



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**LOS PROGRAMAS DOCENTE ASISTENCIALES.
UNA OPCION PARA EL TRABAJO
INTERINSTITUCIONAL EN
EDUCACION Y SALUD**

T E S I S
QUE EN OPCION AL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACION
(ORGANIZACIONES)
P R E S E N T A :
ANGEL FRANCISCO ALVAREZ HERRERA

Asesor: M. A. Rigoberto González López

México, D. F.

1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

P R E S E N T A C I O N .

El presente trabajo tiene como finalidad ofrecer una propuesta para la elaboración e implementación de un programa Docente Asistencial, el cual se brinda como una opción para el trabajo interinstitucional.

Las instituciones que involucrará la propuesta, serán las de educación superior y de salud.

Este documento se encuentra estructurado en dos partes:

La primera, El Marco General, que contiene el desarrollo crítico de cómo son concebidas las instituciones en general y en particular, las que competen a este trabajo. Asimismo, se hace una exposición de los antecedentes más relevantes de los programas Docente asistenciales, con la idea de mejorar su comprensión; entendiéndose estos programas como la conjunción de voluntades y recursos de las instituciones y de la comunidad para la resolución de problemas concretos.

Igualmente se señalan los beneficios que presentan los programas a sus diferentes elementos constituyentes; finalizando con la presentación de las dos estrategias que dirigen, orientan y concretizan el trabajo.

La segunda parte es propiamente la Propuesta formada por cuatro funciones:

- Planeación.
- Organización y ejecución.
- Sistema de Información y
- Evaluación y control.

incluyendo la descripción, contenido y utilidad de cada uno de ellos.

En esencia lo que se pretende con la propuesta es dar un ejemplo de organización de los programas, la cual coadyuve a la operacionalización de los mismos; siendo esta la diferencia básica con los programas hasta hoy presentados.

Al final de este trabajo se presenta un resumen, conclusiones y la bibliografía consultada.

I N D I C E .

	Pag.
INTRODUCCION.	I
I. MARCO GENERAL.	1
1.- Las Instituciones.	4
2.- Antecedentes de los Programas.	12
3.- Beneficios.	29
4.- Vías Básicas.	34
II.- PROPUESTA.	41
1.- Planeación.	46
2.- Organización y Ejecución.	57
3.- Sistema de Información.	64
4.- Evaluación y Control.	67
III.- PROGRAMA DOCENTE ASISTENCIAL EJEMPLO.	74
IV.- ASPECTOS JURIDICOS ANEXO.	90
V.- RESUMEN.	96
VI.- CONCLUSIONES.	97
VII.- BIBLIOGRAFIA.	99

I

INTRODUCCION

Diariamente nos enfrentamos a un sinnúmero de problemas que para resolverlos ponemos en juego todas nuestras facultades y recursos. Los problemas complejos cuando rebasan la capacidad de respuesta de un sólo organismo, exigen un estudio cuidadoso para el planteamiento de opciones de solución, surgiendo la necesidad de allegarse elementos de ayuda para la solución que se elija. Esta unión de esfuerzos para que tenga realmente sentido y utilidad debe poseer un mínimo de organización, la cual permitirá el logro de los propósitos que estimularán la conjunción de dos o más voluntades.

Los contratos o convenios que se llegan a establecer para la formalización de esa ayuda, o cooperación, frecuentemente están planteados en términos vagos y generales.

En ocasiones se llega a prescindir de éstos, en su aspecto formal, atendándose al compromiso expresado verbalmente y apoyado por las acciones. Se piensa que esta última forma de acuerdo, es para aquellas situaciones más o menos simples, o que no involucran una trascendencia significativa para un amplio sector de determinada actividad. Para aquellas actividades donde se involucran intereses de grandes sectores, el manejo de las acciones que se desarrollan no pueden quedarse al libre juego de las facultades y deseos de cada quien, sino que debe existir un elemento organizador que conjugue la multitud de intereses.

II

Es fácil imaginar que en una sociedad avanzada, los problemas que se presentan son innumerables, también lo son las relaciones que se establecen entre dos o más personas u organismos para intentar resolverlos. Las formas que se toman estas relaciones son asimismo muy variadas. Presentan ventajas y desventajas, y en base a las oportunidades que surjan, es como puede, una ser mejor que otra, en determinado momento.

En este orden de ideas, los Programas Docente-Asistenciales son una opción que se propone para la solución de problemas o necesidades contemplando la relación interinstitucional. Estos programas como su nombre lo indica, comprenden a las instituciones u organismos que tienen entre sus misiones principales la docencia, conjuntamente con aquellas cuya finalidad es la de prestar servicio; independientemente del nivel de educación y tipo de servicio que preste.

Esta concepción de los programas docente asistenciales pareciere indicar que son de aplicación amplia y variada en los diversos campos donde coinciden este tipo de organizaciones o instituciones. Esto es cierto, pero existe además otro elemento, que por su importancia y peso específico será quien determine la aplicación de estos programas, este elemento es: La comunidad, es decir el conjunto de personas que comparten intereses, necesidades, derechos y obligaciones en un territorio común.

III

La comunidad donde se realice el programa, necesariamente tendrá un papel importante para el logro de éstos, ya que en forma conjunta con las instituciones, detectará sus necesidades, las jerarquizará y propondrá soluciones para su satisfacción, determinando el nivel de participación de cada una.

Existiendo diversidad de necesidades, pueden producirse una variedad de programas docente asistenciales para hacerles frente, siendo invariablemente, la satisfacción de esas necesidades de su orientación básica.

El campo de aplicación de los programas es muy amplio. No se restringe a una determinada disciplina. El requisito indispensable es la conjunción de los tres elementos:

1. Las instituciones de Educación.
2. Las instituciones de Servicio, y
3. La comunidad.

Se insiste que el punto rector son las necesidades de la comunidad.

Por otro lado, es menester contar con una estructura base que permita la realización de los programas. Esta generalmente la cubre la forma de trabajo que actualmente tiene cada institución, y se propone como sustrato integrador de esas diferentes bases estructurales, las vías básicas de:

- La interdisciplinariedad y,
- La atención primaria.

1. MARCO GENERAL.

Se ha reconocido en diferentes ocasiones que los recursos en una economía serán siempre insuficientes para satisfacer las necesidades que tiene que resolver; siendo aún crecientes aquellos, éstas no se solventarán proporcionalmente. Esto resulta particularmente cierto en aquellas economías dependientes o subdesarrolladas, donde el nivel de vida o la calidad de la misma se ve imposibilitada de desarrollarse a alturas significativas para el grueso de la población. En algunos países se ha intentado promover la resolución de las necesidades a través de la participación de los ciudadanos, en la búsqueda de soluciones factibles. Desde luego no ha sido un camino fácil, ni lo será, por el cual se transite, ya que en ese caminar se trastocan intereses que aunque son de la minoría dominante, ésta no está dispuesta a perderlos.

Sintiendo estas limitaciones apenas esbozadas, se palpa la necesidad de buscar nuevas opciones, caminos diferentes, que nos conduzcan al mejor aprovechamiento de los exiguos recursos económicos para resolver las necesidades que aumentan y cambian cada día.

En esta época que nos tocó vivir, la última mitad del siglo XX, el desarrollo del enfoque de análisis económico ha tenido un gran auge, que ha permitido que su influencia haya llegado a la mayoría de las disciplinas.

Este encumbramiento de la cuestión económica abre la expectativa de que a partir del manejo exacto de los aspectos económicos se cuenta con la aptitud para la verdadera resolución de problemas. Estos se puede ilustrar con la opinión generalizada de que en cualquier campo de la actividad humana, si se establec los indicadores donde deba existir mayor eficiencia, esto nos permitirá calcular la inversión financiera necesaria para cubrirlos, pudiéndose proponer hasta un % del PNB para tal finalidad, por ejemplo en el campo educativo la relación de número de alumnos por profesor, número de alumnos por grupo, de horas por cada asignatura, etc.

Estos aspectos cuantitativos si bien no se deben olvidar o subestimar, tampoco deben sobreponderarse y sean estos los criterios que determinen las decisiones.

Partiendo de que el crecimiento económico de un país influye en el desarrollo de los diferentes sectores productivos, se debe reconocer que éstos a su vez tienen influencia sobre aquél.

Se puede exponer como ejemplo, que el crecimiento económico determina el desarrollo del nivel educativo y éste a su vez, en diferentes formas llega a ser una condición social necesaria para ese crecimiento económico.

Que este efecto recíproco no se soslaye, es condición necesaria para abrir nuevos caminos, nuevas expectativas donde el crecimiento económico no se considere como la condición necesaria para que se de otro tipo de crecimiento;

inclusive, buscar el cambio de la actitud de que: "porque no tenemos dinero no podemos hacer nada", es indispensable para inclinarnos a un trabajo con horizontes mucho más amplios.

Tomando como base esta idea, surge como planteamiento necesario el considerar un mejor aprovechamiento de los recursos con que actualmente se dispone, a través de la coordinación de actividades que desarrollan en el campo específico de la actividad económica. Con esto se quiere decir que existen funciones y actividades de competencia singular, que son desarrolladas por instituciones específicas, las cuales por la misma complejidad para la determinación precisa de sus límites de acción en lo particular, tienden a la duplicidad de funciones con la subsecuente falta de coordinación y una utilización duplicada de recursos.

Una de las alternativas para evitar esta duplicidad de esfuerzos y el derroche de recursos, es la del trabajo interinstitucional. Siguiendo esta línea aquí se presentará una metodología que permita una mayor eficiencia y eficacia en este tipo de trabajo.

Con la finalidad de aclarar lo que entendemos por institución y por trabajo interinstitucional, se expresa la siguiente consideración especial.

1. LAS INSTITUCIONES

El organismo humano en su desarrollo entabla una relación con su ambiente, que no sólo es de orden natural, sino también de orden cultural y social.

En el proceso de llegar a ser Hombre, su constitución biológica va siendo guiada por las formaciones socioculturales que operan sobre él. Así mismo, su actuación repercute en ellas, estableciéndose una interrelación.

La constitución biológica del hombre proporciona sólo los límites externos para la actividad productiva humana. Así, el hombre se desarrolla en un ambiente con determinadas características de organización. Características (llamadas por Berger y Luckman. ⁽¹⁾ El Orden Social), que son producto de toda la experiencia que el hombre ha acumulado a lo largo de su existencia. Este orden social, es un producto de la actividad del hombre para dirigir y estabilizar su comportamiento.

Las pautas de conducta que el hombre tiene y otras nuevas que desarrolla, se van definiendo, haciendo hábitos y costumbres; se estandarizan, se tipifican.

Cuando las acciones se tipifican aparece la institución. Estas acciones son las que incumben a dos o más gentes que participan en una situación común. Así, por institución entenderemos un modo estandarizado de conducta y acción social.

(1) Berger., Luckman. La Construcción Social de la Realidad

Ed. Amorob. p. 124

Según Malinowski (2): "Las instituciones aparecen como unidades de actividad humana organizada, que tienen propósitos en cuanto se dirigen a la satisfacción de necesidades; que descansan en una carta o cédula, esto es, una tabla de valores subyacentes en la organización y que implica un "personal" (el grupo así organizado), y normas (habilidades adquiridas, normas, reglas, normas legales y éticas)".

De esta concepción se desprenden dos elementos importantes propios de las instituciones, uno: el propósito o misión y otro el estatuto o cédula. Todas las acciones ejecutadas regularmente se refieren a una clase de misión o propósito. Los propósitos o finalidades de una institución responden a la satisfacción de una necesidad o una serie de necesidades que históricamente han sido definidas. Los propósitos para una institución se mantienen constituyendo la dinámica motivadora del comportamiento institucionalizado.

De este modo la clasificación de misiones nos lleva a la clasificación de instituciones.

Las instituciones son accesibles a todos los integrantes de un determinado grupo social y ellas mismas tipifican tanto a los actores como a las acciones individuales, y puede entonces establecer modos de actuar, mediante conductas aprobadas y deseables; plasmándose en la Carta, Cédula o Estatuto; siendo éste el segundo elemento importante. Aquí se definen y construyen los roles que han de desempeñarse en el contexto de la institución e ipsofacto, controla y prevé todos los comportamientos y designa todas las situaciones que en ella caben.

(2) Citado por S. F. Nadel en Fundamentos de Antropología Social. F. C. E. Cap. IV.

Así estos dos elementos; misión o propósito y estatuto, resumen la institucionalidad.

En otro orden de ideas, la evolución histórica de un mundo institucional puede ser comprendido por quienes participan en el proceso de su creación; quienes lo heredan, lo reciben como una realidad, dada la legitimidad que el estatuto le confiere; pudiendo estar o no de acuerdo con ella, en su propósito o estatutos, aparecen entonces modos de actuar aceptables o disidentes.

Dentro de su función de control, para asegurar un mínimo de cohesión del grupo social y su misma persistencia puede optar la institución por el cambio o la coherción.

La acción institucional no está aislada, generalmente por el hecho de realizarse, influye, en cuanto a sus finalidades, sobre el funcionamiento de otras instituciones.

Como arriba se anotó, la diversidad de instituciones depende de la variedad de propósitos; por ese hecho se cuenta con instituciones culturales, políticas, religiosas, etc.

Las instituciones que en este trabajo trataremos, están consideradas como producto de la política social por ser partes constitutivas de la estructura institucional de un Estado, a través de las cuales ejerce sus funciones, a saber:

Las Instituciones de Educación superior y

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Las Universidades, institutos y escuelas de educación superior, forman parte de lo que aquí llamamos Instituciones de Educación Superior. Desde sus orígenes una de las finalidades que han tenido es la formación de profesionales en las diferentes áreas del saber humano para satisfacer de manera adecuada las diversas necesidades que presentan en el continuo desarrollo del país. Cuando los métodos, contenidos y prácticas de la enseñanza que se llevan a cabo en estas instituciones no cubre ya esas necesidades, se vuelve imperativo replantear todo su quehacer cotidiano a los diferentes niveles que lo constituyen. En ocasiones se siguen algunas vías negociadoras para conseguir estos cambios, pero en otros, los caminos violentos son los que conducen a las transformaciones.

Como se dejó señalado anteriormente, la relación existente entre un país y las instituciones que lo forman, conlleva a que las modificaciones realizadas en éstas repercuta en la vida de aquél, además de la influencia que resulta entre ellas mismas, produciendo efectos en cadena y a distancia que definitivamente no se dan en forma mecánica ni por simple imitación, sino que son producto de posiciones críticas que en esos momentos se presentan.

La actitud crítica y creativa que caracteriza al núcleo de estas instituciones, es el elemento de mayor importancia que poseen, y cuyo ejercicio obliga a la constante búsqueda de opciones para el mejoramiento de las condiciones de vida del hombre. Esto conlleva definitivamente una relación estrecha entre las instituciones y la sociedad. Relación que se da con finalidades concretas de responsabilidades mutuas.

Aclarando, que siendo el hombre el que forma las instituciones y la sociedad; la concepción que se tenga de él, será reflejada necesariamente en esa posición crítica y creativa. Si bien no se soslaya que nos movemos en una atmósfera deshumanizante, estas actitudes críticas y creativas deben permitirnos el rescate de los valores y condiciones que hacen que el hombre sea hombre. Esta visión implica la constante revisión de lo que se está enseñando y de cómo se está enseñando. Si estas instituciones tienen como finalidad fundamental la formación de profesionales críticos, creativos, activos, comprometidos con el desarrollo de una sociedad, entonces las misiones, objetivos, contenidos, experiencias de aprendizaje y las formas de evaluación que se practiquen deben necesariamente estar acordes con esa finalidad. Se ha mencionado también, que estas instituciones tienen que responder a los requerimientos de mano de obra calificada que el desarrollo de las fuerzas productivas del país exige; y si bien es cierto que vislumbrar el campo de trabajo de los futuros egresados es su responsabilidad, para prevenir el desempleo de sus profesionales, de igual forma económico en el cual se piensa incorporarlos. Aquí la actitud crítica de estas instituciones vuelve a aflorar, para no ser meras reproductoras mecánicas de modelos que no corresponden a nuestra realidad, sino que tienda a un verdadero desarrollo integral de las diferentes esferas que forman la sociedad.

El tomar a las instituciones de educación Superior como semillero de mano de obra calificada puede involucrar dos visiones: la primera, una visión muy corta, donde no se reconocen realmente las posibilidades de éstas; o la segunda, donde se conocen sus verdaderos alcances, pero procuran mantenerla

en una posición más bien callada, dándole como única función la preparación de las personas que se integrarán al sistema productivo.

Un poco más avanzado el trabajo regresaremos a estas instituciones y tocaremos los elementos importantes para la concepción de los programas Docente Asistenciales. Por ahora mencionaremos algunas características de las instituciones prestadoras de servicios del Sector Salud:

Las instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentran constituyendo el llamado Sistema Nacional de Salud, el cual tiene entre sus objetivos el proporcionar servicios de salud a toda la población y colaborar a su bienestar, mediante los servicios de seguridad y asistencia social, coadyuvando en la modificación de patrones culturales que determinan hábitos y costumbres relacionados con la salud, apoyando el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente, para proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la comunidad.⁽³⁾

Los servicios de salud se clasifican en: Atención Médica, de Salud Pública, de Asistencia Social y de Seguridad Social.

Las actividades que se desarrollan de prevención, curación y rehabilitación, traen consigo el uso de tecnología, conocimientos y personal más costosos, sofisticados y especializados a medida que se avanza en cada uno de los tres niveles de atención, (primario, secundario y terciario).

(3) Ley General de Salud. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. LII Legislatura. p. 32.

Las acciones ejecutadas por estas instituciones, si bien es cierto que abarcan los tres niveles, han tenido una mayor inclinación hacia la atención secundaria (trabajo realizado en hospitales generales) y a la atención terciaria (trabajo de super especialidades realizado en hospitales con servicios de alto refinamiento).

Las actividades de atención primaria dirigidas a la prevención, a la promoción de la salud, el desarrollo comunitario y el saneamiento básico compiten con los otros dos niveles por la obtención de recursos.

Obviamente, al aumentar la sofisticación de la tecnología y la especialización del conocimiento, los recursos que se van exigiendo son mayores y el beneficio que se produce alcanza a un número reducido de individuos. En esta idea subyace el predominio de las acciones curativas y de rehabilitación sobre las de prevención.

Por otro lado, las instituciones prestadoras de servicios marcan con sus acciones el tipo de profesional que debe ser formado; por ejemplo, en este caso sería uno orientado a la ejecución de tareas en el segundo o tercer nivel. Esto mismo trae aparejada la demanda de trabajo en esos niveles y el desinterés por la atención primaria.

La marcada influencia que este modelo de atención tiene, conduce a una práctica individualista y tendiente a la especialización.

En otro orden de ideas, si intentáramos proponer cambios a la actual forma de atención, empezáramos primero por destinar mayores recursos a las actividades de atención primaria. La orientación en la formación del personal de salud sería primordialmente para este nivel.

Con esta modalidad se buscaría fomentar actitudes hacia la prevención, lo cual daría como beneficio, que algunas de las causas de los problemas de salud se puedan manejar en sus primeros estudios, evitando que aumenten en número y complejidad, y por lo tanto, sean necesarios recursos más costosos para su solución.

Igualmente se procuraría la participación de la comunidad tanto para la detección de problemas como para el planteamiento y ejecución de opciones viables en la satisfacción de sus necesidades, reduciéndose los costos y aumentando la cobertura.

Con el citado esbozo de cómo concebimos a las instituciones que aquí nos competen, pasaremos ahora a realizar la descripción de los programas Docente Asistenciales, que es el foco de atención para la propuesta en el trabajo interinstitucional.

2. ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS

Con la finalidad de ampliar y fundamentar este análisis, a continuación se describirán algunos antecedentes relevantes. (4)

El desarrollo del capitalismo conlleva la formación histórica de una relación de dominación-dependencia en la cual existen sociedades en estado desigual de desarrollo en relación a la metrópoli y su periferia.

Para las formaciones sociales latinoamericanas, como parte del proceso histórico mundial de la expansión capitalista, son incorporadas como áreas "periféricas"; así la influencia de los procesos que se llevan a cabo en la metrópoli influyen en su vida, adoptando razgos matizados de dependencia.

(4) Esta descripción esta basada principalmente en los siguientes documentos:

- La Evolución Histórica de la Práctica Médica; Vilasa, Eugenio.
Belo Horizonte Brasil, 1980.
- Docencia investigación y Servicio en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana, Octubre 1978.
- Investigación de la Salud en la Sociedad., Breilh, Jaime.,
Granada, Edmundo. Quito, Ecuador, 1980.
- Capitalismo y Enfermedad. Rojas Soriano, Raúl, Folio Ediciones
México, 1982. pp 15-25

La categoría dependencia, expresa la relación entre los países periféricos y los centrales dentro del sistema capitalista internacional. Esto se concibe como una totalidad estructural; las conexiones que los países dependientes establecen con el centro hegemónico implican una relación de dominación-subordinación.

Este estado de dependencia no es un estadio de "atraso" respecto a las sociedades desarrolladas, que pueda ser superado linealmente, mediante la imitación del proceso seguido por esas sociedades, sino una condición estructural, necesaria para explicar el desarrollo de los países avanzados. Bajo esta idea son los procesos, valores, necesidades y conceptos de la clase dominante los que tienden a reproducirse a través de la estructura y organización de la sociedad.

Las instituciones que este sistema social crea, estimula y mantiene, son las encargadas de dar difusión de todo el cuerpo de conocimientos que maneja, además de ser ellas las que imprimen las peculiaridades a la práctica de los aspectos teóricos que desarrolla.

El capitalismo por un lado y la dependencia por otro, le otorgan características estructurales propias a cada uno de los fenómenos presentados en nuestro sistema social.

Las concepciones que sobre el proceso salud-enfermedad, entre otros, dentro de una sociedad con condiciones socioeconómicas y culturales dadas, han sido

presentadas de varias formas en diferentes etapas de desarrollo del sistema. Estas dejan ver la concepción que sobre el universo en general y sobre la sociedad, en particular se tiene.

Por ejemplo, existe un enfoque del proceso salud-enfermedad que considera un sólo factor como la causa de la enfermedad.

Esta teoría que deja de lado todas las condiciones personales, ambientales, sociales; emerge en la atmósfera de formación de la medicina científica, donde el biologismo, que supone el reconocimiento exclusivo y creciente de la naturaleza biológica de las enfermedades, es uno de sus principales enfoques.

Esta visión unicausal, pretende dejar de lado u omitir o esconder los trastornos sociales producidos por el modo de producción capitalista que ocasiona la explotación de la clase trabajadora, provocando ambientes propicios para el desarrollo de la enfermedad.

Bajo esta idea se puede plantear que los conocimientos que se manejan en beneficio de los intereses de un sector de la sociedad, posibilitan un tipo de práctica que se da en forma congruente con esa teoría. Esto es, si la teoría concibe a la enfermedad producto de una causa biológica, la práctica terapéutica hacia ese problema será atacando el factor biológico, exclusivamente.

En el sistema capitalista, el sector salud tiene objetivos básicos como son:

- a) Dar salud a la clase dominante en los niveles más óptimos posibles.
- b) Mantenimiento de la salud de los trabajadores para garantizar la operación del ciclo productivo.
- c) Mediación de dominación mediante la alineación de sus agentes y el otorgamiento de las contradicciones a través de acciones ilusorias y reales curativas.

Por otro lado, algunos profesionales del sector ven a la actividad profesional científica como una mediación para obtener bienes y servicios que son sinónimo de riqueza, que puede representar una vía de acceso al poder en la sociedad capitalista. En consecuencia se desarrolla una práctica que se caracteriza generalmente por ser de explicación causal biológica, individualista y curativa.

La formación de este tipo de profesional está estructuralmente comprendida en la llamada medicina científica o flexneriana, que más adelante se tratará.

Hacia la década de los años 60, la teoría unicausal del proceso salud-enfermedad deja paso a la teoría multicausal, por que aquella ya no daba respuesta a los nuevos y abundantes planteamientos.

Bajo este otro enfoque de multicausalidad, el proceso salud-enfermedad cobra una nueva proyección, tal vez más completa que el anterior, pero aún no toca al estado estructural como factor desencadenante de los problemas. Aquí se

toman en cuenta los factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, etc.; y se deja sentir el nivel de comprensión de la enfermedad como algo social en cuanto que se consideran variables que hacen mención de aspectos sociales, pero no permite una comprensión profunda del verdadero significado de lo social.

Esta nueva teoría desarrolla su práctica profesional propia.

Aunque las modalidades y la relevancia de la atención ha obedecido, en parte a las prioridades de acciones y de los intereses de las élites de poder en la sociedad, también hay que reconocer que el sistema en su dinámica va manifestando contradicciones que son provocadas por la toma de conciencia de la dependencia y por las actividades que se realizan para incidir en ésta, por parte de la población de los centros periféricos, estimulando coyunturas por las que se intentará transitar para lograr las reivindicaciones de las legítimas demandas de la sociedad.

El surgimiento de la seguridad social, por ejemplo, deriva del desarrollo de las estructuras económicas del capitalismo, con la finalidad de "garantizar al trabajador y su familia el cuidado de la salud y el sostenimiento de sus posibilidades económicas y mantenerlo a resguardo de diferentes eventualidades inherentes al desempeño de sus labores".⁽⁵⁾ Por otro lado, también servía para callar las inconformidades que en ese momento afloraban en contra del Estado.

(5) I.M.S.S. 40 Años de Historia 1943-1983.

En Alemania 1883, Otto von Bismarck, estructura la base organizativa de la seguridad social, que después será retomada por Inglaterra y luego toda Europa.

A partir de ese momento y hasta nuestros días, la evolución de las características, concepto y principios fundamentales de los sistemas de seguridad social han permitido su permanente perfeccionamiento, destacándose como elementos importantes en que es una institución u organismo el que presta los servicios con la finalidad última de prosperidad social con seguridad; y fin inmediato y subordinado al anterior, el bienestar individual.

En la mayoría de los casos esta institución se concentra en dar atención específicamente a trabajadores, cubriéndoles los riesgos de:

- Maternidad
- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, e
- Invalidez, vejez, sesantía y muerte.

Distinguiéndose de la asistencia social ya que ésta es el conjunto de servicios y prestaciones destinadas a personas con nula capacidad contributiva.

En otro orden de ideas, el desarrollo histórico de los enfoques bajo los cuales se interpreta el proceso de la enfermedad, ha ido definiendo los modelos de atención desde las acciones sanitarias hasta las comunitarias. Así para entender donde se ubican estas acciones comunitarias actuales, es necesario hablar de la "Medicina Científica" y cómo a partir de la crisis por la que atraviesa surge la "Medicina Comunitaria" como alternativa.

En el desarrollo de la medicina comunitaria se reconocen tres etapas, que constituyen los antecedentes de la llamada medicina científica:

- La policia Médica
- La Medicina Urbana
- Sanitarismo

- La Policía Médica surgida en Alemania en el siglo XVIII, se caracterizó por la normalización de la práctica y del saber médico. Por el surgimiento de una burocracia médica con autoridad en una determinada región y por la acción estatal en los campos de prevención y control de enfermedades transmisibles, habitación, nutrición, higiene y educación sanitaria.

- La Medicina Urbana.- A diferencia de la policia médica aquí no participaba el estado y sus objetivos principales eran: controlar la circulación de los principales factores patogénicos tanto en el aire como en el agua.

Este tipo de medicina está ligada a la idea de que las ciudades son la causa de las enfermedades debido al desorden que las caracteriza.

- El Sanitarismo Inglés.- Se estableció en Inglaterra en el siglo XIX y tenía como objetivo el control de la salud de las clases más pobres en la finalidad de la reproducción de la fuerza de trabajo y del control sanitario y social, dando énfasis en los factores etiológicos ambientales.

Estas tres variantes se dieron en el desarrollo de un incipiente capitalismo, imprimiéndole ciertas peculiaridades; haciendo resaltar: La asistencia médica a los pobres; un control de la fuerza de trabajo y una investigación general

de salud pública que protegería a las clases más ricas de los peligros generales; y por otro lado, permitía la coexistencia de tres sistemas de atención: una medicina asistencial, dedicada a los pobres, una medicina administrativa, encargada de problemas generales y una medicina privada, que beneficiaba a los que tenían para pagarla.

Aunque los inicios y características básicas de este tipo de medicina se desarrolló en los países europeos (Alemania, Francia e Inglaterra), tuvo su conformación definitiva en los Estados Unidos.

Aquí la industrialización llevada a fines del siglo XIX y principios del XX enfrentó en su desarrollo, cambios en la conformación de los grupos urbanos y sociales, que trajeron aparejados cambios en los patrones de vida que exigían transformaciones en los servicios que se les ofrecían, tanto en cuestiones educativas como sanitarias, incluyendo en éstos las condiciones generales de trabajo.

De la preocupación del sanitarismo de los factores ambientales y de atención colectiva, se paso a la consideración del cuerpo humano como fuerza de trabajo y de atención individualizada.

Esta transición provocó junto con el desarrollo capitalista, que esta medicina ejerciera una función de control social, de reproducción de fuerza de trabajo, a la vez que una mercancía en sí misma.

En 1883 con la creación de la Facultad de Medicina en la Universidad Johns Hopkins y después en 1910 con las recomendaciones del Informe Flexner, se institucionaliza la enseñanza y la práctica de la medicina.

Los elementos de la formación médica flexneriana son:

- El mecanismo: donde se hace una analogía del cuerpo humano no con la máquina; se toma el cuerpo como una máquina que puede ser dividido en partes para su mejor comprensión.
- El Biologismo: presupone el reconocimiento exclusivo y creciente de la naturaleza biológica de la enfermedad, de sus causas y consecuencias.
- Individualismo: el individuo es el objeto de la medicina y lo aísla de su contexto social.
- Especialización: la parcialización abstracta del objeto global, profundizando en el conocimiento específico de una de sus partes, perdiendo la visión totalizadora.
- Exclusión de prácticas alternativas: Por una supuesta mayor eficacia de la medicina científica, se dejó a un lado las formas de la medicina popular (mágica o religiosa) y aún otras, como la homeopatía...
- Tecnificación del acto médico: El desarrollo de la tecnología médica promueve la idea de que cualquier problema de salud puede ser resuelto, y será de mayor calidad la atención mientras más tecnología se ocupe.
- Énfasis en la medicina curativa: Es el sector médico más susceptible de incorporar tecnología, dejando a un lado los niveles de promoción y protección a la salud.
- Concentración de recursos: Generalmente manifestada en la concentración que se hace en los hospitales de las áreas urbanas, en lo que corresponde a tecnología y atención médica.

Con estos elementos la medicina científica ha seguido operando, pero poco a poco se han presentado las contradicciones y los problemas crecientes por la ineficacia e ineficiencia y la desigualdad.

Ineficacia e ineficiencia para aumentar los niveles de salud de la población y bajar las tasas de morbilidad y mortalidad.

La desigualdad, expresa diferencias de clases sociales en lo que se refiere a las necesidades de salud, al riesgo de enfermarse, o morir o incapacitarse y la oportunidad de acceso a los servicios de atención generalmente restringidos.

Con esta situación de ineficiencia, ineficacia y desigualdad, surgen las nuevas demandas en las sociedades bajo la esfera de influencia capitalista.

Tal y como fue declarado en la "Conferencia Internacional sobre cuidados Primarios en la Salud" de Alma Atta, U.R.S.S. 1978, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud y de la UNICEF, y a través de la Organización Panamericana de la Salud, principalmente para América Latina, donde se instó por un nuevo enfoque de salud y un nuevo criterio de servicio, a fin de que todos los ciudadanos del mundo puedan disfrutar una vida social y económicamente productiva. Este nuevo enfoque influyó en el surgimiento de la medicina comunitaria que se presenta bajo los principios de "cuidados primarios, atención primaria, medicina simplificada, programas de extensión de cobertura, medicina rural, y utilización de tecnología apropiada, participación comunitaria, utilización del equipo de salud".

Para este último principio se pretenden cambios en la formación del factor humano que permita superar las distorsiones y lo inadecuado del proceso educacional, para lo cual se propone la relación docente-asistencial, que es un esfuerzo creciente de articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud.

La medicina comunitaria sale a escena para conformar un sistema dual en el que coexiste con la medicina científica, siendo su objeto atender a los grupos excluidos del proceso de atención de esta última. No se pretende que ocupe el lugar de la medicina científica como si se tratara de un paso evolucionado en términos de una concepción más avanzada del proceso salud-enfermedad, sino más bien como vía alterna, constituyéndose en una válvula de escape para las presiones, producto de las contradicciones que se dan dentro del mismo sistema social. La medicina comunitaria es para los marginados urbanos y rurales, exigiéndose una mayor participación del Estado a través de sus instituciones de servicio de salud.

Los proyectos primeros de medicina comunitaria que fueron llevados a cabo en algunos países africanos se difundieron a otros países subdesarrollados de la misma Africa, Asia y América Latina, por medio del financiamiento de fundaciones filantrópicas norteamericanas.

La consolidación definitiva de la medicina comunitaria a escala internacional ocurre en la citada conferencia de Alma Atta.

En Estados Unidos en 1970 aparecen una serie de recomendaciones que integran alternativas para la medicina científica.

- Integración docente asistencial
- Expresión y aceleración de la formación de personal auxiliar y técnico
- Integración de materias básicas y profesionalizadas
- Incremento de las inscripciones como prioridad para estudiantes provenientes de bajos niveles de ingreso.
- Estructuración de un programa Sanitario Nacional.

La relación docente-asistencial tiene antecedentes lejanos a Alma Atta., como son el "Plan Decenal de las Américas, instrumento para evaluar la salud desde 1962".

En los años 60 aparecen algunos intentos de cambios orientados a la integración docente asistencial, por ejemplo: en la Universidad de San Carlos, Guatemala.

Cristalizándose otras experiencias en los años 70, se permitió que nuevas escuelas como las de Panamá, Perú y México adoptaran este modelo. Aparece también en esta época el "Programa Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos de la OPS/OMS".

Como es notorio, las instituciones educativas han llevado a cabo las mayores aproximaciones a este modelo, mientras que los intentos por el sector del servicio han sido casi nulos.

Existen otras experiencias que luego comentaremos donde se han manejado aproximaciones más exitosas (Cuba y Nicaragua).

Por otro lado, revisando los documentos de algunas experiencias sobre integración docente asistencial, (también llamada Docencia-Servicio), en el área latinoamericana, es notoria la gran gama de conceptualizaciones que se manejan, que en lo general coinciden y en lo específico se complementan. Citamos tres ejemplos: "Aprovechando toda la experiencia generada en la relación Universidad-Servicio, se define un modelo asistencial que permita formar recursos en salud en una práctica más real y aprovechar este caudal numérico para aumentar la cobertura a un menor costo. (6)

"El proceso de enseñanza-aprendizaje, considerando como un conjunto complejo de relaciones sociales entre docentes, alumnos y la comunidad, es susceptible de modificaciones con el propósito de entablar la integración necesaria entre las instituciones formadoras, la comunidad y los servicios". (7)

(6) Proceso I.D.S. Facultad de Odontología /LUZ Taller de Docencia-Servicio. República Dominicana 2-9 de Octubre de 1983.

(7) UDUAL, II Conferencia FEO DE AL. TEMA III. La Integración Docencia-Servicio. Dr. Patricio Yépez. Caracas, Venezuela, Octubre 1982.

La República Dominicana toma el concepto docente asistencial como "La unión de esfuerzos en un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y servicios de salud para contribuir a la mejoría de las condiciones de vida de la colectividad mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, a la producción de conocimientos y a la formación del factor humano necesario en determinado contexto de práctica de servicios de salud y de enseñanza". (8)

De estas diferentes formas, entre otras, de concebir la integración docente asistencial, se detectan como componentes básicos, las instituciones educativas (Universidad), las instituciones prestadoras de los servicios de salud y el contexto social.

En cada uno de estos componentes, se identifican elementos y procesos que en su propia dinámica de integración, crean y producen un resultado con determinadas características. Ahora bien, el conjuntar los elementos y procesos de cada componente, identificando los puntos de convergencia común propicia nuevas dinámicas, de donde se obtienen nuevos resultados con diferentes cualidades o rasgos.

Dentro de estas conceptualizaciones aparecen elementos que intentan darle una orientación más amplia, como es el integrar la investigación al binomio docencia-servicio.

También es importante señalar las modalidades que este proceso de integración

(8) Modelo de Integración Docente-Asistencial. Universidad Católica Madre y Maestra. Rep. Dominicana, 1979. P.1.

ha tenido en su aplicación. El ejercicio ha sido dado como una comprobación de la eficiencia de conocimientos en un lugar específico, en otros se han valorizado esta práctica como elemento esencial para la transformación de la realidad, permitiendo la contrastación de los aspectos teóricos recibidos en la escuela con una realidad objetiva.

Por otra parte, para dar pie a las consideraciones sobre el personal que aplica el multicitado binomio, se señala que en Cuba, en 1961, los hospitales universitarios pasaron al ministerio de Salud Pública. Los nuevos docentes eran al mismo tiempo, miembros de las cátedras universitarias y médicos de los servicios hospitalarios.⁽⁹⁾

Dentro de otras formas de participación del personal de los servicios, está la incorporación de los alumnos a los centros hospitalarios donde aquel personaje comparte las dos funciones, dando más énfasis a la asistencial. Y existen otros casos, donde a la inversa, tiene más importancia la docencia que el servicio: "En el presente momento se convierte en una de las bases esenciales en la formación de recursos humanos para la salud".⁽¹⁰⁾

(9) Rodríguez Jesús. Criterios y mecanismos para la integración docente asistencial Sem. Didáctica Aplicada a las Ciencias de la Salud.

CEUTES, UNAM, México 1983 p-31

(10) Elementos de discusión para el análisis de la integración docente-asistencial Maestría en Med. Social. U.A.M.-X

La idea bajo la cual se logre concebir la docencia-servicio, influye en las características que adoptan tanto el personal, como los campos clínicos donde se ejerce.

En algunas experiencias, se han retomado los antiguos hospitales universitarios, donde se han ido modificando sus funciones tradicionales.

En otras, los estudiantes tienen participación, equilibrada en todos los niveles de atención en un región, en clínicas generales y tienen relación con el hospital de la comunidad y con hospitales especializados.⁽¹¹⁾

"La comunidad y los centros periféricos de atención son un recurso más para el aprendizaje, de ahí al término docente asistencial. El profesor igual trata de incorporar los servicios al armamentarium para el aprendizaje."⁽¹²⁾

Parece ser norma general pretender el uso de la infraestructura física del sector salud prestador de servicios, para llevar a cabo los programas y complementar las áreas necesarias con instalaciones de las propias instituciones educativas.

Existe otro enfoque, que considera que el problema no es entregar la enseñanza al personal asistencial, sino hacer que el personal docente participe en la asistencia. Bajo estos enfoques sería menester interrogar cuál es el papel

(11) Ferreira José, Misión del Hospital a la Luz de las Nuevas Tendencias de la Educación Médica. Educación, Médica y Salud Vol. 10, No. 2 (1976) p.10.

(12) Beltrán, Roberto. Integración Docencia-Servicio. La Reunión del Comité de Libros de Texto en Odontología. Houston, Texas No. 78 P-1

que el alumno tiene como personal, dentro de este proceso.

Si bien se ve, podría considerarse que se cuenta con los elementos estructurales y de recursos básicos para llevar a cabo programas docente-asistenciales y entonces parece ser que el enfoque, orientación o visión bajo la cual se producen los programas proyectos o procesos puede ser la determinante de los conflictos que se presentan.

Entre las orientaciones de mayor relevancia se distinguen:

- a) Comunidad-Servicio-Universidad estos tres entes se coordinan, permitiendo que la primera tenga una participación democrática para expresar sus necesidades sentidas e intervenir en la toma de decisiones, con respecto a los planes y programas de salud; el segundo tiene la capacidad de promover la participación de la población, configurar sus políticas de servicio en consideración a aquélla. La Universidad se incorpora a través del proceso de trabajo en apoyo a las tareas comunes de servicio y apoyo a la investigación.
- b) Universidad-Comunidad: puede presentarse una vinculación para atender parcialmente los propósitos de la primera y las necesidades de la segunda.
- c) Servicio-Universidad: aquí se satisfacen en buena medida los compromisos de trabajo del sector salud, ampliando la cobertura; y por parte de la Universidad el cumplimiento de requisitos académicos.
- d) Universidad: El trabajo de ésta se realiza en forma aislada, sin proyectos ni mecanismos de vinculación en la comunidad ni con instituciones res-

ponsables del sector Salud."(13)

Puntualizando, los Programas Docente-Asistenciales han sido definidos como el elemento integrador de los propósitos, funciones y recursos de las instituciones de educación superior y de las prestadoras de servicios de salud interactuado con la comunidad en la resolución de sus necesidades. Estos programas presuponen la participación activa de estos tres elementos.

Los programas ofrecen la base organizativa para el trabajo interinstitucional, el cual pensamos definitivamente que es una buena estrategia para aprovechar los recursos de cada sector en la solución de problemas concretos. Lo cual les acarrea beneficios que podemos resumir en los siguientes apartados:

3. BENEFICIOS

3.1 BENEFICIOS PARA LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Los beneficios que se plantean para el sector educativo pueden establecerse en tres niveles diferentes:

- a) La función de las instituciones de educación superior,
- b) El proceso enseñanza-aprendizaje, y
- c) El diseño curricular.

(13) Betancourt, Armando., Integración Servicio-Docencia, Experiencia de las Escuelas y Facultades de Odontología Mexicanas. II Conferencia de FEDOAL Octubre 1982, Publicado en la revista. UNIVERSIDADES, MEXICO, Julio-Sept. 1982. UDUAL No. 89. P. 114-115.

a) Las instituciones de educación superior en forma genérica, tienen como finalidad la formación de profesionales y técnicos útiles a la sociedad, el desarrollo de investigaciones que coadyuven a la solución de los problemas nacionales, y la extensión de los beneficios de la cultura.

Basándose en estas premisas, estas instituciones desarrollan sus actividades procurando vincular la enseñanza con las necesidades nacionales, en un ámbito general o en un aspecto más particular, con las necesidades de una comunidad determinada.

Todas las experiencias hasta hoy realizadas han tenido diferentes grados de éxito en el logro de esta vinculación.

Estas instituciones han creado, desarrollado y mantenido una imagen ante la sociedad por su preocupación en la resolución de los problemas que la aquejan; proponiendo las más de las veces alternativas viables y factibles, las cuales se enmarcan dentro de la política de estas instituciones, y ésta, dentro de una política nacional más amplia que abarca el aspecto educativo y lo relaciona con la importancia de su participación en el desarrollo económico y social del país en su conjunto.

b) El beneficio que se presenta a nivel del proceso enseñanza-aprendizaje, involucra alumnos y profesores, estando particularmente dirigido a los siguientes aspectos:

El desarrollar actividades prácticas en una problemática concreta, permitirá cotejar la teoría recibida en el aula con la realidad; lo cual

además de proporcionar un escenario donde se tiene una experiencia viva, permite la retroalimentación del proceso. Asimismo, al desarrollar las actividades que les competen tanto a alumnos como a profesores, dentro de un contexto globalizador, se entenderá que sus acciones por pequeñas que estas sean están contribuyendo a mejorar o resolver la problemática de una comunidad. Aquí la práctica que llevan a cabo no estará aislada de toda una situación más amplia donde se conjugan las acciones de otros participantes a diferentes niveles de complejidad para la solución de un problema concreto. La actividad tendrá un sentido, una dirección y una utilidad que los mismos participantes en el proceso podrán advertir; significando que lo que están haciendo no se perderá, que no serán esfuerzos desperdiciados e inconexos o que únicamente servirán para cumplir con requisitos académicos de evaluación o de acreditación.

Por otro lado, si durante la formación profesional el alumno se concibe como un ente productivo que está inmerso en un sistema que opera para la resolución de uno o varios problemas, podríamos suponer que durante su práctica profesional tendería a tener actitudes en las cuales cada una de las acciones que desarrollase tendrían un valor propio en función de la solución de situaciones integrales, y no que cada hecho que él realice no tenga nada que ver con lo que le rodea; que no da ni recibe ninguna influencia, o que su trabajo no tendrá ninguna repercusión fuera del ámbito donde lo realiza.

En otro orden de ideas se podría contemplar como beneficio, la continuidad, secuencia e integración que se puede tener a través del tiempo de las acciones que se emprendieran en los programas docente-asistenciales. Al trabajar las nuevas generaciones de alumnos, irían retomando el trabajo anterior y no se empezaría desde cero cada vez. Se partiría necesariamente de una evaluación de lo hasta hoy logrado y las necesidades por cubrir cumpliendo así con una secuencia. De este modo se avanzaría hacia la resolución de problemas de mayor complejidad donde los factores que intervienen son mayores, pudiendo hablar así de una continuidad. La integración se daría a partir de la ubicación del programa docente-asistencial dentro de un plan o programa más global, ya sea a nivel de las propias instituciones de educación superior o del país mismo.

- c) En términos del diseño curricular, los programas docente-asistenciales podrían funcionar dentro de la órbita curricular como el elemento organizador, en el cual se contemplan los objetivos, las metas, actividades, recursos, contenidos, etc., que el alumno llevaría a cabo como parte de su formación profesional.

Estos programas serían un componente de los programas académicos o podrían fungir como tales, en caso de que se careciera de éstos.

Igualmente, se consideraría que el curriculum realmente se diseñaría en términos de formar un profesional que respondiera a demandas sociales concretas.

3.2 BENEFICIOS PARA LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Uno de los aspectos importantes de beneficio es la ampliación de la cobertura de los servicios, a través de la conjugación de: a) Recursos Físicos de ambas instituciones, con la consideración de la capacidad instalada b) Del personal académico y de servicio, y c) De los objetivos de cada una, permitiendo a su vez aumentar la accesibilidad a los servicios en su conjunto.

El programa docente-asistencial puede ser un instrumento que ayude a cumplir los programas propios del sector, auxiliándose con los recursos que las instituciones de educación superior concedan de acuerdo a los diferentes ciclos escolares.

3.3 BENEFICIOS PARA LA COMUNIDAD

Como los programas docente-asistenciales proponen como uno de sus elementos constitutivos a la comunidad, ésta tendrá una gran participación en la detección de sus necesidades además de establecer las posibles formas de resolverlas y las estrategias para conseguirlas. La jerarquización de los problemas permitirá orientar la participación de la comunidad en la resolución, a través de plantear alternativas viables y factibles que de acuerdo con los recursos disponibles se pueda lograr su satisfacción.

Se considera importante señalar que la participación de la comunidad se planteará a diferentes niveles dependiendo del grado de organización de la misma.

El beneficio central a la comunidad, será su organización y el conocimiento que de su estado de salud tendrá.

Después de este sucinto listado de beneficios pasaremos a dar la conceptualización de las dos vías básicas planteadas, las cuales servirán para orientar el trabajo en los programas; a saber estas vía son: la interdisciplinariedad y la atención primaria.

4. VIAS BASICAS

a) Interdisciplinariedad

Reconociendo que los problemas que se plantean están formados por una serie de factores que les proporcionan cierta complejidad que rebasa la capacidad de explicación por una sola disciplina, se recurre entonces al estudio de ese fenómeno desde diferentes disciplinas. Esta diversidad de enfoques sobre un mismo problema propicia un esclarecimiento más cercano a la realidad de lo que verdaderamente es el problema, y a la vez produce un acercamiento hacia las propuestas de solución; una o varias soluciones tendientes a englobar todos los factores que intervienen. Esto que se puede considerar como interdisciplina es el elemento que se considera como necesario para la resolución completa del problema.

El abordaje de cualquier evento desde un punto de vista interdisciplinario nos acerca a su mejor comprensión a la vez que facilita su manejo, y nos permite precisarlo estableciendo sus límites. Necesariamente este enfoque corresponde a una determinada forma de estudiar los fenómenos, esto obliga a la integración de los métodos y técnicas de diferentes disciplinas en una sola metodología para la satisfacción de las necesidades.

Particularmente para el caso que nos ocupa de los programas docente asistenciales, la interdisciplinariedad es uno de los pilares indiscutibles.

Si a través de estos programas se quisiera atacar un determinado problema, por ejemplo de salud, se tendría la participación de médicos, enfermeras, epidemiólogos, biólogos, ingenieros sanitarios, etc. En este equipo cada uno aportaría desde su campo, los elementos que coadyuvarán al control y extinción de ese problema. Aquí el eje rector que orientará los esfuerzos de cada participante contemplará como problema central el de salud.

Este enfoque interdisciplinario es correspondiente con el enfoque interinstitucional. Esto es, que por sí sola una disciplina o una institución no proporcionaría una solución al problema de salud en forma integral y definitiva.

Tanto el trabajo interinstitucional como el interdisciplinario tienen una manifestación concreta en los programas docente-asistenciales, de esta forma se podría pensar que el tercer elemento constitutivo de los programas; la Comunidad tendría una participación pasiva en el desarrollo de los mismos, pero no es así.

b) Atención primaria

El enfoque que nos brinda la Atención Primaria de los problemas de Salud, contempla a la comunidad de una forma particularmente activa, creativa y comprometida con su problemática, participante de las acciones de identificación del problema hasta su resolución.

Este enfoque de atención primaria que es el que se propone para este caso particular, en los programas docente-asistenciales, se justifica principalmente porque :

"Es asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le son aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar... se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. En servicios... han de comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y de un establecimiento suficiente de agua potable: el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes; y al tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes".⁽¹⁴⁾

La atención primaria viene determinada por los objetivos sociales, tales como el mejoramiento de la calidad de vida y la obtención de medio sociales, así como la aceptación de una mayor responsabilidad en materia de salud por

(14) Atención Primaria de Salud. Alma Atta, URSS. O.M.S. 1978. p.2.

parte de las comunidades y los individuos, y su activa participación en el esfuerzo por alcanzarlos. Cuanto mejor sea el estado de salud de la población, más probable será que esa población contribuya al desarrollo social y económico. Desarrollo que a su vez facilita los nuevos recursos y la energía social que favorecen el desarrollo de la salud. "En consecuencia, la atención primaria y los esfuerzos de la comunidad con miras a su desarrollo social y económico tendrán en general mayores probabilidades de ser eficaces cuando se apoyen mutuamente. Así como para que el sector de la salud llegue a su eficacia, ha de funcionar en armonía con los demás sectores sociales y económicos, es también necesario que al interior del sector se combine armónicamente el apoyo que, de todos los niveles debe recibir la atención primaria".⁽¹⁵⁾

Con estas conceptualizaciones se deja explicitado el enfoque básico que cada una de las estrategias maneja y que por sí mismas justifican su presencia en este trabajo.

Por otro lado y en un intento de resumir lo hasta aquí expuesto como marco general, diremos que: el ubicar el modelo de los aspectos económicos en forma más relevante que otros, trae consigo la formulación de que los recursos siempre serán escasos para la satisfacción de las necesidades, las cuales en diversos grados tendrán que ser atendidas por diferentes organismos que el mismo hombre forma: las instituciones, si bien éstas son creadas por el hombre en el desarrollo que van teniendo, sufren un distanciamiento de su origen: la comunidad; este alejamiento se intenta acortar regresando a ella, buscando su

(15) Atención Primaria de Salud. Alma Atta, URSS. O.M.S. 1978. p.2.

participación en los programas que se desarrollan. Los programas docente-asistenciales con enfoque en la atención primaria, pueden ser una muestra. Las instituciones al enfrentarse a una realidad cada vez más compleja y necesitando una mayor comprensión de la misma, establecen líneas de comunicación y coordinación entre sí para proponer opciones de solución; este trabajo inter-institucional trae aparejado el trabajo interdisciplinario con la misma finalidad.

Para concluir este Marco General, que es la primera parte del trabajo, se presentan las siguientes conclusiones que apoyan la elaboración de los programas docente-asistenciales:

- La preparación de los profesionales en las instituciones de educación superior va dirigida primordialmente a las actividades curativas, dando relativa importancia a los aspectos preventivos.
- Las experiencias de aprendizaje desarrolladas, generalmente se encuentran inconexas, sin continuidad, lo cual provoca que el alumno y los profesores no se formen la concepción de una atención integral.
- Los currícula no son sometidos a evaluaciones para conocer si realmente están respondiendo, con la formación de profesionales, a la satisfacción de las demandas de la sociedad (y poder ser adecuados a éstas.)
- Las diversas áreas que intervienen en la atención de un problema de salud, frecuentemente actúan cada una por su lado, enfocando la resolución de participación de otras áreas; y cuando se llega a contemplar, ésta solo se realiza en términos de expresar su opinión sobre el problema.

- El alumno al formarse bajo un modelo donde las acciones que realiza no presentan una continuidad con las actividades de sus predecesores, es difícil que puedan ubicar la importancia de lo que ellos están ejecutando y aprendiendo en términos de una utilidad mayor para un determinado grupo de población.
- La actitud crítica y creativa que se debiera fomentar en los alumnos, con este tipo de acciones sin coordinación, sólo se mantienen a nivel de declaración de principios, porque no se presentan en la realidad.
- No se realiza un diagnóstico integral de las necesidades de la comunidad donde se aplican programas de atención, éstos responden más a requerimientos académicos o de cobertura para satisfacer intereses particulares de las instituciones, más no de la comunidad.
- Las acciones que se realizan por las instituciones en la comunidad, generalmente se encuentran sin coordinación, ni conexión unas con otras, provocando la duplicidad de funciones y el consecuente uso desproporcionado de los recursos.
- La comunidad ha sido considerada como objeto de atención, sin permitir que exprese cuáles son las necesidades que ella considera prioritarias para su desarrollo, por lo tanto su participación la sitúa sólo como mera receptora de las acciones que los diferentes sectores realizan en ella.
- El uso de indicadores tanto socioeconómicos como de salud y educativos, deben de ser analizados a la luz del contexto en que se maneja, y no tomar exclusivamente el dato en frío.

Hasta aquí se han expuesto argumentos que justifican la elaboración de Programas docente-asistenciales, como ya lo hemos planteado anteriormente. Ahora bien, aunado a lo antes dicho, y en base a la literatura revisada, podemos decir que una de las causas por las que no se han desarrollado los programas Docente-Asistenciales con éxito, es debido a la falta de una metodología para su elaboración y su puesta en marcha, dificultad que se pretende resolver con la siguiente propuesta que organiza y operacionaliza los citados programas y que es, en esencia, la innovación que presenta este trabajo.

II. PROPUESTA

Esta segunda parte del trabajo, tiene como finalidad el proponer un modelo operativo que coadyuve en la preparación e implementación de los programas docente-asistenciales.

El modelo básicamente está estructurado con cuatro funciones:

1. Planeación
2. Organización y ejecución
3. Sistema de Información
4. Evaluación y Control

Se estima conveniente escoger estas funciones, no sólo por ser los elementos básicos del proceso administrativo, sino que además para el caso que nos ocupa, queda como la estructura idónea para la elaboración y puesta en marcha de los programas, ya que permite la visión integral del proceso, además brinda la posibilidad de detectar las fallas u omisiones de mayor calibre, así como las más sutiles que son advertidas en la operación misma.

Se hará la descripción detallada de cada función en forma individual anexando una proposición específica a manera de ejemplo. Por ahora presentaremos los detalles de esta estructura de funciones.

La función de planeación contempla cuatro pasos importantes. El primero es la realización de un Diagnóstico de la situación actual de los tres elementos de los programas. Este diagnóstico tiene como propósito abarcar todos los factores que a nuestro juicio guardan relación, dan o reciben influencia o son indicadores de una situación dada.

El segundo paso corresponde al análisis de los datos arrojados en el diagnóstico, identificando y jerarquizando los elementos más relevantes.

El tercer paso nos lleva a proyectar el comportamiento de esos aspectos claves detectados en el diagnóstico, que se considera tendrán mayor influencia sobre la situación a futuro.

La realización de estos tres pasos nos permite llegar al cuarto y último paso que es el planteamiento de los propósitos, misiones, objetivos, políticas y metas a cumplir por los programas docente-asistenciales, al corto, mediano y largo plazo. Con la culminación de estos cuatro pasos termina la función de planeación.

La segunda función: Organización y ejecución, nos permitirá identificar y clasificar las funciones y actividades necesarias para el logro de los objetivos y metas sugeridas. Este apartado contempla igualmente una propuesta donde se presenta la forma de organización que se considera aceptable para el trabajo interinstitucional y con la comunidad.

La tercer función es el sistema de información que será la columna vertebral del modelo una vez que se encuentre en funcionamiento. Presenta las líneas generales a contemplar en el sistema de información y su utilidad para el control.

La última función del modelo es la de Evaluación y control, aquí se marca su finalidad manifestando lineamientos gruesos del campo de su competencia. Igualmente esta función se concretiza en el ejemplo anexo.

El modelo en su conjunto se representa gráficamente en la figura No. 1. Esta representación de un círculo abierto desea expresar varias ideas: El círculo engloba en su circunferencia las cuatro funciones, quienes guardan entre sí un equilibrio. Al iniciarse el proceso que conduce a la elaboración e implementación de los programas, se debe pensar en que éstos se plantearán en forma descriptiva. Cuando el modelo comience a operar, la dinámica que se va a crear, provocará que cada uno de ellos reciba y produzca influencia sobre los demás. Este movimiento se daría en el primer momento de creado el modelo, concluyéndose cuando el modelo queda planteado en su totalidad. Pretende ser claro, que casi al cerrarse el círculo, termina una primera etapa o ciclo, e inicia una segunda. Esta podría parecer igual a la primera, y si esto fuera cierto, no tendría el menor caso pensar en una segunda etapa diferente. Pero no es así, sino que es un ciclo nuevo que se inicia ya con la experiencia de haber concluido una primera etapa.

Las etapas sucesivas que se presenten tendrán necesariamente que aportar nuevos conocimientos a los ciclos que le siguen. La posibilidad de que las

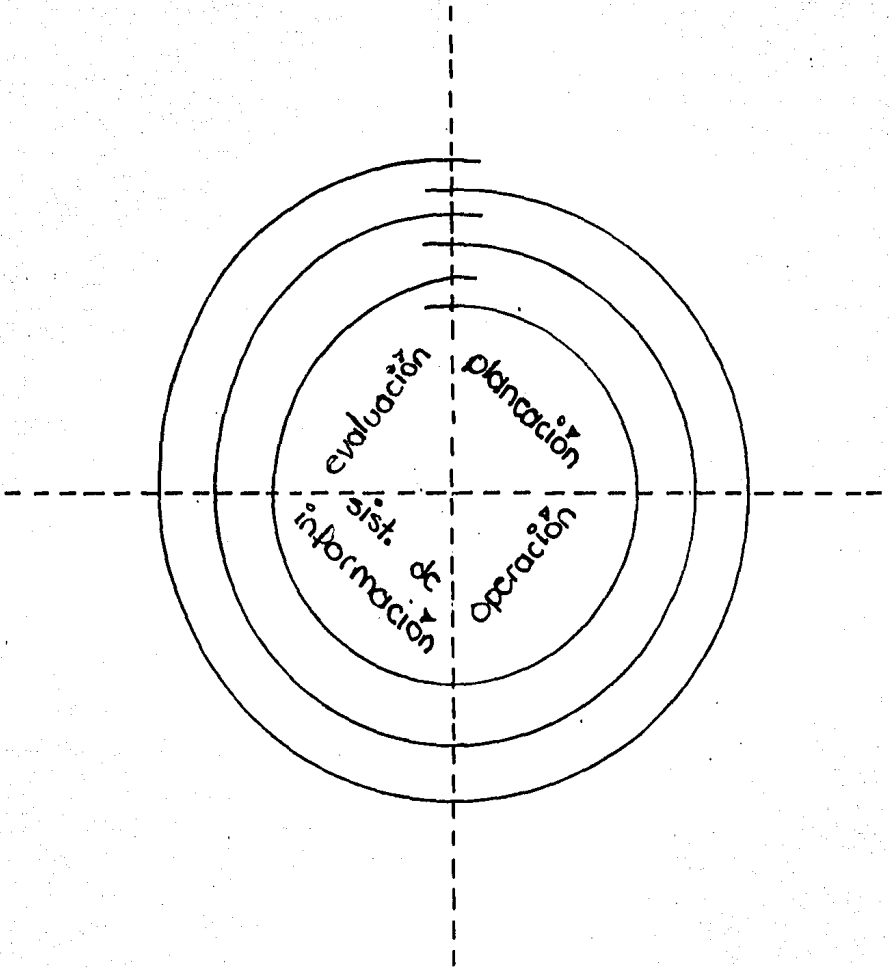


FIG. NO.1.- Modelo básico con las cuatro funciones.

cuatro funciones básicas sean permeables a estas novedades, permite que su actualización y adecuación sea constante; facilitándose éstas para la estructura interna que cada una posee. Además entre estas funciones existe una retroalimentación permanente, ya que después de cubierto el primer ciclo se puede iniciar otro en cualquier función que se elija y necesariamente se regresará a ésta abarcándose un nuevo ciclo. Se podría decir que donde inicia una etapa, ahí mismo terminará después de cumplir su ciclo.

La dinámica expresada por si misma en el modelo, operativamente se debe dar si se desea avanzar ciertamente hacia los fines u objetivos que se proponen.

En este modelo se pretende que la evaluación sea la función que posibilite un nuevo ciclo que sea más avanzado, con un potencial de desarrollo superior y con la capacidad globalizadora e integradora de los elementos propios de los programas que crecerán en número y complejidad.

El círculo abierto representa la viabilidad para absorber o transmitir la experiencia generada en cada ciclo.

Como se ve, este modelo no es un capricho de plasticidad, sino que posee un fundamento importante en si mismo.

Con esto concluye la introducción a la propuesta de modelo operativo; quedando solo por dar la descripción de cada una de las funciones y la presentación

final del ejemplo.

A continuación presentamos las cuatro funciones básicas;

1. PLANEACION

El primer paso en la planeación parte de un diagnóstico de necesidades y de recursos de la comunidad donde se pretenda implementar un programa Docente-Asistencial; complementándose con otro referido a los recursos de las instituciones que participarían.

Los elementos que deben contemplarse dentro del diagnóstico de las necesidades de la comunidad se pueden reunir en tres apartados: El socioeconómico, el de salud y el cultural.

En el Socioeconómico se considerarán las actividades productivas que lleva a cabo la comunidad, situándolas en los diferentes sectores de la economía, así como ciertos indicadores tales como:

Producto Interno Bruto P.I.B.

Población Económicamente Activa P.E.A.

Ingreso per capita

Distribución de la Riqueza Nacional

Crecimiento económico

Crecimiento demográfico

Estructura etaria

Concentración demográfica

Distribución de la población

Grado de escolaridad

Empleo, subempleo y desempleo

El diagnóstico se complementarí­a con el conocimiento del nivel de da­ño a la salud de esa comunidad (morbilidad, mortalidad), la relación de los recursos materiales y de personal con la población total; los sistemas de salud con que cuenta para satisfacer la demanda; las polít­icas nacionales de salud, las condiciones de higiene y saneamiento ambiental, etc., así como un dato muy importante, el lugar que la comunidad le concede a su salud.

Se estima que los datos al ser analizados, facilitarán la comprensión de la economía de la comunidad y su relación con la obtención, distribución y consumo de los diferentes recursos con que cuenta la misma. Posibilitándose entonces el hacer inferencias sobre los recursos destinados a la salud y la importancia que tiene ésta para la comunidad. Al solicitar este análisis socioeconómico, se parte de la premisa de que los recursos financieros de la comunidad tienen influencia en su nivel de salud.

Otro apartado importante es el cultural, en este se considera sobresaliente analizar aspectos de la formación étnica de la comunidad, los movimientos migratorios, el tipo de relaciones familiares que se establecen, sus festejos, religión, etc. Estos elementos culturales nos permitirán un conocimiento más profundo para poder determinar las estrategias de acción que tomaremos para posibilitar que los programas se puedan implementar con una perspectiva más exitosa.

La forma de hacernos llegar esta información básica para la fijación de la estrategia y la consecuente planeación de nuestro programa docente asistencial puede ser a través de diferentes medios que toman como apoyo las técnicas e instrumentos de investigación de las ciencias sociales.

Se considera que la información actualmente captada por las diferentes instituciones que tienen a su cargo el aspecto estadístico del país, debe ser el primer foco de atención. Ya consultadas éstas, se dirige hacia organizaciones que manejan específicamente un cierto tipo de información. Los aspectos socioeconómicos pueden ser tratados, la mayor parte, a través de estos medios y completados con instrumentos directos aplicados a la población. Los aspectos culturales pueden ser tratados en menor parte por esos medios y en su mayoría por el contacto directo con la población.

Si consideramos que la planeación es una toma de decisión anticipada, de acuerdo con Ackoff.⁽¹⁶⁾ Es un proceso de decidir lo que va a hacerse y cómo se va a realizar antes de que se necesite actuar. Así los elementos del diagnóstico ayudarán a seleccionar las opciones para la implementación de los programas docente asistenciales.

Una finalidad primordial del diagnóstico es contar con un panorama global de la comunidad, de todos los aspectos que le competen y evitar ver a ésta aislada, solo en un campo específico de la vida económica, social, política o cultural, etc.

(16) Ackoff, R. Un Concepto de Planeación de Empresas. Ed. Limusa, 1982. p.14.

Otra finalidad es que se tomen en cuenta realmente las características de la comunidad detectadas en su diagnóstico, para la planeación de los programas ya que en ocasiones se realizan los diagnósticos y los datos obtenidos sirven sólo para ocupar un lugar en cualquier archivo y nunca usarlos. En otros casos, los datos conseguidos no reportan ninguna utilidad porque no se saben analizar o interpretar.

Por otro lado, el mismo diagnóstico nos proporciona elementos para reconocer e interpretar las diferentes relaciones que se establecen entre los distintos factores que operan en la comunidad y que pueden imprimir peculiaridades especiales a estos mismos factores que son socioeconómicos y culturales. Las características anteriores son las que hacen de cada comunidad un ente distinto a otro, con esto se quiere decir que si bien, se puede hacer el diagnóstico de los mismos elementos de una comunidad y puede resultar muy parecido al de otra, las relaciones, o interdependencias que se generan entre estos elementos, dará como resultante la diferencia correspondiente, resumiendo: El paso de diagnóstico nos dará el panorama general de la situación que actualmente guarda la comunidad. Será esta una primera etapa meramente descriptiva, para conocer el campo donde se implementará un programa docente asistencial. De este paso únicamente se tendrán cifras, datos y valores numéricos que reflejarán friamente las condiciones de la comunidad. Podría pensarse en una fotografía que se toma y que registra ese momento en forma estática.

Ahora el siguiente paso a realizar es un análisis del diagnóstico anterior. Este segundo paso deberá ocuparse no sólo de la comunidad, sino de los otros dos sectores que forman la triada de los programas docente asistenciales, a saber: Las instituciones de educación superior y las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

Este paso que se plantea para esta primera función de planeación del programa consiste principalmente en conocer y analizar las tendencias claves que tendrán un impacto sobre los factores o elementos que componen cada uno de los tres sectores.

Las tareas a realizar consisten en seleccionar los elementos necesarios y que tendrán una mayor influencia a futuro, dentro de los aspectos socioeconómicos y culturales. A continuación se tendrá una jerarquización de estos mismos; obviamente en esta etapa se puede entrever en gran parte la orientación ideológica que se le quiera dar al programa. Esto es, si se le da mayor relevancia a los aspectos sociales, económicos o culturales de la comunidad.

Para la selección y jerarquización de los elementos mencionados en el párrafo anterior, deberán contemplarse la existencia de la información necesaria para poder realizar un análisis prospectivo, así como la facilidad de acceso a las fuentes de ésta.

Acto seguido realizaremos las proyecciones de los factores seleccionados, lo que nos permite tener una idea orientadora del comportamiento futuro de éstos y así tomar las previsiones necesarias y pertinentes.

En este momento es menester hacer una aclaración: En la metodología que hasta aquí se va desarrollando, únicamente se ha contemplado el diagnóstico y los recursos de la comunidad donde se va a aplicar el programa. No se plantea un diagnóstico de las instituciones en terminos tan rigurosos, ya que en la evaluación de la triada quedará contemplada. Esto está justificado ya que en el primer momento del desarrollo del diagnóstico de la comunidad, pueden participar los tres sectores por contar institucionalmente con una infraestructura que lo permite; pero el intentar realizar un diagnóstico institucional completo merecería de una serie de apoyos que la comunidad por sí misma no podría contar con ellos, además de que saldría del ámbito y de las intenciones de este tipo de programas.

Probablemente en etapas posteriores de los programas, se pudiera llegar a ese diagnóstico. Pero por el momento sólo se realizará tomando en cuenta los aspectos institucionales con los cuales la comunidad se encuentra ya trabajando y forman parte de su cotidianidad. Por ejemplo: las instalaciones de los servicios de salud, los recursos, los programas, etc.; y se toman como elementos que conforman el diagnóstico de la comunidad, aunque pertenezcan a las instituciones. *

* Esta es una diferenciación libre que se realiza para los fines estrictos de este trabajo.

Los pasos metodológicos marcados hasta aquí son:

- El diagnóstico de la comunidad y los recursos en términos socioeconómicos de salud y culturales.
- El análisis del diagnóstico, identificando y jerarquizando los elementos más relevantes del mismo; y
- Proyectando a futuro esos elementos con la finalidad de poder predecir y prevenir su comportamiento, probables influencias y repercusiones.

Después de estos pasos, y aún dentro de la fase de planeación, estamos ya en la posibilidad de plantear los propósitos, misiones, objetivos y metas de un programa docente asistencial específico para una comunidad en particular. Además de pensar en las posibles estrategias para su implementación, así como los recursos necesarios.

Para el planteamiento de las misiones, propósitos, objetivos, políticas y metas se deben contemplar los siguientes aspectos: Tanto para las misiones como para los propósitos y objetivos, es necesario contar con una visión panorámica, global e integral de cada una de las partes que se encuentran involucradas. El grado de conocimiento que tengamos de éstas, facilitará el trabajo y de alguna forma proporcionar las bases para proponer las directrices a seguir. Es igualmente importante propiciar la participación de los tres sectores ya mencionados en la formulación de misiones, propósitos, objetivos y metas, amalgamando intereses y creando a la vez compromisos en la acción que, de acuerdo a los recursos y necesidades de cada uno, pueda cumplir y satisfacer la aspiración del beneficio común.

El desarrollar los propósitos y derivar de estos los objetivos es un paso necesario para tener claramente qué es lo que se quiere lograr, en cuánto tiempo y con qué recursos. Los propósitos generalmente contienen implícitamente o en forma explícita los valores, la filosofía, la ideología de las entidades que participan en los programas; usualmente sirven como guía y, aunque no existe un enfoque estandar de lo que se debe incluir, el propósito, las aspiraciones e intereses de las personas a quienes se dirige comunmente deben aparecer. Los propósitos no señalarán tiempos específicos de ejecución o logro de las pretenciones del programa, aún cuando en el proceso de planeación se realicen proyecciones a futuro en el tiempo, éstas pueden tomarse como elementos para los propósitos que se establezcan.

En los programas se señalará la participación de la comunidad, y de las instituciones de educación superior así como de las prestadoras de servicio, para la solución de las necesidades detectadas. En su caso se podrá mencionar la multidisciplinariedad como medio para el abordaje de la problemática diagnosticada. Reiteramos que el propósito brindará el espacio para la coexistencia de intereses de los tres sectores, y será el elemento rector de las acciones del programa.

Por otro lado y del mismo modo, los objetivos derivados de estos propósitos, deberán señalar en forma menos general lo que se quiere lograr con el programa. Consideramos de suma importancia el señalar objetivos generales, ya que permitirán conocer mejor hacia donde van dirigidas las acciones que se realizan, éstos son guías que nos dejarán ver lo que se espera lograr y en cuanto tiempo.

También serán elementos importantes para la evaluación del desarrollo de los programas.

Los objetivos generales en los programas, al igual que el propósito, debe reunir las expectativas de los tres sectores. Conjuntamente se tienen que elaborar, para evitar que se caiga en discrepancias, omisiones o contradicciones.

Estos objetivos generales se plantean a largo plazo, buscándose con esto tener el tiempo necesario para lograr los cambios que se buscan y poder evaluarlos; además de que dan idea amplia de lo que se pretende al final de todo el programa, permitiendo saber que cada actividad que se desarrolla coadyuva al logro de ese objetivo. En este objetivo general, se tiene la pretensión de reunir a los tres sectores y en los objetivos específicos se hará la división para cada uno de ellos. En éstos, cada sector planteará sus propios objetivos, teniendo la dirección de los objetivos generales.

El tener objetivos específicos por sector no significa que cada uno realizará acciones por separado e inconexas, no; lo que se requiere es que de las acciones que cada sector realiza, se formen redes de actividades de apoyo y complementarias para que en conjunto lleven al logro de objetivos comunes.

Los objetivos aquí planteados abarcarán el corto, mediano y largo plazo. Esto es, con la finalidad de llevar la secuencia de acciones, la continuidad de

las actividades y la integración de las funciones que desarrolla cada uno, evitando que los esfuerzos que se realizan cotidianamente no tengan una referencia inmediata y se pueden perder o que su aprovechamiento no sea el máximo. Así el objetivo general a largo plazo deberá ser contenido en los objetivos específicos a largo plazo, y éstos en los objetivos específicos a mediano plazo, y éstos a su vez en los de corto plazo.

Este tratamiento en cascada de los objetivos nos da elementos para seleccionarlos y adecuarlos a las directrices.

El plantear objetivos tanto a nivel general como específico, también nos proporciona elementos para la evaluación del programa.

Un elemento importante de estos objetivos, es que puedan ser entendidos por cualquier persona que se involucre en el programa, en un forma univoca, clara y completa.

Ahora bien, siguiendo la secuencia que llevamos, después de establecer los objetivos específicos, pasaremos a plantear las metas para cada uno de los sectores.

Las metas aquí las consideraremos como otro nivel jerárquico de objetivos, que implica detallar fines cualitativos y cuantitativos, que se deberán obtener en un tiempo marcado dentro del programa.

Estas metas necesariamente estarán relacionadas entre sí formando también una red. Es menester considerar que no se deberán contraponer entre sí, dentro de un sector o entre éstos, para lo cual se propone que se elaboren conjuntamente y de manera individual, las metas que desmenuzan los objetivos específicos para hacerlos más operativos y evaluables. El plazo para el cumplimiento de las metas dependerá de la naturaleza de éstas, pensando que se cumplirían al corto plazo, digamos un año.

La naturaleza, cantidad y tipo de la meta estarán de acuerdo con lo que cada sector pretenda en el programa, tratando siempre de mantener un mesurado equilibrio de las partes.

Con este planteamiento de las metas se termina propiamente la primera función de Planeación.

2. ORGANIZACION Y EJECUCION

Después del planteamiento de propósitos, misiones, objetivos y metas, sigue la identificación y clasificación de las funciones y actividades necesarias para alcanzarlos; la agrupación de éstas a la luz de los recursos materiales y de personal disponibles, bajo una estructura organizacional.

En este apartado de nuestro trabajo, trataremos de la organización del programa con la participación de los tres sectores.

De acuerdo con Koontz⁽¹⁷⁾ se considera necesaria esta etapa para dar a conocer qué cosas ha de hacer cada quien y quién es el responsable del resultado; quitar los obstáculos que son causa de confusión o incertidumbre en la asignación de responsabilidades, que impidan la ejecución. Además proporcionar una red de comunicación para la toma de decisiones que refleje y de apoyo a los objetivos.

El tipo de organización formal que se propone es por funciones, justificada por la división que existe naturalmente por los sectores que intervienen en el programa. Esta organización funcional (llamada por Koontz: Departamentación funcional) está caracterizada básicamente por la identificación, jerarquización y selección de funciones y actividades que cada sector realizará para alcanzar los objetivos señalados. Así, para lograr los objetivos específicos de cada sector existirán determinadas acciones, que combinadas y coordinadas entre sí, darán la consecución de los objetivos generales del programa.

(17) Koontz, O'DONNELL. Curso de Administración Moderna México, Mc. Graw Hill, 1982, p. 301

En esta forma de organización se agrupan las actividades de acuerdo a las funciones sectoriales, con base en los aspectos filosóficos y jurídicos de cada uno. Se intenta ser congruente y respetuoso del tipo de organización que cada institución y la comunidad presentan actualmente.

La organización funcional exige definiciones claras de las funciones y actividades; de las responsabilidades, de los niveles de autoridad y de los canales de comunicación para facilitar la comprensión por parte de todas las personas involucradas en el programa, de lo que se quiere lograr y de lo que tiene que hacer cada quien.

El hecho de que existan estas definiciones no debe dar idea de rigidez en la organización, sino más bien la idea del beneficio que se logra al clarificar. La flexibilidad, necesaria en toda organización, será un elemento del ambiente que facilitará el trabajo y permitirá que afloren la creatividad y la iniciativa de las personas que colaboran en el programa, teniendo una guía cierta de sus acciones. Esta flexibilidad se debe tomar en cuenta y cobra mayor operatividad cuando entramos a las relaciones informales que se dan en la actividad cotidiana, donde si bien se siguen los lineamientos organizacionales, los procedimientos e instrumentos pueden tener ciertos cambios por esas mismas relaciones.

Los lineamientos generalmente aceptados para el trabajo de una organización, como son: unidad de mando, área de mando, delegación de autoridad-responsabilidad, etc., no son la excepción para los programas docente asistenciales.

Para estos programas no es tarea fácil, ya que determinar quién ostentará la autoridad y lo que deriva de ésta, muestra problemas muy serios. Se debe buscar la forma de armonizar, de equilibrar todos los elementos que participan en el programa.

La propuesta para la organización de los programas se muestra en el organigrama anexo, y se desarrolla en el ejemplo.

Sólo como un avance diremos que existen tres niveles en la organización:

1. La comisión central, que es el órgano de alta dirección;
2. Los comités, que contienen los elementos de dirección media y control operativo; y
3. Los subcomités, que son los órganos de ejecución.

Por otro lado las fases de planeación y organización nos han dado una visión de las necesidades existentes y de la forma en que podemos resolverlas, planteándonos objetivos y definiendo actividades que coadyuvarán al logro de éstos.

En la ejecución se establecerán los pasos a seguir para la implementación de los programas, basándose principalmente en las estrategias necesarias para cumplirla. Estas estrategias son manejadas por algunos autores dentro de la etapa de planeación, pero, pensamos que una vez planteadas las funciones y actividades éstas podrán ser comprendidas y ubicadas más fácilmente en la ejecución. Esta involucra los siguientes pasos, que se desglosarán después de enumerarlos:

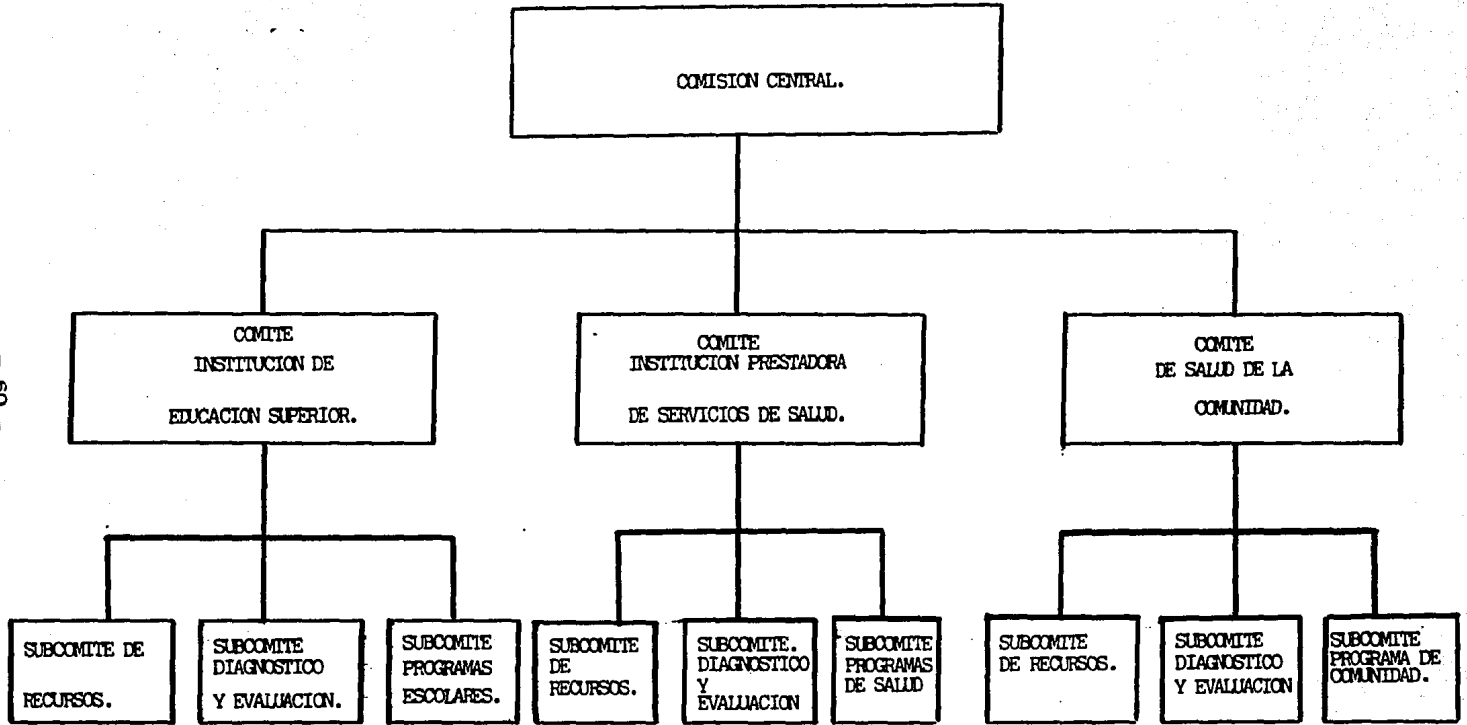
Autorización,

Difusión,

Implantación,

Primera evaluación y ajustes.

ORGANIGRAMA PROGRAMA DOCENTE ASISTENCIAL.



- 09 -

La autorización o aprobación del programa tiene que ver con el aval que den las altas autoridades de cada sector o las que para tal efecto sean asignadas. En esta aprobación decidirán las autoridades sobre la factibilidad política y la viabilidad legislativa y de recursos para que se cumpla el programa. Cabe señalar que este paso puede ser un mero trámite, cuando en el proceso de planeación y organización las altas autoridades fueron informadas oportunamente de los avances que se lograban, de los compromisos que las instituciones y la comunidad van adquiriendo. La autorización así explicada es el proceso de formalización del programa.

Una vez aprobado el programa, se tiene que dar a conocer a todas las personas que de alguna forma se encuentran involucradas en éste. La difusión cobra gran relevancia porque es el momento en que la gente conocerá qué es lo que se pretende con el programa y cuál será su participación y lo que de ella se espera. Los aspectos claves de las relaciones humanas aquí alorarán. Las objeciones, rechazos y la oposición al cambio generalmente van en relación inversamente proporcional al grado de participación en la elaboración de los programas.

Los recursos que se plantea utilizar, su localización y/o su reubicación, es otro de los puntos a tomar en cuenta en esta difusión del programa.

Las presentaciones que se realicen del programa deben ser en los niveles de los tres sectores que tengan competencia en su realización. En los niveles más altos la presentación se hará dando un panorama general del programa. En los niveles siguientes se hará la presentación en forma más detallada, elaborada y específica.

Es recomendable que todas las instancias involucradas cuenten con la reproducción del programa completo para que puedan contextualizar las acciones que le corresponden, y a la vez conocer las interacciones existentes con otras acciones de los diferentes sectores.

Después de contar con la difusión se presenta la Implementación.

Esta es conceptualizada propiamente como la puesta en marcha del programa y debe contemplar:

- la calendarización de la ejecución
- llevar a cabo la capacitación del personal que la realizará
- fijar plazos específicos para la primera evaluación
- asignar responsabilidades en la implementación
- realizar la primera evaluación y sus ajustes

Esta implementación se realiza considerando que el programa, una vez puesto en marcha, continuará hasta el cumplimiento final de sus objetivos.

Durante los plazos marcados para dar cumplimiento a los objetivos, se realizarán evaluaciones para conocer el desarrollo que van teniendo. Lo cual significa que el programa no se parará para la realización de correcciones o ajustes, sino que si estas fueran necesarias, sobre la marcha se harán.

De esta forma, ligada a la implementación se encuentra la primera evaluación. En esta se contemplará, en un período de tiempo corto, si se va cumpliendo con los objetivos, si se va desarrollando el programa conforme al tiempo calculado, si los recursos han sido adecuados en disponibilidad, cantidad y calidad.

Aquí mismo se realizan los ajustes sobre los procedimientos, instrumentos que se aplican para recabar la información de la evaluación y el control del programa; aplicando al momento las medidas correctivas por parte de cada uno de los responsables de la ejecución.

Esta primera evaluación así como las medidas correctivas aplicadas se realizan en forma paralela con el desarrollo del programa, insistiendo, no es necesario hacer un alto para estos ajustes.

Hasta aquí se considera la segunda función: Organización y ejecución.

3. SISTEMA DE INFORMACION

El sistema de información es la llave que permitirá abrir la puerta que conduce al conocimiento detallado de lo que sucede en los programas, buscando llevar a un punto óptimo las relaciones entre los recursos físicos, financieros y de personal. Este sistema proporcionará datos exactos, relevantes y pertinentes para la planeación, organización, evaluación y control; con la idea de retroalimentar las propias funciones en sus procesos de trabajo, facilitando la toma de decisiones. Al entrar en funciones el programa docente-asistencial se comienzan a generar datos de esa actividad. El tipo de recursos usados, la atención prestada, los resultados obtenidos, etc. Estos datos deben ser recolectados y ordenados para ser analizados, permitiendo un conocimiento del desarrollo de las actividades que se dan en el programa, y poder cotejarlas con lo planeado.

La columna vertebral del sistema de información son las redes de comunicación que van desde donde se produce el dato, el nivel de la acción misma, hasta donde es interpretado y analizado, produciéndose la información, propiamente nivel de decisión.

El diseñar la columna vertebral del sistema debe responder a las siguientes interrogantes:

- Qué tipo de información se necesita
- Cuándo se necesita
- Quién debe proporcionarla
- A quién se le proporcionará y
- En qué forma debe ser presentada.

El tipo de información que fluirá por las redes dependerá del nivel jerárquico de quien la vaya a utilizar. La información que se necesita a un nivel operativo tiene diferentes características que la suministrada para el nivel directivo.

De acuerdo a las funciones que cada nivel desempeña se debe decidir sobre la periodicidad, exactitud y cantidad y calidad de la información requerida. Las demandas para cada nivel deben de ser definidas exactamente. Para esto será útil diseñar una "matriz de información", ⁽¹⁸⁾ que permitirá conocer de cada nivel sus misiones, acciones que lleva a cabo para cumplirlas, las características, el tiempo, los medios o instrumentos y los correspondientes resultados esperados.

En los diferentes niveles jerárquicos, la información que se genera, no necesariamente pasará a niveles superiores para que se tomen decisiones que competen a niveles inferiores. Cada nivel producirá información que le será útil para su propia actividad, y de esa misma información habrá alguna que definitivamente tendrá que llegar a los niveles más altos de la organización, donde será de mayor utilidad.

Un elemento importante para el diseño de un sistema de información es el análisis del costo que tendrá la implementación de este tipo de sistemas de información y el beneficio que daría. No sólo desde el punto de vista económico que necesariamente se tendría que hacer, sino además en los diferentes niveles

(18) Blanco, F. El control Integrado de Gestión. Ed.Limusa, México 1984, p. 198.

de la utilidad que tendría este sistema para el programa en su conjunto.

El diseño del sistema de información implica contemplar igualmente con normas indicadores y parámetros, contra los cuales se hará la comparación de lo que está sucediendo con lo que se planeó. Esta confrontación será de utilidad para tomar decisiones, ya sea que se esté cumpliendo con lo planeado o existan desviaciones.

Los niveles de decisión van a la mano con la clasificación de la información. Las necesidades de ésta están determinadas por los requerimientos de la actividad de decisión.

El sistema de información no necesariamente tiene que basarse en el uso de computadoras, esto dependerá del volumen de datos, de la complejidad de la información requerida y el tiempo en que se precise.

Independientemente de como se realice el procesamiento de los datos, existen elementos indispensables que debe contener el sistema de información, como son los siguientes dispositivos:

- De entrada o recepción de datos: se encargará de recibir los datos desde el lugar donde se generan.
- De archivo: clasificará y almacenará los datos.
- De procesamiento: en base a procedimientos, programas, métodos y modelos de manejo de datos.

- De comunicación: Los canales que se encargarán del flujo de información tanto del usuario al sistema y viceversa.

En el ejemplo se presentará una matriz de información para los programas docente asistenciales.

Por último, para terminar con la descripción de las funciones del modelo propuesto, se presentará la función de evaluación y control, la cual va muy ligada al sistema de información como veremos.

4. EVALUACION Y CONTROL

Esta última función tiene como finalidad principal la de cotejar lo que se planeó con lo que se está realizando para conocer los aciertos y las desviaciones que se presenten y en base a esto tomar decisiones para continuar tal cual se planeó o realizar los ajustes necesarios. Estos ajustes pueden involucrar tanto a los objetivos y metas como a las estrategias, políticas, funciones procedimientos y los recursos. A la luz de los acontecimientos tal y como se dan y de los resultados, tal y como se planearon, se podrán establecer el grado de desviación existente y se diseñarán y aplicarán las medidas correctivas.

La evaluación nos señalará básicamente lo que se ha logrado comparándolo con lo planeado. El control nos servirá para que las actividades que se estén realizando se apeguen a lo planeado, asegurándolo y detectando las diferencias en forma oportuna para aplicar las medidas correctivas o de ajuste pertinentes.

Para la evaluación y el control, es básico definir qué es lo que se tiene que evaluar y controlar, después establecer los parámetros y normas o estándares, realizar las mediciones del desempeño y compararlo contra estos y por último, la corrección de las desviaciones.

La definición básica de qué evaluar y qué controlar, necesariamente nos remite a los objetivos y metas planteados en el programa. Estos serán la guía para seleccionar los puntos que se consideren críticos y más importantes.

En la evaluación será indispensable tener presentes los objetivos y metas para cotejarlos con los diferentes plazos y con los resultados que se vayan obteniendo. En el control se seleccionarán las actividades críticas para tener sobre ellas una vigilancia más estricta, esto ante la imposibilidad de vigilar absolutamente todos los elementos del programa, repercutiendo en los aspectos operativos y económicos principalmente.

Después de definir lo que se evaluará y controlará se establecerán los parámetros, normas o estándares que nos servirán de medida de comparación del desempeño logrado en el programa, con los objetivos planteados. Estos parámetros pueden ser formulados particularmente para cada sector del programa, tomando en cuenta medidas estandarizadas mundial o regionalmente y a la vez contar con la opción de crear medidas propias, de acuerdo a las características singulares del programa.

Lo esencial es que las medidas reflejen lo más fielmente posible el desempeño de lo que se va logrando. Para establecer estas medidas deben ser tomados en cuenta factores tales como:

- La naturaleza del programa
- Los individuos que participan en él y,
- Las necesidades de eficiencia y efectividad.

La naturaleza del programa nos permitirá orientar la selección de las medidas. En nuestro caso correcto, para un programa de docencia servicio donde se involucran los tres sectores, estas medidas deberán contemplar tanto los aspectos cualitativos como la participación activa de la comunidad, así como los aspectos cuantitativos tales como el mejoramiento de los niveles de salud, por ejemplo.:

El considerar lo cuantitativo y lo cualitativo nos dará oportunidad de conocer el comportamiento global de la mayoría de los elementos involucrados, que nosotros mismos hayamos seleccionado. Con la posibilidad de dejar de lado todos aquellos factores que consideramos no relevantes para el comportamiento del programa.

Si bien el tomar estos aspectos cualitativos en ocasiones resulta difícil evaluarlos o darles un interpretación correcta o inclusive aplicar las medidas correctivas, si no se contemplaran, estos factores se tendría una visión muy parcializada del fenómeno que evaluamos, quedando solo la frialdad del

aspecto cuantitativo. Por lo tanto se considera necesario evaluar también lo cualitativo.

Por otro lado, el tipo de controles que se establezcan, deben tomar en cuenta la personalidad de los individuos a quienes se aplicará y de quienes lo aplicarán. Este punto a considerar junto con la naturaleza del programa nos dará la pauta para seleccionar y adecuar el control del desempeño del factor humano en el programa. Esto no significa de ninguna manera que se trate de dar prioridad al individuo en su participación y que se dejen de lado los objetivos. No, lo que se busca es un equilibrio de los diferentes factores.

El otro elemento, el de las necesidades de eficiencia y efectividad, que también debe existir para el equilibrio de las partes, es tomando en cuenta que los controles que se establezcan sirvan para regular lo que se quiera controlar con el menor uso posible de recursos.

Una vez establecido el qué controlar con sus puntos críticos y las medidas o normas del desempeño, corresponde ahora definir las fuentes de información para el control, así como el diseño de los instrumentos de captación, el método de recolección y la forma de presentación de los resultados.

Para esto también es necesario conocer los mismos aspectos que para especificar las normas se tomaron en cuenta la naturaleza del programa, la personalidad de los involucrados y las necesidades de eficiencia y efectividad. En conjunto estas características se reflejarán en el diseño, elaboración e implementación de un sistema de información. Para el caso específico de los programas docente asistenciales, se anexará una propuesta del sistema de información.

Por último, corresponde mencionar que toda la información que se obtiene en el sistema debe ser útil para tomar las decisiones en las correcciones de las desviaciones detectadas o para reforzar los aciertos. Será prácticamente inútil contar con un sistema de información si con los resultados de éste no se tomara decisión alguna. Este sistema nos debe permitir obtener los datos para prevenir, principalmente, las posibles desviaciones.

El control debe verse como el aseguramiento de que las cosas se den tal cual estaban planteadas, en caso contrario, por sí mismo nos debe conducir a las acciones correctivas. Estas acciones correctivas pueden involucrar diferentes niveles a saber, el mismo replanteamiento del programa en términos de sus objetivos y metas, adecuar el logro de éstos al personal con que se cuenta, al cambiar los parámetros, normas o medidas de desempeño. La reubicación del personal, cambio de funciones, actividades, etc. Concluyendo, estas correcciones deben establecerse en los niveles del programa y en los niveles de la organización que así se requieran.

Los períodos para el control pueden establecerse igualmente a los diferentes plazos dependiendo de los objetivos.

Para implementar estas acciones correctivas, se propone seguir una metodología que se puede resumir en los siguientes puntos:

- Definición del problema.
- Planteamiento de todas las posibles causas que originan el problema.
- Análisis de las causas
- Desarrollo de opciones de solución
- Aplicación de la solución y

- Comprobación en la resolución del problema.

Con este último punto de evaluación y control, prácticamente se concluye esta segunda parte del trabajo, dando una descripción somera de las funciones que comprende el modelo propuesto. A grandes rasgos se considera que se abarcaron los elementos fundamentales de cada función, el hecho de hacerlo más exhaustivo saldría del objetivo del trabajo.

Resta únicamente presentar el ejemplo propuesto, y anexar por último, una revisión de los aspectos jurídicos que permiten la aplicación de los programas docente asistenciales dentro de un marco legal.

El siguiente ejemplo se presenta para facilitar la comprensión del modelo propuesto.

En este ejemplo suponemos que ya se ha realizado la etapa perteneciente al diagnóstico, análisis y proyección, e iniciamos la función de planeación. Tratándose de una aplicación específica, el hecho de mencionar aquí aspectos muy generales no enriquecería significativamente este caso.

Cabe puntualizar que sólo se dan propuestas del objetivo general y de los objetivos específicos considerados a diferentes plazos, en forma particular cada institución y para la comunidad.

Las metas que se derivan de los objetivos específicos, son igualmente de un carácter muy detallado, de tal suerte que no los contemplará el ejemplo.

Para la función de organización y ejecución prácticamente estará contemplada en su totalidad con la propuesta de organigrama y de las funciones y actividades en forma muy concreta. Se manejan los elementos de la estructura de la organización indispensables para el desarrollo de los programas.

Por último se presentan los componentes del sistema de información propio para un programa docente asistencial.

III

PROGRAMA

DOCENTE ASISTENCIAL

EJEMPLO

PROGRAMA DOCENTE ASISTENCIAL

Propósito.- Unificar los esfuerzos de la triada de los programas Docente-Asistenciales para coadyuvar a la solución de los problemas de salud de una comunidad.

1. OBJETIVO GENERAL

Elevar los niveles de salud de la comunidad a través del mejoramiento de su organización y participación, bajo un enfoque multidisciplinario, dirigiendo las acciones prioritarias a la atención primaria, y en forma complementaria, a los otros niveles de atención.

Teniendo como referencia el objetivo general propuesto más arriba, se podría pensar que para un programa docente asistencial, los objetivos específicos por sector serían:

1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

A LARGO PLAZO: Elevar el nivel de salud integral de la comunidad.

A MEDIANO PLAZO: Ampliar la cobertura de los servicios,
Implementar las medidas preventivas de la atención primaria,
Propiciar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.
Fomentar la puesta en práctica de las medidas preventivas propuestas.

A CORTO PLAZO: Establecer la coordinación con las instituciones del sector salud.

Establecer programas de educación para la salud.

Constitución de los comités de vigilancia sanitaria de la comunidad.

Mantener la atención en los tres niveles.

Coadyuvar con los institutos de Educación Superior y la comunidad en el logro de sus objetivos.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Para las instituciones de Educación Superior,

A LARGO PLAZO: La formación de profesionales en la salud con enfoque al trabajo multi e interdisciplinario, y orientados al desarrollo prioritario de acciones de atención primaria.

A MEDIANO PLAZO: Revisión, evaluación y actualización curricular.

Equilibrar los contenidos y experiencias de aprendizaje para los tres niveles de atención.

A CORTO PLAZO: Formación de grupos multi e interdisciplinarios para el diagnóstico, abordaje y atención de los principales problemas de la comunidad.

Enfrentar al alumno a situaciones reales con la finalidad de cotejar los conocimientos teóricos con la práctica.

Coadyuvar con las instituciones prestadoras de servicios de salud y con la comunidad en el logro de sus objetivos.

1.3 LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS PARA LA COMUNIDAD

A LARGO PLAZO: Elevar los niveles de salud.

Lograr mayor estima y autocuidado de su estado de salud.
La población alcanzará niveles de educación con respecto a la salud de tal suerte que la propia población preserve, conserve y eleve su estado de salud.

A MEDIANO PLAZO: Organizarse en comités permanentes de vigilancia sanitaria.

Promover acciones de prevención y autocuidado.
Eliminación y control de los sectores que son agentes agresores a la salud.

A CORTO PLAZO: Lograr la organización y participación de la comunidad dentro de las acciones del programa.

Que la población conozca las acciones que integran la Atención Primaria.

Coadyuvar con las instituciones de Educación Superior y con los prestadores de servicios para el logro de sus objetivos.

2.- ORGANIZACION DE LOS PROGRAMAS

Para el logro de los objetivos de los programas, se plantea el siguiente modelo de organización:

La organización de los programas queda a cargo de una Comisión Central de la cual derivan tres Comités:

- Comité de la Institución de Educación Superior
- Comité de la Institución Prestadora de Servicios y
- Comité de Salud de la Comunidad.

De cada uno de estos, derivarán a su vez tres subcomités:

- Subcomité de Diagnóstico y Evaluación,
- Subcomité de Programas, y
- Subcomité de recursos .

A continuación se hará la descripción de la Comisión, de los Comités y los Subcomités.

COMISION CENTRAL

La Comisión Central será el máximo órgano de decisión, estará constituida formal y legalmente por un representante de cada uno de los tres comités y tendrá la capacidad para dictar las políticas y lineamientos que serán de observancia general para los involucrados en el programa. Definirá los criterios de participación de cada sector en términos de sus recursos, evaluará y vigilará la buena marcha del programa.

De esta Comisión Central dependerán los tres comités:

La Comisión Central estará integrada por un representante de cada sector, que será el Presidente de cada Comité. Estimándose conveniente que cumpla con el siguiente perfil:

- Ser un representante formal o informal del sector a nivel medio o superior con capacidad de decisión.
- Conocer las necesidades básicas de su sector.
- Conocer los programas propios de su sector.
- Tener la capacidad de integrarse a equipos de trabajo.
- Ser fiel representante de los intereses de su sector.
- Conocer los aspectos legislativos propios de su sector.
- Conocer los propósitos, políticas y estrategias generales que plantea el sector para cumplir sus objetivos.
- Conocer la filosofía que orienta el trabajo sectorial.
- Contar con interés hacia el logro de los programas docente-asistenciales
- Contar con el apoyo de los miembros de su sector.

Las funciones de los miembros en la Comisión Central serán:

1. Organizar, coordinar y ejecutar el diagnóstico de las necesidades de la de la comunidad y de las instituciones.
2. En base al diagnóstico, establecer en forma conjunta el propósito y los objetivos generales del programa Docente Asistencial, dentro de los marcos legales.
3. Organizar, coordinar y vigilar la ejecución del programa.

4. Establecer los mecanismos de evaluación, control y retroalimentación del programa.

Las actividades de la Comisión Central serán:

- 1.1 Aprobar los instrumentos para la captación de la información.
 - 1.2 Aprobar los mecanismos para la captación de la información.
 - 1.3 Coordinar la aplicación de los mecanismos de captación.
 - 1.4 Dictar las normas para la selección y análisis de la información.
 - 1.5 Participar con los Comités en el análisis de la información.
-
- 2.1 Vigilar el cumplimiento de los propósitos del programa docente asistencial.
 - 2.2 Establecer y en su caso modificar los objetivos generales que estén dentro de la competencia de cada sector.
-
- 3.1 Conjuntamente con los comités, establecer las estrategias y las formas operativas de implementación al corto, mediano y largo plazo.
 - 3.2 Plantear los límites temporales y especiales.
 - 3.3 Definir los recursos indispensables para la puesta en marcha del programa por sector, y sus funciones generales.
-
- 4.1 Definir criterios de evaluación y control.
 - 4.2 Definir las variables, indicadores, parámetros para la evaluación y el control.

- 4.3 Establecer y determinar la participación de cada comité en la evaluación particular.
- 4.4 Establecer las bases y criterios para usarse en el sistema de información del programa docente asistencial.
- 4.5 En base a la evaluación, decidir sobre plantear las medidas necesarias para la retroalimentación.
- 4.6 Diseñar acciones específicas para apoyar las actividades que contribuyan al logro de los objetivos.
- 4.7 Diseñar y llevar a efecto las acciones específicas correctivas para eliminar los obstáculos que limitan el logro de los objetivos.

LOS COMITES :

Cada Comité estará constituido formalmente por un Presidente y tres auxiliares. El Presidente invariablemente será miembro de la Comisión Central y los auxiliares serán los coordinadores de los Subcomités.

Cada Comité asumirá la responsabilidad de cada sector en la ejecución del programa, así como la posición del sector frente a la Comisión Central. Definirá el ámbito de competencia del sector y tomará las decisiones de su competencia. Señalará los recursos necesarios y disponibles para la ejecución de los programas.

Cada Comité tendrá como funciones básicas:

- Organizar y coordinar la participación de las instituciones y la comunidad en la operación del programa.

- Organizar, coordinar y evaluar la participación sectorial.
- Establecer los objetivos específicos y metas del programa.
- Vincular, organizar y vigilar la participación de su respectiva institución o de la comunidad para el diagnóstico de necesidades.

Cada Comité organizará, coordinará y evaluará tres subcomités.

Los subcomités se encargarán de:

- . Lleva a efecto las acciones necesarias para la evaluación y el diagnóstico
- . Ejecutar los programas
- . Utilizar los recursos.

Las actividades para los 3 comités serán fundamentalmente las mismas y la orientación de éstas debido a las características propias de cada sector serán dadas para cada comité sin detrimento de las orientaciones principales.

Las actividades para los comités serán:

- 1.1 Proponer ante la Comisión Central, los instrumentos y mecanismos para la captación de información necesaria para poder realizar diagnóstico, evaluación, pronósticos, análisis y toma de decisiones.
- 1.2 Organizar y coordinar al subcomité de evaluación para la realización del diagnóstico.
- 1.3 Coordinar los trabajos de selección y análisis de la información de acuerdo a las normas establecidas.
- 1.4 Participar con el subcomité de evaluación en el análisis de la información.
- 1.5 Aprobar los elementos del sistema de información para la evaluación y control del programa.

- 2.1 Establecer los objetivos específicos por sector y en su caso las metas, de acuerdo a los objetivos generales del programa.

De acuerdo a las estrategias marcadas y en conjunto con el subcomité de recursos:

- 3.1 Plantear los criterios de selección y capacitación del personal que implementará el programa.
 - 3.2 Establecer las funciones generales de este personal.
 - 3.3 Establecer el tipo, calidad y cantidad de los recursos materiales necesarios y sus fechas de disponibilidad.
 - 3.4 Establecer el tipo, cantidad de los recursos financieros necesarios y las fechas de disponibilidad.
 - 3.5 Establecer los criterios para la evaluación y control de los recursos.
-
- 4.1 Definir el tipo de información necesaria para la evaluación.
 - 4.2 Definir los instrumentos para la captación de información de las actividades a realizar.
 - 4.3 Marcar los períodos de evaluación.
 - 4.4 Especificación de los puntos a evaluar.
 - 4.5 Marcar la periodicidad de los reportes de avance.
 - 4.6 Definir los responsables de entregar informes.
 - 4.7 Establecer las medidas correctivas para las actividades que limitan el logro de los objetivos específicos.
 - 4.8 Establecer las medidas de apoyo para las actividades que contribuyen al logro de los objetivos específicos.

SUBCOMITES :

Cada subcomité estará constituido por un coordinador general y será auxiliado por las personas que considere necesarias para cumplir sus funciones y previa autorización del Comité.

Las funciones de los subcomités serán:

Para el Subcomité de Evaluación:

- Realizar el diagnóstico de las necesidades de salud de la comunidad y de los recursos necesarios aplicables por las instituciones que participan.
- Obtener las variables, parámetros e indicadores para la evaluación y el control necesarios para cumplir con los objetivos generales.

Para el Subcomité de Programas:

- Determinar el cómo y el cuándo operarán los programas correspondientes a cada institución y a cada comunidad en las acciones docente asistenciales.
- Evaluar sus propios programas institucionales y de la comunidad en términos de la participación en los programas docente asistenciales.

Para el Subcomité de Recursos:

- Gestionar, obtener y proporcionar los recursos necesarios para la operación del programa.
- Controlar el uso y aprovechamiento de los mismos.
- Evaluar los recursos en términos cualitativos y cuantitativos.
- Establecer la coordinación entre los subcomités usuarios de los recursos.

Los subcomités, como ya se mencionó, estarán constituidos por un coordinador y por las personas auxiliares que se consideren necesarias para cumplir sus funciones.

El coordinador será representante del subcomité ante el comité y será responsable de desarrollar las actividades siguientes:

PARA EL COORDINADOR DEL SUBCOMITE DE RECURSOS

1. De acuerdo con los criterios señalados por el comité, seleccionará y capacitará al personal que ejecutará el programa.
2. Establecerá las funciones específicas del personal.
3. Realizará las gestiones necesarias en las instituciones y correspondientes ante la comunidad, para adquirir los recursos materiales y en su caso los financieros, que requiere el programa para su funcionamiento.
4. Una vez adquiridos los recursos, determinará su custodia, almacenamiento y conservación hasta que sean requeridos por el programa.
5. Dar aviso del uso y destino de los recursos adquiridos.
6. En base a los criterios establecidos, determinará las variables, indicadores y parámetros para la evaluación de los recursos utilizados.
7. En base a los criterios establecidos, determinará los instrumentos y procedimientos de control.
8. Realizará reuniones con los subcomités de recursos de los diferentes comités para conocer en que forma se pueden apoyar para la adquisición y distribución de los recursos.

PARA EL COORDINADOR DEL SUBCOMITE DE PROGRAMAS

1. Buscar los puntos de convergencia común entre programas sectoriales con los programas docente-asistenciales.
2. Decidir de acuerdo a la calendarización de las actividades, en qué momento se pueden integrar a los programas docente-asistenciales.
3. Determinar el tipo de participación que tendrán los encargados de la operación del programa docente-asistencial y las variantes al corto, mediano y largo plazo.
4. Propondrá los recursos aplicables a sus programas sectoriales para ser utilizados por los programas docente-asistenciales, para lo cual se coordinará con el subcomité de recursos, de su propio comité y con los demás.
5. Establecerá indicadores y parámetros para realizar la evaluación de sus programas en términos de la participación en los programas docente-asistenciales.
6. Propondrá alternativas de solución a los problemas detectados.
7. Propiciará la multidisciplinariedad en el desarrollo de los programas.

PARA EL COORDINADOR DEL SUBCOMITE DE EVALUACION.

1. Realizar, pilotear y aplicar los instrumentos para la detección de las necesidades de la comunidad y de las instituciones.
2. Establecer la metodología de aplicación.
3. Establecer los recursos materiales y de personal necesarios para la aplicación y recolección de los instrumentos y para el análisis e interpretación de la información.

4. Realizar el análisis e interpretación de la información.
5. Presentar al comité los resultados finales del diagnóstico
6. Realizará la evaluación de los programas en base a los criterios, variables, indicadores y parámetros propuestos.
7. Realizará y aplicará los instrumentos de captación de información para la evaluación y control de los programas, de acuerdo a la calendarización establecida.
8. Efectuará el análisis e interpretación de los datos obtenidos.
9. Presentará un informe de los resultados y de las actividades propuestas para la retroalimentación.

3. SISTEMA DE INFORMACION

En este apartado, a manera de ejemplo, se presenta una matriz de información,* la cual resume la mayoría de los elementos involucrados en un sistema de información.

Esta matriz está conformada de los siguientes apartados:

- Nivel: Aquí se anotan las diferentes instancias dentro de la organización que requieren y producen información.

- Objetivos: Se señalarán en forma general los objetivos a cumplir por cada nivel.

- Información necesaria, con las siguientes partes:

Características: se señalará el tipo de información que se necesita.

Tiempo: La periodicidad con que se requiere.

Instrumentos: Los medios a través de los cuales se debe presentar la información.

Productos: Se señalarán las posibles decisiones que se esperan tomar.

* Basada en la matriz de información propuesta por Blanco Illescas Op.Cit. p.200.

La información que se genera en cada nivel, como mínimo, será aquella que requiere ese nivel para su operación.

Esta matriz tiene la finalidad de presentar de una sola intención y en forma integral, una visión panorámica del sistema de información. Analizando este cuadro se podrán detectar lo que aquí se ha llamado las redes de comunicación, que es lo que proporciona la dinámica al sistema.

A continuación se presenta la Matriz de Información para los Programas Docente Asistenciales.

**MATRIZ DE INFORMACION PARA LOS
PROGRAMAS DOCENTE-ASISTENCIAL**

NIVEL	OBJETIVOS	INFORMACION NECESARIA			
		CARACTERISTICAS	TIEMPO	INSTRUMENTOS	PRODUCTOS
COMISION CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> -Establecer Propósitos, Objetivos y Metas a Largo Plazo. -Realizar la Evaluación y Control en la Ejecución de los programas 	<ul style="list-style-type: none"> -Analítica Cotejar con el logro de Objetivos Generales a Largo Plazo. -Comportamiento del Entorno 	<ul style="list-style-type: none"> -De Seguimiento •Semestral •Anual -Coyuntural 	<ul style="list-style-type: none"> -Fijos y Formales. -Informales por excepción 	<ul style="list-style-type: none"> -Objetivos -Políticas -Productos
COMITES	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar la coordinación Interinstitucional. -Establecer objetivos específicos y metas al corto y mediano plazo. -Evaluar y controlar los subcomités. 	<ul style="list-style-type: none"> -Concreta •De las acciones realizadas y recursos utilizados -Analítica •Cotejar contra el logro de metas y objetivos. -Propositiva •Sugerencias de cambios en los objetivos, metas, procedimientos, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> -Periódica •Mensual -Seguimiento •Semestral •Anual 	<ul style="list-style-type: none"> -Fijo y Formales •Hojas Reporte •Informes 	<ul style="list-style-type: none"> -Control operativo de los Subcomités. -Evaluación del logro de los objetivos. -Informe a la Comisión. -Cambio o permanencia de los objetivos y metas.
SUBCOMITES	<ul style="list-style-type: none"> Realizar los procesos y tareas de evaluación y diagnóstico, ejecución de programas y uso y aprovechamiento de los recursos 	<ul style="list-style-type: none"> -Rutinaria •Cantidad y calidad de las acciones realizadas. •Cantidad y calidad de los recursos utilizados 	<ul style="list-style-type: none"> -Periódica •Diaria •Semanal 	<ul style="list-style-type: none"> -Fijo y Normales •Hojas de Reporte •Informes 	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitud de Recursos -Cambio de procedimientos. -Informes y sugerencias

IV

ASPECTOS JURIDICOS.

A N E X O S

ANEXO DE LOS ASPECTOS JURIDICOS

El presente anexo es con la finalidad de demostrar la viabilidad de los programas docente-asistenciales desde el punto de vista jurídico.

Aspectos jurídicos en las Instituciones de Servicio.

La Ley General de Salud, otorga el marco jurídico de aplicación de ejercicio del derecho a la protección de la salud que se consagra en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Esta ley decretada el 7 de febrero de 1984, se convierte en el elemento normativo de las acciones que realizan las instituciones prestadoras de servicios para la satisfacción de las necesidades de salud. A la vez es la instancia coordinadora, a través del Sistema Nacional de Salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública y de las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud.

Dentro de este marco jurídico, a las instituciones de educación superior se les reconoce su participación únicamente en la formación y actualización de los recursos humanos para la salud. Las actividades de servicio que se llevan a cabo en sus propias instalaciones no son vistas como tales en esta ley. La prestación de los servicios de salud establece como competencia única para los servicios públicos a la población en general, los servicios a derechohabientes de instituciones públicas y para los servicios sociales y privados. (Art. 34). Ahora bien, partiendo del concepto de Servicio de Salud que esta misma ley define en su Artículo 23 como:

"...todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la comunidad" ; las instituciones de educación superior con áreas de ciencias de la salud, estarían tipificadas como instituciones con servicios de salud.

Es así que para éstas, la Ley General de Salud contempla actividades de enseñanza y capacitación de recursos humanos para la salud, siendo tratados en sus diferentes artículos y fracciones.

Sobresaliendo la coordinación interinstitucional para lograr esta finalidad. Reservándose para las instituciones de salud la opinión sobre los programas académicos y siendo responsabilidad de ambas instituciones recomendar normas y criterios para la formación de profesionales de acuerdo a las prioridades del Sistema Nacional de Salud.¹

En otro orden de ideas, también se establece que todas las actividades docentes que se realicen en las instalaciones o establecimientos de salud, se llevarán a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada institución de salud. (Art. 85 y Ar. 90-III).

Puntualizando: las instituciones prestadoras de servicio, marcan los lineamientos a seguir y se reservan las funciones normativas y de autoridad ejecutiva en lo que a salud compete. Las instituciones educativas sin perjuicio de su autonomía, participan con las instituciones de servicio coordinando acciones de competencia mutua.

1 Ley General de Salud. Art. 2-VII; Art. 3-VIII; Art. 6-VI; Art. 7-XI, XII; Art. 17-III, IV; Art. 78-II; Art. 89; Art. 90-I, III; Art. 91, 92, 94, 95.

Hasta aquí se ha hecho un repaso de la relación que guardan las instituciones educativas con las de servicio, de acuerdo con el marco jurídico de estas últimas. Ahora, para la comunidad, que es el tercer elemento dentro de los programas docente-asistenciales, la Ley General de Salud prevé: promover e impulsar la participación de la comunidad en los programas de cuidado, promoción y mejoramiento de la salud, a través de la constitución de grupos y asociaciones.² Esto indica que la comunidad será tomada en cuenta para la implementación de programas en los cuales no ha intervenido para su elaboración.

Aspectos jurídicos de las instituciones de enseñanza superior

Las consideraciones legales establecidas para el funcionamiento de las Instituciones de Enseñanza Superior, se encuentran reunidas en los siguientes ordenamientos:

- En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Artículo 3 fracción VIII, en la cual se indica que "Las universidades y las demás instituciones de educación superior a las que la ley otorgue autonomía, tendrán la facultad y la responsabilidad de gobernarse a sí mismas; realizarán sus fines de educar, investigar y difundir la cultura de acuerdo con los principios de este artículo, respetando la libertad de cátedra y de investigación y el libre exámen y discusión de las ideas; determinará sus planes y programas; fijará los términos de ingreso promoción y permanencia del personal académico."
- La Ley Federal de Educación señala en su artículo 33, correspondiente al Sistema Educativo Nacional, que corresponde a la Educación Superior: La formación de profesionales para adquirir grado de licenciatura; la investigación y estudios de posgrado.

2 Idem. Art. 7-XII: Art. 57; Art. 58 I al VII, y Art. 59

- Ley para la Coordinación de la Educación Superior, que se encarga de promover fomentar y coordinar acciones programáticas que vinculen la planeación institucional e interinstitucional de la educación Superior, con los objetivos lineamientos y prioridades que demande el desarrollo integral del país. *

Cabe señalar que el "Plan Nacional de Educación Superior, Lineamientos Generales para el Período 1981-1991", es una instancia que marca consideraciones para la realización de la planeación de la educación superior en un nivel de generalidad amplio, por lo cual resulta impráctico obtener de éste lineamientos legales.

Aspectos jurídicos de organización de la comunidad

En el artículo noveno de la constitución política se consagra el derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito, o para hacer una petición o presentar una protesta a la autoridad competente.

Lo anterior crea el marco jurídico en el que se protege la libertad de asociación de la comunidad para tratar aspectos de salud.

Dentro del D. F., se prevee la organización y participación ciudadana. En la ley orgánica del D. D. F., capítulo V, "De los órganos de colaboración vecinal y ciudadana", se reconoce y promueve la organización ciudadana para que participen en todos los aspectos que afecten a la comunidad, entre ellos los de salud.

* Enfoque a la normatividad de la enseñanza superior en las ramas médicas. (Reglamento Interno de la Secretaría) Ley del S. Social

"Cada colonia, pueblo, barrio o unidad habitacional designará a su asociación de residentes, que a su vez integrarán una junta de vecinos a nivel delegacional". Las asociaciones de residentes y junta de vecinos informarán, propondrán medidas que estimen convenientes, sugerirán nuevos servicios, opinarán y tendrán voz en todos los asuntos relacionados a la comunidad o que sean considerados de interés público, esto incluye aspectos de salud como hospitales, clínicas, servicios sanitarios, campañas de salud, centros de salud, etc. (3)

En el D. F. funciona un consejo consultivo que se integra con los presidentes de las juntas de vecinos cuya función es colaborar con el jefe del D. D.F., para la debida administración pública y en especial para la eficaz prestación de los servicios generales. Propone a la consideración del jefe del D.D.F., proyectos de leyes y reglamentos, y reformas a derogaciones de leyes y reglamentos vigentes en el propio D.F. (4) Como se puede deducir de lo anterior, incluye todos los aspectos de salud en el D.F.

En el estado de México no existe una organización reconocida oficialmente, como el caso del D. F., pero es un hecho que los diferentes partidos políticos promueven y organizan a las comunidades, en diferentes niveles y para diferentes fines entre los que se encuentran aspectos de salud.

Cabe hacer notar que el sistema para el desarrollo integral de la familia DIF, lleva a cabo una importante labor de organización comunitaria para aspectos de salud en toda el área periférica del D.F.

(3) Ley orgánica del D.D.F. Capítulo V artículos: 44, 45, 46 y 47

(4) Idem artículos: 48 al 51

RESUMEN

Los programas Docente Asistenciales se presentan como una opción para el trabajo interinstitucional, ya que permite la unificación y aplicación de los recursos tanto físicos, materiales y de personal, necesarios para enfrentar determinada problemática en una comunidad, evitando la duplicidad de funciones y el desperdicio de esfuerzo y recursos.

La comunidad en participación conjunta con las instituciones será quien determine sus necesidades y plantee alternativas de solución; asimismo, las instituciones se apoyarán en la comunidad para el cumplimiento de sus objetivos.

Los programas Docente Asistenciales ofrecen el sustrato organizativo para que los elementos interactuantes-instituciones y comunidad operen en forma armoniosa con el conocimiento exacto de lo que se espera de cada uno de ellos en términos de sus compromisos, responsabilidades y derechos.

Las instituciones que en forma especial se tratan son: las de educación superior y las prestadoras de servicios de salud, sin que signifique que los programas Docente Asistenciales sean exclusivos para éstas. Aquí las instituciones se entienden como una forma estándar de conducta tipificada, producto de la dinámica social, con una misión específica.

Por otro lado, la propuesta como ejemplo, maneja en términos concretos las funciones de Planeación, Organización, Sistemas de Información, Evaluación y Control, para un programa Docente Asistencial, señalando las vías de interdisciplina y Atención Primaria como básicas para su logro.

VI

CONCLUSIONES.

- Los Programas Docente Asistenciales son el estrato organizativo que permite desarrollar el trabajo interinstitucional con la comunidad propiciando la colaboración y procurando el máximo aprovechamiento de los recursos y esfuerzos de cada uno de ellos para la solución de problemas cada vez más complejos.
- Al aumentar la complejidad de los problemas, se hace indispensable poner en juego los conocimientos de diferentes disciplinas para su mejor comprensión, participando la interdisciplinariedad como una vía para su resolución integral.
- La Atención Primaria es la otra vía que orientará los Programas Docente Asistenciales, dándosele mayor prioridad que a la atención secundaria y terciaria, que sin ignorarlas, no recibirán tanta importancia, tanto en términos de recursos, como de orientación filosófica.
- Es necesaria la unión de las instituciones con la comunidad para que ésta resuelva su problemática y aquéllas cumplan con su función social en forma más efectiva.
- Las ventajas para las Instituciones de Educación Superior se dan en términos de enfrentar a los alumnos a una problemática concreta y real; sirviendo a la vez, para la retroalimentación a los programas académicos. Para las instituciones prestadoras de servicios las ventajas se ven en su aplicación, ampliando la cobertura de los servicios. Para la comunidad la ventaja está en la participación que tiene para determinar sus necesidades y en la colaboración que brinda en su solución, de acuerdo a sus recursos e idiosincrasia.

- Si los convenios de ayuda interinstitucional con la comunidad se presentan en forma de programas Docente Asistenciales, considero que las posibilidades de éxito aumentan.

- Las funciones de Planeación, Organización, Sistema de Información y Evaluación y Control abarcan totalmente los elementos importantes para los Programas Docente Asistenciales.

En la función de planeación lo más importante es llegar a la definición de las misiones y objetivos que orienten el trabajo a partir del diagnóstico de necesidades.

Lo importante en la etapa de Organización es llegar a establecer las unidades organizativas y sus funciones.

La función de Sistema de Información, no es visto aquí sólo como un elemento de evaluación y control, sino que el hecho de separarla conlleva una conceptualización diferente, esto es, vista como el eje rector sobre el cual gira el desarrollo del programa e involucra las otras tres funciones restantes.

La evaluación y el control es la función que permitirá conocer en que grado se han alcanzado los objetivos y metas propuestas y si es necesario realizar correcciones desde los métodos, recursos hasta el replantamiento de los mismos objetivos.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Ackoff, Russell. Un Concepto de Planeación de Empresas. México, Ed. Limusa, 1982.
2. Apostel, Et Al. Interdisciplinariedad, México, ANUIES, 1975.
3. Arango, Botero. Docencia-Servicio, San Cristóbal, Venezuela, Julio 1978.
4. Atención Primaria de Salud, Ginebra, O.M.S. 1978.
5. Blanco, F. El Control Integrado de Gestión, Ed. Limusa. México, 1984.
6. Beltrán, Roberto. Integración Docente Asistencial, 1a. Reunión del Comité de Libros de Texto en Odontología. Houston, Noviembre 1978.
7. Berger, Luckman. La Construcción Social de la Realidad. México Amorob, 1980.
8. Betancourt, A., Integración Docencia Servicio, Experiencia de las Escuelas y Facultades de Odontología Mexicanas, II Conferencia de FEDOAL, Oct. 1982 En la Universidad Central de Venezuela; Publicado en la Rev. Universidades, México, Jul-Sept. 1982. Udual No. 89 p. 114-120.
9. Breilh, J., Granada, E. Investigación de la Salud en la Sociedad, Quito, 1980.
10. Bocchino, W. Sistemas de Información para la Administración. México, Ed. Trillas, 1982.
11. Burgh, J. Strater, F. Sistemas de Información. México, Ed. Limusa, 1983.
12. Bustos, R., Cervantes, J. Administración en Salud, México, Ed. Fco. Méndez Oteo, 1981.
13. Educación para la Salud, Normas. México, S. S. A. 1980.
14. Elementos de discusión para el análisis de la Integración Docente-Asistencial. Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco.
15. Ferreira, José R. Misión del Hospital a la luz de las nuevas tendencias de la Educación Médica. Educación Médica y Salud. Volúmen 10, No.2, 1976. México, Pág. 10.

16. Ferreira José R., La Necesidad de colaboración efectiva entre la Educación Médica y el Servicio de Salud. Educación Médica y Salud. Vol. 15 No. 2, 1981. México. Pág. 5-10.
17. Fajardo, G. Atención Médica - Teoría y Práctica Administrativas. México Ed. Prensa Médica Mexicana, 1983.
18. Freeman, R., Holmes, E. Administración de los Servicios de Salud Pública. México, Ed. Interamericana, 1986.
19. Freire, P. ¿Extensión o Comunicación? la concientización en el medio rural. El Siglo XXI 12a. Edición. México, 1983.
20. Guevara, G. La Crisis de la Educación Superior en México. México, Ed. Nueva Imagen, 1981.
21. González, R. "El Desarrollo de la Seguridad Social en algunos países de la América Latina. Tesis, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. U.N.A.M., 1964.
22. Haslan, Alden., Soto, Betty., Plan de acción para la integración Docencia-Servicio, en Nicaragua. Reunión OFEDO-UDUAL. República Dominicana, Octubre, 1983.
23. IMSS, 40 años de Historia. 1943-1983. IMSS, México, 1983.
24. Koontz, H., O'Donnell, C. Curso de Administración Moderna, México, Mc.Graw Hill, 6a. Ed. 1982.
25. Labarca, G. (Compilado) Economía Política de la Educación. México, Ed. Nueva Imagen, 1980.
26. La Belle, Thomas. Educación no Formal y Cambio Social en América Latina. México, Ed. Nueva Imagen, 2a. Ed. 1984.
27. Laguna José, Formación del Personal Profesional y Auxiliar de la Salud: "El equipo de Salud". Gaceta Médica de México. Vol. 113 No. 2, Febrero 1977.
28. Las Universidades y la Meta de Salud para Todos en el año 2000, Memorias México, U.N.A.M. 1984.

29. Le Breton, Preston. Administración General: Planeación y Ejecución. México, Ed. F.C.E. 1975.
30. Ley Federal de Educación, Secretaría de Educación Pública, México.
31. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión LII Legislatura, México, 1985.
32. Ley Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de México.
33. Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal, México.
34. López Martha., Integración Docencia-Servicio. Universidad Autónoma de Santo Domingo. Reunión OFEDO, UDUAL, Octubre 1983.
35. LLarena, R. Planeación Universitaria, México. U.N.A.M. 1984.
36. Montiel, B. "La Seguridad Social en México, Su carácter y su Alcance". Tesis. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. U.N.A.M.
37. Modelo de Integración Docente Asistencial. República Dominicana, 1979. Secretaría de Estado de Salud Pública., Instituto Dominicano de Seguridad Social, U. Católica Madre y Maestra.
38. Montes, Victor Hugo., Docencia-Asistencia Odontológica en la República de Colombia.
39. Morales-Gómez, D. (Compilador) La Educación y Desarrollo dependientes en América Latina. México, Ed. Gernika. 1979.
40. Nadel, S. F. Fundamentos de Antropología Social Mexico, Ed. F.C.E. 1974.
41. Otaño, R., La integración Docencia-Servicio, II Conferencia de FEDOAL, Octubre 1982 en la Universidad Central de Venezuela: Publicado en la Rev. Universidades, México, Julio-Septiembre 1982. UDUAL No. 89 Pág. 125.
42. Proceso Interacción Docencia-Servicio, Facultad de Odontología LUZ, Venezuela. Taller de Docencia-Servicio, República Dominicana 2-9 Octubre 1983.
43. Rodríguez, Luis., Criterios y Mecanismos para la Integración Docente-Asistencial. Documento del Seminario de Didáctica Aplicada a las Ciencias de Salud, CEUTES, U.N.A.M., MEXICO 1983, P.O. 18-37.

44. Rosenblueth, E. Planeación educativa. México, U.N.A.M. 1981.
45. Seminario de Evaluación en el Sector Salud. Memorias. México, S.S.A. 1978.
46. Seminario de Integración Docencia-Servicio. CLATES, U.N.A.M. México, 1984.
47. Silva, A. "La Seguridad Social en México". Tesis, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. U. N. A. M., 1982.
48. Taller Integración Docencia-Servicio, México, ENEP-Z U.N.A.M. 1984.
49. Steiner, George. Planeación Estratégica. México, C.E.C.S.A. 1983.
50. Uribe Roberto., Módulo Universitario Docente-Asistencial, Rev. Facultad de Medicina, V. 23 No. 3 P. 36-44 México, 1981.
51. Yopez, Patricio., La Integración Docencia-Servicio, II Conferencia FEDOAL-UDUAL. Octubre 1982.
52. Silva, H., Rudolf, H. Universidad, Dependencia y Revolución. México, Ed. Siglo XXI, Colección Mínima No. 33, 1984.