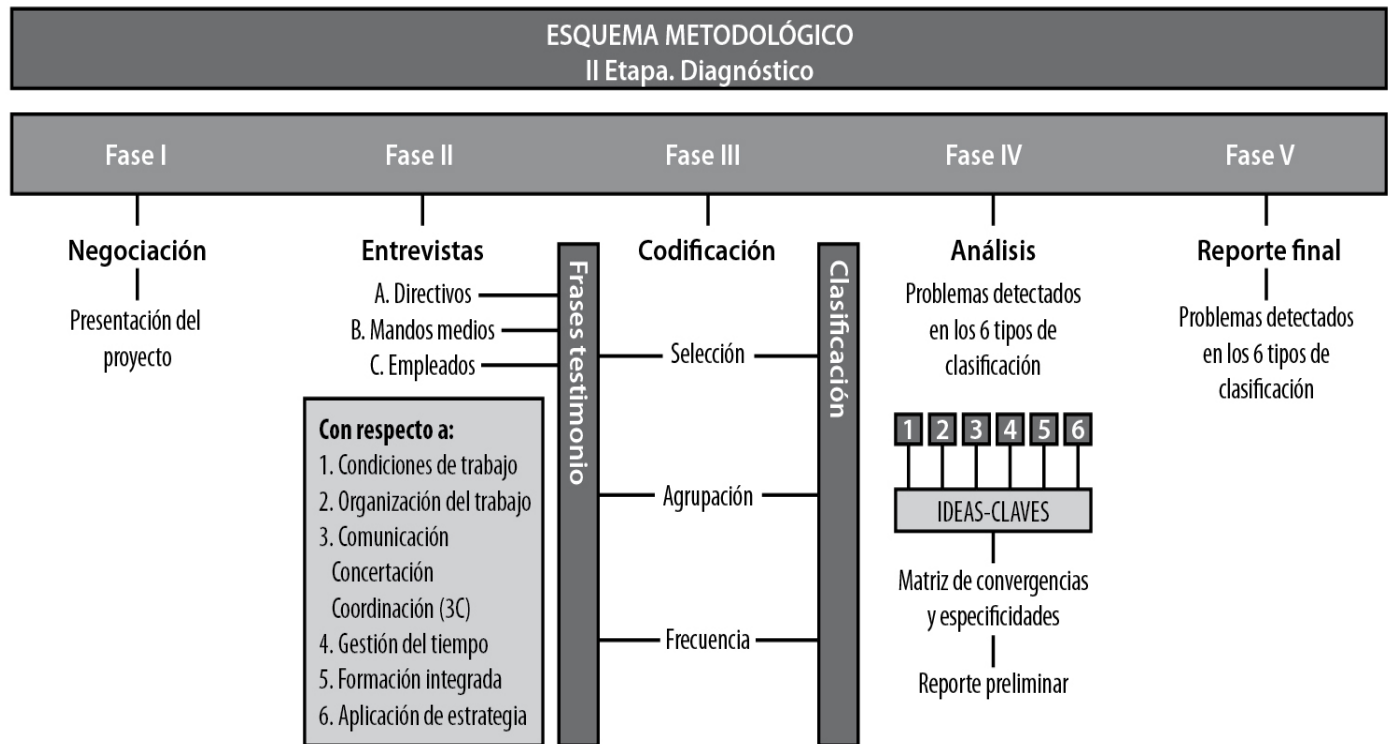
Es una herramienta de gestión que consiste en negociar los objetivos fijados en el Plan de Acciones Prioritarias, así como los medios necesarios para alcanzarlos. Se

aplica a través de entrevistas semestrales entre superiores jerárquicos y subalternos. Esta herramienta comprende un conjunto de objetivos colectivos, de equipo e individuales. Los objetivos fijados son tanto en términos de resultados inmediatos como de creación de potencial. El CAPN está vinculado a un sistema de remuneración con incentivos autofinanciados por la reducción de los costos ocultos previamente calculados.

3.2 Adaptación de la metodología del modelo de gestión socioeconómica a las particularidades organizacionales

La propuesta metodológica del modelo de gestión socioeconómica al área de farmacia del Hospital General de Tijuana se puede visualizar a través de la figura 18 en esquema metodológico etapa dos, el diagnóstico.

Figura 18 Esquema metodológico, segunda etapa



Fuente: Elaboración propia con base en información del modelo de gestión socioeconómica

A continuación, mostramos cómo los diferentes pasos de la primera etapa del modelo de gestión socioeconómica han sido desarrollados y llevados a la práctica, de acuerdo a las particularidades del área de farmacia.

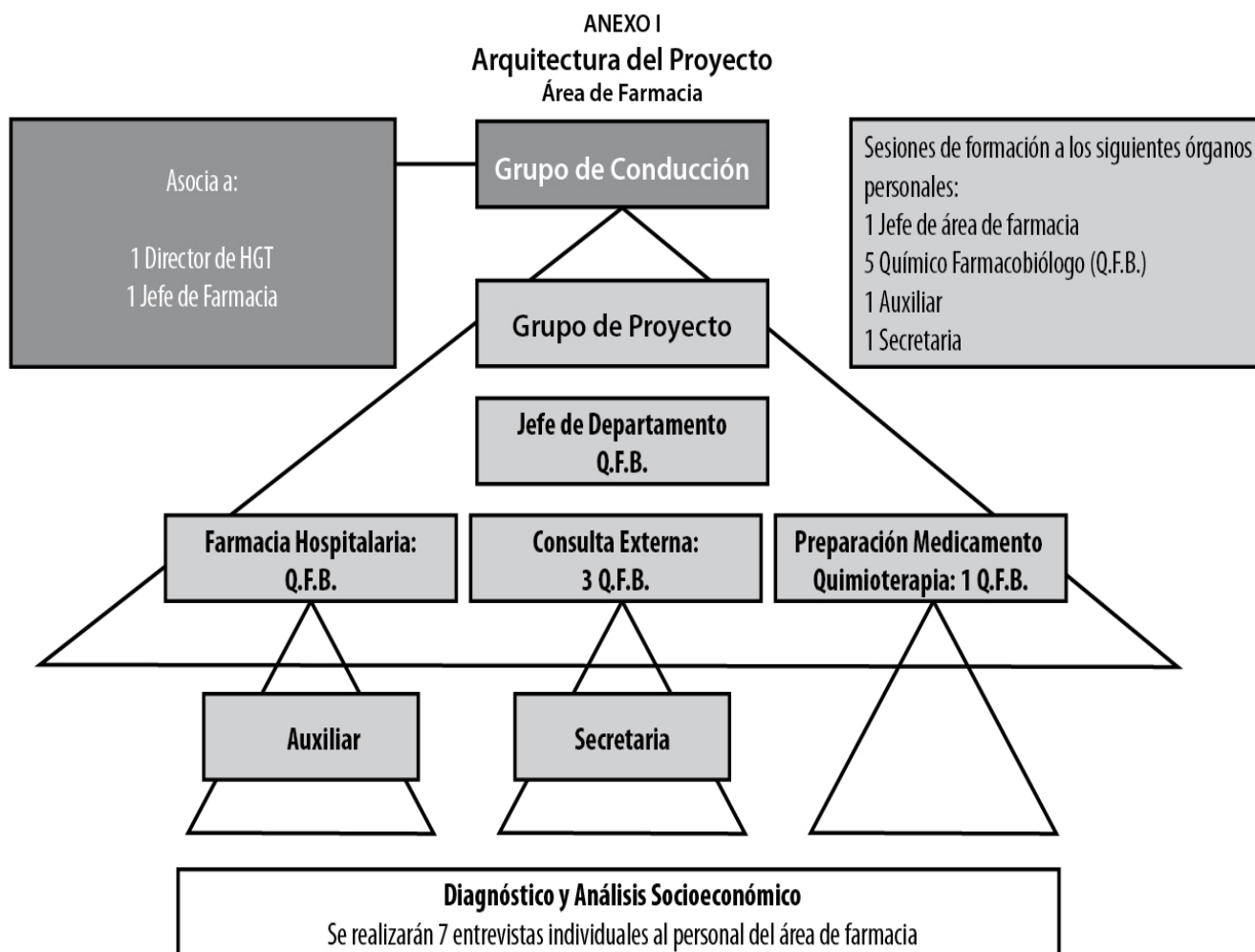
3.2.1 Negociación

Parte fundamental de la intervención es la participación activa de los actores, por ello la negociación a través de la claridad de lo que se va a ejecutar es de vital importancia. Esta etapa la realizamos en tres tiempos: 1) A través de presentación del modelo de gestión socioeconómica con duración de treinta y cinco minutos al director del nosocomio público. Donde se generaron preguntas por parte del Director y aplicación del diagnóstico al área de farmacia, 2) en una segunda sesión la presentación del proyecto de intervención-investigación con duración de cuarenta y cinco minutos, donde los elementos que se presentaron fueron a) Producto Objetivos, Producto Métodos y Producto Prestaciones (POMP), b) arquitectura del proyecto de intervención y c) cronograma de actividades a realizar (Consultar anexos), así como el acuerdo de la puesta en marcha del diagnóstico socioeconómico y 3) Una tercera sesión bajo la misma dinámica con jefe de farmacia.

El método de gestión socioeconómica establece la necesidad de construir la llamada arquitectura de intervención que en forma progresiva y estructural favorece una mayor articulación y coherencia, tanto de la información obtenida como de las propuestas y acciones que surjan del análisis de la misma. Esta arquitectura permite la realización de dos acciones simultáneas y articuladas, una acción horizontal que implica al equipo de dirección y una acción vertical que implica al personal de ejecución operativo-administrativo. La realización de este proyecto requiere formar un grupo que lo conduzca. El papel de este grupo es impulsar y dar seguimiento a los trabajos, informándose periódicamente de su avance y asegurar su coherencia respecto a los objetivos del Hospital General de Tijuana, el grupo de conducción queda conformado por el director del nosocomio y jefe del área de farmacia. El grupo de proyecto lo integran los miembros interesados en aplicar herramientas de acción. Que faciliten el acceso al

personal, preparar la orden del día de sus reuniones y aportar la información y orientaciones que garanticen la coherencia de las pistas de solución propuestas, conformado por jefe del área de farmacia, cuatro químicos farmacobiólogos (Q.F.B.), un auxiliar y una secretaria. Tales delimitaciones de los participantes en el diagnóstico socioeconómico quedan establecidas en la arquitectura del proyecto, donde se muestran los participantes del proyecto a realizar en el área de farmacia quedando de la siguiente manera como lo muestra la figura 19.

Figura 19 Arquitectura del proyecto



Fuente: Elaboración propia con información de la estructura organizacional.

Así mismo se prepara el programa indicativo de la intervención, la figura 20 presenta éste, entregado con el proyecto de intervención-investigación quedando las partes enteradas de los compromisos establecidos.

Figura 20 Programa indicativo

[illegible]

Fuente: Elaboración propia con información del modelo de gestión socioeconómica

3.2.2 Entrevistas semi-dirigidas

En cuanto a las entrevistas semi-dirigidas el autor Rojas (2005) señala que “esta técnica se emplea en diversas disciplinas tanto sociales como de otras áreas, para realizar estudios de carácter exploratorio, ya que permite captar información abundante y básica sobre el problema”. Se realizaron siete entrevistas semidirigidas individuales al personal del área de farmacia. Estas entrevistas de carácter semidirigido se realizan a partir de una guía que permite recabar la expresión espontánea del conjunto del personal. El diagnóstico socioeconómico permite escuchar y recabar la opinión de cada una de estas personas sobre los disfuncionamientos (anomalías, dificultades) que perciben en el área

de farmacia, es decir, sobre las diferencias entre el funcionamiento observado y el que considera deseable en seis dominios: condiciones de trabajo, organización del trabajo, comunicación-coordinación-concertación, formación integrada, gestión de tiempo y aplicación de la estrategia. La información así recabada se complementa mediante el estudio de documentos y la observación directa.

Se realizaron las entrevistas con notas exhaustivas a mano, asegurando no dar por terminada la entrevista sin haber cubierto los seis dominios de acción. En cada una de las entrevistas se tomaron datos de identificación: a) Fecha, b) hora de inicio y hora de finalización, c) nombre, d) puesto y e) antigüedad. Seguido de una breve introducción con el propósito de la entrevista, para después lograr que se describa de manera concisa en que consisten sus actividades. Y culminar con la reflexión de expresar todas las dificultades, problemas que enfrentan para realizar su trabajo.

El total de entrevistas realizadas fueron siete tal como lo indica la arquitectura de intervención del proyecto, los tiempos de las entrevistas fueron de 60-70 minutos dependiendo de las funciones de los empleados y de la necesidad de comunicarse. Así mismo, el número de entrevistas por día fue de dos en promedio.

3.2.3 Codificación

La codificación es un paso indispensable, sea cual fuera el método para el procesamiento de la información (Rojas, 2005). El conjunto de estas informaciones expresadas se analiza a través del reagrupamiento despersonalizado de las ideas clave de las frases extraídas en las entrevistas, la identificación de expectativas y de las oportunidades del área de farmacia. Hernández (2014) puntualiza que codificar los datos significa asignarles un símbolo que los represente, es decir, a las categorías de cada ítem o variable se les asignan valores números o signos que tienen un significado. Partiendo de esto se toma como base la nomenclatura general de disfuncionamientos con subtemas la cual podemos observar en la figura 21.

Figura 21 Temas y subtemas

Condiciones de trabajo	101 Acondicionamiento de locales
	102 Materiales y suministros
	103 Condiciones ambientales
	104 Condiciones físicas de trabajo
	105 Carga física de trabajo
	106 Horarios de trabajo
	107 Ambiente de trabajo
Organización del trabajo	201 Repartición de las tareas
	202 Regulación del ausentismo
	203 Interés del trabajo
	204 Autonomía en el trabajo
	205 Carga de trabajo
	206 Reglas y procedimientos
	207 Organigrama
Comunicación Coordinación Concertación	301 Interna al servicio
	302 Relaciones con los departamentos
	303 Entre empresa matriz y filiales
	304 Entre el equipo de dirección
	305 Entre representantes y 306 funcionarios
	307 Dispositivos 3C
	308 Transmisión de informaciones
	309 3C vertical
	310 3C horizontal
Gestión del tiempo	401 Respeto de plazos
	402 Planeación y programación de actividades
	403 Tareas mal asumidas
	404 Factores perturbadores de la gestión del tiempo
Formación integrada	501 Adecuación formación de empleo
	502 Necesidades de formación
	503 Competencias disponibles no solicitadas en el empleo
	504 Dispositivos de formación
	505 Subtema particular de cambios de tecnología
Implementación estratégica	601 Orientación estratégica
	602 Autores de la estrategia
	603 Desglose y operacionalización de la estrategia
	604 Herramientas
	605 Sistemas de información
	606 Medios
	607 Gestión de RH
	608 Estilo de dirección

*Fuente: Elaboración propia con información del Módulo Diagnóstico Cualitativo ACT ISEOR 2013 –
página : 20*

Con la finalidad de interpretar adecuadamente la información obtenida en las entrevistas, se procede a agrupar y cuantificar las frases testimonio, Savall (2009) señala que una frase testimonio “es el conjunto de frases tal como han sido pronunciadas por los actores, en su lenguaje natural”. Considerando el número de veces que se repiten y el tipo de variable (subtema) perteneciente a cada disfuncionamiento. Actividad que primeramente la realizamos por las tres áreas que conforman farmacia, esto es, agrupación por el área de farmacia hospitalaria, consulta externa y frases expresadas por el área de preparación de medicamento de quimioterapia. Una vez teniendo esta parte se hizo una sola tabla con las frases testimonio expresadas. La figura 22 presenta un ejemplo de la clasificación y codificación de las frases-testimonio por idea clave.

Figura 22 Clasificación de frases-testimonio

2. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	205. Carga de Trabajo	03. Factores de aumento de la carga de trabajo	Varias recetas para surtir con un solo paciente aumentan la carga de trabajo.	Hay pacientes que vienen con 3 o 4 recetas, sin datos correctos ni número de póliza, cada medicamento es diferente y se le tiene que poner un sello, nos quita mucho tiempo.
				Poner el número de póliza y el folio del medicamento cuando el paciente trae hasta 4 recetas y hay que ponerle los datos a todas.
			Falta de personal y herramientas ocasionan conflicto y retraso de actividades operativas	Conflicto entre una actividad y otra. No nos da tiempo para estar surtiendo y acomodar cajas de medicamento recibido.
				El procedimiento para llevar control de medicamento de cancer de mama y controlado es muy tardado, aun el acomodo nos quita tiempo.
				Contamos el medicamento de cancer de mama y controlado para canjearlos, el canje se tiene que hacer en horario para surtir recetas y todo se complica cuando estoy sola en Farmacia y no hay nadie más para ayudarme.
	206. Reglas y Procedimientos	Reglas y procedimientos	Los pacientes ocasionan perdida de tiempo por falta de respeto de procedimientos	Debo ir a sotano, abrir el archivo en la computadora de farmacia, para enviarlo a imprimir a almacén. Si no sirve la impresora en almacén tengo que buscar quien me lo imprima. No tengo las herramientas para realizar mis actividades.
				Los pacientes no respetan la fila, se interponen entre un paciente que se está atendiendo.
				El paciente llega sin póliza, y desde ahí se empieza a regresar.
				El paciente llega con pólizas vencidas.
				El paciente no trae póliza, ni copia de la receta cuando es para más de un mes.
				Los pacientes no respetan las fechas de las recetas que son surtidas hasta 4 meses, vienen cuando quieren y pierden la receta.
				El paciente no trae póliza.

Fuente: Elaboración propia

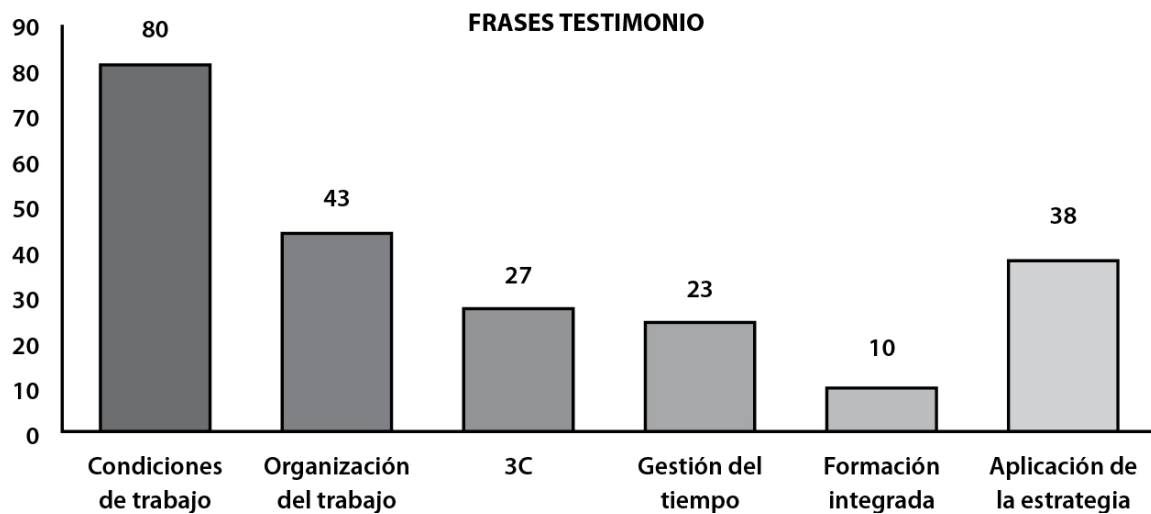
3.2.4 Análisis

La información que se capta en un cuestionario, cédula de entrevista o por medio de un instrumento difícilmente podría ser manejada en su presentación original, ya que ello implicaría tiempo y esfuerzo excesivo. Por esta razón, es necesario sintetizar la información fuente; esto es, reunir, clasificar organizar y presentar la información en

cuadros, gráficas o relación de datos con el fin de facilitar su análisis e interpretación (Rojas, 2005).

En el proceso de recolección se encontraron 221 frases testimonio, de las cuales, se reparten por disfuncionamiento de la siguiente manera, para condiciones de trabajo 80 frases testimonio, organización del trabajo 43, Comunicación, concertación y comunicación (3C) 27 frases testimonio, gestión del tiempo 23, formación integrada 10 y aplicación de la estrategia 38 frases testimonio. Representadas por la gráfica 2.

Gráfica 2 Frases testimonio expresadas por disfuncionamiento



Fuente: Elaboración propia

La frase testimonio no debe prevalecer sobre la idea clave, por lo tanto se seleccionan frases- testimonio cortas que formulen el problema en la idea clave. La tabla 9 muestra las ideas-claves.

Tabla 9 Ideas-clave área de farmacia HGT

TEMA	SUB-TEMA	IDEA-CLAVE
1. CONDICIONES DE TRABAJO	101. Condiciones y arreglo de locales	Inadecuada funcionalidad de las instalaciones
	102. Material y Aprovisionamiento	Medicamento sin temperatura e higiene adecuadas
		Desabasto de medicamento y suministros de limpieza
		Falta de mobiliario y equipo de trabajo
	103. Molestias	Inadecuadas condiciones de calor y de limpieza en instalaciones
	107. Ambiente de trabajo	Agresiones por parte de los pacientes crea ambiente de trabajo pesado
2. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	201. Repartición de tareas.	Falta de seguimiento en las actividades
		Retraso de captura de recetas
	205. Carga de Trabajo	Varias recetas para surtir con un solo paciente aumentan la carga de trabajo.
		Falta de personal y herramientas ocasionan conflicto y retraso de actividades operativas
	206. Reglas y Procedimientos	Los pacientes ocasionan pérdida de tiempo por falta de respeto de procedimientos
3. 3C	309. Transmisión de Informaciones	Falta de información de Seguro Popular y módulos de atención al paciente crea confusión y enojo y trabajo adicional.
	311. 3C Horizontal	Falta de comunicación y coordinación entre las jefaturas de las unidades de servicio.
4. GESTIÓN DEL TIEMPO	401. Respeto de los plazos pactados	Falta de sincronización entre los horarios de farmacia y unidades de servicio
	403. Tareas mal asumidas	Recetas mal elaboradas por falta de comunicación, coordinación y capacitación.
5. FORMACIÓN INTEGRADA	502. Necesidades de formación	Falta una capacitación adaptada para la farmacia.
6. APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA	603. Desagregación y organización de la puesta en práctica	Falta de calidad (imprecisión) de las entregas del nuevo proveedor de medicamentos.
	604. Herramientas para la puesta en práctica	Ausencia de una herramienta informática para la gestión de los medicamentos.
	607. Gestión de personal	Insuficiencia de Personal
		El departamento se siente poco valorado

Fuente: Elaboración propia

Después se procede a la elaboración de la matriz de convergencias y especificidades, ya que permite confrontar lo expresado por los niveles jerárquicos y el personal, así como

para la generación de las ideas fuerza. La figura 23 muestra un ejemplo de tal matriz. Este es una antesala para los primeros resultados con la elaboración del efecto-espejo.

Figura 23 Matriz de convergencias y especificidades

SUB-TEMA	CONVERGENCIAS	ESPECIFICIDADES	
		JEFE	EMPLEADOS
Respeto a los plazos pactados	Falta de sincronización entre los horarios de farmacia y unidades de servicio	Enfermeras de unidades médicas me traen el colectivo muy tarde, no respetan los horarios asignados	Uno trabaja contra reloj. El horario de enfermería de las unidades de servicio es de 8 a 10 am y hay servicios que no respetan el horario y llegan faltando 5 minutos. Se me acumulan las unidades de servicio. Cuando les decimos que tomen medidas para acelerar el surtido de colectivos en las unidades no hacen caso.
		Unidades de servicio no cubren el horario para surtir medicamento de colectivos. El horario es de 8 a 10 am y llegan en el ultimo momento.	Unidades de servicio llegan los 10 últimos minutos para surtir. Y aunque se les insiste del horario no se hace caso.
			Los horarios de especialidades cambiaron, cuando se ajustaron los horarios de farmacia para que estuvieran sincronizados. El paciente se va a quejar con el médico y el médico exige que su paciente obtenga el medicamento, cuando aun no es horario de surtido de medicamento controlado.
			Los pacientes no respetan los horarios para surtir los medicamentos.
			Los pacientes que vienen por el medicamento de servicios se desesperan mucho.

Fuente: Elaboración propia

Se procede a realizar el efecto espejo (Ver capítulo de resultados). Donde se coloca la frecuencia de las ideas-claves expresadas, como lo muestra la tabla 10.

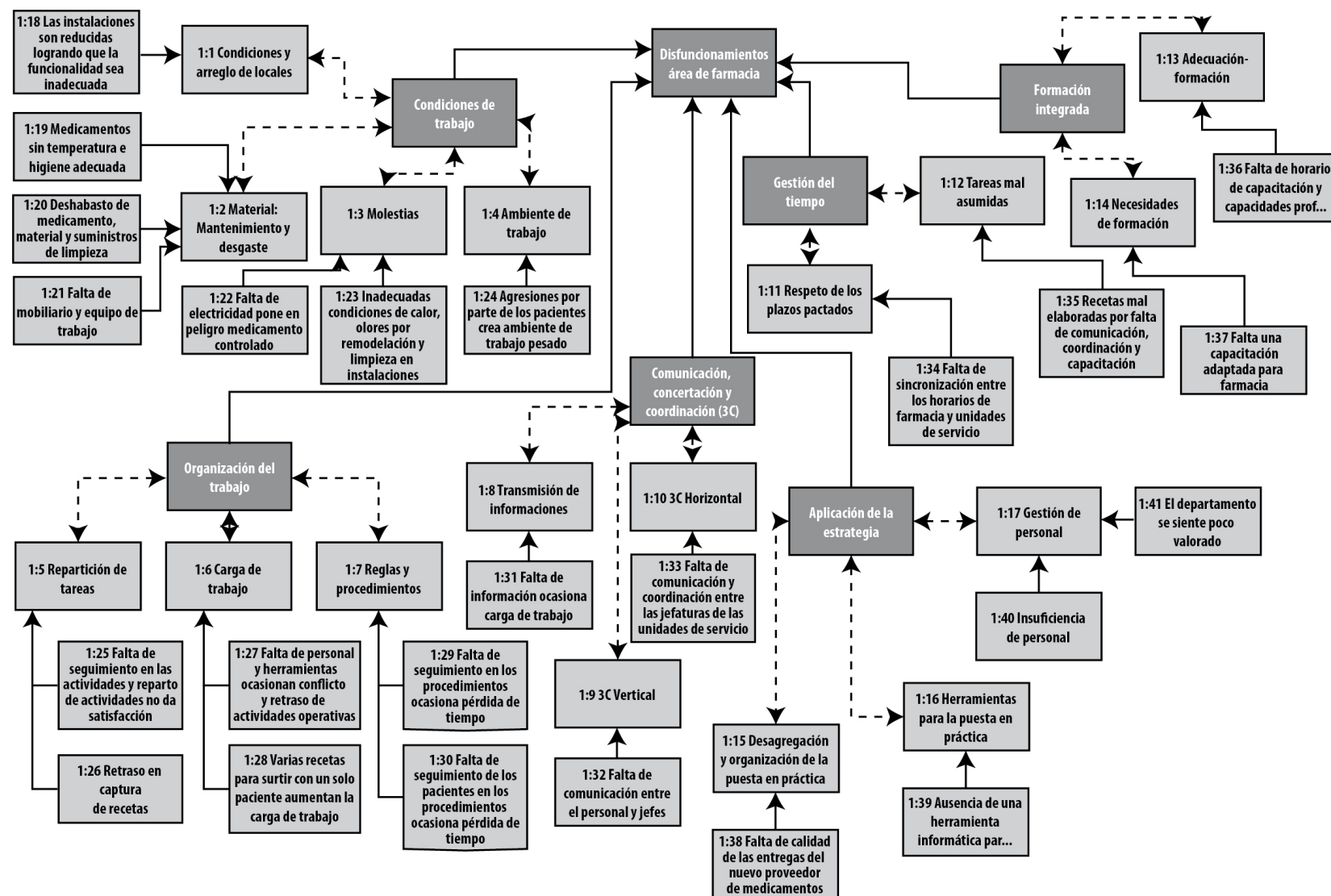
Tabla 10 Frecuencia de ideas-clave

Cuantitativa	Cualitativa
90% al 100% de las personas	Siempre
65% al 89% de las personas	Muy frecuentemente
50% al 64% de las personas	Frecuentemente
30% al 49% de las personas	Varias veces
15% al 29% de las personas	Algunas veces
Menos del 15% de las personas	Rara vez

Fuente: Módulo Diagnóstico Cualitativo ACT ISEOR 2013, página 23

Para efectos de análisis de la presente investigación la figura 24 presenta la red semántica del efecto-espejo que mapea el alcance las expresiones dichas por el área de farmacia, el cual nos da una representación del universo de los disfuncionamientos expresados. No forma parte de la presentación de los resultados.

Figura 24 Red semántica de efecto-espejo



Fuente: Elaboración propia

La red semántica del efecto-espejo nos muestra los seis disfuncionamientos con cada uno de los temas invocados durante las entrevistas cualitativas donde estos a su vez explican las frases testimonios invocadas contenidas a través de una idea clave que sintetiza la causa raíz de lo expuesto.

3.2.5 Entrevistas Cuantitativas

A través del análisis de las entrevistas cualitativas que tiene como resultado el efecto-espejo se procede a seleccionar las anomalías cuantificables que se complementan con entrevistas más completas y detalladas enfocadas a las personas que tienen relación con las anomalías presentadas en el área de farmacia. Una vez analizada la información se prepara una lista de disfuncionamientos (anomalías) ver tabla 11, esta lista clasifica los disfuncionamientos elementales, causas invocadas de disfuncionamientos, se pregunta la frecuencia indicada, clasifica el indicador raíz y estipula las consecuencias económicas.

Tabla 11 Lista de disfuncionamientos (anomalías) para entrevistas costos ocultos

DISFUNCIONAMIENTOS ELEMENTALES	CAUSAS INVOCADAS DE DISFUNCIONAMIENTOS	FREQ. INDIC.	INDICADOR	CONSECUENCIAS ECONÓMICAS	MANDO ENTREVISTADO	DETALLES

Fuente: Elaboración propia con información del modelo de gestión socioeconómica

Las entrevistas cuantitativas como lo indica Hernández (2014) “es diferente de la cualitativa; el principio y final de la entrevista se definen con claridad, el mismo instrumento se aplica a todos los participantes, se busca que sea individual, es poco o nada anecdótica, la mayoría de las preguntas suelen ser cerradas, con mínimos elementos

rebatibles”. Partiendo de tal hecho se realizaron cinco entrevistas de acuerdo a las causas invocadas con duración de entre 60-75 minutos, su objetivo es captar las frecuencias y modos de regulación de disfuncionamientos que generan éstos. Se dirigieron las entrevistas cuantitativas a través de una pequeña introducción: Explicame el impacto en detalles, aspecto de cuantas personas, cuanto tiempo y veces a la semana se ve implicado la anomalía con cada uno de las causas invocadas que expresaron. La tabla 12 muestra el detalle de lo expresado por el área de farmacia.

Tabla 12 Lista de disfuncionamientos (anomalías) expresados por el área de Farmacia

DISFUNCIONAMIENTOS ELEMENTALES	CAUSAS INVOCADAS DE DISFUNCIONAMIENTOS	FREQ. INDIC.	INDICADOR	CONSECUENCIAS ECONÓMICAS	MANDO ENTREVISTADO
Condiciones y funcionalidad de locales	Inadecuadas instalaciones, incomodidad para desempeñar trabajo, atraso en el trabajo, accidentes de trabajo espacio muy reducido.	Diaria	Falta de productividad directa.	Sobretiempos, no creación de potencial, no producción, riesgos.	JEFA FARMACIA
Material: Medicamento sin temperatura e higiene adecuadas	Temperaturas altas en las instalaciones y polvo en medicamentos	Diaria	Falta de productividad directa.	Sobreconsumos, no producción.	JEFA FARMACIA
Material: Desabasto de medicamento y material	Fechas próximas a vencerse	Semanal	Falta de productividad directa.	Sobreconsumos, no producción, sobretiempos	JEFA FARMACIA
	No surtido de medicamento	Semanal	Falta de productividad directa	Sobretiempos	JEFA FARMACIA Y CONSULTA EXTERNA
	Contestar teléfono para disponibilidad de medicamentos	Diario	Falta de productividad directa.	Sobreconsumos, no producción, sobretiempos	JEFA DE FARMACIA Y SECRETARIA
Material: Falta de mobiliario y equipo de trabajo	Falta de recursos: computadora, internet, impresora, lexicom, etc.	Semanal	Falta de productividad directa.	Sobretiempos, no producción, no creación de potencial.	SECRETARIA, QUIMIOTERAPIA
Molestias: Inadecuadas condiciones de calor y limpieza de instalaciones	No hay ventilación y limpieza no se hace, se tiene que llamar.	Diario	Falta de productividad directa.	Sobretiempos, no producción, no creación de potencial.	SECRETARIA
Ambiente de trabajo: Agresiones por parte de pacientes que surten receta	Insultos y agresiones por no surtir receta	Diario	Falta de productividad directa.	Sobretiempos, no creación de potencial, no producción, riesgos.	ENCARGADO DE CONSULTA EXTERNA
Repartición de tareas: Muchas actividades para una sola persona y falta de seguimiento de actividades	Muchas actividades por hacer, solo enfocadas a las primordiales	Diario	Falta de productividad directa.	Sobretiempos, no producción, no creación de potencial.	AUXILIAR FARMACIA HOSPITALARIA
Repartición de tareas: Retraso captura de recetas	Captura va muy lenta, no se avanza	Semanal	Falta de productividad directa	No producción	SECRETARIA
Carga de trabajo: Falta de personal	No hay personal suficiente, atraso de actividades.	Semanal	Falta de productividad	No producción, sobretiempos	JEFA FARMACIA

			directa.		
Carga de trabajo: Falta de herramientas de trabajo	No hay herramientas de trabajo para realizar actividades	Diario	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no producción.	SECRETARIA, QUIMIOTERAPIA
Reglas y procedimientos: No respeto de procedimientos	Pérdida de tiempo por falta de respeto en los procedimientos para surtir receta	Diario	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no producción	ENCARGADO DE CONSULTA EXTERNA
Reglas y procedimientos: No respeto de procedimientos	Pérdida de tiempo por falta de respeto de los pacientes en los procedimientos.	Diario	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no producción	ENCARGADO DE CONSULTA EXTERNA
Reglas y procedimientos: No se da seguimiento a procesos para surtir medicamento en unidades de servicio	Surten medicamentos no en lista o en existencia, no seguimientos de epidemiología	Diario	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no producción.	JEFA DE FARMACIA
Transmisión de informaciones	No informan cambios y no dan respuesta a requerimientos	Semanal	Falta de productividad directa	No producción	TURNO ESPECIAL
	Toman a Consulta Externa, como centro de información	Diario	Falta de productividad directa	No producción	ENCARGADO DE CONSULTA EXTERNA
3C Vertical: No integración con unidad de trabajo	No comunicación entre equipo, beneficios, apoyo con jefe.	Semanal	Falta de productividad directa	No producción	TURNO ESPECIAL Y QUIMIOTERAPIA
3C Horizontal: Falta de comunicación y coordinación entre jefaturas y unidades de servicio	Oficios no respondidos, respuesta solo de forma verbal, problemas no se resuelven.	Semanal	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no producción	JEFA DE FARMACIA
No respeto de los plazos pactados	Falta de sincronización entre los horarios de farmacia y unidades de servicio (enfermeras)	Diario	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no producción	JEFA FARMACIA
	Falta de sincronización entre los horarios de farmacia y unidades de servicio (médicos)	Semanal	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no producción	ENCARGADO DE CONSULTA EXTERNA
Tareas mal asumidas	No seguimiento en actividades: Recetas de quimioterapia tienen horario, desean que se entregue al mismo tiempo	Diario	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no producción	QUIMIOTERAPIA
	Recetas mal elaboradas	Diario	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no producción, no creación de potencial	ENCARGADO DE CONSULTA EXTERNA
Falta de Adecuación formación	Falta de horario para capacitación	Nuevo ingreso	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no creación de potencial, no producción	JEFA FARMACIA
	Difícil contratación por falta de capacidades profesionales	Nuevo ingreso	Falta de productividad directa	No creación de potencial, no producción, no calidad.	JEFA FARMACIA
Necesidades de formación	Capacitación adaptada a farmacia	Nuevo ingreso	Falta de productividad directa	No creación de potencial, no calidad.	JEFA FARMACIA
Falta de calidad en las entregas de nuevo proveedor de medicamentos	No comunicación, método de entregas ocasionan problemas	Semanal	Falta de productividad directa	Sobretiempos, no producción, no creación de potencial.	JEFA FARMACIA
Ausencia de herramientas informática para la gestión de medicamentos	No control de medicamentos: Manejo sobre estimaciones a memoria	Semanal	Falta de productividad directa	Sobretiempos, sobreconsumos, no producción.	JEFA FARMACIA

Fuente: Elaboración propia

Terminada la lista de disfuncionamientos se procede al cálculo del costo de tal anomalía identificada. El cálculo de costos ocultos inicia con determinar los valores del factor costo, para esto es necesaria información financiera del nosocomio, dada la complejidad en el sector finanzas que maneja por su naturaleza estructural, HGT solo maneja caja chica, y oficina central en Mexicali (dos horas de distancia) todo el grueso de la nómina, gastos de mobiliario y equipo y demás partidas de carácter estructural para la operatividad. Dado que la información que se proporciona no se encuentra por gastos fijos y variables no se pudo utilizar información proporcionada. Con asesoría de los directores del Instituto de Socioeconomía de las Empresas y Organizaciones (ISEOR) se decide realizar una proyección de \$150.00 m.n. de acuerdo a los históricos de diagnósticos aplicados al mismo sector salud y con misma proporción de plantilla de personal en México. Después se procede al cálculo de las horas anuales trabajadas, el área de farmacia opera bajo dos horarios, 1) entre semana con cinco días laborados con ocho horas diarias de jornada laboral y 2) turno especial de fin de semana de dos días con doce horas diarias de jornada laboral, cálculo que realizamos de la siguiente manera:

Jornada anual de horas de trabajo

Donde: Número de personas=t Horas laborables=h Días laborales=d

$$(6 * 8 * 230) + (1 * 12 * 92) = 11,040 + 1,104 = 12,144 \text{ horas anuales trabajadas}$$

Elementos de información relevante para el cálculo de costos ocultos son los mostrados en la tabla 13.

Tabla 13 Componentes del costo

Trabajadores	7
Hora diaria de trabajo	8 horas entre semana (turno normal) 12 horas fin de semana (turno especial)
Días laborables 46 semanas	5 días turno normal (230 días)
Días laborables 46 semanas	2 días turno especial (92 días)
Horas totales de trabajo	12,144
Factor costo	150.00 m.n.

Fuente: Elaboración propia

Mediante el factor del costo, se procede a determinar el monto de los costos ocultos considerando en la tabla de cálculo los elementos siguientes:

- Disfuncionamientos elementales, considerando como base las frases testimonio obtenidas de las entrevistas.
- Causas involucradas de disfuncionamientos, resultantes del análisis del investigador, confrontadas con el personal de la empresa y validadas con la opinión del experto.
- Frecuencia indicada, consistente en el número de ocasiones estimadas en que ocurre el evento no deseado, especificado en razón al tiempo, horas, días, semanas, de acuerdo a cada concepto en particular.
- Detalle de cálculo, operacionalización de la frecuencia señalada multiplicada por el número de casos (personas y/o recursos involucrados) y multiplicada por el factor del costo.
- Detalle por componente del costo, clasificación del costo en relación a las dimensiones y sus componentes.
- Costo total por disfuncionamiento principal o dimensión.
- Idea fuerza.

Teniendo los elementos calculados de las formulas, se procede a realizar el detalle de las expresiones invocadas, la tabla 14 nos muestra algunos de los resultados de la evaluación de costos ocultos del indicador falta de productividad directa.

Tabla 14 Ejemplo de evaluación de costos ocultos, falta de productividad directa

DISFUNCIONAMIENTOS ELEMENTALES	CAUSAS INVOCADAS DE DISFUNCIONAMIENTOS	FREQ. INDIC.	CONSECUENCIAS SOBRE EL PLANO ECONÓMICO							
			DETALLE CALCULO	SOBRE SALARIOS	SOBRE TIEMPOS	SOBRE CONSUMOS	NO PRODUCCIÓN	NO CREACIÓN DE POTENCIAL	RIESGOS	TOTAL
Condiciones y funcionalidad de locales	Inadecuadas instalaciones, incomodidad para desempeñar trabajo, atraso en el trabajo, accidentes de trabajo espacio muy reducido.	Diaria	5 personas *8 horas* 5 días *46 semanas* \$150					1,380,000.00		1,380,000 €
		Fin de semana	1 persona*12 horas *2 días *46 semanas* \$150					\$165,600.00		\$165,600.00
Material: Desabasto de medicamento y material	No surtido de medicamento	Semanal	2 personas* 100 recetas no surtidas por completo*8 horas*46 semanas*\$150				\$11,040,000.00			\$11,040,000.00
		Fin de semana	1 persona*25 recetas*3 horas*46 semanas*\$150				\$517,500.00			\$517,500.00
	Contestar telefono para disponibilidad de medicamentos por causa de desabasto	Diario	2 personas*30 veces al día*3 minutos*8horas*5 días*46 semanas*\$150		\$496,800.00					\$496,800.00
		Fin de semana	1 persona*15 veces al día*3 minutos*12 horas*2 días*46 semanas*\$150		\$74,520.00					\$74,520.00
Material: Falta de mobiliario y equipo de trabajo	Falta de recursos: computadora, internet, impresora, lexicom, etc	Semanal	4 oficios a la semana * 45 minutos por oficio*46 semanas*\$150				\$12,420.00			\$12,420.00
			20 interacciones de quimioterapia*4 horas*46 semanas*\$150		\$552,000.00					\$552,000.00
Molestias: Inadecuadas condiciones de calor y limpieza de instalaciones	No hay ventilación y limpieza no se hace, se tiene que llamar.	Diario	5 personas * 8 horas* 5 días *46 semanas*\$150		\$1,380,000.00					\$1,380,000.00
		Fin de semana	1 persona*12 horas*2 días*46 semanas*\$150		\$187,200.00					\$187,200.00
Ambiente de trabajo:Agresiones por parte de pacientes que surten receta	Insultos y agresiones por no surtir receta	Diario	3 personas*6 insultos*1 minuto*8 horas*5 días* 46 semanas *\$150		\$49,680.00				\$49,680.00	\$99,360.00
		Fin de semana	1 persona*3 insultos* 1 minuto*6 horas*2 días *46 semanas *\$150		\$2,484.00					\$2,480.00
Repartición de tareas: Muchas actividades para una sola persona y falta de seguimiento de actividades	Muchas actividades por hacer, solo enfocadas a las primordiales	Diario	6 personas * 8 horas*5 días *46 semanas*\$150		\$1,656,000.00					\$1,656,000.00
		Fin de semana	1 persona*12 horas*2 días*46 semanas*\$150		\$165,600.00					\$165,600.00

Fuente: Elaboración propia

Una vez hecho el cálculo por indicador y causas económicas se procede a vaciar los datos según lo muestra la tabla 15. Ya que nos indica el proceso de determinación del costo oculto total que se realiza mediante el monto total de cada dimensión y la suma de todas ellas, lo que permite conocer el efecto económico y su impacto por cada tipo (Ver capítulo de resultados).

**Tabla 15 Ejemplo de cuadro de síntesis de los costos ocultos
con indicador y causas económicas**

	SOBRE- SALARIOS	SOBRE- TIEMPOS	SOBRE- CONSUMOS	NO PRODUCCIÓN	NO CREACIÓN POTENCIAL	RIESGOS	TOTAL
AUSENTISMO	-	-	-	-	-	-	-
ACCIDENTES DE TRABAJO	-	-	-	-	-	-	-
ROTACIÓN PERSONAL	-	-	-	-	-	-	-
FALLAS CALIDAD	-	-	-	-	-	-	-
FALTA PRODUCTIVIDAD DIRECTA	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Efecto-Espejo

La primera fase del diagnóstico socioeconómico del área de farmacia se presenta por los consultores al conjunto de personas entrevistadas. Estos resultados se comunican por medio del “efecto espejo”, es decir, la despersonalización al grupo de personas entrevistadas de su expresión espontánea respecto a los disfuncionamientos, se procede a su presentación de manera agrupada y anónima. Para fines de esta investigación se presentaron los resultados en dos sesiones la primera con el director del nosocomio público, el jefe de farmacia y para este tiempo la situación con el subdirector administrativo muestra mejor panorama de colaboración y compromiso y se invita por el director para que este presente en la presentación de los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas. Y una segunda sesión con jefe de farmacia y los empleados del área de farmacia. Durante la presentación se toman notas de las reacciones o comentarios expresados por la audiencia. Su finalidad es que los actores deben reconocerse en esta presentación para provocar el crédito y la confianza necesaria al interventor-investigador que le permitan continuar con el proceso. También permite ponderar las informaciones obtenidas, detectar los mitos, desinformaciones, conflictos, alianzas y una serie de rasgos del grupo que, formando parte de lo no dicho y de lo intangible pero evidenciado de esta manera, dan información muy valiosa a considerar para la elaboración y puesta en marcha del proyecto de mejora.

Como lo muestra la tabla 16 para cada uno de los disfuncionamientos, se ubicó una idea fuerza principal. Se agruparon las diferentes ideas y causas en las diferentes variables de disfuncionamiento y en sus subtemas.

Tabla 16 Efecto-Espejo

CONDICIONES DE TRABAJO	
Condiciones y arreglo de locales	
Las instalaciones son reducidas logrando que la funcionalidad sea inadecuada	<i>(Siempre)</i>
El espacio es muy pequeño, no alcanza el espacio para acomodar el medicamento.	
No hay espacio para archivar, todo está en cajas.	
Al recibir medicamento las cajas no caben, hay que mover las cajas para poder surtir.	<i>(Siempre)</i>
No hay área de recibo para medicamento.	
Nos saturamos de cajas, no hay espacio. Me he caído por causa de cajas en el piso.	
Tengo que ir al baño hasta Consulta Externa y esperarme a que sea mi hora de comida, no hay nadie que me cubra.	<i>(Algunas veces)</i>
Material: Mantenimiento y desgaste	
Medicamentos sin temperatura e higiene adecuadas	<i>(Siempre)</i>
Frascos de medicamentos en malas condiciones por causa de la temperatura.	
Sale mucho medicamento dañado por causa del calor.	
El medicamento no se encuentra en la temperatura adecuada, es muy caliente y la calidad del medicamento se demerita. Solo tenemos dos ventiladores.	
Por ley tenemos que tener una temperatura para que los medicamentos estén condiciones favorables, pero hace mucho calor.	
Medicamentos en las cajas vienen con polvo	<i>(Algunas veces)</i>
Hay polvo en los medicamentos cuando se reciben.	
Desabasto de medicamento, material y suministros de limpieza	<i>(Muy frecuentemente)</i>
Hay faltantes de medicamento, el paciente se enoja y nos insulta.	
Hay deshabasto de medicamento, no hay surtido de Fenitodina por dos meses.	
Falta de material, no hay insumos (jeringas, agujas, batas, etc) tengo dos meses sin suministro.	<i>(Algunas veces)</i>
No surten las etiquetas, una vez en ocho años me enviaron etiquetas y fueron las incorrectas.	
No nos surten suministros para el baño.	<i>(Frecuentemente)</i>
Hasta tres días para que nos traigan papel de baño. Terminamos proveyendo los suministros.	
Falta de mobiliario y equipo de trabajo	<i>(Siempre)</i>
No hay suficientes estantes. Los estantes que hay no están fijos, son un peligro.	
No hay archiveros y no hay espacio para archivar.	
El refrigerador se encuentra fuera de rango.	
No tengo impresora.	
No tengo computadora ni internet.	
El teléfono no sirve.	
No hay teléfono cerca de ventanilla.	
No hay termómetro.	

Fuente: Elaboración propia

Molestias

Falta de electricidad pone en peligro medicamento controlado

(Algunas veces)

Nos cortaron la energía eléctrica, el refrigerador no puede estar apagado, hay medicamento que debe estar refrigerado. Cuando se va la luz hay mucho problemas. No tenemos nada que sustituya la función del refrigerador; no hay hieleras, geles, etc.

Inadecuadas condiciones de calor, olores por remodelación y limpieza en instalaciones

(Siempre)

Temperatura es muy alta, al hacer paquetes sientes sofoco.
No circula el aire, la temperatura se encuentra dos grados más que en el pasillo.
La temperatura no es la adecuada, hemos llegado a 31 grados centígrados, cuando hay medicamentos que deben estar a 25 grados centígrados.
Con las remodelaciones a un lado de nuestra área, utilizaban pintura tóxica y nos mareamos;
tuvimos que cambiar nuestra área de trabajo a Consulta Externa para seguir operando.
Intendencia no viene hacer la limpieza; tenemos que hacer la limpieza nosotros.
Nos nos envían al personal de limpieza, tenemos que hablar constantemente.
No limpian, todos los días tengo hablar que vengan a limpiar, y aun así no vienen; todas las mañanas aparecen cucarachas.

(Algunas veces)

(Siempre)

Ambiente de trabajo

Agresiones por parte de los pacientes crea ambiente de trabajo pesado

(Siempre)

Los pacientes nos agreden mucho.
Los pacientes nos insultan mucho, se molestan cuando no surtimos receta.
Necesitamos un guardia de seguridad, viene mucho indigente, muchos pacientes se ponen muy agresivos.
Los pacientes son muy groseros. Muchos muy agresivos; entendemos su situación por el diagnóstico, otros que son drogadictos, se pone pesada la situación.
Las personas nos dicen muchas groserías, necesitamos un guardia.

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Repartición de tareas

Falta de seguimiento en las actividades y reparto de actividades no da satisfacción

(Algunas veces)

Hay muchas cosas por hacer y nos enfocamos en las necesidades primordiales y las que se pueden cumplir en el momento.
Si cada uno realizara sus actividades correspondientes; ordenara y limpiara su área de trabajo, mis funciones se realizarían más rápido.
Está desordenado, no acomodan los medicamentos, ni cajas, se dejan muchas cosas fuera de lugar.
Se dejan medicamentos en los estantes que tiene similitudes y ocasiona problemas.
Los medicamentos no están por fechas de caducidad.
Nadie se está haciendo cargo del medicamento donado. No hay seguimiento.
Primeras caducidades, primeras salidas. Pero se está recibiendo con fechas de caducidad mezcladas, nos quita mucho tiempo.
No hay igualdad en las funciones de cada uno de los empleados.

(Rara vez)

Retraso en captura de recetas

(Algunas veces)

Hay muchas recetas en las cajas que no han sido capturadas, la captura va lenta.
La captura va lenta, son muchas recetas y no se avanza.

Carga de trabajo

Fuente: Elaboración propia

Falta de personal y herramientas ocasionan conflicto y retraso de actividades operativas Me atraso en mis actividades, no hay personal suficiente. No hay personal, todo se complica; no hay oportunidad de acomodar. Hay mucho trabajo y no hay más personal que pueda hacerlo. Me siento muy estresado. Si yo dejo de hacer una actividad, todo se me acumula. Mis actividades dependen una de la otra. Hacemos una actividad tras otra, todo es muy saturado.	(Siempre)
Conflicto entre una actividad y otra. No nos da tiempo para estar surtiendo y acomodar cajas de medicamento recibido. Las unidades de servicio buscan que se les entregue al mismo tiempo y es imposible. No me da tiempo de llenar bitácoras. El procedimiento de algunos medicamentos es muy tardado y complicado; quita mucho tiempo. El canje de medicamentos se tiene que hacer en horario para surtir medicamentos, si estoy sola, todo se complica. Debo ir sótano para imprimir. Si no me pueden recibir, o si se descompone la impresora, tengo que buscar quien me imprima. Media jornada haciendo la revisión de las indicaciones de las interacciones del producto (pérfil fármaco terapéutico); no tengo las herramientas necesarias para agilizar este proceso.	(Siempre)
Varias recetas para surtir con un solo paciente aumentan la carga de trabajo Hay pacientes que vienen con 3 o 4 recetas, sin datos correctos ni número de póliza, cada medicamento es diferente y se le tiene que poner un sello, nos quita mucho tiempo. Poner el número de póliza y el folio del medicamento cuando el paciente trae hasta 4 recetas y hay que ponerle los datos a todas.	(Varias veces)
Reglas y procedimientos	
Falta de seguimiento en los procedimientos ocasiona pérdida de tiempo Unidades de servicio hacen pedido de medicamentos que no están en existencia. Nos dificulta que algunas enfermeras no den seguimientos en epidemiología.	(Varias veces)
Falta de seguimiento de los pacientes en los procedimientos ocasiona pérdida de tiempo Los pacientes no respetan la fila, se interponen entre un paciente que se está atendiendo. El paciente llega sin póliza, y desde ahí se empieza a regresar. El paciente llega con pólizas vencidas. El paciente no trae póliza, ni copia de la receta cuando es para más de un mes. Los pacientes no respetan las fechas de las recetas que son surtidas hasta 4 meses, vienen cuando quieren y pierden la receta.	(Siempre)
COMUNICACIÓN, CONCERTACION Y COORDINACION	
Transmisión de informaciones	
Falta de información ocasiona carga de trabajo Falta de información, entre semana hay cambios y no se me comunican para aplicarlos a fin de semana. No se pide la información con autoridad, no hay presión para resolución de problemas. Almacén no da respuesta rápida. Todo es no. No hay veracidad y responsabilidad en sus respuestas.	(Varias veces)
3C Vertical	
Falta de comunicación entre el personal y jefes	(Algunas veces)

Fuente: Elaboración propia

No tenemos reuniones, hace falta que la información se comuniqué.
Falta de información de mis beneficios (vacaciones, permisos, etc.) no se me avisa.
No tengo apoyo de mi jefe.

3C Horizontal

Falta de comunicación y coordinación entre las jefaturas de las unidades de servicio

(Muy frecuentemente)

La solicitud de medicamento no se surte a tiempo, la información no fluye, toman mucho tiempo en hacer una solicitud.
No se da seguimiento a solicitud de medicamento.
No responden requerimientos de Farmacia, solo cuando se presentan de forma verbal.
No todas las unidades de servicio están informadas de cómo se surte el medicamento.
No hay agilidad correcta para surtir medicamento. Los departamentos correspondientes no dan respuesta rápida.
No hay presión para resolución de problemas.
No se enfrentan los problemas con las unidades de servicio en especial con los médicos.

GESTIÓN DEL TIEMPO

Respeto de los plazos pactados

Falta de sincronización entre los horarios de farmacia y unidades de servicio

(Muy frecuentemente)

Unidades de servicio llegan los 10 últimos minutos para surtir. Y aunque se les insiste del horario no se hace caso.
Unidades de servicio no cubren el horario para surtir medicamento de colectivos.
Los horarios de especialidades cambiaron, cuando se ajustaron los horarios de farmacia para que estuvieran sincronizados. El paciente se va a quejar con el médico y el médico exige que su paciente obtenga el medicamento, cuando aun no es horario de surtido de medicamento controlado.
Los pacientes no respetan los horarios para surtir los medicamentos.
Los pacientes que vienen por el medicamento de servicios se desesperan mucho.

Tareas mal asumidas

Recetas mal elaboradas por falta de comunicación, coordinación y capacitación

(Siempre)

Las recetas no se hacen bien, no se respetan los lineamientos. Hacen receta personas que no están autorizadas.
Recetas muy mal hechas. Escriben ilegible.
Médicos pasantes nuevos prescriben medicamento con el que no contamos, regresamos a mucho paciente por esto.
Se regresa mucho al paciente por causa de recetas mal hechas.
Letra del médico no está legible y tenemos que regresar al paciente para que el médico vuelva a escribir la receta.
No firma el médico la receta, no traen diagnóstico, nombre del paciente, ni cédula profesional del médico.
Muchas recetas vienen firmadas por otros médicos o pasantes que no estamos enterados, se presta a falsificaciones.

FORMACIÓN INTEGRADA

Adecuación-formación

Falta de horario de capacitación y capacidades profesionales generan dificultades para contratar a personal

(Rara vez)

No se cuenta con un horario específico para capacitar al personal, es de acuerdo a la disponibilidad.
Es un poco difícil la contratación de nuevo personal, porque tiene que ver con la disponibilidad que hay en sindicato y algunos no tienen conocimiento de farmacia ni las capacidades necesarias.
Hay ocasiones que me envían enfermeras de las unidades de servicio sin el debido conocimiento del medicamento controlado.

Fuente: Elaboración propia

Necesidades de formación

Falta una capacitación adaptada para farmacia

(Siempre)

Hay cursos, pero no me han invitado. No tengo cubre-incidencias si me invitan.
Es necesario más capacitación, para aprender asuntos de farmacia. Hay cursos pero no nos invitan a participar.
No podemos ir a capacitaciones, no hay nadie que nos cubra. Las capacitaciones están muy lejos para nosotros.
Necesitamos capacitaciones, no se organizan capacitaciones para nosotros.
Una capacitación constante no tenemos, y hace falta que Farmacia sea mas capacitada.

APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Desagregación y organización de la puesta en práctica

Falta de calidad de las entregas del nuevo proveedor de medicamentos

(Siempre)

El medicamento viene mezclado. Mezclan de diferente tipo de medicamento y con fechas de caducidad distintas.
Cuando se recibe medicamento, la manera en que ligan el medicamento me quita el doble de tiempo.
Cuando se recibe el medicamento es muy tardado, se tiene que contar caja por caja y traen todo desorganizado.
Al momento de recibir el medicamento, se equivocan en los pedidos y nos quitan el tiempo, tenemos que contar dos veces.
No hay un horario específico para recibir medicamento.
Con el cambio de proveedor no hay surtido completo.
Me ha tomado más tiempo el documentar por oficios todas las anomalías de la manera en que surten los pedidos.

Herramientas para la puesta en práctica

(Siempre)

Ausencia de una herramienta informática para la gestión de medicamentos

No hay ningún tipo de control de las salidas del medicamento. No se está dando seguimiento.
Ahora no estamos llevando ningún control de las salidas.
No hay ningún sistema de inventarios.
No llevamos control de los medicamentos, es necesario un software de entradas y salidas (inventario)
Necesitamos un programa, un software que soporte el control de medicamentos y recetas.

Gestión de personal

Insuficiencia de personal

(Siempre)

Más personal con conocimientos en medicamentos.
Más personal capacitado en mis actividades, no hay nadie que me cubra.
Más personal con las capacidades necesarias para desempeñar las actividades, con preparación adecuada.
Solamente somos dos personas atendiendo, no podemos ir al baño.
Por falta de personal tenemos que cerrar temprano y el paciente se enoja.
Hace falta personal. En horas pico todo se junta. Y se hay que recibir los pedidos de medicamento, es un problema.

El departamento se siente poco valorado

(Siempre)

No hacen caso a las necesidades del área de farmacia.
No se cual relevancia tiene mi trabajo. No sé quien lo revisa.
Somos un departamento olvidado. No valoran nuestro trabajo.
Somos un departamento olvidado

Fuente: Elaboración propia

4.2 Costos ocultos

La tabla 17 nos indica el proceso de determinación del costo oculto total que se realiza mediante el monto total de cada dimensión y la suma de todas ellas, lo que permite conocer el efecto económico y su impacto por cada tipo. Permitiendo el análisis con mayor facilidad.

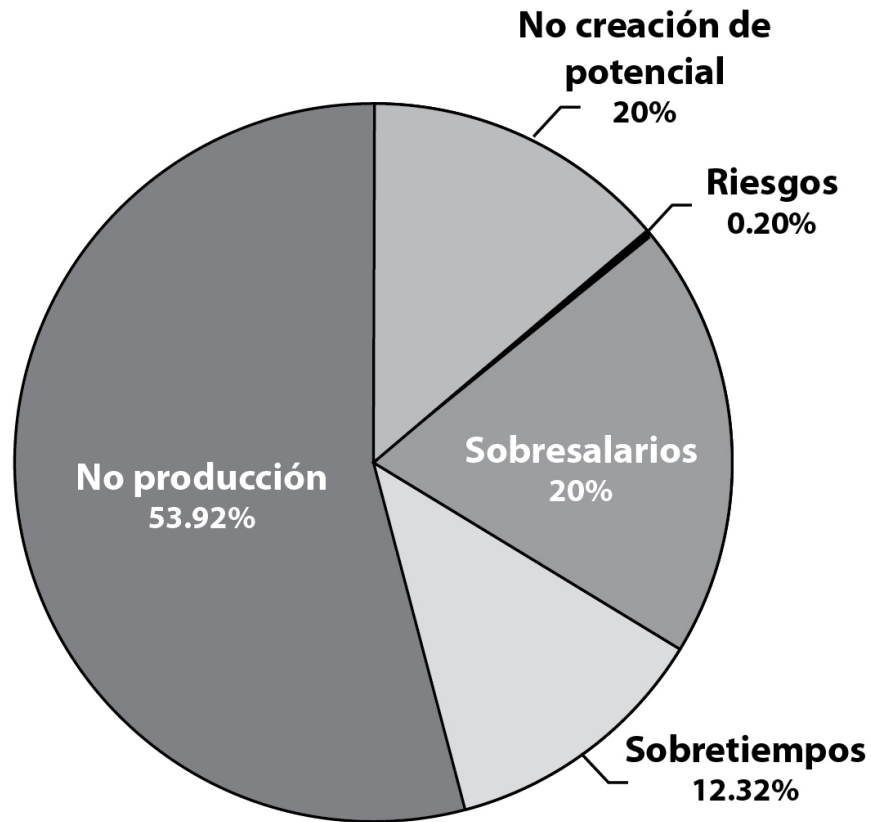
Tabla 17 Cuadro de síntesis de los costos ocultos del área de farmacia

	SOBRE-SALARIOS	SOBRE-TIEMPOS	SOBRE-CONSUMOS	NO PRODUCCIÓN	NO CREACIÓN POTENCIAL	RIESGOS	TOTAL
AUSENTISMO	4,4968,00	-	-	-	-	-	4,968,000
ACCIDENTES DE TRABAJO	-	-	-	-	-	-	-
ROTACIÓN PERSONAL	-	-	-	-	-	-	-
FALLAS CALIDAD	-	96,000	-	-	-	-	96,000
FALTA PRODUCTIVIDAD DIRECTA	-	2,964,613	-	13,391,520	3,367,200	49,680	19,773,013
TOTAL	4,968,000	3,060,613	-	13,391,520	3,367,200	49,680	24,837,013

Fuente: Elaboración propia

La suma total de costos ocultos es de \$24,837,013.00 m.n. al año; dividido por siete empleados, nos da como resultado por año y por empleado \$3,548,145.00 m.n. El resumen de costos por componente permite sobresalir que el impacto de costos ocultos estimados fue de \$24,837,013.00 m.n. representados principalmente en la no producción con \$13,391,520.00 que refleja el 53.92% de costos ocultos, seguido por sobresalarios con \$4,968,000.00 que refleja el 20%, no creación de potencial con \$3,367,200.00 que refleja el 13.56%, la causa económica de sobretiempos se refleja con \$3,060,613.00 con el 12.32%, riesgos con \$49,680.00 que refleja el 0.20%. La gráfica 3 refleja lo expuesto.

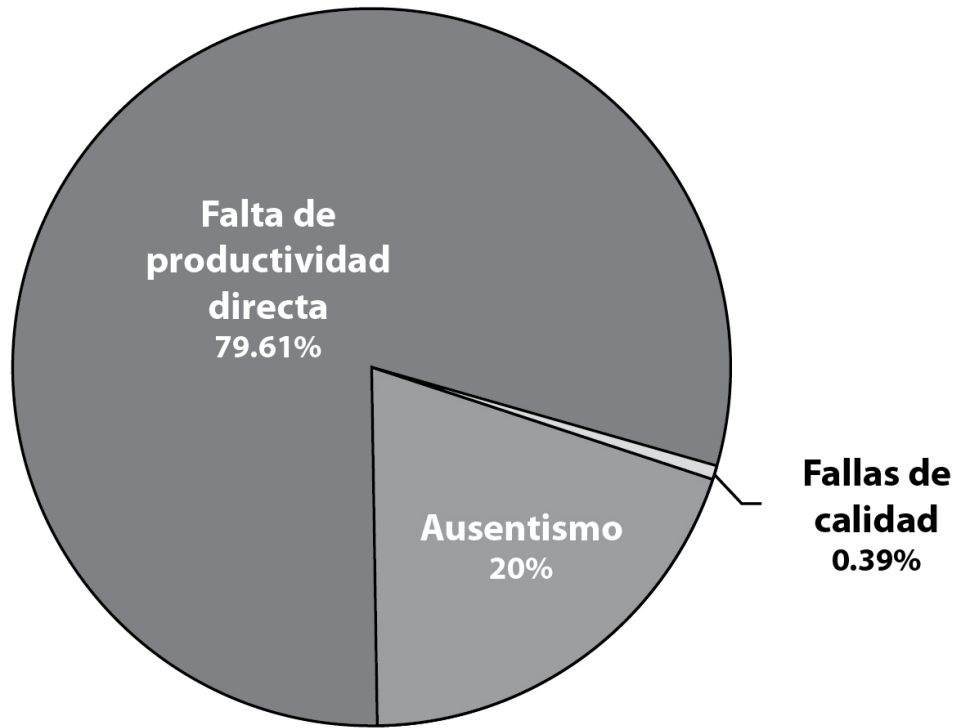
Gráfica 3 Integración porcentual por causas económicas



Fuente: Elaboración propia

El resumen de los costos generados por indicador refleja que tres indicadores son impactados al año, se encuentran descritos de la siguiente manera por la gráfica 4 donde podemos ver que el indicador de falta de productividad directa tiene el mayor impacto con \$19,773,013.00 m.n. que representa el 79.61%, seguido por ausentismo con \$4,968,000.00 m.n. con el 20% y fallas en calidad por \$96,000.00 m.n. refleja el 0.39%.

Gráfica 4 Integración porcentual por indicador



Fuente: Elaboración propia

4.3 Opinión Experto

La opinión experto es la convicción íntima de los consultores sobre los principales disfuncionamientos y las causas profundas (raíces) de los disfuncionamientos. Sus objetivos son 1) Advertir a la empresa sobre los disfuncionamientos prioritarios: puntos que hay que vigilar para conducir acciones de cambio, 2) Señalar de acciones correctivas frente a las cuales la empresa no daría importancia espontáneamente. Tomando en cuenta lo expuesto se procede a jerarquizar el “efecto espejo” donde el consultor identifica los principales disfuncionamientos y los vuelve a formular de manera sintetizada por los seis dominios. Una vez teniendo esto se procede a señalar lo “no dicho”; los disfuncionamientos no explícitamente expresados durante las entrevistas, pero percibidos por el consultor (ISEOR, 2013).

Jerarquización del efecto-espejo

1. Condiciones de trabajo

JEE 1) Las instalaciones son reducidas logrando que la funcionalidad sea inadecuada + condiciones de calor a altas temperaturas + no espacio para acomodar medicamento ni recibir cajas, provoca alto grado de no eficiencia y molestia.

JEE 2) Medicamentos sin temperatura e higiene adecuadas + desabasto de medicamento, y material, afectan directamente la productividad de farmacia e inconformidad de los pacientes que se refleja directamente en las agresiones hacia los empleados.

JEE 3) Falta de mobiliario y equipo (herramientas) + no respuesta en reponer o arreglar, produce retraso en actividades operativas y carga de trabajo.

JEE 4) Falta de suministros de limpieza + no limpieza en instalaciones afecta la efectividad del área de farmacia y provoca molestias.

2. Organización del trabajo

JEE 5) Falta de personal + falta de seguimiento en las actividades, ocasionan solo enfocarse en actividades primordiales, producen retrasos y conflictos, no dan satisfacción y aumentan carga de trabajo.

JEE 6) Retraso en captura de recetas + no herramienta de software para recetas, produce que captura sea lenta.

JEE 7) Falta de seguimiento en los procedimientos de las unidades de servicio y de los pacientes, ocasionan pérdida de tiempo.

3. Comunicación, coordinación y concertación

JEE 8) Falta de información de Seguro Popular y módulos de atención a pacientes + mala transmisión de las informaciones, aumenta carga de trabajo + retraso en atención al paciente + retraso en surtido de receta, crea confusión y enojo.

JEE 9) No comunicación entre el equipo + falta de información de cambios operativos ocasiona carga de trabajo y mala percepción de logros y esfuerzos de los roles del área.

JEE 10) Falta de comunicación y coordinación entre jefaturas de las unidades de servicio + no respuesta a requerimientos y oficios, produce no apoyo al área de farmacia para su operatividad diaria + mala percepción de logros y carencias por parte de las demás áreas del nosocomio + insultos al área por parte de los médicos.

4. Gestión del tiempo

JEE 11) Falta de sincronización entre los horarios de farmacia y unidades de servicio + no respeto de los horarios pactados para surtir medicamento + enojo por parte de las unidades de servicio por no surtir medicamento a sus pacientes, produce carga de trabajo y ambiente de presión para surtir medicamento.

JEE 12) Recetas mal elaboradas + falta de comunicación y coordinación en elaboración de recetas + no cooperación del personal responsable de elaboración de recetas, produce carga de trabajo + retraso en surtir receta + paciente debe regresar a corregir los errores en la receta + molestias y agresiones de los pacientes hacia el área de farmacia + estrés por recibir agresiones e impotencia por no poder ayudar más al paciente.

5. Formación integrada

JEE 13) Faltas de horario de capacitación + ausencia de plan de capacitación + no capacidades profesionales para nuevo personal, aumenta carga de trabajo.

JEE 14) No capacitación adaptada a farmacia + no invitaciones a capacitaciones + no personal que cubra incidencias, ocasiona percepción de olvido y desinterés.

6. Implementación de la estrategia

JEE 15) Falta de determinación clara de responsabilidades del nuevo proveedor + Falta de planeación de entregas y de procedimientos claros, produce fallas de calidad constante en entrega de medicamento y carga de trabajo por inconsistencias señaladas y no respetadas.

JEE 16) Carencia de precisión en solicitudes de medicamento + Ausencia de una herramienta informática y de tecnología para inventario de medicamentos produce aumento en la carga de trabajo + alto porcentaje de desperdicio de medicamentos.

JEE 17) Falta de personal y no respuesta a requerimiento de éste y de necesidades expresadas y no respondidas, generan percepción de no valoración.

Expresión de lo “no dicho”

ND 1) Carencia de unidad de mando en la estructura ocasiona que la responsable del área este acostumbrada a elaborar sus propias estrategias de operatividad y eliminar y reemplazar actividades especificadas en manual de funciones.

ND 2) La falta de comunicación, coordinación y concertación horizontal perturba el ambiente de trabajo y genera desinterés en el mismo.

ND 3) La falta de soportes de información estructurada no solo genera una serie de opiniones subjetivas que dañan la imagen del área sino también la de los mismos miembros del servicio.

ND 4) Falta de herramientas administrativas y de liderazgo en responsable del área,

produce barreras de comunicación en el equipo de trabajo y no integración de las diferentes áreas que conforman el servicio.

ND 5) Falta de personal en el servicio orilla a responsable del área hacer funciones operativas, no tener opción de delegar y abandonar funciones administrativas y directivas.

ND 6) Falta de actitud proactiva y no pesimista para generar relaciones laborales entre el personal, así como con las unidades de servicio.

ND 7) La falta de comunicación entre el equipo y barrera de comunicación entre servicio de entre semana y servicio de fin de semana, así como de elaboración de medicamento de quimioterapia. La diferencia de los diferentes turnos y servicios generan visualizaciones y percepciones distintas del servicio del área de farmacia. Así como conflictos y rivalidades entre los mismos miembros y máxime si el responsable del área propicie esta clase de comportamiento.

ND 8) Falta de canales de comunicación; necesitan establecerse. No se está acostumbrado a hablar ni ser escuchados, solo se tiene la tendencia de comunicarse en tono de agresión. Aún si se le dan las plataformas apropiadas para lograr la comunicación, no las aceptan y tienden a rechazarlas. Desde responsable del área hasta operativos.

ND 9) Tendencia a exagerar situaciones, esto debido a la cultura que impera en el nosocomio para que se de respuesta a los problemas de manera inmediata.

ND 10) Solicitud de permisos a la semana y salidas dentro de horario de trabajo.

ND 11) Falta de planeación, se falla en la obtención de apoyo, medir tiempos, no se da continuidad a los esfuerzos.

ND 12) Falta de inventarios y controles. No hay control de herramientas de ningún tipo en ninguno de los procesos, todo es por estimación. Nula supervisión de actividades y de retroalimentación. Falta de evaluación seria e integral, no conciencia de rendir cuentas. Se genera alto porcentaje de desperdicio de medicamento sin poder tener un impacto real de éste, ya que no se tiene relación alguna.

ND 13) Procedimientos de medicamentos controlados y de cáncer de mama muy lentos y poco eficientes. Aumentan la carga de trabajo y la gestión del tiempo.

Propuestas de canastas de disfuncionamientos

Canasta 1: Mejorar las condiciones de las instalaciones y hacer remodelaciones en el área de farmacia hospitalaria, elaboración de quimioterapia y consulta externa.

Canasta 2: Crear canales de comunicación y coordinación entre subdirección administrativa, área de farmacia y unidades de mando de las áreas de servicio médicas.

Canasta 3: Educar con herramientas administrativas para el desarrollo de liderazgo al encargado del área de farmacia dirigidas a la mejora de comunicación horizontal y vertical.

Canasta 4: Implementar uso de tecnología y software de soporte para manejo de inventarios y elaboración sistematizada de recetas médicas.

Canasta 5: Crear mecanismos para fortalecer módulos de información del Seguro Popular y la función de sus gestores.

Canasta 6: Establecer estrategias encaminadas a la capacitación continua del área de farmacia.

Canasta 1: Mejorar las condiciones de las instalaciones y hacer remodelaciones en el área de farmacia hospitalaria, elaboración de quimioterapia y consulta externa.

JEE 1) Las instalaciones son reducidas logrando que la funcionalidad sea inadecuada + condiciones de calor a altas temperaturas + no espacio para acomodar medicamento ni recibir cajas, provoca alto grado de no eficiencia y molestia.

JEE 2) Medicamentos sin temperatura e higiene adecuadas + desabasto de medicamento, y material, afectan directamente la productividad de farmacia e inconformidad de los pacientes que se refleja directamente en las agresiones hacia los empleados.

Canasta 2: Crear canales de comunicación y coordinación entre subdirección administrativa, área de farmacia y unidades de mando de las áreas de servicio médicas.

JEE 3) Falta de mobiliario y equipo (herramientas) + no respuesta en reponer o arreglar, produce retraso en actividades operativas y carga de trabajo.

JEE 4) Falta de suministros de limpieza + no limpieza en instalaciones afecta la efectividad del área de farmacia y provoca molestias.

JEE 7) Falta de seguimiento en los procedimientos de las unidades de servicio y de los pacientes, ocasionan pérdida de tiempo.

JEE 10) Falta de comunicación y coordinación entre jefaturas de las unidades de servicio + no respuesta a requerimientos y oficios, produce no apoyo al área de farmacia para su operatividad diaria + mala percepción de logros y carencias por parte de las demás áreas del nosocomio + insultos al área por parte de los médicos.

JEE 11) Falta de sincronización entre los horarios de farmacia y unidades de servicio + no respeto de los horarios pactados para surtir medicamento + enojo por parte de las unidades de servicio por no surtir medicamento a sus pacientes, produce carga de trabajo y ambiente de presión para surtir medicamento.

JEE 12) Recetas mal elaboradas + falta de comunicación y coordinación en elaboración de recetas + no cooperación del personal responsable de elaboración de recetas, produce carga de trabajo + retraso en surtir receta + paciente debe regresar a corregir los errores en la receta + molestias y agresiones de los pacientes hacia el área de

farmacia + estrés por recibir agresiones e impotencia por no poder ayudar más al paciente.

JEE 15) Falta de determinación clara de responsabilidades del nuevo proveedor + Falta de planeación de entregas y de procedimientos claros, produce fallas de calidad constante en entrega de medicamento y carga de trabajo por inconsistencias señaladas y no respetadas.

ND 1) Carencia de unidad de mando en la estructura ocasiona que la responsable del área este acostumbrada a elaborar sus propias estrategias de operatividad y eliminar y reemplazar actividades especificadas en manual de funciones.

ND 2) La falta de comunicación, coordinación y concertación horizontal perturba el ambiente de trabajo y genera desinterés en el mismo.

ND 11) Falta de planeación, se falla en la obtención de apoyo, medir tiempos, no se da continuidad a los esfuerzos.

Canasta 3: Educar con herramientas administrativas y desarrollo de liderazgo al encargado del área de farmacia dirigidas a la mejora de comunicación horizontal y vertical.

JEE 5) Falta de personal + falta de seguimiento en las actividades, ocasionan solo enfocarse en actividades primordiales, producen retrasos y conflictos, no dan satisfacción y aumentan carga de trabajo.

JEE 9) No comunicación entre el equipo + falta de información de cambios operativos ocasiona carga de trabajo y mala percepción de logros y esfuerzos de los roles del área.

ND 1) Carencia de unidad de mando en la estructura ocasiona que la responsable del área este acostumbrada a elaborar sus propias estrategias de operatividad y eliminar y reemplazar actividades especificadas en manual de funciones.

ND 3) La falta de soportes de información estructurada no solo genera una serie de opiniones subjetivas que dañan la imagen del área sino también la de los mismos miembros del servicio.

ND 4) Falta de herramientas administrativas y de liderazgo en responsable del área, produce barreras de comunicación en el equipo de trabajo y no integración de las diferentes áreas que conforman el servicio.

ND 5) Falta de personal en el servicio orilla a responsable del área hacer funciones operativas, no tener opción de delegar y abandonar funciones administrativas y directivas.

ND 6) Falta de actitud proactiva y no pesimista para generar relaciones laborales entre el personal, así como con las unidades de servicio.

ND 7) La falta de comunicación entre el equipo y barrera de comunicación entre servicio de entre semana y servicio de fin de semana, así como de elaboración de medicamento de quimioterapia. La diferencia de los diferentes turnos y servicios generan visualizaciones y percepciones distintas del servicio del área de farmacia. Así como conflictos y rivalidades entre los mismos miembros y máxime si el responsable del área propicie esta clase de comportamiento.

ND 8) Falta de canales de comunicación; necesitan establecerse. No se está acostumbrado a hablar ni ser escuchados, solo se tiene la tendencia de comunicarse en tono de agresión. Aún si se le dan las plataformas apropiadas para lograr la comunicación, no las aceptan y tienden a rechazarlas. Desde responsable del área hasta operativos.

ND 9) Tendencia a exagerar situaciones, esto debido a la cultura que impera en el nosocomio para que se de respuesta a los problemas de manera inmediata.

ND 11) Falta de planeación, se falla en la obtención de apoyo, medir tiempos, no se da continuidad a los esfuerzos.

ND 10) Solicitud de permisos a la semana y salidas dentro de horario de trabajo.

Canasta 4: Implementar uso de tecnología y software de soporte para manejo de inventarios y elaboración sistematizada de recetas médicas.

JEE 6) Retraso en captura de recetas + no herramienta de software para recetas, produce que captura sea lenta.

JEE 16) Carencia de precisión en solicitudes de medicamento + Ausencia de una herramienta informática y de tecnología para inventario de medicamentos produce aumento en la carga de trabajo + alto porcentaje de desperdicio de medicamentos.

ND 12) Falta de inventarios y controles. No hay control de herramientas de ningún tipo en ninguno de los procesos, todo es por estimación. Nula supervisión de actividades y

de retroalimentación. Falta de evaluación seria e integral, no conciencia de rendir cuentas. Se genera alto porcentaje de desperdicio de medicamento sin poder tener un impacto real de éste, ya que no se tiene relación alguna.

ND 13) Procedimientos de medicamentos controlados y de cáncer de mama muy lentos y poco eficientes. Aumentan la carga de trabajo y la gestión del tiempo.

Canasta 5: Crear mecanismos para fortalecer módulos de información del Seguro Popular y la función de sus gestores.

JEE 8) Falta de información de Seguro Popular y módulos de atención a pacientes + mala transmisión de las informaciones, produce aumento en la carga de trabajo + retraso en atención al paciente + retraso en surtido de receta, crea confusión y enojo.

Canasta 6: Establecer estrategias encaminadas a la capacitación continua del área de farmacia.

JEE 13) Faltas de horario de capacitación + ausencia de plan de capacitación + no capacidades profesionales para nuevo personal, aumenta carga de trabajo.

JEE 14) No capacitación adaptada a farmacia + no invitaciones a capacitaciones + no personal que cubra incidencias, ocasiona percepción de olvido y desinterés.

JEE 17) Falta de personal y no respuesta a requerimiento de éste y de necesidades expresadas y no respondidas, generan percepción de no valoración.

ND 5) Falta de personal en el servicio orilla a responsable del área hacer funciones operativas, no tener opción de delegar y abandonar funciones administrativas y directivas.

ND 9) Tendencia a exagerar situaciones, esto debido a la cultura que impera en el nosocomio para que se de respuesta a los problemas de manera inmediata.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES

El esfuerzo consciente y organizado del Director del Hospital General de Tijuana y su visión del sector salud, sin duda alguna ha sido el poder latente de este estudio de caso. Una de las propuestas de la Organización Mundial de la Salud es mantener la cooperación con las instituciones de educación superior ya que propicia el autodesarrollo desde una perspectiva de apoyo mutuo, para que coordinados el derecho a la salud de cada uno de los ciudadanos se lleve a cabo bajo las mejores condiciones.

No se puede pensar en seguir avanzando hacia el funcionamiento idóneo en el sector salud, si no se presta la debida atención a su estructura organizacional y operacional, a la cultura de la organización, a su potencial humano, a la tecnología y al servicio de calidad. Se reconoce que hay diversidad en los modelos organizacionales que responden a los distintos referentes culturales que hay en la organización. El problema en el sector salud es la carencia de conducción en los cambios que ha implementado. Hay una carencia en la falta de diseño del cambio estructural y funcionamiento adecuados a ese potencial. Es momento entonces de reconocer qué es lo que se ha generado hace ya doce años atrás, bajo qué condiciones opera el sector salud y a qué precio exigimos que el personal responda a estos cambios. O en su caso, reconocer que lo decidido hace doce años no fue erróneo y que las entidades estatales, en su caso el estado de Baja California tiene las capacidades y especificidades para seguir avanzando hacia las estrategias del sector salud en México y que ha dado respuesta a una de las principales responsabilidades del desempeño del sistema de salud estatal; la rectoría, la gestión prudente y responsable del bienestar de la población.

Compromiso es la palabra hacia las mejoras esperadas. El proceso fue gradual ya que se realizaron dinámicas de búsqueda del conocimiento (ver anexo B en cuanto a la relación de estancias de investigación) para en la marcha poner en práctica las etapas del diagnóstico y de manera conjunta, intervenir y desarrollar de manera efectiva el diagnóstico socioeconómico; parte fundamental de la intervención es la participación activa de los actores. Por ello se recalca que sin el valioso apoyo de los directivos del nosocomio público y la valiosa colaboración y participación de los empleados del área de

farmacia, los resultados hasta ahora mostrados no serían una realidad. Que la visión de la mejora hacia la efectividad y la calidad, sea la premisa constante de su apertura. Logrando así resultados que nos muestren un panorama completo de la complejidad del nosocomio público.

Es importante señalar que la legitimidad del cambio es el rechazo a éste, el modelo de gestión socioeconómico tiene eso, pero en vez de aplicarlo sólo al empresario o a directivos, se aplica a todos. Savall (2015) Todos en la empresa necesitan de ‘coaching’; conducción. Acompañar a las personas para que rindan todo su potencial. Con capital solo no se logra ni solo con tecnología. Se requiere mucho liderazgo ya que su ausencia no sincroniza lo participativo. El liderazgo es escaso, pero se puede formar en el caso de los líderes intermedios, gerentes, directores, supervisores de área.

Estando conscientes que un diagnóstico genera una intervención; en cierto grado un cambio, es bueno señalar que en el transcurso de cada una de las etapas del diagnóstico se refleja este comportamiento, por ello deseo puntualizar uno de los hallazgos generados en la primera etapa de generación de resultados, no se pudo avanzar en la generación de dinámicas internas, acciones concretas que se puedan generar en el nosocomio público, ya que impera una frustración en todos los sentidos, con un pensamiento de impotencia que cubre el techo de cobertura; esta actitud niega la capacidad que a cualquier nivel se puedan desarrollar cambios. Cambios a nivel área, nivel unidad, nivel organización, nivel entorno, nivel sociedad, país, etc. El diagnóstico refleja que hay medidas urgentes que deben ser puestas en marcha, y que no pueden seguir siendo aplazadas.

El proceso de interacción entre las estructuras de la organización y los comportamientos individuales y colectivos son generadores de disfuncionamientos los cuales se ha encontrado que se incrementan en mayor proporción cuando las condiciones del medio ambiente interno como externo son adversas y ejercen fuertes presiones, confrontadas además ante las exigencias de los pacientes. El nosocomio público esta expuesto a un cambio constante que no ha sido planeado del todo por parte de la rectoría estatal y que ha provocado una falta de recursos y donde no hay respuesta a las necesidades diarias

operacionales, que se han traducido en la falta de condiciones de trabajo adecuadas, tanto en espacio, capacidad, funcionalidad y temperaturas adecuadas como para los empleados y al mismo tiempo para los medicamentos, la falta de sistemas de información y tecnologías para manejar medicamentos aumentan la carga de trabajo, así como la falta de mobiliario, equipo y herramientas. *Estos disfuncionamientos invocados contestan la pregunta de investigación ¿qué disfuncionamientos se presentan en el área de farmacia?* Los disfuncionamientos como barreras han impedido el desarrollo mismo de la organización y se ha minimizado su sana evolución. Debido al deterioro de liderazgo en la unidad de mando, la falta de comunicación, coordinación de todas las áreas y falta de personal suficiente y capacitado; de los sistemas y procedimientos de trabajo, dada la carencia de seguimiento de calidad, de falta de supervisión y muy baja capacitación del personal. Estos aspectos permiten validar la hipótesis de la presente investigación *La operatividad del área de farmacia del Hospital General de Tijuana se ha visto afectada por las fallas en los canales de comunicación y decisiones no planeadas entre la jurisdicción dos, oficina central y dirección general del sector salud en Baja California.*

Los disfuncionamientos se extienden entre las diferentes dimensiones afectando las condiciones de trabajo, la organización del trabajo, la comunicación, coordinación y concertación, la gestión del tiempo, la formación integrada y el proceso de implementación estratégica, que han herido la disminución de la eficiencia y que además, generan costos ocultos por la cantidad de \$24,837,013.00 esto *responde la pregunta de investigación planteada de ¿cuáles y a cuanto ascienden sus costos ocultos?* La investigación nos arroja que el grueso de los costos ocultos identificados se encuentra en falta de productividad directa con más de 19 millones de pesos generados al año, los costos ocultos pueden adquirir suma importancia y su reducción requiere que todos los empleados se involucren en la adopción de un método innovador de gestión. La evaluación de los costos y desempeños ocultos acelera el aprendizaje; con el fin de convertir los costos ocultos en valor agregado y mejorar el desempeño económico. Recalco que parte de estos costos ocultos de productividad directa se centran en la poca capacidad que ha generado el nosocomio público de implementar herramientas y programas tecnológicos para desempeñar sus funciones. El poner en marcha esta propuesta generaría reducción considerable de sus costos ocultos y no generaría la

necesidad invocada de insuficiencia de personal y carga de trabajo. Esta puesta en marcha genera en sí la legitimidad del cambio; por lo tanto las herramientas de la gestión socioeconómica proporcionan los medios indispensables para mejorar de modo continuo la organización y el desempeño de la empresa, impulsando la realización de actividades con alta creación de potencial, educando y preparando para la puesta en marcha. La propuesta es educar al personal por medio de aplicar dos herramientas de gestión, que de acuerdo a las causas invocadas se adecuarían a las necesidades del área de farmacia, la primera herramienta “matriz de competencias” para capacitar de manera adecuada a los empleados y permitirles ser más eficientes en sus nuevas actividades, y como segunda herramienta “gestión del tiempo” para eliminar el tiempo invertido en tareas con escaso valor añadido y dedicar más tiempo a acciones de desarrollo (modernización). Con objeto de proporcionar un marco estructurado al proceso de mejoramiento y la aplicación de las herramientas de gestión, es preciso que la dirección tome decisiones políticas y estratégicas.

El área de farmacia es un reflejo de toda la organización ¿En qué año la normatividad y el gobierno estatal decidió castigar a uno de los hospitales públicos más importantes para la población Tijuanaense? El Hospital General de Tijuana estiró la liga hasta ya no estirar más, es imposible seguir castigando a este nosocomio público, es necesario que el gobierno estatal, vuelva su mirada a las necesidades de éste y deje a un lado aquello que en un principio decidieron que fuera el inicio del castigo que ha cobrado vidas, que ha generado que médicos se unan y acudan a los medios para decir -no podemos trabajar; no tenemos material, no podemos ejercer nuestra profesión-. ¿Cual es la necesidad de llegar a estas condiciones? Cuando la rectoría del sistema de salud, es eso, lo recalca la OMS (2015) supervisar la totalidad del sistema, evitando la miopía, la estrechez de miras y el error de hacer la vista gorda ante las fallas detectadas.

BIBLIOGRAFÍA

Chertorivski, S. y Fajardo, G. (2012). *El sistema de salud mexicano: ¿requiere transformación?* México: Gaceta Médica de México.

Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoría general de la administración*. México: McGrawHill Interamericana.

Faria Mello, F. (1995). *Desarrollo Organizacional enfoque integral*. México: Editorial LIMUSA.

French, W. y Bell, C. (1996). *Desarrollo Organizacional: Aportaciones de las ciencias de la conducta para el mejoramiento de la organización*. Washington: Prentice-Hall Hispanoamericana.

Garzón, M. (2005). *El desarrollo organizacional y el cambio planeado*. Centro Editorial Universidad del Rosario, Bogotá.

Gibson, J., Ivancevich, J., Donelly, J., y Konopaske, R. (2006). *Organizaciones, comportamiento, estructura, procesos*. México: McGraw-Hill Interamericana.

González, P. (2012) . *Economía de la transformación del sistema de salud*. México: Gaceta Médica

Guízar, R. (2008). *Desarrollo Organizacional, principios y aplicaciones*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Gómez, et al (2011). *Sistema de salud de México*. México: Salud Pública de México.

Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Education.

Kast, F. y Rosenzweig J. (1988). *Administración en las organizaciones. Enfoque de sistemas y de contingencias*. Washigton: McGraw-Hill.

Kinicki, A. y Kreitner, R. (2003). *Comportamiento Organizacional: Conceptos, problemas y prácticas*. Arizona: McGrawHill.

Kuri, P. y Chavez, C. (2012). *La transformación del sistema y los espacios de la salud pública*. *Gaceta Medica de Mexico* .

Martínez, G., Carrillo, G. y Minsberg, L. (2006). *La dimensión ambiental en el modelo socioeconómico de las organizaciones*. Un estudio de caso en la industria química. Universidad Autónoma Metropolitana: Administración y Organizaciones No. 16,

Narro, J. y Zepeda, C. (2012). La salud en México: antiguos y nacientes desafíos. *Gaceta Medica de Mexico* .

Ortega, A. (2015). *Elemental mi querido consultor*. México: Grupo Editorial Patria

Peñalva, R., A. (2011). Inducción al aprendizaje organizacional en la Universidad Publica para el desarrollo de estrategias de vinculacion con le sector productivo. 137-160.

Robles, O. A. (2010). Modelo digital del grille de competencias del modulo de gestion socioeconomica en el caso de una agencia automotriz de Mexico. *GESTEC* .

Rodríguez, D. (2005). Diagnóstico Organizacional. México: Editorial Alfaomega.

Rojas, R. (2005). *Guía para realizar investigaciones sociales*. México: Editorial Plaza y Valdes.

Savall, H. y Zardet, V. (1996). La dimensión cognitiva de la investigación-intervención: la producción de conocimientos por medio de la interactividad cognitiva.

Savall, H. y Zardet, V. (2006) *Reciclar los costos ocultos durables: La gestión socioeconómica. Método y resultados*

Savall, H., Zardet, V., Bonnet M. (2008). *Mejorar los desempeños ocultos de las empresas a través de una gestion socioeconómica*. Ginebra: OIT.

Savall, H. y Zardet, V. (2009). *Mastering Hidden costs socio-ecnomic performance*. Estados Unidos de América: Editorial IAP Information Age Publishing Inc.

Savall, H. (2011). *Por un trabajo más humano*. Estados Unidos de América: Editorial IAP Information Age Publishing Inc.

REFERENCIAS DIGITALES

Ceballos, R. (2012). *Aproximación socioeconómica en una cooperativa de producción pesquera diversidad y sustentabilidad organizativa*. Revista internacional administración y finanzas. Retrieved from 2015: <http://ssrn.com/abstract=1954045>

INEGI. (2010). *Instituto Nacional de Geografía y Estadística*. Retrieved 2015 from www.inegi.org.mx

ISESALUD (2014). *Secretaría de Salud de Baja California*. Retrieved 2015 febrero from <http://www.saludbc.gob.mx/>

ISESALUD. (2015). *Secretaría de Salud Pública de Baja California*. Retrieved from http://www.saludbc.gob.mx/?page_id=47

OMS. (2000). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved 2015, from Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1

OMS. (2003). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved 2015, from Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/whr/2003/es/>

OMS. (2005). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved 2015, from Organización Mundial de la Salud: Organización Mundial de la Salud

OMS. (2013). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved 2015, from Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

PWC (2014). *Price Waterhouse Coopers México*. Retrieved 2016, from PWC: <http://www.pwc.com/mx/es/industrias/articulos-salud/planeacion-gubernamental.html>

RAE (2016). *Real Academia Española*. Retrieved 2016, from Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=De7qNYD>

Savall, H. (2015). Retrieved from: <http://www.diariosur.es/malaga/201502/23/henri-savall-decirle-alguien-20150223181028.html>

ANEXOS

ANEXO A

Proyecto de Investigación

Para el Área de Farmacia del Hospital General de Tijuana

Nombre: **Plan de efectividad operativa en el área de farmacia.**

Presenta: Olga Cristal Jiménez Toscano
Posgrado de la Maestría en Administración
UABC-FCA Tijuana
09 de Agosto de 2016

Propuesta

Para la toma de decisiones de los directivos del Hospital General de Tijuana (HGT), que afecten positivamente a la operatividad del área de farmacia del nosocomio, es necesario un trabajo que busque crear la mejora continua en su unidad de trabajo, y a su vez mejora en la calidad del servicio.

Objetivo general

Mejorar la efectividad operativa en el área de farmacia del Hospital General de Tijuana, mediante el desempeño laboral y la optimización de los recursos con los que cuenta el nosocomio.

Para alcanzar el objetivo general se proponen los objetivos específicos:

Objetivos específicos

1. Identificar los disfuncionamientos (anomalías) en el área de farmacia que afecten su efectividad operativa.
2. Cuantificar los costos ocultos generados por los disfuncionamientos identificados en el área de farmacia.
3. Preparar e instruir a los responsables del área de farmacia para el uso de una de las herramientas que apoyen la gestión cotidiana, de acuerdo a la necesidad prioritaria del área.
4. Generar propuestas de acción para ser consideradas en la elaboración de estrategias de mejora por los directivos del HGT.

Metodología

La metodología para abordar nuestro objeto de estudio es la del Análisis de Gestión Socioeconómica de las Organizaciones (Savall y Zardet, 1996) que propone un análisis sustentado, principalmente, en un proceso de interactividad cognitiva generado mediante un método de intervención en co-producción con los actores de la organización y a través de la interacción con ellos.

La inducción a una colaboración participativa de actores resulta fundamental para generar la sinergia necesaria para la elaboración de propuestas y la ejecución de acciones conjuntas.

La interactividad cognitiva que se produce durante el proceso de intervención genera comportamientos que es rescatado por el investigador-consultor para configurar un esquema que permitirá una explicación de la realidad del área de farmacia y su relación con las demás áreas.

El método de gestión socioeconómica establece la necesidad de construir la llamada arquitectura de intervención que en forma progresiva y estructural favorece una mayor articulación y coherencia, tanto de la información obtenida como de las propuestas y acciones que surjan del análisis de la misma. Esta arquitectura permite la realización de dos acciones simultáneas y articuladas, una acción horizontal que implica al equipo de dirección y una acción vertical que implica al personal de ejecución operativo-administrativo

De acuerdo a esta metodología, una vez definido el proyecto de intervención, en conjunto con autoridades decisoras y operarias del área de farmacia, e identificados las áreas relacionadas a ésta:

Se aplicarán entrevistas semidirigidas: a miembros del área de farmacia.

Estos resultados se presentarán agrupados, despersonalizados y clasificados en dominios de posible acción, al conjunto de decisores del Hospital General de Tijuana; bajo el supuesto que esto permitirá llegar a la elaboración de propuestas para mejorar la operatividad del área de farmacia.

Prestaciones:

1. **Grupo de conducción:** La realización de este proyecto requiere formar un grupo que lo conduzca. El papel de este grupo es impulsar y dar seguimiento a los trabajos, informándose periódicamente de su avance y asegurar su coherencia respecto a los objetivos del Hospital General de Tijuana. (Anexo1)
2. **Grupo de proyecto:** Lo integran los miembros interesados en aplicar herramientas de acción. Que faciliten el acceso al personal, preparar la orden del día de sus reuniones y aportar la información y orientaciones que garanticen la coherencia de las pistas de solución propuestas. (Anexo 1)
3. **Diagnóstico socioeconómico:** Inventario cualitativo y cuantitativo de los disfuncionamientos organizacionales en el área de farmacia (condiciones de trabajo, organización del trabajo, comunicación-coordinación-concertación, formación integrada, gestión de tiempo y aplicación de la estrategia).

Este diagnóstico se realizará con base en:

a) Entrevista cualitativa:

Entrevistas individuales (1h)

Entrevistas de grupo (2h)

Estas entrevistas de carácter semidirigido se realizan a partir de una guía que permite recabar la expresión espontánea del conjunto del personal. El diagnóstico socioeconómico permite escuchar y recabar la opinión de cada una de estas personas sobre los disfuncionamientos (anomalías, dificultades) que perciben en el área de farmacia, es decir, sobre las diferencias entre el funcionamiento observado y el que considera deseable en seis dominios: condiciones de trabajo, organización del trabajo, comunicación-coordinación-concertación, formación integrada, gestión de tiempo y aplicación de la estrategia. La información así recabada se complementa mediante el estudio de documentos y la observación directa.

El conjunto de estas informaciones se analiza a través del reagrupamiento despersonalizado de las ideas clave de las frases extraídas en las entrevistas, la identificación de expectativas y de las oportunidades del área de farmacia.

b) Entrevista cuantitativa:

Entrevistas individuales dos veces (1 h)

A través del análisis de las entrevistas cualitativas, se seleccionan las anomalías cuantificables que se complementan con entrevistas mas completas y detalladas enfocadas a las personas que tienen relación con las anomalías presentadas en el área de farmacia. Se analiza información y se procede al cálculo del costo de tal anomalía identificada.

Una primera versión del diagnóstico socio-económico del área de farmacia se presenta por los consultores al conjunto de personas entrevistadas. Estos resultados se comunican por medio de los siguientes dispositivos:

El “efecto espejo”, es decir, la restitución al grupo de personas entrevistadas de su expresión espontánea respecto a los disfuncionamientos. Su propósito es facilitar, mediante una imagen estructurada, el reconocimiento a nivel grupal del estado reflejado por los diferentes individuos.

Presentación del punto de vista del consultor, se trata de la síntesis de las ideas-fuerza contenidas en el diagnóstico y de la expresión de lo “no dicho”. Esto lo hacen los consultores. La opinión del consultor servirá como un referente para la reflexión y las recomendaciones que servirán para generar propuestas para la toma de decisiones a los directivos del HGT.

4. Capacitación de responsable para aplicar herramienta de gestión. Los participantes en esta acción se forman en la comprensión de los principios y en la ejercitación en una de las herramientas que propone este enfoque.

Requisitos:

Elementos indispensables para la intervención son:

1. El interés y compromiso de los responsables organizacionales.
2. Determinar quiénes participaran en las entrevistas.
3. La responsabilidad que cada actor tendrá, en particular, la responsabilidad de conducción y toma de decisiones.
4. La socialización de la intención del proyecto.
5. Agenda de trabajo y los tiempos necesarios para que la dinámica del proceso se cumpla cabalmente.

Anexos:

Anexo I Arquitectura del proyecto

Anexo II Producto objetivo, métodos y prestaciones (POMP)

Anexo III Programa indicativo

ANEXO II
Producto Objetivo, Métodos y Prestaciones (POMP)

PRODUCTO OBJETIVO	PRODUCTO MÉTODOS	PRODUCTO PRESTACIONES
- Identificar los disfuncionamientos (anomalías) del área de farmacia que se deben cubrir para brindar un mejor servicio. - Cuantificar los disfuncionamientos para tener una percepción clara y completa del área de farmacia.	- Diagnóstico y análisis, con base en entrevistas cualitativas semidirigidas individuales, que permitan conocer las anomalías del área de farmacia. - Entrevistas cuantitativas: Selección de anomalías cuantificables a completar con entrevistas detalladas para cálculo de costos ocultos.	- Realización de 08 entrevistas individuales (1 hora c/u): con la encargada del área de farmacia, un auxiliar de área hospitalaria, encargada de consulta externa y una secretaria de consulta externa, y a la encargada del área de preparación de quimioterapia. - Entrevistas con los actores relacionados a las anomalías presentadas e identificadas. 2 sesiones de 1 hora c/u.

*Propuesta presentada el día 09 de agosto del 2016 al Director del Hospital General de Tijuana
Por Cristal Jiménez Toscano*

PRODUCTO OBJETIVO	PRODUCTO MÉTODOS	PRODUCTO PRESTACIONES
Instruir a los responsables del área de farmacia para el uso de una de las herramientas que apoyen la gestión cotidiana, de acuerdo a la necesidad prioritaria del área.	- Gestión del tiempo: Ficha de autoanálisis que permite visualizar el tiempo generado en cada uno de las actividades del personal. - Matriz de Competencias: Cuadro sinóptico que permite visualizar las competencias efectivas disponibles de un grupo y de su organización. Permite elaborar un plan de formación integrada particularmente bien adaptado a cada persona y a las necesidades de evolución de la unidad de trabajo.	3 sesiones de animación y asistencia personalizada para la elaboración de las matrices de gestión del tiempo de los integrantes del área de farmacia. Esto se realizará en sesiones de 1 hora con el jefe de área. 3 sesiones de animación y asistencia personalizada para la elaboración de las matrices de competencia de los integrantes del área de farmacia. Esto se realizará en sesiones de 1 hora con el jefe de área.

*Propuesta presentada el día 09 de agosto del 2016 al Director del Hospital General de Tijuana
Por Cristal Jiménez Toscano*

ANEXO B

Relación de Estancias de Investigación en el período 2015-2016

	Estancia corta de investigación	Estancia de investigación	Estancia de investigación	Estancia de investigación
Universidad o Centro de Investigación	Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco	Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco	Instituto de Socio-Economía de Empresas y Organizaciones (ISEOR) centro de investigación asociado a la Universidad de Jean Moulin Lyon 3	Instituto de Socio-Economía de Empresas y Organizaciones (ISEOR) centro de investigación asociado a la Universidad de Jean Moulin Lyon 3
Lugar	Ciudad de México, México	Ciudad de México, México	Lyon, Francia	Lyon, Francia
Período	04-08 de Mayo de 2015	Mes de Marzo de 2016	Mes de Junio de 2016	Mes Octubre 2016
Objetivos de estancia	1. Conocer modelo de gestión socioeconómica a través del uso del acervo bibliográfico. 2. Viabilidad del proyecto de investigación con el modelo de gestión socioeconómica.	1. Avanzar en el proyecto de tesis, a través del análisis de la información y lectura del protocolo de investigación. 2. Conocer las herramientas del modelo de gestión socioeconómica.	1. Participar en primera parte del programa especializado en Gestión Socioeconómica. 2. Aprender a cabalidad e implementar los conocimientos obtenidos de la lectura revisada e investigaciones realizadas.	1. Participar en segunda parte del programa especializado en Gestión Socioeconómica. 2. Mostrar resultados obtenidos al aplicar modelo de gestión socioeconómica.
Logros obtenidos	Traer material bibliográfico para estudiar modelo e información de contactos que aplicaron el modelo.	Análisis del proyecto de tesis, elaboración del proyecto del estudio de caso, presentación del protocolo de investigación de proyecto de tesis, introducción a las herramientas del modelo.	Terminar primera parte del programa especializado, conocer empresas que aplican el modelo.	Terminar segunda parte del programa especializado y obtener certificado del curso especializado en Gestión Socioeconómica de las Empresas y Organizaciones.
Coloquios			6to Coloquio y seminario doctoral internacional organizado conjuntamente por el centro de investigación ISEOR, Magellan, IAE Lyon, Universidad Jean Moulin y las divisiones Organizational Development and Change y Management Consulting de la Academy of Management EEUU.	29 Coloquio de Otoño Innovación comercial: Todos somos vendedores en las organizaciones, organizado por el ISEOR, Universidad Jean Moulin, IAE Lyon.
Ponencias			Propuesta de intervención administrativa desde el enfoque de gestión socioeconómica. El caso de la farmacia del Hospital General de Tijuana.	Dynamique commerciale au coeur du management socio-économique.

Fuente: Elaboración propia

GLOSARIO

Comunicación-Coordinación-Concertación (3 C):

Las 3 C hacen referencia a tres niveles de intercambio de información dentro de las organizaciones. La comunicación se refiere a cualquier intercambio de información tenga o no, carácter profesional. La coordinación concierne los intercambios de información con carácter profesional para realizar una determinada actividad. La concertación significa que los actores se ponen de acuerdo para alcanzar un objetivo de manera sincronizada y programada.

Condiciones de trabajo:

Incluyen las condiciones físicas de trabajo (herramientas y material, entorno del puesto de trabajo), los horarios y el ambiente de trabajo así como los factores de estrés.

Costos y desempeños ocultos:

Se definen como los costos y desempeños que no están registrados (o sólo parcialmente) en los estados financieros de la empresa u organización tales como el balance, la cuenta de resultados, presupuesto y otros indicadores del tablero de pilotaje. Los costos ocultos incluyen las sobrecargas y los costos de oportunidad. Existen cinco categorías de costos ocultos: ausentismo, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, rotación de personal, no calidad y falta de productividad directa. Cada indicador puede medirse a través de seis componentes: sobresalarios, sobretiempos, sobreconsumos, no producción, no creación de potencial y riesgos. Una reducción de costos ocultos constituye un desempeño oculto si no se calcula. Un desempeño oculto consiste frecuentemente en una creación de potencial (por ejemplo, inversiones intangibles que no se han calculado o no se han previsto integralmente).

Creación de potencial:

La creación de potencial se define como el conjunto de acciones que repercuten en los futuros resultados económicos de la empresa u organización, sin incidencias en los resultados inmediatos. Estas acciones incluyen inversiones tangibles e intangibles (por

ejemplo, tiempo invertido en acciones de desarrollo para implementar la estrategia y prevenir los disfuncionamientos).

Diagnóstico socioeconómico:

Determinación y análisis de los disfuncionamientos de la organización surgidos de la interacción entre las estructuras y los comportamientos.

Disfuncionamientos:

Se definen como las diferencias entre los funcionamientos esperados por los actores, internos y externos, y el funcionamiento realmente observado en la empresa. La gestión socioeconómica evita que se produzcan este tipo de diferencias percibidas por los miembros del personal, dirección, clientes, accionistas, etc. Estas diferencias proceden de la interacción entre las estructuras de la empresa y los comportamientos humanos . Existen seis categorías de disfuncionamientos: condiciones de trabajo , organización del trabajo, comunicación-coordinación-concertación, gestión del tiempo, formación integrada e implementación estratégica.

Efecto espejo:

Se trata de una fase específica del diagnóstico en la cual los consultores presentan a la dirección a los mandos medios y luego al resto del personal, las informaciones recolectadas anónima mente en las entrevistas. El cometido de la presentación es ilustrar los disfuncionamientos a través de frases testimonios tal como las expresan los actores. El efecto espejo tiene dos consecuencias:

- La dirección y el personal adquieren mayor conciencia de la importancia de los disfuncionamientos y costos ocultos lo que afecta favorablemente la voluntad de cambio.
- Facilita la aceptación por parte de los actores de la empresa u organización para colaborar con los consultores, al demostrar estos últimos, que habían comprendido los principales problemas y retos de la organización.

Frases testimonio:

Conjunto de frases tal como han sido pronunciadas por los actores, en su lenguaje natural.

Gestión socioeconómica:

La gestión socioeconómica se creó para acelerar el ritmo exigido de transformación de las empresas y organizaciones en un entorno competitivo, con el objetivo de mejorar el desempeño económico y el desempeño social. La hipótesis fundamental radica en que, todo actor puede ejercer un poder no oficial en la organización, ya sea para acelerar o disminuir el ritmo del cambio, lo que acarrea costos y desempeños ocultos. El método socioeconómico se caracteriza por un alto involucramiento de la dirección, mandos intermedios y de todo el personal en el proceso de cambio para el desarrollo de capacidades empresariales. Los beneficios del mejoramiento del desempeño económico conciernen las diferentes partes involucradas como por ejemplo, clientes, personal y accionistas. En el caso de los servicios públicos o de organizaciones sin fines lucrativos, el mejoramiento de los desempeños puede permitir reducir los gastos o cargas tributarias y lograr al mismo tiempo alcanzar los objetivos sociales establecidos.

HORIVERT (método de consultoría HORIVERT):

Consiste en dos acciones complementarias y simultáneas, una acción horizontal (HORI) centrada en los niveles jerárquicos superiores de la empresa o de la organización y ejecutivos, y una acción , vertical (VERT) centrada en los diferentes departamentos y servicios. Implementación estratégica Comprende la elaboración, realización y evaluación periódica de las acciones que permiten alcanzar los objetivos estratégicos internos y externos de la empresa u organización. Estas acciones se reparten verticalmente (jerarquía) y horizontalmente (por proyecto), de manera sincronizada y eficaz. Llevar a cabo esta implementación requiere la formulación y formalización de un plan estratégico coherente y la garantía de disponer de los medios necesarios para su realización tiempo especialmente.

Matriz de competencias:

Esta matriz es una cartografía de las competencias existentes en una empresa y en sus diferentes departamentos. Permite a la dirección y a los mandos intermedios visualizar las capacidades de modo sinóptico, analizar la polivalencia e identificar los aspectos vulnerables de las capacidades para cada operación realizada. Las matrices de

competencias fomenta n la adecuación entre la formación y el contenido del empleo así como el trabajo en equipo. En el método socioeconómico, se definen las competencia s como el conjunto de aptitudes laborales que una persona ha adquirido a través de su formación inicial y continua. Estas competencias sólo son eficaces si se utilizan y desarrollan en un contexto profesional gracias a la restructuración de la organización del trabajo.

No producción:

Se trata de un componente de costos que genera pérdidas de ingresos a la empresa debido por ejemplo, a averías o ausencias que reducen el nivel de producción. El costo de no producción se calcula basándose en el valor añadido (o margen) sobre los costos variables y considerando que la empresa ha de continuar pagando sus costos fijos locales, equipamientos e incluso tiempo improductivo de los asalariados , existe una respectiva falta de recursos.

Opinión Experto:

Explica los principales disfuncionamientos evocados por los actores de la empresa. Aclara los problemas más complejos que afectan frecuentemente a la estrategia interna de la organización.

Organización del trabajo:

Se define como el conjunto de tareas y actividades realizadas en una organización de manera relativamente concreta en contraste con los organigramas y definiciones de funciones teóricas. Incluye la división del trabajo y la organización de actividades de gestión cotidiana y de gestión desarrollo.

Regulación de los disfuncionamientos:

Este término empleado en la gestión socioeconómica, adquiere significado de corrección de disfuncionamientos sin sentido legislativo ni normativo. Un ejemplo puede ser el de un responsable al que se le informa de la ausencia de su colaborador y para compensarlo, recurre a la contratación temporal o a horas extraordinarias de otros empleados. En este

ejemplo de una ausencia determinada, dos tipos de regulación son posibles. El costo del disfuncionamiento dependerá del tipo de regulación por el que se opte entre esas dos alternativas.

Sobreconsumos:

Este componente del costo de disfuncionamiento está vinculado a las diferencias de costos salariales. Corresponde a una actividad realizada por una persona con mayor cualificación y mejor retribuida que la persona que hubiera debido o podido realizar el trabajo en su lugar caso de realización de funciones subalternas o de sobre cualificación.

Sobresalarios:

Este componente de los costos ocultos está vinculado a las diferencias de nivel de salarios, Se producen cuando realiza una actividad un miembro del personal con una retribución más alta que otro empleado que hubiese debido efectuar ese trabajo; por ejemplo, la realización de tareas subalternas.

Sobretiempos:

Es el costo del tiempo dedicado a corregir los disfuncionamientos. Se trata por ejemplo del tiempo perdido en corregir un fallo de calidad. La evaluación de este costo se realiza de la misma manera que para cuantificar la falta de producción, o sea, basándose en su contribución al valor añadido sobre los costos variables.