

VII. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

De manera congruente tanto con los propósitos del Programa Nacional de Salud de 1984-1988, como con las necesidades y restricciones derivadas de los sismos de septiembre de 1985, se han planteado para las áreas de enseñanza e investigación líneas generales de acción orientadas a impulsar la investigación de los problemas fundamentales de salud; fortalecer la coordinación entre instituciones educativas y de salud; promover el fortalecimiento de las unidades de atención médica de primero y segundo niveles de atención, así como racionalizar el uso de capacidad instalada y realizar convenios de coordinación y concertación para proteger y brindar servicios de salud a la población.

Estas líneas son tomadas como base para el desarrollo del presente capítulo el cual comprende dos apartados, el primero, sobre enseñanza, se subdivide para fines prácticos en: a) Formativa y b) Capacitación y adiestramiento, y el segundo, que trata sobre la investigación en salud, donde se realiza una breve descripción de las líneas de investigación básica, clínica y de servicios de salud, prioritarias ante la reconstrucción y reordenamiento de los servicios.

En ambos apartados se brindó atención detallada a la participación de los expertos de las instituciones especializadas en enseñanza e investigación en salud, quienes integraron los grupos de consulta de la Coordinación de Salud, aportando elementos y propuestas en sus ámbitos de acción, que redundarán en un mejor desempeño de la enseñanza e investigación en salud.

Enseñanza

La enseñanza es un proceso debidamente programado, indispensable para la formación y desarrollo de los recursos humanos que deberán operar el sistema de salud, para lo cual se identifican dos grandes tipos de acciones: a) la enseñanza formativa que es una actividad de mediano y largo plazo, basada en programas de las instituciones educativas y cuyo propósito es la formación de personal en las diferentes disciplinas de la salud, especialistas e investigadores y, b) la capacitación o adiestramiento, que constituyen actividades, generalmente de corta duración, cuyo propósito es lograr una mejor adecuación de los recursos humanos que ya trabajan en el sector.

a) Enseñanza formativa.

En el análisis de la operatividad de los planes y programas de enseñanza formativa del área de salud, se ha mostrado la existencia de diversos grados de capacitación en los recursos humanos del sector, con escasa preparación en medicina preventiva, comunitaria y social, situación que permite hacer a continuación algunas consideraciones sobre la formación de recursos humanos en salud.

La formación de recursos humanos para la salud está condicionada por múltiples factores, entre los que destacan por su importancia: la evolución del concepto salud; las necesidades cambiantes de cada comunidad; el retraso en la incorporación de avances en ciencia y tecnología médica, que producen un rezago del educando cuando finaliza su formación.

La situación de la enseñanza de medicina es representativa de la situación existente en las otras áreas, por lo que en esta ocasión se analiza principalmente la formación de recursos de medicina.

La mayoría de los estudiantes no se enfrenta a los problemas que en lo general afectan a grandes poblaciones, a pesar de que se ha establecido, desde 1957, que la enseñanza de salud pública y áreas afines, aplicables en el primer nivel de atención, deben recibir la misma jerarquía académica de las ciencias médicas básicas y de las ciencias clínicas; no obstante lo anterior, sólo el 4.8% de los estudiantes de licenciatura cursan asignaturas en unidades de primer nivel de atención médica, en tanto que el resto, se concentran en unidades de segundo y tercer niveles de atención.

Los planes de estudio para las carreras también tienen una organización distinta según la institución que los imparte, las formas más representativas consisten en asignaturas, módulos y áreas.

La diferente organización propicia además, que los requerimientos de práctica en campos clínicos tengan una distribución diferente, para cada institución.

En consecuencia, la enseñanza clínica en México se ha caracterizado por saturación de algunos campos clínicos, que han originado, un bajo rendimiento académico de los alumnos y concentración de los mismos en áreas asignadas al servicio médico de pacientes, con el consecuente detrimento de la calidad de la atención médica, así como incomodidad e inconformidad tanto de pacientes, como de educadores y educandos.

Se debe tomar en cuenta que dentro de los campos clínicos señalados, se encontraban las unidades dañadas por los sismos de septiembre de 1985.

En lo referente a estudios de postgrado en medicina, de 50 diferentes especialidades, 44 (88%) están bajo la tutela de la UNAM; 5 especialidades por el Instituto Politécnico Nacional (I.P.N.) y 1 en la Universidad Autónoma Metropolitana (U.A.M.).

Es de destacarse que existe una desproporción importante entre aspirantes a residencias médicas y plazas disponibles en unidades de segundo y tercer niveles de atención, tanto para la formación como para el empleo de este recurso.

Se ha señalado que los planes de estudio de postgrado han quedado retrasados con relación a las políticas nacionales de salud, no siendo acordes las actividades académicas propuestas en los planes con las realizadas por los médicos residentes de postgrado y se observa que los residentes destinan la mayor parte del tiempo a la atención de actividades de asistencia rutinaria, descuidando las actividades técnicas y metodológicas de sus programas de estudio (ANEXOS 16, 17, 18, 19, 20 y 21).

b) Capacitación y Adiestramiento

La capacitación y el adiestramiento, como procesos de enseñanza en el sistema de desarrollo de recursos humanos para la salud, incluye tanto al personal médico como al de apoyo técnico y administrativo.

Para su ejecución la Secretaría de Salud tiene establecidos órganos específicos, tanto en la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo como en la Oficialía Mayor, abarcando toda la gama de posibilidades de capacitación y adiestramiento para el desarrollo de personal.

Las unidades operativas de desarrollo de personal están constituidas por la Dirección General de Enseñanza, la Escuela de Salud Pública de México y el Centro de Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos de la S.S.A. Estas instituciones, a través de sus programas, deben proporcionar capacitación inductiva, formativa y escalafonaria a todo el personal; sin embargo persisten algunos factores que han provocado falta de capacitación y actualización, principalmente en unidades del primer nivel de atención de la zona metropolitana y conurbada.

Para la solución de los problemas es necesaria la participación conjunta entre las instituciones de enseñanza técnica y superior y del sector salud, en acciones que vayan desde la promoción de auxiliares, hasta el fomento de la capacitación específica a nivel de postgrado (Anexo 22).

Propuestas para Enseñanza Formativa en el Primer Nivel de Atención.

Las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud y el grupo de trabajo, señalan para el primer nivel de atención, la necesidad de dar mayor prioridad al reforzamiento de la atención a la comunidad, mediante la formación de personal con facultades para capacitar a promoto-

res de salud, que constituyan un elemento de unión importante en la participación comunitaria. Para lograrlo, se pretende aumentar la capacidad pedagógica, el nivel de conocimientos y el interés por las áreas de salud pública, medicina preventiva y medicina social, de los pasantes de medicina y áreas afines que realizan su servicio social.

Se destaca la necesidad de establecer un equilibrio entre los centros de salud de la S.S.A. y las unidades de atención primaria de las instituciones de Enseñanza, ya que los últimos poseen un mayor número de módulos (médico, enfermera, promotor), mayor número de recursos diagnósticos, por su índole docente, para atender a universos semejantes de población.

El Centro de Investigaciones en Salud Pública ha elaborado para el área metropolitana un anteproyecto de docencia e investigación, para su aplicación a nivel de atención primaria basado en la creación de un grupo piloto de atención primaria que combine tres grandes áreas de acción: 1) servicios avanzados de primer contacto, incluyendo urgencias, atención de partos eutócicos (partos normales), información toxicológica y seguimiento y control de padecimientos crónicos; 2) enseñanza, y, 3) investigación clínica, epidemiológica y de sistemas de salud.

También se considera como aspecto importante para el logro de mejores resultados de la enseñanza formativa en el primer nivel de atención, la creación y fomento de cursos de postgrado dirigidos especialmente a éste nivel, donde se incluyen el fomento de estudios de medicina social, salud pública y medicina preventiva, los cuales serán la base de apoyo para incrementar el nivel

técnico mediante la capacitación institucional, esperando que los nuevos elementos formados promuevan a nivel local una mayor participación de profesionales, técnicos y promotores, encargados de la salud y mejoramiento del ambiente.

Entre las primeras medidas a adoptarse se encuentra la elaboración de un censo de campos clínicos, factibles de acceso para las instituciones educativas y la programación desconcentrada de alumnos.

Una de las medidas ya tomadas, desde finales de 1985, por la U.N.A.M., ha sido la modificación en la curricula de la licenciatura de Médico Cirujano y las modificaciones a los programas de postgrado, tendientes a fortalecer la formación académica en el primer nivel.

Así, para la promoción 1986 de post-grado en el área médica, se han autorizado 273 plazas de residentes en especialidades de atención primaria en el Distrito Federal y en las ciudades de Tijuana, Monterrey, León y Toluca.

Propuestas para Enseñanza Formativa en el Segundo y Tercer Nivel de Atención Médica.

En el segundo y tercer niveles, se requiere principalmente una desconcentración de recursos humanos hacia unidades, que teniendo la capacidad técnica instalada suficiente, no han sido aprovechados para la docencia.

La propuesta de zonificación de instituciones de enseñanza formativa en las áreas conurbadas de la Ciudad de México, desconcentra la enseñanza

con el consecuente beneficio para la actualización y capacitación del personal de los centros de salud, quienes tendrían a su disposición y de manera más accesible, los programas académicos docentes.

Asimismo, una mejor coordinación entre las instituciones formativas evitaría el abrumar a las unidades con más de un plan de estudios, eliminando las fricciones académico-administrativas, significando para los alumnos de pregrado mayores oportunidades de práctica directa ante la problemática real con pacientes, así como mayores oportunidades de identificar la importancia y fomentar la operación de la referencia y contrarreferencia en el sistema de salud.

En la medida en que se desarrolle la desconcentración académica de unidades médicas de segundo y tercer niveles, la formación de postgrado podrá paulatinamente brindar a los estudiantes un panorama cultural más amplio y conocimientos técnicos más profundos al participar, en todo momento, en las investigaciones de las unidades en que estén asignados.

Propuestas para Capacitación y Adiestramiento.

Bajo el marco vigente de capacitación y desarrollo de recursos humanos de la S.S.A., la Coordinación Técnica para la Reconstrucción y el Reordenamiento de los Servicios de Salud, en coordinación con las unidades operativas responsables de capacitación, integrará el programa de capacitación y adiestramiento que se requiere para satisfacer, en primer lugar, las necesidades de las unidades hospitalarias de nueva creación y, posteriormente, el sistema de capacitación del personal de

primero, segundo y tercer niveles de atención.

Se contempla también la coordinación operativa, recíproca con las demás instituciones del sector, y en caso necesario con las de otros sectores, para la satisfacción de las necesidades de capacitación en los programas de reconstrucción de nivel sectorial.

El Programa incluye la capacitación inductiva dirigida a todo el personal, con la finalidad de concientizarlo sobre la importancia, ubicación y organización de los distintos servicios de la unidad a la que se incorporan, tanto para el personal de nuevo ingreso a la institución como para el ya existente.

Además, se contempla la capacitación formativa, para lo cual en la S.S.A. se ha proyectado a partir de marzo, la formación de directivos para los nuevos hospitales, que corresponden a un programa de capacitación coordinado por el Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP), la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), y el Centro de Capacitación y Desarrollo de la SSA, con objeto de formar los cuadros directivos médicos y administrativos, de enseñanza y capacitación, y de enfermería, que garanticen una administración eficiente y de elevada calidad de los servicios, que requieren los nuevos hospitales. Para 1986, ésta será reforzada por las investigaciones administrativas y de daños a la salud del CISP y por el sistema de cursos de educación médica continua de la ESPM.

La capacitación formativa del personal técnico médico de las demás áreas, será promovida por la Dirección General de Enseñanza, tomando en cuenta también la participación de las asociaciones

médicas y colegios profesionales de prestigio, que participen por voluntad propia en los programas de capacitación continua del personal médico y paramédico.

Se establecerá la vinculación y coordinación necesarias con la Oficia Mayor de la S.S.A., quién ya dispone de un programa de capacitación administrativa continua para el personal, inductiva, escalafonaria y formativa.

La reconstrucción y reordenamiento de los servicios de salud en la zona metropolitana de la ciudad de México, facilitará el desarrollo de este tipo de acciones, con base en los acuerdos sectoriales e intersectoriales, ya que con el desarrollo de la infraestructura se podrá contar con la participación coordinada de las unidades de todos los niveles, dentro de un sistema integral e idóneo, con lo que se obtendrán mejores resultados en la formación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos para la salud, lo que redundará en servicios de mejor calidad.

Investigación

La investigación en salud, tanto en su modalidad básica como en la aplicada, no puede ser suspendida en situaciones críticas, por el contrario, se debe promover su incremento, ante la escasez de recursos y la necesidad de aumentar la eficiencia, tanto de los servicios como de los procedimientos.

En el análisis de 3,821 proyectos de investigación de los últimos años, realizados por las instituciones de salud y las de enseñanza e investigación, los resultados fueron los siguientes:

TIPO DE INVESTIGACION	No.	%
Investigación Sociomédica	576	15
Investigación Básica Médica	1 372	36
Investigación Clínica	1 414	37
Otras Areas	459	12

El 88% de estos proyectos se desarrollaron en el D.F.; sólo dos de cada 10 trabajos, se hicieron en Entidades Federativas del interior del país.

El 10% del total de los proyectos sociomédicos, trataron acerca de la "Investigación Operacional de los Servicios de Salud", esto representa, que sólo el 1.5% del total de investigaciones, (biomédica, clínica, ambiental, biotecnológica, de alimentos, etc.) se enfocaron a proponer medidas de solución a los problemas operativos del Sector Salud.

Ante esto el grupo de consulta sobre investigación instituido por la Coordinación de Salud, recomendó dirigir los esfuerzos de investigación en salud en su aplicación clínica, hacia las enfermedades crónico-degenerativas, neoplasias y nutrición; la investigación básica a la farmacología clínica, la inmunología, geriatría y reproducción humana; la investigación epidemiológica en sus campos clínicos, de crecimiento y desarrollo; enfermedades mentales y contaminación ambiental; y la de servicios de salud relacionados con la planeación-evaluación de servicios, basados en la eficiencia de los mismos.

También determinó la conveniencia de realizar prioritariamente, investigaciones de salud pública a fin de identificar con mayor precisión, los problemas que enfrenta el fortalecimiento de la atención a la salud en la zona metropolitana y

disponer así, de bases más sólidas para el incremento de la calidad, accesibilidad y cobertura en la atención integral de la población abierta.

El componente de investigación definido, incluye las siguientes líneas de acción: a) Organización y dirección de servicios de salud; b) Organización social y atención primaria de la salud; y c) Calidad de la atención. Cada una de estas líneas desarrolla proyectos de investigación interdisciplinaria que, en conjunto, permitirán un enfoque integrado sobre la realidad de los servicios de salud.

Propuestas para el Desarrollo de la Investigación en Salud

Las políticas en investigación, según recomendación del grupo de consulta, deben acompañarse del aparato organizativo y funcional suficiente, con reordenamiento, tanto cuantitativo como cualitativo, de las concepciones hasta ahora ejecutadas.

El reordenamiento debe partir de un gran impulso a la investigación en los tres niveles de atención médica, con énfasis en la de primero y segundo niveles, poco desarrollados en la actualidad.

Debe iniciarse con el establecimiento y operación de convenios entre las instituciones de enseñanza e investigación y las entidades del sector salud, unidas a la creación de plazas de investigación de campo.

La Investigación en el Primer Nivel de Atención.

En el primer nivel de atención, el Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP) y la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), han realizado proyectos para implantar unidades de trabajo de campo en los Centros de Salud de la S. S. A. y en los proyectos policlínicos del CISP; a su vez la UNAM desarrolla investigación administrativa y epidemiológica, a partir de sus unidades de atención primaria desconcentradas de las ENEP Zaragoza, e Iztacala (Clínicas Universitarias de Atención a la Salud Integral).

La Investigación en el Segundo Nivel de Atención.

La investigación debe realizarse por grupos multidisciplinarios, sin perder de vista la incorporación de comités epidemiológicos en cada unidad de segundo nivel, que intercambien información y conocimientos con los investigadores y personal del primer nivel de atención, bajo la adecuada coordinación de la jurisdicción sanitaria.

En las unidades de segundo nivel de atención la participación de ESPM y del CISP, se encuentra vinculada al Programa de Educación Avanzada en Organización y Dirección de Servicios de Salud (PROASA), en sus aspectos de investigación administrativa aplicada a los niveles de atención y los programas de postgrado en administración de hospitales de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM.

En el aspecto clínico, el segundo nivel mantendrá líneas operativas de investigación bajo la

coordinación rectora de los Institutos Nacionales de Salud y demás instituciones de tercer nivel, propiciando con ello la investigación multidisciplinaria.

La multidisciplinariedad debe acompañarse además del apoyo logístico administrativo adecuado, para lo cual se ha sugerido la creación de las unidades de investigación en las jurisdicciones sanitarias, así como en hospitales que incluyan unidades metabólicas o farmacológicas; sistemas de control de calidad para laboratorios y gabinetes; bioterios para experimentación; archivos de investigación actualizados-computarizados y pabellones y consultorios específicos en las unidades médicas.

La Investigación en el Tercer Nivel de Atención.

Los organismos en los que se lleva a cabo la atención de tercer nivel, no sólo representan la posibilidad de poner al servicio de la población la más compleja tecnología y atención médica, sino también deben considerarse, como centros que participan decisivamente en la formación de recursos humanos del más alto nivel dentro de la ciencia médica y son, asimismo, las entidades rectoras de la investigación básica y clínica que tiene estrecha relación con los diversos problemas de salud del país.

En el aspecto clínico-epidemiológico, la participación de todos los residentes de postgrado en las investigaciones, ha de fomentar el incremento y la calidad de las mismas, con posibilidades de obtener financiamiento extrasectorial, ya sea nacional o del extranjero.

El grupo de trabajo opinó que las unidades de investigación deben ser independientes del área médica y contar con cuerpo administrativo propio y dependencia funcional del área de enseñanza e investigación, la cual a su vez deberá tener el apoyo de un comité de vigilancia ética para investigación en humanos y en animales, y de comités técnicos de evaluación de proyectos, cuya función, sea asesora de la unidad de investigación.

Las líneas de investigación no deberán ser limitadas, tratando de evitar la duplicación de esfuerzos a través de una correcta clasificación y actualización permanente de catálogos de investigación.

Es preciso señalar que la actividad interinstitucional se debe ejercer muy dinámicamente entre las distintas unidades hospitalarias de este nivel; coordinar las de segundo nivel e intersectorialmente, concertar convenios con otros centros de investigación, para optimizar de manera coordinada la investigación en el país.

VIII. SISTEMA DE PROGRAMACION, EVALUACION, CONTROL Y SUPERVISION.

El propósito fundamental de la administración es responder con eficacia, eficiencia y efectividad a las exigencias derivadas de la reconstrucción y reordenamiento de los servicios de salud en el Distrito Federal y su zona conurbada; para lograrlo es fundamental que estos servicios cuenten con un sistema de programación, control, evaluación y supervisión dinámico, que les permita desarrollar sus acciones conforme se experimenten cambios en las necesidades de la población de responsabilidad de cada nivel de atención, dentro de un proceso de planeación uniforme e integral de la atención a la salud.

El sistema de programación, control, evaluación y supervisión debe instrumentarse en las unidades como un proceso organizado en la aplicación de métodos y procedimientos que les permita obtener sus propósitos con el mínimo de medidas aleatorias; por lo que el sistema, debe responder a las siguientes premisas:

- La proyección uniforme y objetiva de la infraestructura de la unidad, en el corto, mediano y largo plazo, de acuerdo a indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad.
- El desarrollo de normas técnicas de aplicación uniforme en toda la unidad y en el sistema de servicios.
- La normalización de las necesidades de insumos en recursos humanos, materiales, equipo e instrumental, en unidades reales y financieras.

- La formación y desarrollo del personal profesional, técnico y administrativo de acuerdo con las necesidades reales de la unidad de atención.
- La implantación de mecanismos para otorgar servicios de salud uniformes e integrales en la unidad de atención.
- El desarrollo de indicadores homogéneos y comparables para retroalimentar programas y corregir desviaciones en forma oportuna y veraz.

La programación comprende las fases de formulación, presupuestación e implantación de los programas de salud que se deben desarrollar, según la normativa del sistema de servicios en que están inmersas las unidades; por lo que, de la programación debe obtenerse el Programa Operativo Anual de la Unidad, el que expresa en metas específicas los objetivos de mediano plazo, con la precisión de los instrumentos y acciones a realizar, con lo que se explicitan los medios para dar respuesta a las necesidades de la población del área de responsabilidad de la unidad.

El control debe comprender las tareas o actividades necesarias para lograr una oportuna detección de desviaciones, que coadyuvan en la corrección pertinente, tanto en la instrumentación como en la eficacia de las acciones; por lo que, su ámbito de acción se efectúa durante la ejecución de las acciones, teniendo como base la normatividad técnica y administrativa de los programas.

La evaluación se refiere al proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y medicio-

nes sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo a los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos, para retroalimentar el sistema y racionalizar así, la toma de decisiones a lo largo de las etapas que conforman el proceso de planeación.

La supervisión comprende las tareas necesarias para el control directo de las acciones, para lo que se requiere sea alimentado por los resultados del control y la evaluación, a fin de que en el sitio de la ejecución de los programas se efectúen, mediante la asesoría y el adiestramiento en el servicio, la corrección de las desviaciones técnico-administrativas encontradas; la supervisión tiene como característica básica la dependencia jerárquica del personal supervisado.

En consecuencia, un sistema de programación, control, evaluación y supervisión, es de importancia fundamental para el funcionamiento eficiente y eficaz de las unidades de atención a la salud, ya que los objetivos y responsabilidades de las mismas varía según el nivel de complejidad en que se muestran ubicadas y las condiciones de vida de la población de su responsabilidad, como se ha presentado en los capítulos de este programa.

En el centro de salud, el equipo interdisciplinario (médico, enfermera, promotor), deben realizar la programación de sus actividades con base en las necesidades de la población, con el propósito de tener un cambio positivo en el estado de salud de la misma, para lo que se requiere en una primera instancia, elaborar un diagnóstico de la situación de salud del área de su responsabilidad, efec-

tuando un estudio dinámico, que cubra un período no menor a cinco años, a fin de identificar la evolución de la población.

Para la determinación de las acciones prioritarias, el equipo identificará la productividad de los recursos de salud del área con la normatividad existente, con el objeto de cuantificar el tipo y número de servicios factibles de otorgar a la población, de esta forma, la programación a nivel local permite la utilización racional de los recursos, para la solución de la problemática en salud de su área de responsabilidad, en forma específica.

En el proceso de control se efectuará el cumplimiento en la ejecución y desarrollo de actividades del programa, así el equipo interdisciplinario y el nivel directivo deberán verificar que el cumplimiento de las metas se realice en el tiempo estimado, conforme a las normas establecidas en la prestación de los servicios, aplicando las actividades de control a todos los subprogramas y servicios que se otorguen a la población, así como la utilización eficiente de los insumos, (como es el caso de los biológicos, medicamentos, material de curación y material de oficina, entre otros), detectando oportunamente las desviaciones.

La evaluación de actividades se debe efectuar en forma periódica y sistematizada, para que el nivel directivo y los prestadores de los servicios valoren la propiedad, congruencia y adecuación de los objetivos, políticas, metas y previsiones; así como la eficiencia, eficacia y efectividad de los resultados del programa operativo, identificando el cumplimiento de las metas y sus desviaciones; por medio del criterio de eficacia, la cuantificación del grado de utilización de los recursos; mediante la aplicación del criterio de eficiencia, a fin de cono-

cer la productividad de los recursos, en relación a los indicadores preestablecidos. De esta forma, se identificarán las causas del cumplimiento o desviación en la ejecución y resultados de las actividades programadas

Asimismo, la evaluación se analizará utilizando el criterio de efectividad, observando si los cambios obtenidos en el perfil de salud de la comunidad, son debidos a las acciones efectuadas y si corresponden a los objetivos comprometidos por el centro de salud.

Con la evaluación integral del programa operativo, el equipo de salud dispondrá de los elementos mínimos necesarios, para la retroalimentación objetiva de los nuevos ciclos de programación en su área.

A través de la supervisión se efectuará la verificación en el cumplimiento de las normas técnico-administrativas en el desarrollo de las acciones y la asesoría en el campo, para la corrección de las desviaciones detectadas durante el control y la evaluación. La supervisión debe realizarse inicialmente por el nivel directivo del centro de salud hacia los servicios que conforman la unidad, y estos a su vez, a los equipos interdisciplinarios, prestadores directos de la atención a la población. Esta actividad se realizará en forma periódica y sistematizada de acuerdo a guías de supervisión específicas para cada campo de atención, lo cual facilitará la comprobación del cumplimiento de las normas y procedimientos en el otorgamiento de los servicios.

De esta forma, al supervisar los servicios, se van determinando los apoyos necesarios para que se cumpla con las actividades y al mismo tiempo se

vigila que se proporcionen servicios de salud de buena calidad.

En el hospital general la programación se inicia de la misma forma, a partir de un diagnóstico de salud que comprende aspectos más genéricos de la población y su entorno socio-económico, ya que las actividades de promoción y prevención de la salud son mínimas en relación a las actividades curativas, de rehabilitación y enseñanza; sin embargo, en el diagnóstico se precisará la magnitud de la población de responsabilidad y sus principales características de crecimiento y su distribución. Deberá conocerse la magnitud de los daños, identificando las causas de mortalidad y morbilidad que requieren de la atención de segundo nivel. El conocimiento de las condiciones ambientales y de desarrollo socio-económico permitirán las acciones de atención curativa, de rehabilitación y de enseñanza.

Para la determinación de objetivos, metas y estrategias del programa operativo, se debe definir claramente el apoyo que se proporcionará a las unidades del primer nivel de atención del área de influencia establecida, con el objeto de efectuar una integración programática en base a indicadores de demanda, tanto para los servicios ambulatorios como de hospitalización, a fin de efectuar una previsión objetiva y racional de los recursos, que permitan brindar a la población los servicios requeridos con criterios de eficiencia y eficacia.

La evaluación de actividades se realizará para la unidad y su relación con el sistema y por departamento, con la participación del nivel directivo y de los prestadores de los servicios, tanto del área de servicios sustantivos como del área de complemento y apoyo; este proceso se debe apli-

car en forma periódica y sistemática para tener elementos de juicio y poder emitir en forma objetiva una valoración del proceso y de los resultados de las acciones que se desarrollan en el hospital.

La evaluación por departamento o servicios permitirá conocer los logros en cuanto a cumplimiento de metas y el rendimiento de los recursos con la aplicación de los criterios de eficacia y eficiencia. Para un mejor conocimiento de los avances del programa se deben realizar cortes en forma mensuales, trimestrales y anuales. El impacto de las acciones de salud se establecerá con la utilización del criterio de efectividad, la cual se realizará anualmente, para conocer los resultados en cuanto a las tasas de mortalidad y morbilidad hospitalaria y su incidencia en el estado de salud de la población en el área de responsabilidad.

Los resultados de la evaluación se utilizará para retroalimentar la programación operativa, que permita la racionalización de los recursos disponibles

La supervisión en el nivel hospitalario representa el mecanismo inmediato para vigilar en forma continua el desarrollo de las actividades de cada servicio, conforme a las normas establecidas y estará a cargo del directivo de la unidad y de los responsables de cada servicio sustantivo o de apoyo administrativo.

La supervisión efectuada en forma periódica y sistematizada con guías específicas, permitirá detectar omisiones o desviaciones que pueden solucionarse de inmediato con asesoría y capacitación en servicio, evitando la repetición continua de deficiencias que deterioren el funcionamiento de la unidad.

Con los resultados de la supervisión, el nivel directivo del hospital dispondrá de elementos suficientes para hacer los ajustes y adecuaciones a la normatividad en ejecución de las acciones sustantivas y en la gestión administrativa de los servicios de salud que brinda la unidad hospitalaria.

En síntesis, el nivel local tiene un papel preponderante en la programación, ejecución, control y evaluación de la planeación de corto plazo, ya que:

- Debe efectuar los estudios de confrontación con la coyuntura socio-política del área poblacional de su responsabilidad, realizar pruebas de validez, factibilidad y viabilidad de: programas, metas, actividades, productividad, normas y procedimientos.
- Es la fuente básica de: innovaciones técnicas y administrativas, conocimientos de características, actividades, necesidades y aspiraciones de la comunidad, así como de sus problemas de salud y los factores de riesgo.
- Es el punto de partida para la proposición de estrategias de ataque a problemas de salud y de recursos, la administración de servicios y la organización de la comunidad y la participación social.

Todo lo anterior debe efectuarse mediante un proceso de prueba y error controlados y de participación capacitante, que permita el desarrollo del principio de aprender haciendo y evaluando, con que debe contar toda institución de atención a la salud.

EL GASTO

IX. COSTO Y FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA DE RECONSTRUCCION Y REORDENAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Costo del programa

El costo del Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud se ha calculado tomando como base las estimaciones

presentadas por las instituciones del Sector Salud y por los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, por lo que es necesario tomar en cuenta que el costo puede variar durante la ejecución del programa, ya que está sujeto a factores como la inflación, el deslizamiento de la moneda, a la ubicación y al tipo de obras que se contemplan.

Se estima que el costo del programa, en el mes de abril de 1986, es de 163,983.9 millones de pesos, distribuidos por institución y dependencia en la siguiente forma:

<hr/>	
SERVICIOS A POBLACION ABIERTA	
Secretaría de Salud	46 958.9
Departamento del Distrito Federal	20 142.0
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	5 306.0
subtotal:	<hr/> 72 406.9
SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL	
Instituto Mexicano del Seguro Social	62 502.0
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	29 075.0
subtotal:	<hr/> 91 577.0
TOTAL	<hr/> 163 983.9

(Anexos:24, 25, 26, 27 y 28)

Criterios de Financiamiento

Siendo el Fondo Nacional de Reconstrucción una fuente especial de financiamiento, que se ha integrado con las aportaciones de los mexicanos y de la comunidad internacional, la Secretaría de Salud con la finalidad de racionalizar y dar transparencia a los recursos destinados a la reconstrucción, ha establecido directrices de asignación de los recursos provenientes del Fondo, atendiendo tanto al imperativo de reposición de la infraestructura dañada como a las prioridades de reordenamiento, desarrollo, modernización, calidad y eficiencia de los servicios. Dichos criterios son:

- Reponer la infraestructura dañada susceptible de rehabilitarse;
- Reconstruir o construir servicios ubicados en la zona metropolitana de la Ciudad de México, principalmente los destinados a la atención de la salud de la población abierta;
- Apoyar proyectos que representen un reordenamiento de los servicios y su descentralización, para acercarlos a la población, cuyo marco sea el Programa Nacional de Salud y basados en el Modelo de Servicios de Salud, conforme a estudios locales de regionalización y escalonamiento, y
- Favorecer la integración de los servicios de salud para población abierta en el Distrito Federal

En el caso de los servicios de salud para población abierta, su desarrollo estará modulado en base a las disposiciones presupuestales del país y se financiará con el concurso de las siguientes fuentes:

- Fondo Nacional de Reconstrucción,
- Crédito especial del Banco Interamericano de Desarrollo para la Secretaría de Salud;
- Presupuesto ordinario de las dependencias e instituciones;
- Donativos con destino específico, no canalizados a través del Fondo Nacional de Reconstrucción;
- Recursos a cargo de la partida para reconstrucción prevista en el Presupuesto de Egresos de la Federación;
- Crédito normal del Banco Interamericano de Desarrollo para plena cobertura de la población abierta, según el programa de retención de la demanda en estados aledaños al D.F.; y
- Utilidades de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública

El financiamiento de los programas de reconstrucción y reordenamiento de las instituciones de seguridad social se cubrirán con cargo al Fondo Nacional de Reconstrucción, recursos propios, donativos y asignaciones de la partida para reconstrucción existentes en el Presupuesto de Egresos de la Federación y, en su caso, con recursos provenientes de crédito que contraten.

Propuestas de Financiamiento

RECURSOS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION ABIERTA

Para el desarrollo del Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de la Secretaría de Salud se tendrán las siguientes fuentes de financiamiento:

- Fondo Nacional de Reconstrucción y donativos especiales para la construcción y el equipamiento de los 6 hospitales generales de 144 camas cada uno.
- Recursos especiales que proporcione la Secretaría de Programación y Presupuesto para las obras de habilitación y rehabilitación.
- Presupuesto normal de la Secretaría de Salud y crédito externo del programa normal del Banco Interamericano de Desarrollo para la construcción de la red hospitalaria que constituye el anillo de retención en estados circunvecinos al Distrito Federal, en Guerrero y Oaxaca.
- Utilidades de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, para la construcción del nuevo Hospital "Benito Juárez"

Los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal financiarán su programa con el apoyo del Fondo Nacional de Reconstrucción y con los recursos de su presupuesto normal.

Se estudia la posibilidad que con cargo a la partida especial de reconstrucción del Presupuesto de Egresos de la Federación, la Secretaría de Programación y Presupuesto apoye la ejecución del programa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

RECURSOS PARA LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha recibido recursos provenientes del Fondo Nacional de Reconstrucción para cubrir, principalmente, el costo de las demoliciones y la recuperación de instalaciones y equipo en el Centro Médico Nacional, para iniciar la construcción del nuevo Centro Médico, para reparar 139 unidades y para consolidar el anillo de retención.

Las obras de habilitación y rehabilitación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado tienen como fuentes de financiamiento los recursos de la partida para reconstrucción prevista en el Presupuesto de Egresos de la Federación y el Fondo Nacional de Reconstrucción. Con los recursos del Fondo también se apoyará la construcción de una unidad hospitalaria.