



SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL



**UNIVERSIDAD
PEDAGOGICA
NACIONAL**

**PROGRAMA ESTRATEGICO DE TITULACION PARA LOS
EGRESADOS DE LA LICENCIATURA ESCOLARIZADA PLAN 1979,
UNIDAD AJUSCO**



OPCION : RECUPERACION DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

**ESTUDIO ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA "LA SALUD
EMPIEZA EN CASA", DEPENDIENTE DE LA COORDINACION
DE SALUD FAMILIAR DE LA DIRECCION DE SERVICIOS
DE SALUD PUBLICA DEL D.F.**

**Tesina presentada para obtener el titulo de :
*LICENCIADO EN ADMINISTRACION EDUCATIVA***

Autor :

ANTONIO BECKET HERNANDEZ LARA

Director de Tesina :

PROFA. CARMEN EVELIA HERNANDEZ ORTIZ

México, D.F., Octubre 1997.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	2
1 CAPITULO I. LAS POLITICAS DE SALUD PUBLICA EN MEXICO	5
1.1 MARCO CONTEXTUAL	6
1.1.1 Concepto de salud.	6
1.1.2 Conceptos de medicina curativa y medicina preventiva.	6
1.1.3 La estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y su evolución.	7
1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS POLITICAS NACIONALES DE SALUD.	10
1.2.1 Reseña histórica de los albores de la APS.	10
1.2.2 Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988)	12
a) Plan Nacional de Desarrollo.	12
b) Programa Nacional de Salud.	13
c) VI Informe de Gobierno.	14
1.2.3 Carlos Salinas de Gortari (1988-1994)	14
a) Plan Nacional de Desarrollo.	14
b) Programa Nacional de Salud.	15
c) VI Informe de Gobierno.	15
d) Programa Nacional de Solidaridad.	16
1.2.4 Contexto actual.	19
2 CAPITULO II. DESCRIPCION DEL PROGRAMA "LA SALUD EMPIEZA EN CASA".	23
2.1 RELACIONES ENTRE SALUD Y EDUCACION.	23
2.2 ESTRUCTURA Y DESCRIPCION DEL PROGRAMA	26
2.2.1 Definición.	26
2.2.2 Objetivos.	26
2.2.3 Universo.	27
2.2.4 Metas.	27
2.2.5 Estrategias	28

2.2.6	Líneas de acción.	29
2.2.7	Organización.	32
2.2.8	Control.	35
3	CAPITULO III: ANALISIS DEL PROGRAMA LA SALUD EMPIEZA EN CASA, APLICANDO LAS DIVERSAS ETAPAS Y ELEMENTOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO.	36
3.1	PREVISION.	37
3.2	PLANEACION.	39
3.3	ORGANIZACION.	41
3.4	INTEGRACION.	44
3.5	DIRECCION.	45
3.6	CONTROL.	49
	CONSIDERACIONES FINALES.	52
	BIBLIOGRAFIA.	55
	ANEXOS.	

INTRODUCCION

La salud y la educación conforman reconocidamente dos pilares básicos en el desarrollo social de cualquier nación : ambos sectores crean diversas estrategias y líneas de acción para coadyuvar al alcance de dicho desarrollo. Aunque es difícil reconocer el ámbito donde se mezclan estas áreas, observando las políticas actuales de salud, la Atención Primaria de la Salud (APS); se ha conformado como una estrategia fundamental, pues el objetivo de esta es promover a través de la población el autocuidado a la salud.

Así conforme a la APS se han realizado diversos programas en salud en donde el proceso educativo esta presente y es ir.prescindible para el logro de objetivos.

El programa La Salud Empieza en Casa (SEC), tema de nuestro estudio, consiste en capacitar a señoras en diversos temas de salud para que a su vez, éstas promuevan en su familia y en su comunidad el autocuidado de la salud; así la estrategia del programa se centra en mantener acciones educativas.

De esta forma, aunque el programa SEC pertenece al área de la salud, la operacionalización del mismo pertenece al área educativa, y el estudio que hemos realizado del mismo en este trabajo, lo hemos hecho desde un punto de vista administrativo.

El objetivo de este trabajo es primeramente, cubrir los requisitos que para fines de titulación están establecidos; por otra parte, debido a que actualmente nos encontramos laborando en la Coordinación de Salud Familiar que pertenece a la Subdirección de Información; educación y Comunicación (SIEC) - órganos de la Secretaría de Salud -, son estas áreas quienes coordinan y manejan el programa a nivel Distrito Federal; hemos tratado el tema analizando la situación administrativa que actualmente tiene el programa respecto a las áreas que están involucradas en su coordinación; hemos examinado a través del proceso administrativo cuáles son los problemas administrativos que se generan en la Subdirección de Información - Coordinación de Salud Familiar, dentro del programa; así también en la coordinación con las jurisdicciones sanitarias, órganos subordinados a la SIEC en este programa y que llevan a cabo su operación. Estudiamos además el contexto político - social que permea al programa.

Aunque ciertamente no conocemos que tanto hayan sido tratados y estudiados en la Licenciatura de Administración Educativa los temas acerca del trabajo administrativo en las oficinas públicas, consideramos que un trabajo de dicha índole sólo nos llevaría a tratar algunas generalidades,

abordándolas difícilmente desde el punto de vista de la administración educativa; además nos parece importante el tratamiento del tema pues es un estudio que no se ha dado de manera suficiente y formal en nuestra área de labor; por lo que este trabajo puede coadyuvar a que el programa "La Salud Empieza en Casa" pueda desarrollarse y coordinarse administrativamente de una manera más eficiente. En otro sentido, nos ha auxiliado en la mayor comprensión del mismo programa, ya que algunas partes de su tratamiento son en cierta forma, novedosas para nosotros, debido a que, a pesar de encontrarnos dentro de la Coordinación de Salud Familiar, nuestra participación no es de relevancia mayor, por lo que desconocíamos algunos aspectos administrativos que son fundamentales; así logramos comprender su naturaleza y aspectos que se llevan a cabo en la Subdirección y en su coordinación con las jurisdicciones sanitarias.

Para el estudio del programa, hemos estructurado este trabajo en tres capítulos y un apartado de consideraciones finales a modo de conclusión .

En el primer capítulo, nos hemos referido a los antecedentes y contexto que enmarcan las actuales políticas de salud refiriéndonos con ello a la APS y sus diversos componentes, tanto internacional como nacionalmente, y las líneas de acción de México, principalmente los tres últimos periodos presidenciales, observando los documentos oficiales mas significativos de tales gestiones.

En el segundo capítulo, hemos tratado la descripción del Programa SEC; introduciéndonos a él, tocando las diversas relaciones que existen entre el sector educativo y el sector salud; posteriormente describimos los diversos elementos que componen al programa contemplando: su definición, objetivos, universo, metas, estrategias, líneas de acción, organización y control.

El capítulo tres, se refiere al análisis del mismo programa, pero estudiándolo conforme a las distintas etapas del proceso administrativo; es decir, observándolo a través de su previsión, planeación, organización, integración, dirección y control, explicando cada elemento del programa respecto al proceso administrativo y haciendo mención de cuáles son las posibles fallas que se van presentando en cada parte del mismo. Todo este apartado, conforma el análisis dentro de una perspectiva estructural-funcionalista por la misma naturaleza del proceso administrativo en que cada uno de cada uno de los elementos del programa coadyuvan sistemáticamente al logro de un objetivo común.

En la última sección, nos dedicamos a relatar algunas consideraciones del programa; principalmente haciendo algunas recomendaciones en relación a diversos problemas que detectamos del programa en cada una de las fases del proceso administrativo.

Hemos de mencionar que las ventajas que tuvimos al realizar el estudio de este tema, es que al ser la Subdirección de Información la encargada de coordinar a las dieciséis jurisdicciones sanitarias en que se divide el D.F. y estas como coordinadoras de sus respectivos centros de salud; toda la información administrativa de estos últimos y de las jurisdicciones llega a la Subdirección; esto quiere decir entonces que al laborar nosotros en esta última, contamos con información y datos suficientes de las diversas jurisdicciones, además la Subdirección es quien delinea las acciones en la Coordinación de Salud Familiar. Así también contamos con diversos instrumentos de control del programa que no sólo miden cuantitativamente los resultados, sino que también se desprende información de tipo cualitativo, la cual nos abocamos a analizar.

Las desventajas que tuvimos al abordar el estudio, fueron principalmente que al recaer la responsabilidad del programa en una sola persona de turno distinto al nuestro, hubo cierta resistencia para facilitarnos la información, por lo que tuvimos que dedicarnos a la búsqueda de información principalmente por cuenta propia; la misma causa hizo que tuviéramos que adentrarnos aún más en el programa aunque no teníamos un conocimiento teórico sobre la problemática del tema, pese a dichas dificultades, pudimos percibir una serie de problemas y falta de coordinación con las jurisdicciones sanitarias.

Consideramos que el haber estudiado la administración del programa podrá ayudar a que ésta pueda desarrollarse y coordinarse de una manera más eficiente, así como promover su conocimiento y trato adecuado para mejorarse por parte del personal del turno vespertino.

CAPITULO I

LAS POLITICAS DE SALUD PUBLICA EN MEXICO

En este capítulo, nos enfocaremos a delinear el desarrollo de la atención primaria de la salud, entendida ésta como el primer contacto del derechohabiente con el médico; para ello hemos estructurado el capítulo en tres partes: En la primera estudiaremos el contexto y antecedentes internacionales, partiendo de la definición de salud adoptada por la OMS y definiendo la medicina curativa y preventiva, así como la explicación sobre la Atención Primaria de la Salud (APS) que es ramificación de la medicina preventiva; de ahí partiremos a explicar cuál ha sido la evolución de la APS y cómo se ha conformado su importancia en un plano internacional, así como observar cuál ha sido la participación de México, pero en una visión mundial.

En segundo lugar, daremos cuenta acerca del contexto y antecedentes nacionales sobre el desarrollo de la APS, desde una perspectiva cronológica, mencionando rápidamente nuestros antecedentes mas remotos que van desde la época colonial, hasta la gestión administrativa de Carlos Salinas de Gortari. Hemos de mencionar que de 1988 a 1994 prestaremos especial atención debido a dos razones fundamentales, la primera es que durante dicha administración se enmarca el Programa de la Salud Empieza en Casa, mismo que surge durante el referido periodo gubernamental; la segunda razón, no menos importante, es que una política social surgida del ejecutivo federal de aquel entonces fue el Programa Nacional de Solidaridad, cuyo impacto social y político fue bastante relevante, pues este programa estaba inmerso en diferentes aspectos referentes a la política social. Por ello es que le hemos dedicado un apartado dentro de la gestión gubernamental de Carlos Salinas de Gortari, en cuestiones de salud.

Por último, en una tercera sección mencionaremos nuestro contexto actual.

De nuestros últimos tres periodos presidenciales examinaremos: 1) El Plan Nacional de Desarrollo, 2) El Programa Nacional de Salud y 3) El Sexto Informe de Gobierno. De cada uno de estos documentos, mencionaremos lo que ahí se detalle acerca de medicina preventiva, salud comunitaria y atención a la salud materno infantil.

Así examinaremos los diferentes matices que ha tenido la atención primaria a la salud, específicamente en el rubro sobre atención materno-infantil.

1.1 MARCO CONTEXTUAL

1.1.1. *Concepto de salud*

Existen diferentes definiciones en torno al concepto de salud; nosotros, por cuestiones de precisión, hemos considerado aquél que la Organización Mundial de la Salud formula: " La salud es un estado de bienestar completo (físico , psíquico y social) y no simplemente la ausencia de enfermedad o invalidez" (1)

Así podemos darnos cuenta que en la actualidad ya la salud no tiene la misma concepción que antiguamente contemplaba. La medicina ha ido evolucionando con las sociedades y para hacer prevalecer la salud en estas, la medicina se ha ido ramificando en dos vertientes: medicina curativa y medicina preventiva.

1.1.2. *Conceptos de medicina curativa y medicina preventiva.*

1. Medicina curativa " Cuando hablamos de medicina curativa, nos referimos a todas las técnicas aplicadas al individuo con el fin de hacer un diagnóstico (de salud o enfermedad) y formular un tratamiento o indicaciones para la rehabilitación del caso. En cierto sentido la medicina curativa es también preventiva por cuanto evita muertes y prolonga la vida "(2)

La medicina curativa ha sido característica de todas las sociedades en desarrollo, pues se atiende a la enfermedad mas que a la causa u origen.

2. Medicina preventiva. " La medicina preventiva incluye todas las técnicas médicas destinadas a prevenir la enfermedad y prolongar la vida humana, técnicas que se aplican, como en el caso de la medicina curativa a través del individuo (sic). Este concepto es válido para todas las enfermedades y no sólo para las enfermedades infecciosas como a menudo se piensa. Cada enfermedad es previsible en la medida que conocemos su etiología y los factores sociales que la producen" . (3)

(1) SAN MARTIN, Hernán. Salud y enfermedad . 4° ed. México. La prensa médica mexicana, 1984.p. 11

(2) Ibid. p.4

(3) Ibid. p.5.

Ambos tipos de medicina se han desarrollado en las diversas sociedades, aunque como es de observarse, la medicina preventiva es evolución de la primera. Sin embargo, no ha de pensarse que sólo por que esta es auge de las sociedades modernas, tiene un corto desarrollo no, poco a poco ha ido trascendiendo en la planificación de la salud.

1.1.3. La estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y su evolución.

La medicina preventiva se desarrolla de manera precisa en lo que las organizaciones mundiales de salud han denominado atención primaria de la salud; las características de esta son :

Se concreta en acciones específicas, como la educación para la salud y prevención y lucha en el mismo rubro, promoción de la nutrición adecuada, abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno-infantil; planificación de la familia; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y lucha contra las enfermedades endémicas y locales; tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales.

La APS busca principalmente la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; para ello requiere de la participación activa y democrática de la población; especialmente teniendo en cuenta la capacidad de cada país para brindar los cuidados a la salud, dentro de sus posibilidades económicas y dependiendo del nivel de desarrollo se diseñan las estrategias y tecnologías.

Hoy se torna relevante la atención primaria a la salud ya que su evolución ha sido tal, que deviene con el desarrollo de las sociedades, de las instituciones y de las organizaciones, no sólo en plano nacional sino también internacional, así, tenemos que la medicina preventiva ha sido y es preocupación fundamental en las diversas organizaciones de salud que han surgido a través del tiempo, esto conlleva a que haya una preocupación mundial en materia de salud; de hecho, la cooperación mundial en salud comenzó hace bastante tiempo, evolucionando desde simples tratados, creándose y transformándose en los actuales organismos internacionales, regionales y locales de salud; de este contexto destacaremos las actuales organizaciones y reuniones internacionales que enmarcan a la APS en un orden cronológico, que haga comprensible su evolución y referente mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se deriva de la ONU, constituyéndose en 1946 en una agencia técnica especializada de la Naciones Unidas. El objetivo de la OMS, es alcanzar para todos los pueblos de la tierra el mas alto nivel posible de la salud. En este mismo año, se crea el Fondo Internacional de Emergencia para los Niños (UNICEF) ; en un principio sus programas se limitaban a la alimentación suplementaria de los niños en países devastados por la guerra; posteriormente, extendió su campo de acción a otros países y otros programas más amplios de atención materno-infantil.

En 1977 durante la XXX Asamblea Mundial de la Salud, se propuso la meta denominada " Salud para todos en el año 2000 ". En Alma Ata, URSS, la OMS y la UNICEF en 1978 patrocinaron la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, donde se perfilaron las estrategias para alcanzar dicha meta.

En 1979 se realiza la Convención sobre los Derechos del Niño.

En 1987 en Zimbabwe, se incorporan a la estrategia de atención primaria a la salud los diversos componentes del desarrollo local (colaboración de los sectores de la población, participación comunitaria, uso de tecnología, incorporación del saber popular en salud y bienestar).

En 1981, la Asamblea Mundial de la Salud propuso doce indicadores para vigilar y evaluar la marcha de la estrategia global con vistas al año 2000; dichos indicadores son los siguientes:

1. La salud para todos deberá adoptarse como política del más alto nivel.
2. La participación comunitaria se constituirá como un mecanismo para vincular a la población en la ejecución de las estrategias, y esos mecanismos habrán de funcionar efectivamente.
3. Se deberá destinar a la salud por lo menos el 5% del producto interno bruto.
4. Se habrá de dedicar una proporción razonable para los gastos nacionales a la atención de salud local; es decir, atención primaria a la salud, hospitales inclusive.
5. Los recursos deberán estar distribuidos equitativamente
6. Los países en desarrollo deben haber adoptado estrategias de salud para todos bien definidas, acompañadas de asignaciones de recursos implícitos, cuyas necesidades en materia de recursos externos recibirán apoyo sostenido de países mas acomodados.
7. La atención primaria a la salud deberá estar en disposición de toda la población y comprenderá por lo menos los elementos siguientes:

Agua potable en la vivienda, o a una distancia que no exceda los 15 minutos a pié e instalaciones de saneamiento adecuadas en la vivienda o en su proximidad.

Protección contra las enfermedades del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Atención de Salud Local, incluida la posibilidad de disponer de 20 medicamentos esenciales por lo menos, a una distancia que pueda recorrerse en una hora de marcha o de transporte.

Personal adiestrado para la asistencia a la maternidad y los partos y para la asistencia a los niños, por lo menos durante el primer año de vida.

8. El estado nutricional de los niños habrá de ser satisfactorio, por cuanto:
Por lo menos 90% de los recién nacidos pesarán 2500 gr.
Por lo menos 90% de los niños deberán tener el peso correspondiente a su edad.
9. La tasa de mortalidad infantil para todos los subgrupos que puedan identificarse, habrá de ser inferior a 50 por 100 nacidos vivos.
10. La esperanza de vida al nacer tenderá a ser de más de 60 años.
11. La tasa de alfabetismo de adultos deberá sobrepasar el 70%
12. El producto nacional bruto por habitante debe sobrepasar los 500 dólares.

Volviendo al marco histórico nacional de la atención primaria a la salud tenemos que en octubre de 1988 en Cocoyoc, en el seminario "Situación y perspectivas de la mortalidad en menores de cinco años en América Latina"; se da la declaración de Cocoyoc. Posteriormente en 1989 en la presentación del "Estado Mundial de la Infancia 1989", el Presidente de la República Carlos Salinas de Gortari respaldó la declaración.

En Nueva York, en septiembre de 1990, durante la Cumbre Mundial en favor de la infancia; Carlos Salinas de Gortari exhortó a todos los países a evitar la muerte diaria de casi cuarenta mil niños en el mundo. En esta misma reunión se establecieron metas para determinadas fechas a partir de 1995 y hasta el año 2000.

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS POLITICAS NACIONALES DE SALUD.

1.2.1. Reseña histórica de los albores de la APS

A pocos años de consumada la Conquista, los españoles fundaron las primeras instituciones de asistencia hospitalaria y auxilio a desamparados; estas instituciones se dedicaron básicamente a la vigilancia de la salubridad pública y a cuidar el ejercicio de las artes médicas.

En la década de 1830 se estableció una política de extensión de cobertura de los servicios de salud; y en el año de 1841 se estableció el Consejo Superior de Salubridad y da sus primeros pasos , socialmente hablando, la medicina preventiva, pues este consejo además de que actuaba sobre diversos aspectos de higiene pública, se encargó sobretodo de la prevención y combate de las epidemias de la época.

El primer Código Sanitario fue publicado por el Consejo Superior en el año de 1841.

Durante el Gobierno de Porfirio Díaz hubo un notable crecimiento en infraestructura en diversos ámbitos; en materia de salud se construyeron diversos hospitales.

Con todas las transformaciones que trajo consigo la Revolución, el sector salud no estuvo exento de ello, pues el Consejo Superior fue transformado en Departamento de Salubridad Pública, creciendo así sus facultades y creándose entre otros servicios médicos, el de higiene infantil y escolar; encontrando nosotros en este último, el primer antecedente de un órgano que atendería de manera exclusiva a este sector de la población.

A partir de los años treinta se genera un nuevo concepto de atención a los grupos más necesitados: el de asistencia, que postula que el Estado tiene la obligación de proporcionar servicios de salud y auxilio social. En 1937 el Presidente Lázaro Cárdenas transformó la beneficencia pública en Secretaría de Asistencia Pública y sobretodo a ésta se le agregó el Departamento de Asistencia Social Infantil que se hacía cargo de la higiene natal de la madre y preescolar.

Al crearse en 1943 la Secretaría de Salubridad y Asistencia durante la gestión de Manuel Avila Camacho, no se distinguen cambios substanciales en la atención de la salud, la creación de la

Secretaría sólo constituyó entonces una fusión de los servicios de salubridad y asistencia, como el nombre mismo lo indica. También destaca de esa época el Plan de Construcción de Hospitales. Así podemos dar cuenta de que la atención en materia de salud se da evidentemente como curativa y en lo que hoy consideraríamos de tercer nivel, es decir, siguen atacándose a las enfermedades y sus efectos más que a sus causas y orígenes.

Un elemento que permanece vigente en cada administración de gobierno, es que en salud preventiva siempre se contemplan las acciones contra enfermedades prevenibles por vacunación, ya sea a través de brigadas que llevarán las vacunas aún a los lugares más apartados o campañas similares.

Durante el gobierno de Miguel Alemán Valdés encontramos las primeras referencias de educación para la salud, o mejor dicho, educación higiénica para la población: aprovechando la radio, la prensa y el cine; las acciones que se desarrollaban sólo eran reforzadores de los trabajos de saneamiento principalmente en los medios rural y urbano.

Con el Presidente Adolfo Ruiz Cortines se estableció el Programa de Bienestar Social Rural para promover la salud pública y el progreso colectivo de las comunidades mediante la protección de la madre y el niño en el periodo perinatal con el fortalecimiento de la vida familiar, además el programa conjugaba la acción gubernamental con la participación de la comunidad, principalmente de la mujer. El sector salud se distinguió durante el Gobierno de Adolfo López Mateos por seguir con la atención materno-infantil y en cuanto a la medicina preventiva, ésta continuaba dándose de manera básica en la prevención de enfermedades contagiosas, principalmente aquellas en las que la vacunación podía aplicarse.

En el sexenio de Luis Echeverría Álvarez, encontramos diversos elementos que comienzan a destacarse; como el hecho de que se reconoció que el bienestar social no se alcanza sólo considerando aquellas áreas que tradicionalmente se llaman de "bienestar social"; ya que los esfuerzos que se realicen en cada área por sí solos no podrán dar un contenido completo de bienestar social a la política de desarrollo. Igualmente se mencionó que hay factores condicionantes en que se debe avanzar paralelamente para observar un real crecimiento en el desarrollo social. Se reconoció que había persistencia en seguir acciones de medicina curativa y que debería existir una dotación de elementos que coadyuvaran al desarrollo de la medicina preventiva. Además se expuso que la salud individual es indispensable para lograr la salud colectiva, y que ésta a su vez condiciona los factores más esenciales para alcanzar la primera.

Se consideró que uno de los principales objetivos era la atención al grupo materno-infantil, además de la planificación, pues se consideraban "tema crucial" de salud pública y factor de desarrollo. También de se busca la promoción y educación para la salud hacia aquél personal de salud empírico (parteras, comadronas, etc.) básicamente esto se dirigía a las comunidades rurales. Debemos destacar que durante esta administración se promulgó el primer Plan Nacional de Salud.

De 1976 a 1982 en que José López Portillo representó al Poder Ejecutivo Federal, ya se contemplaba llevar a la Constitución el derecho a la salud para todos los mexicanos; el diseño de un sistema general de asistencia médica y la estratificación de los servicios de salud en los tres niveles de atención; es decir, desde la prevención, hasta el tratamiento especializado de la enfermedad. Cada uno de estos puntos, tomó forma hasta el Gobierno que lo sucedió.

Por otra parte se reconoció que existía un rezago en la prestación de servicios médicos, sobretudo en áreas marginadas y rurales.

1.2.2. Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988)

Primeramente hemos de mencionar, por la importancia que esto conlleva, que fue en este período cuando se logró plasmar a nivel constitucional "el derecho a la protección de la salud que tenemos todos los mexicanos"; mediante un decreto presidencial en febrero de 1983, alcanzando la política de salud el mismo nivel legal que tiene la educación (así también como la vivienda y el trabajo) pero considerando en este caso a la salud como un factor de desarrollo imprescindible para alcanzar un bienestar social.

a) Plan Nacional de Desarrollo.

Aquí se retomó aquel aspecto en que la salud y la educación son necesidades básicas de atención prioritaria; así como el dar calidad y cobertura a las zonas más desfavorecidas.

Por otra parte, se informó que aunque los índices sobre la esperanza de vida al nacer y mortalidad general son favorables como significantes del desarrollo de servicios de salud, siguen existiendo carencias en materia de alimentación, vivienda, educación y servicios sanitarios. Además de contemplarse una reducida participación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud; una centralización administrativa de servicios e insuficiente infraestructura.

El plan trazó los siguientes propósitos:

- Realizar una cobertura nacional de los servicios de salud con un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país.
- Dar especial énfasis a los sectores rurales y urbanos rezagados.
- Habría de observarse una coordinación efectiva entre dependencias y entidades involucradas.

b) Programa Nacional de Salud.

El propósito básico de este Programa fue "elevar el nivel de salud de la población procurando tender a la plena cobertura de estos servicios (preferentemente en el primer nivel de atención) y al mejoramiento de la calidad básica de éstos, así como a través de la protección social de los grupos vulnerables. Todo ello mediante la consolidación y desarrollo de un sistema nacional de salud racional y eficiente." (4)

Las prioridades que tuvo el Programa, con sus respectivos Subprogramas de acción fueron:

- *Objetivo primero.-* Proporcionar atención médica a toda la población y mejorar su calidad básica.
 - ◆ Programa de atención médica.
 - ◆ Programa de atención materno infantil.
 - ◆ Programa de Salud mental.
- *Objetivo segundo.-* Abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles y limitar las no transmisibles y los accidentes, otorgando prioridad a las acciones de carácter preventivo y a través de acción de detección oportuna de enfermedades.
 - ◆ Programa de prevención y control de enfermedades.

(4) SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO. Antología de la Planeación en México 1917-1985. 1.14 "Salud, Educación y Vivienda" (1982-1985) México. Fondo de Cultura Económica. 1985 p.19

- *Objetivo tercero.*- Promover la salud de la población, disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en riesgo y fomentando el autocuidado de la salud.
 - ◆ Programa de educación para la salud.
 - ◆ Programa de nutrición
 - ◆ Programa de salud ocupacional.
 - ◆ Programa contra las adicciones.

c) *VI Informe de Gobierno*

Durante esta gestión, los logros alcanzados en materia de salud fueron principalmente:

La consolidación del Sistema Nacional de Salud que permitió extender y mejorar los servicios de salud. Consideramos que este fue uno de los aciertos mas significativos de este periodo, debido a que, por lo menos en teoría, habría de permitir una mayor coordinación y eficiencia en los servicios tanto a nivel público (con todas las instituciones participantes) como privado, con la participación de este sector de una manera concertada y coordinada con el sector salud en proyectos y programas.

Hubo mayor capacidad de atención y cobertura con el crecimiento de infraestructura. Los programas preventivos de salud pública fueron atendidos de manera especial.

1.2.3. Carlos Salinas de Gortari (1988-1994)

Es durante este periodo, en el que encontramos diferentes elementos propios del Programa "La Salud empieza en casa", a través de los diversos documentos que se emitieron; lo cual enmarca los programas de atención materno-infantil, y concretamente al que estamos estudiando.

a) *Plan Nacional de desarrollo*

En el documento denominado "Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida", primeramente se conceptualiza que la salud es un derecho que todos los individuos deben gozar; por ello "el objetivo mas amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social, persigue impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social con el concurso de las comunidades de los tres niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios". (5)

(5) PODER EJECUTIVO FEDERAL Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. 1989. p.105

b) Programa Nacional de Salud.

Aquí, se acentuó la importancia de brindar atención a la población materno-infantil, mencionando que la mortalidad de estos grupos son indicadores de salud que miden las condiciones sociales y económicas prevalecientes en una sociedad, así como los indicadores del bienestar social, tal como el de la cobertura y calidad de la atención de la salud. Para alcanzar el objetivo planteado, el Plan Nacional de Desarrollo estableció líneas de acción que resumimos en:

- Organizar a la población
- Fomentar la organización de grupos, de tal forma que la educación para la salud que se impulse esté de acuerdo con sus características y valores regionales.
- Que la comunidad participara en programas específicos de planificación familiar, control de enfermedades transmisibles y detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas.
- Promover hábitos de conducta que incidan en la protección de la salud, así como en la solución de problemas simples de la misma, además de la prevención de accidentes y enfermedades.

Podemos observar cómo la participación e la comunidad juega un papel muy importante dentro de la planificación de la salud.

c) IV Informe de Gobierno

El último Informe de Gobierno de este periodo, hace notar que se mantuvo la atención materno-infantil como una prioridad, lográndose disminuir su mortalidad en más del 25%, también se patentó el crecimiento de la cobertura de Servicios de Salud. La Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad, se distinguieron por su atención a la población en áreas marginales, urbanas marginadas y en especial a aquellos grupos más vulnerables.

Por otro lado, mediante el Programa de Vacunación Universal, se logró una cobertura de hasta el 93% en niños menores de cinco años, alcanzándose de esta manera la meta de inmunización propuesta para el año 2000, reduciéndose de manera trascendental los casos de este tipo de enfermedades previsibles, así como el caso de otro tipo de afecciones como el paludismo, el cólera y se redujo en 67% la mortalidad por enfermedades diarreicas, en relación al año de 1986. Consideramos que fue durante este sexenio cuando mayor atención se le brindó a los grupos materno e infantil; se realizaron estrategias para su atención desde el PND, el Programa Nacional de Salud, y destaca en este informe la privilegiada atención hacia los grupos mencionados.

Además es en este periodo cuando se proyecta y da inicio el Programa "La Salud empieza en Casa" a nivel nacional.

d) El Programa Nacional de Solidaridad

Ya mencionamos que el PRONASOL fue un programa que el Gobierno Federal desarrolló e impulsó para el avance y bienestar social, sobretodo iba dirigido a aquellos sectores mas desfavorecidos, teniendo este programa injerencia en diversos rubros de la administración pública a través de programas que tuvieran incidencia en el desarrollo social.

Para comprender cuál era la definición oficial que se tenía acerca de PRONASOL, hemos destacado lo que el Plan Nacional de Desarrollo de aquél sexenio se menciona: "Es el instrumento que el Gobierno de la República ha creado para emprender una lucha frontal contra la pobreza extrema, mediante la suma de esfuerzos coordinados de los tres niveles de gobierno y los concertados por los grupos sociales. Se conforma con acciones de ejecución inmediata que gradualmente permiten consolidar la capacidad productiva de los grupos que no la tienen, para impulsar su incorporación plena y en mejores condiciones a los beneficiarios del progreso".(6)

Las acciones en materia de salud, además de observar el crecimiento en infraestructura y el procurar el suministro permanente de medicamentos del cuadro básico, pretendió que hubiera una participación de la comunidad en la administración de los servicios de salud, puesto que así se promovería una mayor eficiencia en la atención y mejor integración de los médicos de la comunidad.

En el PRONASOL, el diálogo y la concertación fueron pilares fundamentales para la definición de las acciones y las formas de su ejecución en el cuidado de la salud; de manera que la población pudiera decidir y participar en las tareas dirigidas a su propio beneficio. Así, parece indicarse de manera muy clara cómo se insertó el PRONASOL en materia de salud dentro de las comunidades; pues se responsabilizó a la comunidad que ella habría de hacerse cargo de que los servicios de salud pudieran llegar a su entorno.

(6) ibid. p.127

Podemos mencionar que se delegaron responsabilidades en el autocuidado de la salud de los individuos, porque se debía impulsar vigorosamente, como se mencionó en el PND, la cultura de la prevención y el autocuidado.

Tanto en las responsabilidades como en la participación misma de la comunidad, no se olvida que es difícil que ésta pueda autorganizarse en aspectos como los referidos, por lo que se hizo participe a aquellas instituciones y organizaciones sociales que en alguna forma incidan en el desarrollo de la comunidad en que están inmersas.

Consideramos no equivocarnos al afirmar que a través del Programa Nacional de Solidaridad, el Poder Ejecutivo intentó deshacer muchas de las acciones paternalistas que el Estado ha mantenido durante mucho tiempo; pero que esta nueva política tuviera un impacto social y político. Ahora explicaremos lo dicho:

Pensamos que intentó deshacer muchas de las acciones paternalistas, porque con el PRONASOL ya no sería el Estado por sí solo quién realizaría el gasto destinado para el desarrollo, así es claramente como se define el programa dentro del PND al mencionar que "Para el eficaz cumplimiento del Plan (Nacional de Desarrollo), el Gobierno Federal reorientará el gasto destinado al desarrollo regional para que tenga un fuerte sentido social. Con estos recursos, mas lo que otros sectores y los gobiernos estatales y municipales destinen para el mismo propósito, se podrán dar pasos firmes contra la pobreza. A esto habrán de sumarse las aportaciones de los propios beneficiarios" (7). Este aspecto se refrenda en las políticas del PRONASOL mencionadas en el PND cuando se hace referencia a que un criterio general de política sería elevar el rendimiento social de los recursos mediante las aportaciones y participación de los grupos beneficiarios, así como el uso de materiales propios de la zona.

Sin embargo, teniendo en cuenta que las políticas se llevarían a cabo para la erradicación de la pobreza extrema ¿Debemos entender que aún estos sectores paupérrimos debían tener algún tipo de aportación además de su participación? Lo definimos como un programa que igualmente tuviera un impacto social, no sólo refiriéndonos al desarrollo que idealmente hubiera de llevar a las comunidades, sino que tuviera un impacto social de aceptación entre la misma comunidad, como si se tratara de que la población dijese "yo también participé o estoy participando en esto" o "gracias a nosotros mismos se logró aquello".

(7) ibid. p. 128-129

¿Pero a qué costo? Posiblemente no sea tan criticable el hecho de que la comunidad debiera tener cierta aportación en la realización de determinadas obras, lo que nos parece bastante cuestionable es el hecho de que esta política se llevara así en aquellas zonas donde se busca erradicar la pobreza extrema, sobretodo si se trataba de hacer llegar un servicio de salud, por ejemplo; cuando éstos coadyuvan en alguna forma a alcanzar un adecuado desarrollo social.

En el Sexto Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, se hizo referencia al Programa Nacional de Solidaridad, habiéndose conseguido logros en materia de infraestructura cuyo propósito era relevante al surgir el programa; sin embargo, la iniciativa comunitaria promovió otros proyectos de carácter productivo para ampliar las oportunidades de ingreso.

Concretamente en materia de salud, las unidades médicas aumentaron en un 53% respecto de 1988; igualmente del Programa de Cirugía Extramuros que se desprendió del PRONASOL, se informó que tuvo un resultado notable al llevar atención médica a las poblaciones más distantes.

Por otra parte, al llevarse a cabo la Cumbre Mundial en favor de la Infancia realizada en Cocoyoc, se establecieron en ésta, metas por alcanzar a determinadas fechas desde 1995, hasta el año 2000, para reforzar los programas existentes en vacunaciones; control de enfermedades diarreicas; atención materna-infantil; alimentación; planificación familiar; educación y otros.

Al término de 1990 se estableció que gran incidencia tuvo la coordinación intersectorial, de entre las cuales se menciona la Secretaría de Salud y la de Educación Pública junto con el Programa Nacional de Solidaridad, pues los mencionados sectores operan con nuevos programas en favor de los niños y objetivos comunes.

Alrededor de esta cumbre se publicó un documento donde se indicó que el balance sobre los resultados parece positivo, y que ello influyó de manera acentuada, la filosofía y las acciones del PRONASOL. Este texto le dedicó un apartado especial al Programa de Solidaridad que además de explicar qué es, y evaluar la referida intervención del programa en salud, lo detalla de manera sencilla expresando que "los trabajos que desarrolla el Programa, se basan en la organización efectiva y acción concreta de las comunidades, respeto de sus iniciativas, decisiones, corresponsabilidad y honestidad en el manejo de los recursos, los indígenas, campesinos y habitantes de las colonias populares son los núcleos atendidos por solidaridad y en ellos, los niños, mujeres y jóvenes tienen alta prioridad". (8)

(8) SECRETARÍA DE SALUD México y la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, México, 1991. p.7

1.2.4. Contexto Actual

En el PND 1995-2000 se observa la importancia de la salud como un factor condicionante para el desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura.

Aunque se reconoce que han existido avances en la protección de la salud a todos los mexicanos, se destaca el hecho de que dichos avances no han sido uniformes pues "alrededor de diez millones de personas carecen de acceso regular a estos servicios y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. Prevalecen importantes desigualdades regionales que se manifiestan en importantes tasas de enfermedades infecto-contagiosas y padecimientos vinculados con la desnutrición y la reproducción, sobretodo en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas". (9)

Aunado a estos problemas "las Instituciones de nuestro sistema de salud están segmentadas, y operan de manera centralizada, sin líneas bien definidas para una coordinación eficaz entre ellas. Cada una realiza acciones normativas, financieras de provisión de servicios sin que exista un marco que garantice la congruencia de las acciones evite la duplicidad. Este funcionamiento aislado y centralizado de los servicios públicos de salud reduce la posibilidad de dar respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales, diluye la asignación de responsabilidades y resulta cada vez mas costosa e inoperante". (10)

De esta forma, uno de los principales objetivos del actual Gobierno sobre la administración de los servicios de salud, es consolidar el proceso de descentralización; esto principalmente se enfoca a los dos sistemas de salud: el de la población derechohabiente y aquel sistema que se brinda para una población que no tiene incorporación a ninguna Institución, ya que la falta de esta coordinación ha generado duplicidades, omisiones, centralismo y burocratización.

Se persigue:

- descentralizar los recursos federales (conforme a lo dispuesto en el Programa para un nuevo Federalismo); obtener mayor cobertura; una nueva relación entre Autoridades Federales y Entidades Federativas.
- Los Estados tendrán mayor margen de acción y autodeterminación.

(9) PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 en D.O.F. 31 de mayo de 1995. p.54

(10) Idem.

Para coadyuvar al desarrollo social y en especial a aquellas zonas mas desfavorecidas "en este gobierno se trabajará para alcanzar un sistema que incorpore a mas población, que garantice un paquete de servicios de salud para todos los mexicanos, para garantizar el principio de equidad con los que menos tienen. Este nuevo sistema considerará los desequilibrios regionales para poner fin al rezago que afecta a amplios grupos de la población". (11)

Así, el Paquete Básico de Servicios de Salud, se constituye en una estrategia puntual de este gobierno para ampliar la cobertura y hacer llegar los servicios de salud en donde mas se necesita. Este paquete está definido "como un conjunto esencial de intervenciones de salud que deben otorgarse a la población no derechohabiente en respuesta a sus necesidades prioritarias. Se trata de intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, manejando los recursos con eficiencia y combatiendo las principales causas de muerte y enfermedad en los grupos marginados". (12) (13)

El Paquete Básico de Servicios de Salud, está integrado por doce intervenciones:

1. Saneamiento básico a nivel familiar.
2. Planificación familiar.
3. Atención prenatal del parto y puerperio.
4. Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil.
5. Inmunizaciones.
6. Manejo de casos de diarrea en el hogar.
7. Tratamiento antiparasitario a las familias.
8. Manejo de infecciones respiratorias a las familias.
9. Prevención y control de tuberculosis pulmonar.
10. Prevención y control de la hipertensión arterial.
11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.
12. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud.

Además, La Dirección General de Servicios de Salud Pública de D.F. incluyó otras intervenciones como son:

(11) PODER EJECUTIVO FEDERAL, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 en D.O.F. 31 de mayo de 1995. p.54

(12) Ibid. p.18

(13) Vid. Anexo 1 "Paquete Básico de Servicios de Salud del Modelo de Atención a la Salud para Población abierta 1995". (ejemplo de cuatro de las doce intervenciones que lo integran)

- Rabia
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Dental.

Es importante mencionar que el paquete toma como base para su creación la misma declaración de Alma Ata y la estrategia sobre la atención primaria a la salud.

Además, los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva constituirán el eje del paquete de servicios básicos, agregándosele acciones específicas atendiendo a las necesidades regionales y locales; tal y como la DGSSPDF lo hizo para el caso del Distrito Federal.

Por otra parte, el Programa de Reforma establece que los Estados se comprometan a seguir los planteamientos y la introducción del paquete de servicios básicos para que la descentralización funcione adecuadamente.

Es importante destacar la vinculación que existe entre la descentralización y el paquete de servicios básicos, ya que junto con la descentralización se diseñó este paquete, así como el Programa de Ampliación de Cobertura.

Por otra parte, se reconoce que los retos que trae consigo la descentralización son muy grandes, sin embargo son mayores los males que genera el centralismo, tales como duplicidad de objetivos, desperdicio de recursos e ineficiencia; por ello no puede postergarse la descentralización; pues se pretende reordenar el sistema, eliminar dichas duplicidades y hacer eficiente el uso de recursos.

La presente administración plantea entre los programas prioritarios que darán una nueva orientación para el sector salud el Programa de Promoción y Fomento de la Salud; y aunque explica que "los esfuerzos de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades están presentes en cada uno de los programas de acción contenidos en el Programa de Reforma del Sector Salud, algunas acciones serán concertadas dentro del Programa de Promoción y Fomento". (14) Específicamente en el rubro de salud familiar plantea que en el cuidado de la salud, la familia juega un papel fundamental, y además busca generar hábitos saludables en cada miembro de la familia, es decir, propiciar el autocuidado. Entre las metas planteadas en el

(14) ibid. p.28

Programa de Reforma, se considera la capacitación de 500,000 agentes de salud que colaboran en instituciones públicas, privadas y sociales, en la educación para la salud familiar; además de instruir en el cuidado personal y familiar a 1.75 millones de personas, especialmente personas residentes en comunidades menores de 2,500 habitantes, logrando el izamiento de 3,000 banderas blancas e instalar 5,000 casas amigas del niño y de la madre.

Teniendo entre los principales objetivos la consolidación de la descentralización, al concluir ésta, la Secretaría de Salud conservará su carácter normativo, adquirirá un papel de evaluación y seguimiento mucho mas eficiente mediante el Consejo Nacional de Salud donde se reúnen los 31 Secretarios de Salud de los Estados.

Finalmente, con todo este contexto presente, la DGSSPDF es partícipe del proceso de descentralización. Actualmente esta Dirección General se encuentra en periodo de transición donde se consolidara como Instituto de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, de tal forma fusionará los servicios que ofrece el gobierno de la ciudad a través del Departamento del Distrito Federal con los que presta la Secretaría de Salud.

Por lo que en este incipiente proceso de transformación, durante el presente año, el Instituto de Salud operará en un esquema de integración de servicios.

CAPITULO II

DESCRIPCION DEL PROGRAMA " LA SALUD EMPIEZA EN CASA"

En este segundo capítulo , hemos realizado la descripción del programa ; para una mayor comprensión y tener presente el por qué de este estudio, hemos comenzado el capítulo puntualizando acerca de las diversas relaciones que existen en el sector salud y el educativo, esto, por que el programa conjunta ambos rubros; consideramos que ahí radica principalmente su importancia. Inmediatamente después comenzamos a describir la estructura del programa, mencionando: 1) Su definición 2) Objetivos 3) Universo 4) Metas 5) Estrategias 6) Líneas de acción 7) Organización y 8) Control. Cada uno de los rubros, los hemos explicado de la manera más detallada posible para que así pueda observarse cada uno de los elementos del programa.

2.1 Relaciones entre Salud y Educación

Desde hace algunas décadas, la salud como parte del bienestar social, así como la educación, han preocupado a las sociedades modernas; esto debido a que los programas que se ejecuten en estas dos ramas, constituyen una parte importante del desarrollo nacional y a su vez pueden ser influidas por este. En términos generales, tanto a el nivel de salud de la población y el nivel de educación casi se confunden con el nivel de vida; esto por que existe una profunda relación entre los distintos elementos que componen a cada área, de manera general, las relaciones existentes en ambos campos quedarían enmarcadas de la siguiente manera:

- Primeramente hemos de considerar que la educación desde inicios de la vida independiente del país esta considerada en el derecho constitucional; la salud ha obtenido este status desde 1984, lo cual podemos suponer que es un reconocimiento a estos rubros como pilares del desarrollo social en nuestro país.
- Tanto la protección de la salud, como el brindar educación, se contemplan como obligaciones del estado.
- Los servicios de salud y educación se ven afectados por aspectos como la concentración urbana y la dispersión de población rural, que entre otras cosas, conlleva a la marginación. La política social del gobierno contempla esto, por lo que tanto en salud como en educación,

se realizan esfuerzos para brindar acceso a los sectores mas desfavorecidos a la educación y a la salud.

- Cada una de las áreas tiene asignados fines específicos para coadyuvar en el desarrollo global del país.
- Tanto individualmente como en conjunto, salud y educación deben contribuir en el logro de propósitos de bienestar y desarrollo sociales; esto ha de tenerse en cuenta y bien precisado para delinear acciones de coordinación y concertación de esfuerzos.
- Por ser la salud y la educación pilares del desarrollo social, debe perfeccionarse su interrelación en la medida que conjuntamente coadyuven al desarrollo del país.
- Es indispensable observar la importancia de la educación en su vertiente de formadora en recursos humanos de salud; así como la relación que guarda el programa de formación y actualización de los profesionales y técnicos de la salud.
- La relación directa que existe entre salud y educación, también influye en el fomento de la investigación en salud, y en el impulso del desarrollo tecnológico., por lo que deben coordinarse las actividades entre instituciones educativas y de salud.

Así, se puede observar, que es mayor la repercusión del sector educativo sobre el sector salud; aunque básicamente las interrelaciones se dan en :

Formación de recursos humanos
Impulso a la investigación científica
Educación para la salud

En nuestro caso se torna imprescindible la educación para la salud pues además de que por si misma contribuye a la formación adecuada de los recursos humanos en salud y el fomento de la investigación científica en salud, hay un elemento mas, que es la participación comunitaria, donde esta fortalece el auto cuidado de la salud, la preservación de la salud y la mejor utilización de los servicios. Por ello "resulta muy relevante establecer y realizar programas de educación para la salud que capaciten a la población para protegerse de los riesgos que pongan en peligro su vida y prolonguen su esperanza de vida" (15).

(15) VALDEZ OLMEDO Cuat Héroc; HAMUD ESCORCEGA, Salomón. Salud y Educación. México. Secretaria de Salubridad y Asistencia .
Coordinación de estudios y proyectos. 1984 p. 131.

Así, aunque los programas educativos son labor de la Secretaría de Educación Pública, en el caso de los programas y contenidos de educación para la salud, debe existir una mutua participación para un correcto delineamiento y efectividad.

Los programas de educación para la salud tienen como objetivo general " Lograr la interacción entre la información sobre la salud y las prácticas de salud, motivando a las personas a utilizar la información , a evitar las acciones dañinas y a crear hábitos benéficos para su salud" (16) .

En este último punto es donde queda contemplado el Programa la Salud Empieza en Casa (SEC); pues este forma parte del modelo para la prevención de riesgos y daños a la salud familiar; dicho modelo " se sustenta en la sensibilización y concientización de los padres hacia la práctica de factores promocionales de la salud, considerando que estos son elementos básicos que el individuo adquiere durante su proceso formativo en el seno familiar.

El proceso educativo, eje de este modelo, se inicia a partir de una acción reflexiva sobre la importancia de los padres y en especial de la madre, en el reconocimiento de su quehacer cotidiano de procurar la salud familiar, de las diversas características y cualidades que la mujer posee, las cuales la sociedad no les confiere la relevancia fundamental que tienen en el proceso de salud; y una vez que la mujer revalora, es sujeto propicio para comenzar el aprendizaje en salud en aquellas acciones sencillas que permiten conservarla y mejorarla" (17)

A través de acciones sencillas puede promoverse el autocuidado de la salud en la familia gracias a este aprendizaje.

Los materiales que se utilizan en los proyectos de este modelo, son materiales didácticos que cuentan con una metodología reproducible; su material básico son las tarjetas de salud o tarjeteros que se refieren a la detección y prevención de riesgos a la salud, dándose énfasis a las acciones prioritarias de salud.

(16) Ibid p. 131

(17) SECRETARIA DE SALUD Modelo para la prevención de riesgos y daños a la salud familiar, Programas de salud en el hogar México: Dirección General de Salud Familiar y Escolar, 1996 p. 4.

2.2. ESTRUCTURA Y DESCRIPCION DEL PROGRAMA.

2.2.1 Definición

Así, el programa queda definido como un "Proyecto de participación comunitaria, en el marco de la atención primaria de la salud, en donde se capacita esencialmente a los padres de familia en la prevención de riesgos y daños a la salud, por medio de la participación activa de todos los miembros de la familia.

La capacitación está enfocada a promover acciones preventivas en el hogar, aplicando el enfoque de riesgo, y a lograr la organización sistematizada de la comunidad con la participación de todos los sectores público, privado y social " (18).

2.2.2. Objetivos

Como objetivo general, el programa SEC, plantea el " mejorar la situación de salud de las madres y su familia, a través de su participación y capacitación para prevenir riesgos y daños a la salud " (19)

Podemos observar que la capacitación y participación de los miembros de la familia, especialmente de la madre, juega un papel importante dentro del programa .

Los objetivos específicos de la Salud Empieza en Casa, quedan descritos en :

- Por medio de la participación activa de cada uno de los miembros de la familia, se habrán de reducir los riesgos a la salud en el hogar.
- Se habrán de fortalecer las acciones preventivas con énfasis en el enfoque de riesgo.
- Es importante fomentar la participación de todos los integrantes de la familia para la revaloración de la mujer.
- Promover la organización de la comunidad y de los sectores público, privado y social.

(18) *Ibid* p.6

(19) SECRETARIA DE SALUD: Programa la Salud Empieza en Casa 1996.

México, Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección de Salud Familiar y Escolar 1996 p.4.

Un pilar fundamental del funcionamiento del programa, como se puede observar en dichos objetivos específicos, es fomentar la participación en diversos niveles, desde el núcleo familiar, la comunidad en general y las instituciones públicas, privadas y sociales.

2.2.3. Universo

El programa está destinado a toda la población de las 32 entidades federativas.

El tiempo se establece con una continuidad anual

Aunque las 32 entidades federativas son el espacio comprendido, se le da prioridad a las localizaciones menores de 2 500 habitantes en zonas rurales e indígenas.

2.2.4 Metas

Los resultados que se buscan obtener con el programa, se refieren principalmente a que este "contribuya a proteger la salud, disminuir las enfermedades comunes y sus complicaciones, así como la mortalidad de los menores de cinco años y de mujer en relación con la reproducción " (20) . Esto de acuerdo con los compromisos adquiridos por México en la Cumbre Mundial en favor de la infancia.

Ahora, operativamente las metas trazadas son promover y fortalecer el programa en las zonas de alto riesgo; hacer participe al hombre en el programa, que la coordinación y concertación intra y extra sectorial se fortalezca, lograr que por cada diez familias exista una procuradora o agente de salud, ampliando así la cobertura del programa.

(20) *ibid* p.4

2.2.5. Estrategias.

Las estrategias bajo las cuales se maneja el programa, son :

1. "Coordinación y concertación con instituciones del sector público, privado y social para la difusión de los programas (sector salud, sector educación, secretarías de gobierno, patronato nacional de promotores voluntarios, Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia, organizaciones religiosas, partidos políticos, bibliotecas públicas, etc.)
2. Capacitar al personal de salud, educación voluntario y la población de las 32 entidades federativas
3. Ampliar la comunicación educativa a través de la elaboración de nuevo material educativo y el uso de medios masivos.
4. Promover estudios para conocer el impacto de las acciones del programa en las comunidades con bandera blanca en salud.
5. Promover con organismos internacionales el apoyo técnico y financiero del programa "(21)
6. fortalecimiento de la participación comunitaria con énfasis en las madres de familia a través del programa regular y de sus modalidades (bandera blanca en salud y casa amiga del niño y de la madre)

De tales líneas estratégicas, evidentemente destacamos aquellas relacionadas directamente al ámbito educativo; siguiendo el orden del así mismas, tenemos que la estrategia 2 se refiere propiamente al proceso de enseñanza aprendizaje ; la estrategia 3 se aboca de igual forma al proceso pero de una forma mucho más amplia y en parte apoya a la estrategia anterior; y por otro lado, sus pretensiones son mucho mayores al considerar el uso de medios masivos.

Sin embargo, aunque dichas estrategias son las mas relevantes o relacionadas de manera directa al contexto educativo, también hemos de considerar que la estrategia 1 hace participe al

(21) ibid p. 5

sector educativo como institución en la difusión del programa, sobreentendiéndose, claro, la participación del personal de educación en la realización de dicha tarea.

Por otra parte, la estrategia 4 también esta relacionada de manera indirecta con la educación, pues el promover estudios para conocer el impacto del programa implica por tanto el adentrarnos en el contexto de investigación en salud, lo cual se expuso con anterioridad.

Sólo a modo de explicación, respecto a la estrategia 6, mencionaremos que aquí se destaca nuevamente la participación comunitaria; por otro lado las modalidades operativas a que se refiere el funcionamiento del programa son dos:

Bandera Blanca en Salud :- "Es la capacitación del total de madres de familia, embarazadas, en periodo de lactancia y con hijos menores de cinco años en una comunidad menor de 2 500 habitantes, al término de esta acción se coloca una bandera blanca " (22) .

Casa amiga de la salud del niño y de la madre.- " Es el domicilio particular de una agente, de una procuradora de salud o de una partera, quien es responsable de informar y orientar en la prevención de riesgos y daños a la salud familiar y capacitar a la comunidad en el uso del suero oral y entregarlo en casos de diarrea " (23)

Estas modalidades se implementan después de que se ha capacitado a determinada comunidad; la diferencia es que la bandera blanca se realiza después de capacitar al total de personas a las que el programa se dirige en la comunidad; la casa amiga es una forma de mantener la continuidad del programa, de manera permanente.

2.2.6. Líneas de acción

En la promoción de la salud se tienen líneas de acción muy diversas, todas ellas de alto impacto social tal como la utilización de medios de comunicación aunque principalmente la línea a seguir en el programa son las relaciones interpersonales que llevan a cabo el personal de salud, las instituciones concertadas y los grupos sociales existentes.

(22) ibid p.6

(23) idem

Las acciones que caracterizan propiamente al programa son dos:

- Capacitación de agentes y procuradoras de salud
- Fomento a participación y organización de la comunidad

Las procuradoras de salud son amas de casa, preferentemente en edad reproductiva, embarazadas, madres lactantes o puerperas, o bien con hijos menores de cinco años y que recibe la orientación de una agente de salud.

Las actividades de la procuradora de salud son diversas, tales como el promover en su entorno aquellas medidas preventivas relacionadas con la higiene, nutrición, saneamiento, autocuidado durante el embarazo y puerperio, la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años, dándole énfasis a los problemas diarreicos y respiratorios agudos, así también, que participen en eventos comunitarios de salud. Estas procuradoras posteriormente pueden ser capacitadas como agentes de salud. (24)

Para capacitar a las procuradoras como agentes de salud, deben cumplir con características tales como tener capacidad de liderazgo, saber leer y escribir, que tenga interés por el bienestar de su comunidad y disposición de tiempo.

Las actividades que dicho agente habrá de llevar a cabo son principalmente:

- 1) Identificar en su comunidad a las mujeres embarazadas y con hijos menores de cinco años
- 2) Realizar el proceso de sensibilización para la prevención de riesgos a la salud
- 3) Capacitar a las amas de casa como procuradoras de salud y responsabiliza en acciones comunitarias
- 4) Entregar trípticos, tarjeteros de salud y sobres de vida suero oral e informar permanentemente. Las agentes de salud son capacitadas por personal del sector salud y tales agentes son el punto de encuentro con la comunidad y el medio de transmisión para las madres de familia en la información básica sobre atención a los niños y los cuidados durante el embarazo.

Cada agente de salud está comprometida a capacitar a treinta procuradoras (vecinas, amigas, familiares). Los servicios de salud supervisan éstas actividades.

(24) Vid anexo 2 Tríptico " La madre, procuradora de la salud "

El proceso de capacitación es imprescindible en éstas líneas de acción, pues estas son eje del programa; la capacitación a agentes y procuradoras se logran a través de un aprendizaje participativo, para comprender esto, se ha de tener en cuenta que la " La educación sanitaria, lo mismo que la educación general, trata de cambios de ideas, de sentimientos y de conducta de las personas, su forma más corriente se afana en fomentar aquellas prácticas que se supone producirán el mayor grado posible de bienestar, (...) si se aspira a producir cambios de importancia en la conducta de una persona es necesario que sus emociones intervengan en dichos cambios.

El aprendizaje se logra antes y mejor si el contenido de la educación sanitaria está en relación con los móviles o motivaciones del individuo o de la colectividad y si el educando enfrenta un problema cuyo total alcance comprende. De esto se deduce la necesidad de enseñar a través de situaciones vivas y mediante experiencias reales y no sobre la base de conferencias académicas acerca de lo que es necesario hacer" (25)

Así por ejemplo, la capacitación de las agentes hacia las procuradoras se realiza con una metodología participativa, de esa forma las amas de casa aprenden discutiendo sobre sus experiencias y puntos de vista llegando a sus propias conclusiones y respuestas adecuadas, para ello las discusiones se combinan con sociodramas, demostraciones, lluvia de ideas, discusiones y juegos en equipo.

El material didáctico que se emplea en la capacitación son básicamente rotafolios, trípticos, ilustraciones, pero principalmente unas guías de capacitación así denominadas, que señalan paso a paso los procedimientos y materiales para capacitar; así también se cuenta con el tarjetero de la salud que es " el instrumento que se utiliza para la capacitación de agentes y procuradoras de la salud, el cual se entrega al término de la capacitación de cada una de las personas; consta de 26 temas de salud que apoyan 11 de las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud." (26) (27)

El tarjetero básico de salud, contiene las siguientes tarjetas, donde cada una constituye un tema específico de capacitación (28)

* Maternidad sin riesgo: Espaciamiento de nacimientos * Prevención de accidentes

(25) San Martín Hernán, Salud y Enfermedad 4ª. Ed. México, La Prensa Médica Mexicana 1984, p. 399

(26) SECRETARIA DE SALUD. Glosario 1997. México, Dirección General de Promoción de la Salud. p.13

(27) Vid. Infra. cap. I pp. 2ª 21

(28) Vid. Anexo 3 y 4 "Tarjetero básico de salud", (sobre) y ejemplo de las tarjetas que lo integran.

- * Alimentación durante el embarazo
- * Embarazo, parto y puerperio
- * Métodos anticonceptivos
- * Nutrición y lactancia materna
- * De 0 a 3 meses
- * De 4 a 6 meses
- * De 7 a 9 meses
- * De 10 a 12 meses
- * De 1 a 2 años
- * De 3 a 4 años
- * Vacunas

- * Tos y catarro
- * La diarrea
- * La vitamina A
- * El hierro
- * El yodo
- * Higiene
- * Medio ambiente
- * tuberculosis
- * Diabetes mellitus
- * Hipertensión Arterial
- * Primeros auxilios

2.2.7. Organización

El programa depende de una estructura organizacional compleja, en una línea estructuralmente vertical, este programa pertenece a la Coordinación de Salud Familiar, que depende del Departamento de Participación Social, y este, de la Subdirección de Información, Educación y Comunicación que está inserta en la Dirección de Servicios de Salud que forma parte de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal (DGSSPDF), órgano dependiente de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial; todos ellos pertenecientes a la Secretaría de Salud.

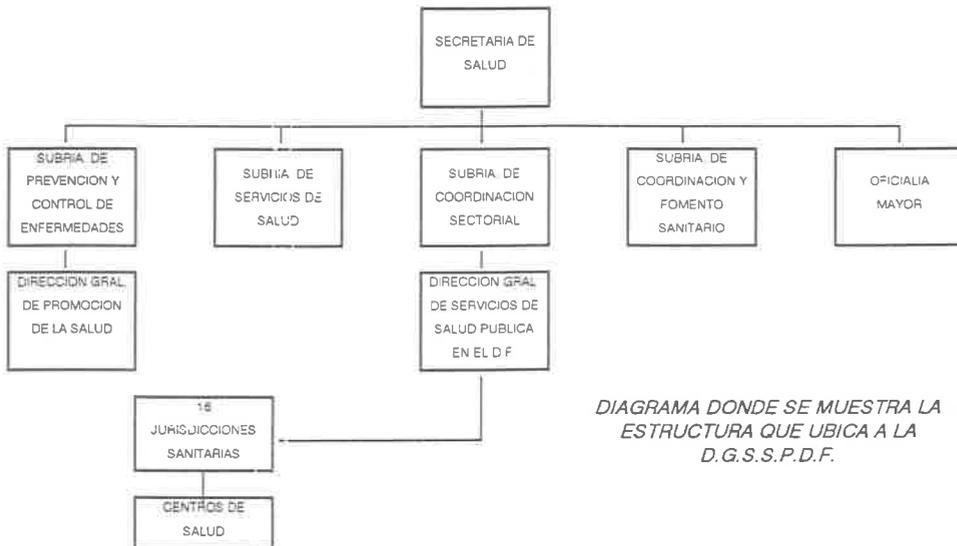
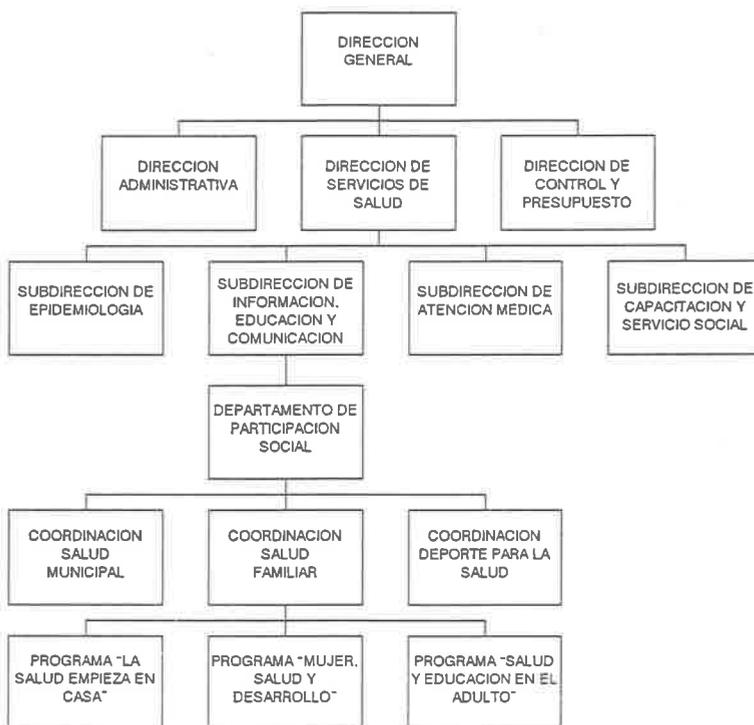


DIAGRAMA DONDE SE MUESTRA LA ESTRUCTURA QUE UBICA A LA D.G.S.S.P.D.F.



Organigrama que muestra la estructura orgánica de la cual depende el programa "La Salud Empieza en Casa", en la D.G.S.S.P.D.F.

n. Aunque la estructura de la D.G.S.S.P.D.F. es mucho mayor, solo hemos querido presentar a grosso modo, de donde depende el programa SEC.

Ahora bien, el órgano responsable de emitir los lineamientos para la elaboración programa SEC, es la Dirección General de Promoción de la Salud, a través de la Dirección de Salud Familiar y Escolar; así también este órgano se encarga de la integración del programa nacional y la vigilancia de su desarrollo a nivel estatal. En cada estado, quienes son responsables de difundir y vigilar el cumplimiento de la normatividad, elaborar y operar el programa estatal, son las jefaturas de servicios coordinados y secretarías de salud estatales; también supervisan y evalúan el programa a nivel jurisdiccional y local.

Partiendo de la descripción orgánica anterior, las funciones de las áreas involucradas son las siguientes:

Ya explicamos que la Dirección General de Promoción de la Salud a través de la Dirección de Salud Familiar y Escolar es la responsable de emitir los lineamientos para la elaboración del programa. " Los servicios de Salud Pública a través del área de Servicios de Salud y la Subdirección de Información, Educación y Comunicación son responsables de la planeación, programación supervisión y asesoría para la operación del programa a nivel jurisdiccional.

La jurisdicción y las unidades aplicativas serán las responsables de la ejecución del programa de acuerdo a los lineamientos, metas y logros establecidos " (29)

Las jurisdicciones sanitarias son los órganos que se encargan de la administración y coordinación de sus respectivos centros de salud que operan en el D.F. Estas jurisdicciones sanitarias se dividen en una por cada delegación política atendiendo exactamente al área geográfica de estas últimas.

Ahora, las funciones de la Subdirección de Información, Educación y Comunicación (SIEC), que se relacionan de manera directa con la coordinación y manejo del programa SEC son :

- * Establecer coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud para asesoría, capacitación y apoyos materiales necesarios para la difusión y operación de los programas.
- * Establecer coordinación con el nivel jurisdiccional para la difusión de normas y lineamientos en apoyo a los programas de salud.
- * Revisar y actualizar el material educativo y promoción existente
- * Concertar con las instancias correspondientes la adquisición y distribución de materiales educativos y de promoción que apoyen los distintos programas de salud.
- * Evaluar, supervisar y asesorar el desarrollo de los programas en las jurisdicciones sanitarias.
- * Promover la capacitación a las madres de familia como procuradoras y agentes de salud a nivel familiar y comunitario.

(29) SSA Plan de trabajo 1997. México, Subdirección de Información Educación y Comunicación. Coordinación de Salud Familiar, 1997 p. 5.

- * Coordinar la realización de acciones de Educación para la Salud en apoyo a los programas prioritarios en énfasis en el factor de riesgo. (30)
- * Organizar y participar en reuniones técnicas con el nivel jurisdiccional para la difusión de normas y lineamientos y actividades en apoyo a los programas de salud.
- * Supervisar la operación de los programas para garantizar la adecuada conducción de los mismos y sus actividades.
- * Evaluar periódicamente el cumplimiento de las metas programadas.

2.2.8. Control

El seguimiento y evaluación del programa se hace a través del Sistema Estatal de Información Básica (SEIB) en donde se recopila la información de los diversos indicadores del programa (cursos, agentes y procuradoras capacitadas, material educativo distribuido, banderas blancas levantadas y casas amigas del niño y de la madre instaladas); (31) para ello las personas de la comunidad que se han capacitado como agentes o procuradoras reportan la cuantificación a las jurisdicciones sanitarias. La evaluación se realiza en diferentes periodos bien definidos: mensual, bimestral, semestral, y anualmente, utilizando los registros del SEIB; la información cualitativa se obtiene de las diversas supervisiones que realiza la Subdirección de Información, Educación y Comunicación; así como de los comunicados oficiales. Dentro de la evaluación también participan organismos internacionales, así como del sector privado.

Algunos de los rubros fuera de las cifras que arrojan los indicadores, son la cobertura y el beneficio social; el impacto en la modificación de daños a la salud; el proceso de enseñanza-aprendizaje; así como las mismas supervisiones realizadas . Para ello, también se aplica una cédula de conocimientos y actitudes a las procuradoras de salud, lo que permite cuantificar los resultados obtenidos en estos aspectos.

(30) En materia de salud , e' enfoque de riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un daño a la salud (enfermedad o muerte); ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los Servicios de Salud.

(31) Vid. Anexo 5 formato del Sistema Estatal de Información Básica (SEIB), Donde se concentra la información cuantitativa que se genera en los diversos programas de salud familiar. (ejemplo)

CAPITULO III

ANALISIS DEL PROGRAMA LA SALUD EMPIEZA EN CASA, APLICANDO LAS DIVERSAS ETAPAS Y ELEMENTOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO.

En éste capítulo pretendemos aplicar diversas etapas del proceso administrativo al manejo y control del programa, por diversas razones:

1. Las etapas del proceso administrativo sistematizan el conjunto de procedimientos que se llevan a cabo de manera general en cualquier organismo donde se plantea alcanzar un objetivo común; sobre todo si el objetivo se sustenta en planes y programas cuya meta es el bienestar social.
2. El proceso administrativo es la administración en marcha
3. Proyectamos el proceso administrativo en los diversos elementos del programa ya descrito en el capítulo anterior; visualizando en que parte del proceso administrativo quedan insertos, o en qué fase del proceso se integra.
4. Se ha tomado el modelo del proceso administrativo como cierta guía para hacer análisis, pues la presente tesina pretende no ser tan solo un trabajo de investigación culminante de un proceso de formación personal ; sino que también pueda ser utilizado y consultado posteriormente por aquellas personas que se encuentran en el mismo proceso de formación; por lo que el conocimiento ya familiarizado con el proceso administrativo, permitirá una mayor comprensión de este trabajo. Por lo mismo, hemos utilizado un lenguaje claro, con palabras sencillas que no hagan de este trabajo un rompecabezas de citas textuales y tecnicismos; sino que el lector pueda asimilar fácilmente lo que queremos dar a entender.

Primeramente, hemos de tomar en cuenta que " Seccionar el proceso administrativo es prácticamente imposible e irreal; en todo momento de la vida de una empresa se dan, complementándose, influyéndose mutuamente e integrándose, los diversos aspectos de la administración. Así, al hacer planes simultáneamente se esta controlando, dirigiendo, organizando, etc. " (32)

(32) REYES PONCE, Agustín, Administración de empresas. Teoría y práctica. 1ª parte , México, Limusa, 1983 . p 57

Por otra parte, existen diversos criterios para dividir el proceso administrativo, sobre todo en cuanto a las fases de previsión y planeación; nosotros hemos considerado una de otra, de manera independiente, no como una sola, pues tal como Agustín Reyes Ponce lo justifica, " así se distingue entre ' Lo que puede hacerse ' y ' Lo que va a hacerse de hecho ' " (33).

3.1. Previsión

Consiste en determinar qué es lo que se desea lograr por medio de un organismo social, además de analizar cuales serán las condiciones futuras en que dicho organismo habrá de encontrarse y se concreten así las acciones a tomar.

En esta primera etapa, es claro que la determinación del objetivo es fundamental; por lo que Reyes Ponce menciona que se deben aplicar seis preguntas: qué cómo, quién, dónde, cuándo, y por qué.

Así, tenemos que al aplicar dichas preguntas encontramos:

¿ Qué es lo que realmente pretende el programa? Tal como ya se describe en el capítulo anterior, lo que el programa SEC pretende es :

- Reducir los riesgos a la salud en el hogar
- fortalecer las acciones preventivas
- Lograr la revaloración de la mujer
- Promover la organización y participación de la comunidad

¿ Cómo pretendemos lograrlo? A través de la participación y capacitación de la comunidad; especialmente de la mujer y de las madres de familia.

¿ Quién ? ¿ A qué instituciones, órganos, etc. corresponde lograr el objetivo? En este sentido estamos hablando de diversos niveles de responsabilidad; por ser un programa que busca apoyo en varios sectores, además de que las miras que mantiene son de carácter nacional.

(33) Ibid p.58

Esto, como recordaremos se ha tratado en el capítulo anterior, sin embargo sólo mencionaremos que es la Secretaría de Salud, órgano principal del cual depende el logro de objetivos, es la encargada del programa y quien coordina al sector salud. Por otra parte, a un nivel más operativo, son los Servicios Coordinados de la Secretaría de Salud de cada estado, de quien depende los logros del programa en cada entidad. En el caso específico del Distrito Federal, la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal (D:G:S:S:P:D:F:) es la encargada de operar en esta entidad los programas emanados del Diagnóstico de Salud del Distrito Federal y los programas prioritarios ahí mismo enmarcados; entre los cuales se encuentra el de materno-infantil, del cual uno de los programas de acción es justamente el de la salud empieza en casa.

Volviendo a los niveles de responsabilidad de los cuales depende el logro de objetivos del programa, tenemos que en un tercer nivel de encuentran las jurisdicciones sanitarias y sus respectivos centros de salud; correspondiendo al Departamento de Participación Social de cada jurisdicción y centro de salud, la operación como tal, del programa.

¿Por qué? ¿Cuál es la finalidad que nos movió a buscar ese objetivo de la cual depende en gran parte la forma en cómo habrá de alcanzarse ?

La finalidad es alcanzar la salud para todos en el año 2000 y la forma en cómo habrá de alcanzarse es la atención primaria a la salud con sus elementos ya mencionados anteriormente (34) de donde surge el programa SEC para coadyuvar a todo ello.

¿Cuándo ? ¿ Es una meta urgente o diferible ? ¿En qué tiempo se debe lograr el cumplimiento de sus objetivos?

Consideramos que el hablar acerca de " alcanzar la salud para todos en el año 2000" es un hecho subjetivo, teniendo en cuenta el concepto de salud tratado en el inicio del primer capítulo de éste trabajo (35); aunque el programa establece que este contribuirá a proteger la salud, disminuir las enfermedades comunes y sus complicaciones, así como la mortalidad de los menores de cinco años y de la mujer en relación con la reproducción; esto a través de acciones concretas que se distribuyen mediante una programación anual con metas por cumplir mes con mes.

(34) Vid Infra. Cap. I p.7

(35) Vid Infra Cap I p. 6

¿ DONDE ? El programa tiene cobertura nacional, haciéndose énfasis en aquellas zonas menos favorecidas, o de una alta marginalidad donde las afecciones y complicaciones son más frecuentes, esto, atendiendo a la ejecución del programa. La planeación se realiza en la entidad misma a través de los Servicios Coordinados de Salud en el DF.; la planeación y la coordinación del programa se lleva a cabo en la DGSSPDF y corre a cargo de la Subdirección de Información, Educación y Comunicación (SIEC), a través de la Coordinación de Salud Familiar.

Otro aspecto importante respecto a la previsión, corresponde a las diversas acciones que se han de llevar a cabo para los fines propuestos; éstas acciones ya están definidas debido a la misma naturaleza de la atención primaria a la salud, la cual determina con bastante concreción cuáles son las acciones diversas que han de tomarse; el programa SEC se encuentra así bien definido en las acciones que le son propias. Recordemos que el programa no es parte de la APS, sino que toma los elementos propuestos por ésta, y se conforma como un programa con sus propios medios y líneas de acción.

La participación y capacitación de la comunidad en general, especialmente de las mujeres y de las madres de familia son puntos básicos con los cuales se pretende incrementar la red del sistema de salud, además de que se busca igualmente fomentar el auto cuidado de la salud. Todo ello conformaría líneas de alto impacto social y de bajo costo.

3.2. Planeación

Planear es decidir por anticipado lo que va a hacerse siguiendo determinadas políticas, a través de ciertos procedimientos con la finalidad de ejecutar programas fijos para cumplir así los objetivos y siempre en base a una presupuestación.

Así tenemos que las políticas pueden definirse como aquellos criterios generales que tienen por objeto orientar la acción; sirven para fomentar, interpretar o suplir las normas específicas. Son aquellas decisiones que se dan, tomando en cuenta juicios que son comunes a diversas áreas de la organización. Podemos considerar como políticas, aquello que dicta el actual Programa de Reformas del Sector Salud, pues no son normas escritas directamente por la Dirección General de Servicios de Salud o sus áreas, sin embargo cada una de ellas se fundamenta primeramente en él; otra política puede considerarse que se toma en cuenta principalmente a las zonas con grandes rezagos; otra, que el programa pretende ampliar el sistema de salud mediante el

compromiso de cada agente a capacitar a treinta procuradoras entre amigas, familiares y vecinos.

En el caso del Distrito Federal es en cierta forma difícil que el programa se aplique tal cual está definido; esto por que el programa está destinado básicamente a poblaciones menores de 2 500 habitantes y - repetimos - con la característica principal que exista una alta marginalidad, así, hay jurisdicciones sanitarias que deben modificar la manera de operar el programa; por ejemplo, Bénito Juárez, Coyoacán; delegaciones que no presentan las características especiales que determina el programa.

En cuanto a los procedimientos, tenemos que éstos determinan cada uno de los pasos secuenciales que han de llevarse a cabo en una acción específica con el fin de alcanzar la meta trazada en dicha acción.

Para elaborar la programación y presupuestación, en las bases programáticas 1997- mismas que hemos anexado (36) se establece el procedimiento para llevar a cabo dicha programación; pudiendo determinar con ello:

- El número de cursos para agentes y procuradoras con el tarjetero
- El número de tarjeteros
- El Número de guías de capacitación (para agentes y procuradoras)
- El número de rotafolios (para agentes y procuradoras)
- El número de trípticos
- El número de sobres de vida suero oral
- El número de visitas para capacitación
- El número de visitas de supervisión y evaluación
- El número de banderas blancas a instalar
- El número de casas amigas a instalar

Dentro de la SIEC, no existe un manual de procedimientos que le sea propio al Programa SEC; la realización de las actividades se da en base a la mecánica que ha presentado el programa a través del tiempo.

(36) Vid anexo 6 " Bases programáticas y presupuestales 1997 "

Actualmente se encuentra inacabado un manual de procedimientos que se realiza para la Coordinación de Salud Familiar; aunque en el borrador del mismo , pudimos observar que tan sólo se trata de un intento por efectuarlo, pues no contiene elementos suficientes y bases administrativas para su realización.

La programación de la Salud Empieza en Casa, se establece acorde a los datos resultantes de la operación del programa durante un año conforme a cierta normatividad estableciendo las metas por alcanzar; éstas se dosifican proporcionalmente en cada uno de los doce meses del año. Respecto al presupuesto, los recursos de que se disponen están bien definidos conforme al financiamiento que se establece para cada sección del ramo.

Por otro lado, la distribución y elaboración de materiales educativos y de promoción de la salud igualmente ha dejado de realizarse de manera relevante; también destaca el hecho de que falta apoyo financiero para el izamiento de bandera blanca , así como para la elaboración de otro tipo de reforzadores, principalmente los audio visuales; aunque no se abandonan las estrategias de realizar acciones de bajo costo y alto impacto, tal como es la elaboración de trípticos y el uso de medios masivos de comunicación que, cabe mencionarlo, en algunos casos se logran concertaciones con dichos medios en los que el costo por emisión de mensajes es incluso nulo.

Para observar de manera general cómo se realiza la presupuestación del programa SEC, hemos insertado las bases programáticas y presupuestales de este año , con las cuales se determina :

- El cálculo del material educativo
- Los costos de las actividades y materiales educativos
- El procedimiento para la determinación de metas
- El procedimiento para la determinación de metas
- El procedimiento para la fijación de costos de partida
- El ejercicio de programación - presupuestación 1997.

3.3. Organización

Por medio de la organización se aseguran las actividades de que se habrán de realizar a través de unidades administrativas específicas, las cuales al estructurarse o integrarse en un todo, definen relaciones jerárquicas entre jefes y subordinados.

"La administración ('hacer a través de otros') implica necesariamente delegar responsabilidad y autoridad: El grado de autoridad y responsabilidad que se da dentro de cada línea determina los niveles jerárquicos." (37).

Así, el organigrama instrumento en el cual podemos observar claramente los diversos niveles jerárquicos a través de las áreas participantes en el programa SEC, muestra que la Coordinación de Salud Familiar, área de la cual depende directamente el programa, está subordinada al Departamento de Participación Social; sin embargo es de suma importancia mencionar que en la realidad ese departamento no existe; es decir, que la Coordinación de Salud Familiar, así como las de Salud Municipal y Deporte para la Salud están sujetas directamente a la Subdirección de Información, Educación y Comunicación (SIEC), aunque oficialmente se muestre que de ésta se desprende el departamento ya mencionado. Por otro lado tenemos que de las diversas jurisdicciones sanitarias, no se guarda la misma estructura y responsabilidad, respecto al programa; puesto que hay una diversidad de áreas que son las encargadas de manejar la coordinación del programa. Tenemos que en algunas jurisdicciones existe el Departamento de Participación Social como responsable, pero en otras no.

" El último paso que supone la organización, una vez establecidos los diversos departamentos y niveles jerárquicos es la definición precisa de lo que debe hacerse en cada unidad de trabajo. Esta unidad de trabajo (...) recibe el nombre de ' puesto ' " (38)

Respecto a las funciones específicas que deben darse en la organización a través de puestos bien determinados, encontramos aquí un problema, pues hay una falta de especificación de puestos y de funciones que se deben ocupar dentro de la SIEC, así como de sus correspondientes coordinaciones; sólo existe una distribución un tanto azarosa del personal en cada una .

Aunque las funciones de! área están medianamente definidas, no existe alguna delinación sobre las funciones específicas de cada puesto, ni aún qué puestos son los que han de existir en cada área y sus respectivos departamentos y coordinaciones; la determinación del personal y sus funciones se determinan atendiendo a las necesidades que vaya presentando el programa durante su curso, así como los diversos requerimientos que se generen en la SIEC.

(37) REYES PONCE, Agustín. Administración de empresas. Teoría y práctica. 1 ª parte. México. Limusa. 1983. p. 62

(38) Idem.

Sobre las funciones específicas que realizan algunas personas, estas se han dado más por cubrir una necesidad propia del programa, que por existir lineamientos donde se especifique la función de cada una .

Por otra parte, están muy marcadas las funciones y labores que se realizan en los dos turnos (matutino y vespertino), pues la mayor parte de la responsabilidad se tiene en el primer turno, durante la jornada vespertina normalmente se realizan labores de apoyo o de alguna forma secundarias, sin que estén relacionadas en muchos de los casos con los programas.

Se desconoce el perfil de cada persona y en alguna manera el perfil de puesto que puede o debe cubrir determinada persona en un puesto específico dentro del área. Esto no significa un problema que resulte directamente de la Subdirección de Información; la Subdirección de Recursos Humanos de la OIGSSPDF comparte cierta responsabilidad en ello, pues esta área maneja principalmente los movimientos del personal que labora en esta Dirección General; parte de la responsabilidad la tiene también la Dirección de Servicios de Salud, área que subordina a la SIEC. La Dirección de Servicios de Salud autoriza-teóricamente - todo el movimiento que se da de manera interna en sus diferentes subdirecciones.

Al problema se suman de manera significativa las diferentes administraciones que han dirigido a la Subdirección, así como la transformación sufrida de la Subdirección de Participación Social a Subdirección de Información, pues aun con la variación no se reestructuraron debidamente los puestos y funciones del personal conforme a su perfil y/o en base a la coordinación y programas en el que tuviera cierta experiencia, sino se determino de manera arbitraria y subjetiva.

Es importante hacer notar que la falta de un instrumento como lo es el manual de organización departamental dificulta en mucho el que se puedan establecer las obligaciones de cada unidad de trabajo.

Es poco probable que verdaderamente no exista un manual de organización departamental; sin embargo, en el caso de nuestra investigación no hubo resultado favorable en la búsqueda del mismo, ni al pretender obtener dicha información directamente con la persona que tiene a su cargo la SIEC.

3.4. Integración

Esta se da al reunir todos los elementos humanos y materiales, articulándolos de manera tal que cada uno contribuya al logro de objetivos.

Al integrar en la organización a las personas (recursos humanos) debe buscarse que estas reúnan requisitos mínimos para desempeñar adecuadamente cierta función, debe procurarse adaptar los hombres a las funciones y no las funciones a los hombres.

También los cambios que ha sufrido la SIEC (tanto de manera formal como informal), trajo consigo modificaciones en el manejo de algunos programas que se trataban en el área; no sucedió así con el personal; es decir, los recursos humanos con que contaba la Subdirección de Participación Social, son los mismos elementos con que cuenta la actual; así, puede deducirse que el personal que en ella laboramos nos hemos tenido que adecuar a los programas de manera forzosa; sin tomar en cuenta el perfil y experiencia en los programas antes mencionados; cuando menos esto es decisivo en el turno vespertino y no tan sólo en el programa SEC sino en cada una de las Coordinaciones que integran la actual Subdirección. Desafortunadamente la integración del personal hacia los diversos programas parece haberse realizado sin ningún tipo de técnica. Anteriormente, mencionamos que la principal responsabilidad del programa se tiene durante el turno matutino, así también la integración de los recursos humanos tiene mayor consideración en el mismo que en el de la jornada vespertina.

Pese a que dentro de la integración, la inducción es un elemento esencial, no se ha dado en el área ni tampoco un proceso de capacitación, los programas que son responsabilidad de las respectivas coordinaciones de las cuales dependemos cada persona, sólo se van conociendo mediante un proceso autodidacta, ya sea rescatando ciertos elementos en la realización de cada trabajo encomendado rutinariamente, ya sea por interés propio de conocer su contexto laboral, o bien por que el trabajo lo requiere, por lo que el proceso de articulación y armonización es lento y entorpece en mucho labor a realizar.

La Dirección General de Promoción de la Salud, la Dirección de Salud Familiar y Escolar y la Subdirección de Información, Educación y Comunicación han realizado un curso específico del programa SEC; el último en mayo de este año, sin embargo éste no responde a las necesidades que se dan en la Subdirección y la Coordinación de Salud Familiar a la que estamos adscritos,

debido a que el curso va dirigido al personal operativo y respecto al ámbito administrativo como lo es la planeación y programación se toca muy poco sin ahondar en ello (39) .

En el caso de los recursos materiales existen diversos problemas en cuanto a la dotación de material básico para la operación del programa como es la falta de entrega de tarjeteros hacia las jurisdicciones y centros de salud, también esto ha afectado a la integración de personas externas a la red del sistema de salud, pues en el caso de las agentes y procuradoras frecuentemente se ha sugerido que se les motive de manera más significativa mediante la dotación de mochilas, casacas, etc. pero a la fecha este tipo de materiales no siempre se proporcionan.

Retomando el aspecto puramente administrativo del programa, en la SIEC no existe línea de acción específica para integrar al personal del programa, hay un desaprovechamiento de los recursos humanos en las diversas coordinaciones, esto se debe sólo a la sobrepoblación del área, sino también al desconocimiento de las funciones y trabajos que pueden realizar determinadas áreas como por ejemplo, la de apoyo Audio Visual; la cual ya sólo realiza tareas de fotocopiado y transcripción de documentos por computadora, desaprovechándose así diversos recursos.

3.5 Dirección

"Es impulsar, coordinar y vigilar las acciones de cada miembro y grupo de un organismo social, con el fin de que el conjunto de todas ellas realice del modo mas eficaz los planes señalados".
(40)

El mando o autoridad es uno de los elementos que integran esta fase. Por medio de la autoridad del administrador, ejercida a base de decisiones o delegándola, se logra la realización de lo planeado y se vigila simultaneamente que se cumplan en forma adecuada todas las órdenes emitidas.

Atendiendo a la delegación de autoridad, tenemos que en la SIEC la responsabilidad y manejo que existe de ésta en los diversos programas y funciones que le competen, se dosifica en las tres coordinaciones ya mostradas en el organigrama, de esta forma cada coordinación se aboca a

(39) Vid. anexo 7, Folleto " Taller 'La Salud Empieza en Casa' " Observése el último punto tratado en el mismo.

(40) REYES PONCE op.cit. p.63

desarrollar los programas que le corresponden; la Subdirección se encarga de supervisar los resultados que se obtienen periódicamente; así como la reprogramación que en base a dichos resultados se elabora anualmente.

Sin embargo, debemos tomar en cuenta por una parte, los diversos problemas mencionados en la fase de integración, además de la ausencia de la coordinadora del programa durante el turno vespertino; así normalmente el trabajo a realizar se delega directamente de la Subdirección hacia nosotros o bien de una persona del turno matutino a quien se ha recargado por demás el manejo del programa; o sea, existe una autoridad formal, responsable del programa; sin embargo, informalmente la autoridad (en el turno vespertino) lo representa directamente la subdirectora, y la responsabilidad del programa se centra en una sola persona del turno matutino.

El mando o autoridad en el nivel operativo del programa lo ejercen aquellas personas que representan a los servicios de salud; quienes capacitan primeramente a las agentes de salud, y precisamente se les capacita delegándoles responsabilidad y a la vez cierta autoridad; justamente uno de los requisitos que deben poseer para ser capacitadas como agentes, es que tengan cierta autoridad formal o informal dentro de la comunidad. Sea como agentes, sea como procuradoras, comparten cierta responsabilidad, pero ésta es mayor en su papel de agentes pues deben compartirla y delegarla hacia sus procuradoras.

Es necesario hablar de los diversos canales de comunicación con que se realiza la coordinación y delegación; esta comunicación se da principalmente a través de escritos donde se informa de las acciones a realizar; sobre todo de la Subdirección hacia las jurisdicciones sanitarias y centros de salud. (41)

También la comunicación se ejecuta a través de reuniones mensuales en las que se tratan diversos asuntos relacionados con la operación del programa; estas se llevan a cabo con los responsables del programa a nivel jurisdiccional y es directamente la Subdirección quien coordina las reuniones de las cuales se elabora una minuta como medio de control.

Propiamente en el área que ocupa la Subdirección, hay que mencionar que existe una falta de coordinación y comunicación entre los turnos matutino y vespertino; es necesario una especie de enlace; y esta cuestión es bastante generalizada en el edificio de la DGSSPDF, debido el problema principalmente a las siguientes causas:

(41) Vid. anexos 8 y 9. Oficios que cumplen la función de instrumentos de comunicación

- El horario promedio del personal del turno matutino es de 8:00 a 15:00 hrs; el horario promedio del personal del turno vespertino es de 15:00 a 21:00 hrs por lo que hay un lapso de tiempo en el que exista el " enlace " entre los dos turnos.
- Específicamente la persona responsable de la Coordinación de Salud Familiar área que maneja el programa SEC, tan sólo labora durante la jornada matutina y aunque oficialmente su hora de salida es a las 15:00 hrs, normalmente la realiza a las 14:00 hrs ; por lo cual dicha coordinación y comunicación con el segundo turno es prácticamente nula.

Por otro lado, dentro de la operación del programa, hay un problema de comunicación entre las diversas jurisdicciones y la Subdirección de Información; pues la diversidad de criterios entre las dieciséis jurisdicciones no permite homogeneizar algunos aspectos que son básicos en su operación. El mismo problema encontramos por parte de los centros de salud hacia las jurisdicciones, siendo aquí el problema aún mas grave, pues son los centro de salud la parte medular de la operación del programa.

En la operación de campo, la comunicación siempre se establece y de manera invariable a través de las relaciones interpersonales; sea de los representantes de los Servicios de Salud hacia las personas a capacitar como agentes, o de las agentes hacia las procuradoras de salud y en base a la guía de capacitación: tanto para agentes como para procuradoras en donde se especifican las diversas normas técnicas, así como las actividades sugeridas como didáctica para cada tema de salud.

El último elemento de la dirección , es la supervisión, cuyo objeto es el ver si las cosas se están haciendo tal como se habia planeado y mandado.

A nivel puramente administrativo no existe instrumento alguno con el cual pueda determinarse que se da la supervisión.

A nivel operativo, la Subdirección ha elaborado un instrumento denominado " Guía de supervisión " (42) en dos modalidades: a nivel jurisdiccional y a nivel centro de salud.

(42) Vid. anexo 10 y 11 " Guías de Supervisión del programa la Salud Empieza en Casa " a nivel jurisdiccional y nivel centro de salud

3.6. Control

Se da a través de la comparación de los resultados obtenidos con aquellos que se esperaba obtener, para ello deben adoptarse sistemas que permitan evaluar, corregir, mejorar y formular nuevos planes.

Primeramente deben establecerse normas para realizar la comparación, base de todo control.

En este caso, las normas a las que sujetan los controles atienden a las bases programáticas que se desarrollan durante la planeación (43). Los controles miden la productividad en los mismos rubros que ahí se establecen. Aunque principalmente lo que se tiende a observar es : cursos impartidos,; número de agentes y procuradoras capacitadas; número de trípticos y rotafolios elaborados; banderas blancas levantadas y casas amigas instaladas.

Posteriormente al establecimiento de normas, se lleva a cabo la operación de los controles.

En la SIEC, son tres tipos de instrumentos que se emplean como medios de control:

- 1) *El Sistema Estatal de Información Básica (SEIB) y el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).*

El SISPA es un instrumento donde se concentran datos de morbilidad de las comunidades; la información que aquí se concentra es de primera mano (del primer contacto entre el personal de la salud y la comunidad) (44).

El SEIB es un instrumento en donde se concentran datos estadísticos referentes a la situación de salud que presentan las entidades federativas. Es un sistema computarizado integrado por diversos formatos en los que se concentra la información de los programas que maneja la DGSSPDF, entre otros órganos de la Secretaría de Salud, comprendiendo este sistema los niveles municipal, estatal nacional, en el caso del programa SEC, la información es emitida a nivel jurisdiccional, que comprende como ya explicamos, uno por cada delegación política. (45)

(43) Vid anexo 6 " Bases programáticas y presupuestales 1997. "

(44) Vid anexo 12 . Uno de los diversos formatos que integran el SISPA

(45) Vid anexo 5 formato SEIB

La forma en que se concentra la información, va desde las procuradoras de salud que registran y reportan a su unidad operativa (centro de salud) los diversos datos del total de personas que han sido capacitadas en el programa; todo ello es reportado en el SISPA y de esta manera el centro de salud, los reporta a la jurisdicción sanitaria para que su estadígrafo lo transcriba y concentre en el SEIB. La información se concentra periódicamente de manera mensual, bimestral, semestral y anual. Así, se tiene disponibilidad a los datos para su consulta y su respectivo análisis, observándose los avances que tiene el programa en cada jurisdicción y por supuesto, a nivel DF.

Desafortunadamente existen diversos problemas con este sistema de información pues aunque es manejado por la red de computadoras, el concentrado de información no siempre está disponible en el tiempo requerido, y por otra parte, hay un subregistro bastante significativo tanto de las procuradoras al SISPA, como parte de los estadígrafos, lo que hace la información no del todo confiable.

2) Duplicación del trabajo realizado por el SEIB.

Los problemas antes descritos y la no total confiabilidad del sistema hacen que se formulen nuevos instrumentos de control que por error humano y la falta de una adecuada coordinación lleva también exista un cierto margen de error; además de que se duplica el trabajo realizado por el SEIB; y la no homogeneidad en los datos concentrados entre el sistema y los controles internos hace que tenga que revisarse de diversas formas, que provoca una pérdida de tiempo y de aprovechamiento del SEIB, como del potencial en recursos humanos.

3) Otros tipos de control interno.

Normalmente los controles internos concentran la información que directamente arroja el SISPA y aquella que de primera mano envían las jurisdicciones sanitarias. Estos instrumentos son elaborados por el mismo personal de la Coordinación de Salud Familiar y elaborándose concentrados en diversos y mas variados periodos y estableciendo comparaciones entre un periodo y otro, así como sus respectivas metas a la vista. El inconveniente de ello es que existe algún problema de comunicación entre las jurisdicciones y la Subdirección, por que con cierta frecuencia no se cuenta con información de todas las jurisdicciones; lo que dificulta el poder realizar ciertos cálculos de estos órganos y ante todo, de los concentrados requeridos a nivel D.F.

También hacíamos referencia anteriormente, que la Subdirección realiza mes con mes, juntas con los responsables del programa para observar cuáles son los principales comentarios, puntos de vista y opiniones al respecto de los avances u obstáculos que presenta el programa en cada uno de sus rubros; elaborándose una minuta detallada sobre los asuntos tratados en la reunión que se ha llevado a cabo; posteriormente esa información se analiza determinando cuáles son las principales sugerencias y comentarios en que coinciden cada uno de los responsables .

Por otra parte, la guía de supervisión también es un medio de control, ya que toda la información surgida de la misma se analiza y concentra en un formato específico donde se establece cuál es el problema encontrado, que áreas son las que están involucradas en dicha situación y cuál es la medida de solución que se sugiere (46) .

Para elaborar la planeación y programación de la Salud Empieza en Casa, siempre habrá de tomarse en cuenta los resultados que los diversos controles arrojen, la interpretación de los mismos se basa principalmente en cálculos estadísticos y porcentuales.

Sin embargo, hemos de observar que la interpretación de resultados no se refiere exclusivamente a la observancia de cálculos cuantitativos, sino que también en base a las supervisiones que se realizan y tomando como referencia las guías, se analiza información de tipo cualitativo, aunque primordialmente se considera la cuantitativa.

Desafortunadamente aunque el análisis y la interpretación de resultados se ha llevado a cabo de una manera medianamente adecuada, debido a los diversos problemas y obstáculos que se encuentran en algunas fases del proceso, no ha sido posible llevar a la reprogramación muchos de los criterios y sugerencias que son importantes sobre todo en los aspectos cualitativos que directamente se enfocan a la administración del programa; tal como es el caso que tanto en las jurisdicciones como en los centros de salud, se hace referencia a que debe existir una capacitación en aspectos administrativos del programa y no sólo capacitación de tipo operativo; esto es algo de las guías presentan año tras año y no se ha considerado debidamente.

También debemos considerar el problema de subregistro que se da en los diversos niveles del programa; desde el nivel operativo con las procuradoras, hasta la misma SIEC, pasando antes por las jurisdicciones; entorpeciendo la real interpretación de resultados que finalmente afecta a la reprogramación.

(46) Vid anexo 13 Formato en que se vacía la información cualitativa de las guías de supervisión

CONSIDERACIONES FINALES

Es importante no perder de vista las relaciones existentes entre la salud y la educación; principalmente como factores de desarrollo social. Primero en que la salud incurre en el trabajo, la cultura y la educación; segundo, este último incide en su vertiente de formadora de recursos humanos coadyuvantes en la investigación en salud y en el caso que nos ocupa, en concientizar a través de un proceso educativo a la población en el autocuidado de su salud.

Las estrategias planteadas en promover el autocuidado a través del fomento de la salud y participación comunitaria, son indispensables mantenerlas a través de acciones de bajo costo y alto impacto como las que el programa la Salud Empieza en Casa desarrolla.

Por la importancia que el programa tiene, habría que fomentar el conocimiento de este en la población en general, para que se genere un interés en el mismo y así un mayor impacto.

Concretamente en el caso del Distrito Federal, debe elaborarse un vertiente del programa por el medio del cual la Salud Empieza en Casa pueda implementarse acorde a las necesidades y condiciones sociales de su población en particular; esto especialmente para aquellas jurisdicciones sanitarias geográficamente centralizadas cuyas condiciones no se adecuan para la operación del programa tal como está delineado. Lo mismo para las grandes urbes con un nivel de desarrollo considerable.

Específicamente, atendiendo a la administración y operación del programa, consideramos que:

Hace falta mejorar la programación de actividades del programa SEC teniendo en cuenta las diversas acciones en salud de los diferentes programas existentes; de esta forma la operación del programa no se verá interrumpida.

Las investigaciones sobre el impacto del programa deben hacerse visibles y verdaderamente considerar sus resultados al reprogramar y delinear anualmente el programa.

Deben atenderse las observaciones realizadas en cada guía de supervisión, el análisis detallado de ellas permitirá introducir nuevas líneas tanto en su administración, como en su operación; tal es el caso en que guía tras guía aplicada anualmente, se observa la necesidad que en materia de capacitación existe en cuanto a toda su administración; pues hasta ahora la capacitación sólo

atiende los aspectos operativos en referencia a las guías para agentes y procuradoras, así como la metodología, dinámicas y normas técnicas para su aplicación en la comunidad.

Es necesario que para el Sistema Estatal de Información Básica (SEIB) sea evaluado y se le confiera la importancia que tiene; esto traerá consigo su eficiencia, el aprovechamiento de recursos técnicos y financieros que en el intervienen así como evitar la elaboración de controles internos en la Coordinación de Salud Familiar que genera duplicidad y desaprovechamiento de recursos humanos.

Deben mejorarse las líneas de comunicación entre la Subdirección de Información, Educación y Comunicación; y las jurisdicciones sanitarias; así como con los centros de salud para que la operación efectiva del programa se homogenice y se cumplan los objetivos establecidos en la Subdirección conforme al programa.

Hay que considerar la creación de un efectivo sistema de control con el cual se vigile y se evite el subregistro que hay en los diversos niveles de operación del programa.

Hay que tener en cuenta el perfil que cada " unidad de trabajo " (persona) tiene dentro del área de la subdirección; esto, para el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y además que la responsabilidad del programa no recaiga en una sola persona.

Debe plantearse e implementarse un programa de inducción por parte de la Dirección General de Promoción de la Salud, la Dirección materno-infantil y la Subdirección de Información, dirigido sobre todo a las jurisdicciones sanitarias y centros de salud, pues los responsables del programa en estos niveles muestran un desconocimiento sobre todo de la programación y administración del programa; así como algunos aspectos puntuales en la operación del mismo.

La estructura de la Dirección de Servicios de Salud de la DGSSPDF deben replantearse, pues la inexistencia funcional de un Departamento de Participación Social conlleva a que la subdirección realice funciones que en su jerarquía orgánica no le corresponden.

Al personal del turno vespertino debe tomársele mas en cuenta; atender el perfil de cada persona, delegando adecuadamente responsabilidades en cada una de ellas, delineando su puesto y funciones acordes al mismo.

Debe evitarse en lo posible realizar cambios de personal de un área a otra, sin ninguna política ni línea definida.

Es por demás importante la elaboración de un manual de organización interno de la subdirección para que ello determine los puestos requeridos y las funciones de los mismos, delineados de la manera más precisa posible.

Desde la Dirección de Servicios de Salud, deben delinearse las funciones de la SIEC, y de las áreas que de ella dependen.

Respecto a la integración de los recursos, debe vigilarse que la elaboración y distribución de los recursos materiales hacia las jurisdicciones y centros de salud se haga conforme a lo programado; pues su no cumplimiento adecuado afecta directamente la operación del programa.

En relación al contexto actual, consideramos que aunque se plantea algunas metas respecto al programa de promoción y fomento de la salud y que directamente se relacionan con el programa SEC, tal parece que el mismo va dejando de tener la importancia que se le confirió en el sexenio pasado, para convertirse en una política mas de salud. Consideramos que la actual política se ha enfocado principalmente al proceso de descentralización, la extensión de cobertura y la aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud.

Aunque la introducción del paquete básico intenta homogeneizar en cierta forma la política de salud; incurre en el mismo error que intenta desarticular; pues el paquete básico contempla algunas intervenciones que el programa SEC; Saneamiento Básico a nivel familiar; planificación familiar; vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil; manejo de casos de diarrea en el hogar; prevención y control de la hipertensión arterial, prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, y capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud.

BIBLIOGRAFIA

DALE, Ernest. Organización México, ed. Técnica 1982

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. Miércoles 31 de mayo de 1995

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION Lunes 11 de marzo de 1996

KUMATE, Jesús y SOBERON, Guillermo Salud para todos ¿Utopía o realidad?
México, El Colegio Nacional 1989.

LARIS CASILLAS, francisco Javier. Administración Integral 7ª de. México
oasis. 1981

PODER EJECUTIVO FEDERAL . Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. México 1983

PODER EJECUTIVO FEDERAL Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. México 1994

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, DIRECCION GENERAL DE COMUNICACION SOCIAL. sexto Informe de Gobierno 1988. Miguel de la Madrid Hurtado México, 1988

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, DIRECCION GENERAL DE COMUNICACION SOCIAL. Segundo Informe de Gobierno 1996. Ernesto Zedillo Ponce de León México 1996

REYES PONCE, Agustín Administración de Empresas. Teoría y práctica 1ª parte México, Limusa, 1983.

REYES PONCE, Agustín Administración de Empresas. Teoría y práctica 2ª parte México, Limusa 1983.

SAN MARTIN, HERNÁN Salud y enfermedad 4ª ed. México, La prensa médica mexicana, 1984

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. Antología de la planeación en México 1917-1985 t.4
(Planeación económica y social 1970-1976) México, F.C.E: 1985

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. Antología de la planeación en México 1917-1985 t.6
(Planeación económica y social 1970-1976) México, F.C.E: 1985

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. Antología de la planeación en México 1917-1985 t.9
(Planeación económica y social 1970-1976) México, F.C.E: 1985

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. Antología de la planeación en México 1917-1985 t.14
(Planeación económica y social 1970-1976) México, F.C.E: 1985

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Plan Nacional de Salud 1974-1976 1977-1983 vol. I México,
1974

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Plan Nacional de Salud 1974-1976 1977-1983 vol. II México,
1974

SECRETARIA DE SALUD . Bases programáticas y presupuestales 1997, Programas " La Salud Empieza en Casa ", " Mujer, Salud y Desarrollo " y " Salud y Educación en el Adulto" México, Dirección General de Promoción de la Salud; Dirección de Salud Familiar y escolar, 1996.

SECRETARIA DE SALUD. Evaluación de las estrategias de salud para todos en el año 2000. Marco de trabajo común. segundo día de evaluación México, 1991.

SECRETARIA DE SALUD. Glosario 1997. México, Dirección General de Promoción de la Salud. 1997.

SECRETARIA DE SALUD. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia México, 1991

SECRETARIA DE SALUD. Modelo para la prevención de riesgos y daños a la salud familiar . México, Dirección General de Salud Familiar y Escolar, 1996.

SECRETARIA DE SALUD. Paquete Básico de Servicios de Salud del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta 1995. México. 1995

SECRETARIA DE SALUD. Presentación esquemática del programa " La Salud Empieza en Casa " México , Dirección General de Promoción de la Salud; Dirección de Salud Familiar y Escolar, 1996.

SECRETARIA DE SALUD. Programa " La Salud Empieza en Casa " 1996. México, Dirección General de Promoción de la Salud Familiar y Escolar, 1996

SECRETARIA DE SALUD . Programa Nacional de Salud 1990-1994. México. 1990

SECRETARIA DE SALUD. Programa de Salud Materno - Infantil - Resumen ejecutivo. México, s/f.

SECRETARIA DE SALUD. Fuedo dar salud. Madres, procuradoras de salud, Experiencia en México. México, Dirección General de Salud Materno - Infantil - UNICEF

SECRETARIA DE SALUD. Reseña testimonial 1988-1994 t.1 México, 1994.

SECRETARIA DE SALUD. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. Programas de salud en el hogar. México, Dirección General de Promoción de la Salud, 1996.

SECRETARIA DE SALUD. DIRECCION GENERAL DE COMUNICACION SOCIAL. Salud Pública en México. Reseña Histórica 1982-1996. México, 1988.

SECRETARIA DE SALUD. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL D.F. Guía de Supervisión del Programa " La Salud Empieza en Casa ". Nivel centro de salud. México, Dirección de Servicios de Salud; Subdirección de Información, Educación y Comunicación, 1997.

SECRETARIA DE SALUD. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL D.F. Guía de Supervisión del Programa "La Salud Empieza en Casa". Nivel jurisdiccional . México, Dirección de Servicios de Salud; Subdirección de Información, Educación y Comunicación, 1997.

SECRETARIA DE SALUD. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL D.F. Plan de trabajo 1997. México, Subdirección de Información, Educación y Comunicación. Coordinación de Salud Familiar, 1997.

SECRETARIA DE SALUD. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL D.F. Procesos de Sistemas de Información. Informe de Actividades Unidad Médica. 1er. nivel (Informe agosto de 1997) México, DGSSPDF, 1997.

SECRETARIA DE SALUD. OFICIALIA MAYOR. CATALOGO DE PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS. ACERVO MEMORIA TECNICA. México, Centro de Documentación Institucional, 1994.

SECRETARIA DE SALUD-OPS/OMS-UNICEF. La Salud empieza en casa. Procuradoras de Salud. Tarjetero básico de salud. México, Dirección General de Promoción de la Salud. s/f

SECRETARIA DE SALUD. SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD. Programa "La Salud Empieza en Casa". Síntesis Ejecutiva. México, Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección de Salud Familiar y Escolar, 1995.

SECRETARIA DE SALUD-UNICEF. Situación y Perspectivas de la Mortalidad en menores de Cinco Años en América Latina. Primer Seminario, México 1988.

TERRY, George. Administración y Control de Oficinas, 2ª Edición, México, Compañía Editorial Continental S.A., 1978

VALDEZ OLMEDO, Cuauhtémoc y HAMUD ESCORCEGA, Salomón. Salud y Educación. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Coordinación de Estudios y Proyectos, 1984.