

14
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**LA CAPACITACION Y DESARROLLO DEL PERSONAL DE SALUD
EN LA JURISDICCION SANITARIA EN IZTAPALAPA 1990-1995.
DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES**

T E S I S

**PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA**

P R E S E N T A :

SILVIA GERMAN SUAREZ

Asesor: Mtra. María Gilardi González De la Vega

MEXICO, D.F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. CAPACITACIÓN LABORAL	4
1.1 Conceptualización y base jurídica	4
1.2 Principales corrientes de capacitación	8
1.3 Capacitación y desarrollo del personal de salud. Antecedentes y características	12
1.4 Propuesta alternativa de capacitación en salud	16
CAPÍTULO 2. POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD	23
2.1 Prioridades de salud	23
2.2 Modelo de atención a la salud	27
2.3 Programa de Capacitación y Desarrollo de Personal	31
CAPÍTULO 3. LA CAPACITACIÓN EN LA SECRETARÍA DE SALUD	38
3.1 Conceptualización y fines de la capacitación y desarrollo del personal	35
3.2 Modelo para la capacitación	36
3.3 Procedimientos y normatividad	38
CAPÍTULO 4. LA JURISDICCIÓN SANITARIA IZTAPALAPA	46
4.1 Definición, organización y funciones de la Jurisdicción	46
4.2 Organización de la atención a la salud de la población	49
4.3 Recursos humanos	50
4.4 Diagnóstico situacional de salud	53
CAPÍTULO 5. PROCESO DE LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA IZTAPALAPA	63
5.1 Organización de la capacitación	63
5.2 Infraestructura y recursos para la capacitación	67
5.3 Desarrollo del proceso de la capacitación del personal	72
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
ANEXOS	100
BIBLIOGRAFÍA	126

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se refiere al proceso de la Capacitación y Desarrollo del personal de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, representando una oportunidad para reflexionar sobre la práctica cotidiana de los últimos diez años en ese campo.

Los elementos, teórico metodológicos, de la sociología de la educación permitieron ubicar la capacitación del personal como un fenómeno social que se relaciona con factores de tipo económico y de la legislación laboral, entre otros. Así mismo, permitió contextualizar la capacitación en el ámbito de las políticas y necesidades de salud de la población.

El estudio se orientó al establecimiento de un diagnóstico de la Capacitación y Desarrollo del personal y la elaboración de algunas propuestas para su adecuación, para lo cuál se consideró un período de seis años, de 1990 a 1995.

Se realizó a través de la revisión bibliográfica y documental relacionada con los aspectos teóricos de la capacitación y las políticas educativas y de salud que se vinculan con ésta, así mismo de los documentos normativos y de procedimientos institucionales que orientan la capacitación. Finalmente, para dar cuenta del proceso de capacitación en la Jurisdicción, se elaboró un análisis de los programas y sus resultados; mismos que se ordenaron de acuerdo a los indicadores considerados de mayor relevancia y, a la información disponible.

Para su desarrollo, el trabajo se dividió en cinco partes fundamentales: en la primera, se revisan los aspectos teóricos de la capacitación laboral considerando la definición de ésta, las bases jurídicas y las diferentes corrientes de capacitación; también se contemplan algunos antecedentes de la capacitación del personal de salud y, la revisión de una propuesta alternativa de capacitación.

En la segunda parte, denominada políticas nacionales de salud, se identifican las prioridades de salud a nivel nacional, el modelo de atención vigente y el Programa de Capacitación Oficial para el personal del Sector Salud.

La tercera parte, se refiere a la capacitación en la Secretaría de Salud en sus aspectos conceptuales, sus fines, procedimientos y la normatividad para su desarrollo.

Después de los aspectos teóricos y normativos de la capacitación, en la cuarta parte, se presenta información relevante de la Jurisdicción Sanitaria considerando su organización, funciones, cómo se organiza la atención a la salud de la población y los recursos humanos disponibles. También se ofrece una breve presentación del Diagnóstico Situacional de salud, a partir del cual se identifican las prioridades de salud de la población.

El quinto y, último apartado, corresponde a la explicación del proceso de la capacitación del personal en la Jurisdicción; se destaca su organización, los recursos disponibles y la forma como se desarrolla, tomando en cuenta sus diferentes fases ; asimismo, se resaltan los aspectos de cobertura y su relación con los programas de atención a la salud que desarrolla la Jurisdicción.

Con base en los cinco capítulos mencionados se elaboró una parte final de conclusiones y recomendaciones. En ésta, además de resumir y sintetizar los aspectos más relevantes de los cinco capítulos, se hace un esfuerzo de reflexión propositiva al presentar algunas recomendaciones generales con las que se espera mejorar el aprovechamiento de los recursos, la orientación metodológica de la capacitación y su vinculación con los programas y necesidades de salud de la población.

En los anexos se presentan formatos, cuadros y gráficas que permiten una mayor comprensión del proceso, que es motivo de estudio, y permiten dar cuenta de la cobertura de la capacitación.

Este trabajo permitió acercarse crítica y sistemáticamente a una realidad concreta, sus resultados son útiles, en tanto que existe la oportunidad institucional para emprender algunas de las propuestas planteadas. Su conclusión, no debe interrumpir el esfuerzo de análisis y búsqueda de alternativas para lograr un proceso de capacitación más eficiente y mejor orientado.

CAPÍTULO I

CAPACITACIÓN LABORAL

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN Y BASE JURÍDICA

En este trabajo se entiende por capacitación laboral, las actividades con fines educativos que se imparten a los trabajadores para apoyar los servicios de salud; cuya finalidad es proporcionarles conocimientos y habilidades para el desempeño de sus labores.

La capacitación laboral se imparte a través de un proceso institucional, mismo, que se constituye por una serie de fases que van desde el diagnóstico de las necesidades de capacitación a la elaboración de los programas y su ejecución, concluyendo con la evaluación.

La atención a la población, demanda que los trabajadores estén preparados para cumplir con sus tareas; por otro lado, el avance de los conocimientos, los cambios tecnológicos, así como los específicos del trabajo determinan la relación entre trabajo y capacitación.

La importancia de la capacitación laboral es considerada por el Ejecutivo Federal y diferentes instancias técnicas y administrativas.

En el Plan Nacional de Desarrollo, la capacitación para el trabajo se vincula con las políticas económicas y se le considera como un factor para mejorar las habilidades productivas de los trabajadores. Se destaca la necesidad

de establecer programas que contribuyan a una mejor incorporación y mayor movilidad en el mercado de trabajo.¹

Por otra parte, el Ejecutivo considera que la capacitación es un medio para que los trabajadores mejoren sus competencias y tengan acceso a empleos mejor remunerados.²

En cuanto a los servidores públicos, la capacitación es aún más importante con la implantación del servicio de carrera en la administración pública, cuyo propósito es que los trabajadores adquieran elementos para un mejor desarrollo de sus funciones y logren ascensos con base en su capacidad y rendimiento.³

En nuestro país la capacitación para el trabajo es de carácter obligatorio. La legislación respectiva se encuentra en el Capítulo III, bis, de la Ley Federal del Trabajo, reglamentaria del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En el Artículo 153-A de la Ley Federal del Trabajo, se reconoce a la capacitación como un derecho de los trabajadores y una obligación por parte de los patrones el otorgarla, de tal forma que le permita al trabajador elevar su nivel de vida y productividad.

De acuerdo con esta ley, la capacitación debe cumplir con los siguientes propósitos:

¹ Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*. p.87

² Ernesto Zedillo Ponce de León. *Segundo Informe de Gobierno*, s.p

³ "Plan Nacional..." op. cit. p. 63

1. Actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad, así como proporcionarle información para la incorporación de nueva tecnología.
2. Preparar al trabajador para ocupar una vacante o puesto de nueva creación.
3. Prevenir riesgos de trabajo.
4. Incrementar la productividad y
5. En general, mejorar las aptitudes de los trabajadores.⁴

También se hace referencia a la importancia de que la capacitación se apoye en programas bien definidos, se evalúe y se acredite a los trabajadores.

La responsabilidad de emitir las normas para los procesos de capacitación recae en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. La vigilancia de la operatividad e instrumentación en las instituciones, se hace a través de las Comisiones Mixtas de Capacitación que deben integrarse en cada empresa o institución con representantes tanto de los patrones como de los trabajadores. Asimismo las líneas para la instrumentación se ubican en las políticas educativas de nuestro país.

En el Programa de Desarrollo Educativo, del presente sexenio, se aprecian dos vertientes de la capacitación laboral que se enmarcan dentro de la educación para adultos; una, que se refiere a la capacitación formal para el trabajo ofrecida a través de la educación superior, media superior y el Sistema Nacional de Educación Tecnológica; la otra, consiste en la capacitación no formal para el trabajo que alterna las actividades productivas con las de capacitación y se ofrece a través de instituciones que

⁴ Ley Federal del Trabajo, p. 31

dependen de otros sectores en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.⁵

Entre la acciones en materia de capacitación laboral del Programa Educativo, se destaca la creación del Sistema Normalizado de Competencia Laboral, que se propone promover la definición de estándares y normas de competencia laboral y los conocimientos y habilidades que requieran los trabajadores para un puesto específico. Estas competencias podrán ser validadas a través de un Sistema de Certificación Laboral.⁶

Este sistema se propone, por un lado, establecer una estrecha vinculación entre el Sistema Educativo y de la capacitación para el trabajo con las necesidades productivas; por otro, reconocer la experiencia de los trabajadores sin formación profesional y favorecer, a su vez, a los profesionales para que validen sus competencias y continúen actualizándose.

Desde el punto de vista de las políticas educativas y de la legislación laboral, la capacitación atiende el derecho de los trabajadores de acceso a la educación y al trabajo productivo. También, se relaciona con las políticas de desarrollo económico: la capacitación tiene como fin promover la movilidad y adaptación de la fuerza de trabajo a las necesidades productivas; también se le considera como un elemento para que el trabajador obtenga mayores ingresos.

⁵ Poder Ejecutivo Federal, Programa de Reforma Educativa 1995-2000, p. 100
⁶ "Programa de Reforma..." op. cit. p.p.110,122,125.

1.2 PRINCIPALES CORRIENTES DE CAPACITACIÓN.

Las políticas de capacitación laboral responden a una forma concreta de visualizar la educación. Para identificar los elementos que subyacen en el proceso de capacitación que se desarrolla en la Jurisdicción Sanitaria en Iztapalapa, a continuación se revisan las principales corrientes aplicables a este campo.

Recientemente se ha planteado que en las políticas de la educación para adultos, en las que se inserta la capacitación laboral, influyen dos grandes visiones: la visión incremental y la visión estructural.

Cada una de ellas tiene dos enfoques; la primera, el enfoque de la Modernización Capital Humano y el enfoque del Idealismo Pragmático.

La segunda tiene el enfoque de la Pedagogía del Oprimido - Educación Popular y el enfoque de la Ingeniería Social (corporativismo).⁷

A) LA VISIÓN INCREMENTAL

Corresponde a la sociología y a la economía de la educación, no cuestiona las raíces del sistema socioeconómico en el que se desarrolla. De acuerdo a esta visión, la educación es una variable de la economía en la sociedad capitalista.

⁷ Torres, Carlos Alberto, *La política de la Educación no formal en América Latina*, p.p. 25-28

Los procesos de planificación educativa son esencialmente tecnocráticos. Se sustentan en procesos de planificación y administración educativas y en las técnicas de optimización de recursos. Sostiene que la educación contribuye a mejorar las habilidades de la fuerza de trabajo, a elevar los ingresos económicos de los trabajadores y a reducir las desigualdades sociales. En el ámbito laboral esta visión se identifica en la aplicación de estrategias y procesos de capacitación tendientes a la especialización y alta calificación, cuyo propósito es efficientar el trabajo y elevar la productividad. A continuación se describen los dos enfoques que forman parte de la visión incremental.⁸

a.- Enfoque de la Modernización - capital humano.

La educación, bajo este enfoque, es una variable estrechamente relacionada con el desarrollo socioeconómico. Los programas de capacitación son considerados como inversiones en capital humano, ya que las habilidades y conocimientos de los trabajadores aumentan la productividad e incrementan los ingresos.

Supone que en el capitalismo los individuos cultivan una actitud de éxito, de competencia que favorecen la movilidad ocupacional.

b.- Enfoque del Idealismo Pragmático.

Los antecedentes de este enfoque se encuentran en varios esquemas pedagógicos, principalmente el de la educación permanente de John Dewey y de la andragogía de Knowles.

⁸ Torres, Carlos Alberto, "La política ...", op. cit. p.p. 27-29

El proceso educativo se fundamenta en la idea de que el individuo cuenta con un potencial ilimitado, que debe explorarse en beneficio individual y de la sociedad, para lo cual es necesario una educación moral basada en su desarrollo.

Se trata de un enfoque compensatorio o remediador de oportunidades educativas y plantea la necesidad de que sea un proceso continuo a lo largo de la vida. Su propósito principal es evitar la obsolescencia y da prioridad a las formas académicas tradicionales.

B) VISIÓN ESTRUCTURALISTA.

Se sustenta en el análisis de la estructura económica, política y social; la educación como fenómeno social tiene una función de socialización de normas y valores que favorecen el control social; asimismo se le atribuye un papel importante en el crecimiento capitalista y, como mecanismo regulador de la mano de obra, gracias a la mejor calificación de ésta.

En la perspectiva estructuralista se ubican dos líneas de pensamiento contradictorias; una que no cuestiona las bases capitalistas de la sociedad y da preferencia a la racionalidad técnica para ordenar y dar continuidad al sistema; la segunda, de corte marxista, concentra su análisis de los problemas educativos en los aspectos sociales, políticos y económicos: reconoce que las políticas en este campo son raramente democratizantes. Los enfoques que corresponden a la visión estructural se exponen a continuación.⁹

⁹ Torres, Carlos Alberto, "La Política..." op. cit., pp. 29-45

a.- Ingeniería Social (corporativismo).

Este enfoque se relaciona con las sociedades posindustriales, basadas en un alto nivel de racionalidad burocrática, en las que surge una élite técnica, profesional y científica que impone a la acción social una racionalidad científica. Los sectores tecnocráticos adquieren preponderancia dentro de la burocracia.

El proceso educativo responde principalmente a objetivos de eficiencia y eficacia de planeación y administración educativa. Se sustenta en una ideología de progreso técnico para beneficio de la industria. La capacitación de los recursos humanos tiene propósitos fundamentalmente económicos.

La educación formal, bajo este enfoque, es prolongada y con altos niveles de inversión; mientras que, las políticas de educación para adultos responden a procesos de organización de grupos y compensa a la población que ha quedado al margen de la educación formal.

Se caracteriza por la planeación de sistemas masivos de educación para adultos de las áreas suburbanas y rurales y, se constituye en un mecanismo para legitimar la imagen del Estado y del clientelismo político; se desarrolla básicamente a través de canales corporativos.

b.- Pedagogía del Oprimido y la Educación Popular.

Este enfoque aborda los problemas educativos desde el punto de vista político. Se utiliza como mecanismo pedagógico de colaboración con grupos subordinados.

La actividad educativa se define como "acción cultural", el objetivo principal es la concientización. La relación entre docentes y estudiantes es horizontal.

Esta pedagogía propone alternativas no académicas, se desarrolla fuera del ámbito burocrático de la escuela en lo que se denomina "círculos culturales". La educación tiene una estrecha relación con las necesidades de las comunidades, se intenta que los individuos trabajen en grupo y a partir de sus conocimientos previos participen y tomen conciencia de sus condiciones de vida.

De los cuatro enfoques descritos, anteriormente, las políticas oficiales se basan principalmente en el de la modernidad - capital humano; asimismo, retoman los principios de la educación permanente que se ubica en el enfoque del Idealismo Pragmático.

En las propuestas que se dan al final del trabajo, se intentará seleccionar la conceptualización que se considere más adecuada para las tareas de capacitación institucional.

1.3 CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL DE SALUD. ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS.

La capacitación del personal de salud en América Latina, particularmente en nuestro país, se desarrolla de una manera general bajo la denominación de educación continua. Sus propósitos y características, son de interés para la comprensión de los procesos vigentes de capacitación.

Hasta finales de la década de los años 70, su finalidad principal era mantener actualizados los conocimientos de los trabajadores del área médica.

La educación continua se entiende como "el proceso de enseñanza-aprendizaje que se inicia al terminar la formación básica y se destina a actualizar y mejorar la capacitación de un individuo o grupo (respuesta educativa frente a la evolución científica y tecnológica, como mecanismo para suprimir problemas y carencias de educación formal)." ¹⁰

Las acciones de capacitación respondieron a necesidades de grupos de profesionales. No existían mecanismos uniformes en las instituciones de salud para su acreditación y pocas veces se utilizaban como factor para la promoción del personal.

Cada grupo de profesionales, desarrolló acciones de educación continua de acuerdo a sus necesidades y preferencias, sin relación con otros miembros del equipo de salud. Los esfuerzos se dirigieron, principalmente, al conocimiento de los avances de la medicina y los aspectos curativos; mientras que el interés por los problemas institucionales y la salud de la población ocuparon un segundo plano.

Por otra parte, el modelo de atención en nuestro país era predominantemente curativo y con una visión biologicista. Los centros hospitalarios fueron por excelencia los centros de educación continua. Dada la importancia de la figura del médico y el predominio de la atención

¹⁰ Roschke y Casas. Contribuciones a la formulación de un marco conceptual de Educación Permanente en salud p.p. 4-10

curativa, es la educación médica la que tuvo mayor auge; sobre todo a partir de la década de los cuarenta con el desarrollo de la medicina institucionalizada.¹¹

En virtud de que los programas de capacitación del sector salud se dirigieron, especialmente a médicos y enfermeras ubicados en el área urbana y los centros hospitalarios, quedó rezagado otro tipo de personal, sobre todo el que realizaba funciones administrativas.

A finales de la década de los 70, con el establecimiento a nivel mundial de la Atención Primaria de Salud¹² como estrategia para extender los servicios de salud de la población, surge la necesidad de reestructurar el sistema de salud en nuestro país y con ello la revisión de los programas de capacitación del personal.

La educación continua pasó de ser el interés de un grupo profesional, a una preocupación por parte de las instituciones del sector salud. Uno de los avances importantes fue la incorporación a los programas a nivel nacional del personal con funciones tanto en el ámbito de la atención médica, como el que realiza tareas administrativas.

En nuestro país los procesos de capacitación se fortalecieron a partir de 1987, cuando se crea el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud,¹³ cuya tarea principal es formular las normas para guiar las

¹¹ Entre 1940 y 1950 se crean el IMSS, la Secretaría de Salud y los Hospitales Infantiles de México y de la Nutrición

¹² La Atención Primaria de Salud se define como: "La (...) asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad". OMS-UNICEF. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978*. p. p. 3-4.

¹³ Acuerdo de creación del Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud, p.p. 9-12

actividades de las instituciones de salud para la capacitación y desarrollo del personal; operativamente, cada una de éstas adopta las normas generales y desarrolla sus programas de acuerdo con sus sistemas organizativos y necesidades.

Por otra parte, este sistema se crea con el propósito de articular la capacitación del personal de salud¹⁴ con el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Capacitación y Productividad del Sector Público; a partir de este momento la capacitación es considerada oficialmente como un elemento para elevar la eficiencia, la productividad y la mejoría de la calidad de los servicios.

Este sistema, además de emitir la normatividad para la capacitación del personal de salud, atiende el derecho de los trabajadores de acuerdo a la Ley Federal del Trabajo.

Las instituciones de salud elaboran sus programas particulares que permiten atender las necesidades de adiestramiento y de actualización del personal, como una obligación; a pesar de ello, ya consideran en sus políticas acciones para promover el desarrollo del personal.

La instancia que tiene a su cargo la coordinación de la capacitación a nivel nacional, es la Dirección General de Enseñanza en Salud que depende de la Secretaría de Salud.

Los procedimientos y recomendaciones que emite esta Dirección son de carácter general y tienden a uniformar los criterios para la capacitación en

¹⁴ Cuando se hace referencia al personal de salud, se considera a todo el personal que labora en las instituciones de salud ya sea el involucrado en la atención directa de los pacientes, como el que efectúa tareas administrativas.

las diferentes instituciones. No tiene intervención para verificar los procesos de capacitación, es exclusivamente normativa.

De acuerdo a lo anterior puede observarse que la capacitación del personal de salud ha experimentado cambios importantes; de una práctica individualizada o de grupos profesionales con interés hacia la actualización, se constituye en una preocupación institucional ligada a las políticas económicas y laborales.

1.4 PROPUESTA ALTERNATIVA DE CAPACITACIÓN EN SALUD

La creación de un Sistema de Capacitación para el Sector Salud, promovió y fortaleció las acciones de capacitación institucionales; sin embargo, en la práctica, se continúan utilizando modalidades que dan preferencia a la educación continua, se ofertan cursos de interés para algunos grupos de profesionistas, dejando descubiertos otros tipos de personal.

Por otra parte, las nuevas tendencias del sistema de atención a la población requieren de una capacitación que promueva una mayor participación del personal, se apege más a las necesidades del trabajo y a las de la población, así como a la transformación del sistema de salud con base en la estrategia de Atención Primaria a la Salud.

A continuación se describen algunas experiencias que pueden enriquecer y reorientar los actuales sistemas de capacitación; misma que permitirán elaborar algunas propuestas al final de este trabajo.

En la década de los setenta, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovió la propuesta de Educación Permanente en Salud (EPS) a través de la llamada educación continua; sin embargo su conceptualización y operación tuvieron un impacto limitado ya que este modelo enfatizaba la actualización del conocimiento sin considerar las funciones del personal, las necesidades de la población ni las características de los servicios.

En 1981, en un estudio promovido por la OPS, se revisaron los programas de 23 países en los que se detectaron los siguientes problemas:¹⁵

- La capacitación del personal se efectuaba de manera discontinua .
- Falta de direccionalidad, en la mayoría de casos los programas no guardan relación con los objetivos y lineamientos de las políticas de salud.
- Dependencia de recursos externos o de recursos extrapresupuestarios regulares, lo cual refleja la escasa importancia que los niveles de decisión otorgan a esta actividad.
- Alcance limitado de los programas, tanto en términos cuantitativos como geográficos. La cobertura de los programas se concentra en algunas categorías de las principales ciudades.
- Una falta de correspondencia entre la doctrina educacional y las características de los programas concretos en términos de orientación, objetivos, contenidos e impacto.

En función de este análisis, durante los años ochenta, se difunde la propuesta de la OPS que concibe la educación del personal de salud como un proceso permanente, donde las necesidades educativas parten del trabajo mismo del trabajador de la salud. Se promueve su desarrollo

¹⁵ Vidal, Carlos, Giraldo, Luis, Jouval, Henri, *La Educación permanente en Salud en América Latina* p.p. 495-512

integral utilizando el acontecer habitual del trabajo. El estudio de los problemas reales y cotidianos es el instrumento más apropiado para el aprendizaje, dentro de una dimensión participativa y de equipo. ¹⁶

Por Educación Permanente en Salud, se entiende: "al conjunto sistematizado de acciones y aprendizaje, que de manera continua o incorporada al proceso de prestación de servicios tiene como finalidad proporcionar al educando prácticas de aprendizaje apropiadas, y oportunas, con base en la información derivada de la evaluación de su competencia, con el propósito de que pueda realizar correctamente sus funciones profesionales y efectuar su trabajo en forma apropiada de acuerdo al contexto social en el que se desempeña". ¹⁷

Los programas de capacitación de personal asumen las siguientes características: se fundamentan en el análisis del contexto político, socioeconómico y de salud de cada país; contribuyen a que el personal, como sujeto de la acción educativa, desarrolle una conciencia crítica frente al reconocimiento de una realidad concreta y, por último, promueven la vinculación entre teoría práctica y el análisis de las condiciones de trabajo que permiten incidir en la realidad.

Este tipo de educación reconoce las características propias de los educandos y su contexto permitiendo el diseño de estrategias acordes con ellas. Generalmente se trata de adultos de edad media, madura o avanzada deshabitados al sistema escolarizado; su expectativa no es un título o diploma, sino recibir elementos para un mejor desempeño de su

¹⁶ Roschke, M. Alice; Casas, Ma. Eugenia. Contribución a la formulación de un marco conceptual de Educación continua en Salud. p.p.1-10

¹⁷ Omaña, Enrique; Ornelas, Gregorio; Mendoza; Francisco, Contexto General de Desarrollo de Recursos Humanos en salud. nov. 1991. p.p.2-9.

trabajo; por último, por su inserción en el trabajo y su posición en la familia, tienen otras actividades importantes que ocupan su atención.

De lo anterior se derivan algunos aspectos a considerar en la selección de métodos y estrategias de aprendizaje: ¹⁸

Oportunidad.- Debe darse oportunamente, es decir, lo más inmediatamente cercana al momento en que surge la necesidad educativa. Ello obliga a proporcionarla en el mismo sitio de trabajo en las circunstancias reales que se ofrecen en el ámbito laboral y con los recursos ahí disponibles.

Individualidad.- No todos los sujetos tienen la misma necesidad de educación permanente, ello significa que es necesario determinar para cada individuo sus necesidades y programar actividades educativas particulares.

Continuidad.- Organizar las actividades de educación para que funcionen en forma permanente y no en forma discreta o discontinua.

Corresponsabilidad.- Requiere de la voluntad del capacitando. La actitud de éste es condición indispensable para llevar a cabo el proceso educativo, la responsabilidad es tanto del educando como del educador.

Interaccionalidad.- La reciprocidad en la acción entre el supervisor que asume el papel de educador o de capacitador y el supervisado, que asume el papel de educando o capacitando, es fundamental para la educación permanente.

¹⁸ Ibidem p. 9

Formalidad.- Requiere de una sistematización, lo cual obliga a planear, supervisar, controlar y evaluar las actividades de capacitación.

Dualidad.- Son dos los propósitos de la educación permanente: Pretende reforzar los conocimientos y habilidades que ya tiene el individuo para que éste mejore lo que hace cotidianamente en su trabajo.

Procura incorporar nuevas habilidades y conocimientos, particularmente aquellos que son producto de la actividad científica y tecnológica a fin de que el individuo se desarrolle.

La Oficina Sanitaria Panamericana plantea la necesidad de utilizar prácticas pedagógicas que promuevan acciones educativas distintas a las tradicionales que se caracterizan por ser ocasionales y discontinuas y que no permitan la reflexión e intercambio de experiencias del personal . Para ello, identifica en la teoría y la práctica de la educación de adultos y de la capacitación del personal de salud , tres modelos pedagógicos: ¹⁹

- Pedagogía de la transmisión
- Pedagogía del adiestramiento
- Pedagogía de la problematización

Cada una de estas pedagogías, tiene su aplicación concreta dentro de los procesos capacitantes; por sus características, se propone a la pedagogía de la problematización como eje fundamental de la educación permanente en salud. Para su mejor comprensión, a continuación se presentan las características de dichos modelos.

¹⁹ Davini, María Cristina, Educación Permanente en Salud, p.p. 33 - 40

a.- Pedagogía de la transmisión. Se utiliza en la capacitación de personal para la transmisión de amplios contenidos teóricos en los que el trabajador actúa como receptor, por lo regular se da al margen de la práctica laboral y de los conocimientos y experiencias previas.

b.- Pedagogía adiestramiento. Se aplica comúnmente en la capacitación en servicio, para la enseñanza de técnicas y procedimientos; la enseñanza es generalmente individualizada con énfasis en la práctica y en el logro de la eficiencia en las tareas mecánicas.

c.- Pedagogía de la problematización. En este modelo pedagógico, el alumno se convierte en el centro del proceso de formación y en la fuente del conocimiento. El docente funge como estimulador y orientador ; el aprendizaje se logra a través del intercambio de experiencias entre los individuos y se espera que el enriquecimiento de los conocimientos vaya acompañado por una modificación profunda de las actitudes.

La problematización, está influenciada entre otras corrientes, por la pedagogía activa los grupos operativos, las pedagogías participativas y las corrientes contemporáneas de educación para adultos, entre las que se destacan la figura de Paulo Freire.

"Las características centrales de esta pedagogía muestran puntos de interés para la formación de los trabajadores de los servicios de salud. Su punto de partida es la indagación sobre la práctica, entendida como la acción humana y profesional dentro de un contexto social e institucional . El camino de la indagación es la pregunta, por lo cual también se ha dado en llamarla "Pedagogía de la Pregunta"; ¿ Cómo hago? ¿ Qué dificultad encuentro

cuando lo hago? ¿ En qué situación lo hago? ¿ Por qué lo hago de esta manera?.”²⁰

La O.P.S. recomienda que en el proceso para la aplicación de la educación permanente se contemplen los siguientes elementos: el contexto que determina las prioridades y objetivos de la capacitación ; la identificación de necesidades de aprendizaje para las que se requieren acciones educativas desde el punto de vista social, epidemiológico, administrativo, e individual; la definición de perfiles educacionales que permitan identificar los conocimientos, habilidades y actitudes que el trabajador requiere para cumplir con su función social y laboral; por último, la capacitación centrada en el trabajo.²¹

Las modalidades educativas idóneas son las que ofrecen mayores posibilidades de participación tales como; los grupos de discusión y análisis, seminarios, jornadas de estudio y aquéllas que fomentan la autoinstrucción.

Este modelo es una alternativa útil para la capacitación del personal de salud que desarrolla tareas directamente con y para la comunidad ; ofrece elementos para una práctica reflexiva orientada a las necesidades de la población y por otro lado, la participación en un proceso educativo permanente facilitará el desarrollo de las capacidades individuales y profesionales de los trabajadores.

²⁰ Ibidem. p. 40

²¹ Haddad Jorge, Mójica María J. Chang Mayra, Proceso Educación Permanente en Salud p.p. 11- 29.

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD

2.1 PRIORIDADES DE SALUD.

Dentro de las políticas gubernamentales de salud se ubican las prioridades en este campo, así como las estrategias para la atención de la población, que permitirán conocer la orientación de la capacitación del personal de salud.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del Ejecutivo Federal, es el documento normativo de los programas institucionales y sectoriales. Los aspectos relacionados con la salud se ubican en el apartado de Desarrollo Social . En él se considera el gasto en salud como una inversión social y factor determinante para que la población desarrolle sus capacidades para el trabajo, la educación y la cultura .²²

Las políticas gubernamentales de salud están orientadas en dos sentidos: uno hacia el logro de la equidad en el acceso de la población a los servicios; otro, a favorecer el desarrollo de las capacidades del individuo para su adecuada incorporación al proceso productivo.

A continuación se ofrecen datos relevantes de índole epidemiológico y demográfico del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 que, de acuerdo a la visión del Estado dan cuenta de las prioridades en materia de salud.

²² "Plan Nacional de Desarrollo...", op cit. p. 74

La población del país, para el 5 de noviembre de 1995, fue de 91.1 millones (INEGI), su distribución por grupos de edad se caracteriza por el predominio de la población joven.

Por otra parte, la población de edad avanzada va en aumento, entre otros factores por la reducción de la mortalidad.

En los últimos 50 años, la expectativa de vida aumentó en los mexicanos según las estadísticas de 45 a 72 años. Lo anterior se debe principalmente a que la mortalidad general se redujo de 23 x 1000 habitantes en 1940 a 4.7 en 1994 y a que la mortalidad infantil pasó de una tasa de 58.7 por 1000 nacidos vivos a 29.0 en el mismo período.²³

El panorama epidemiológico refleja diferencias importantes en las condiciones de vida y en el acceso a los servicios por parte de la población. Algunas regiones rurales, dispersas y marginadas tienen tasas más elevadas de enfermedades infectocontagiosas y padecimientos vinculados a la reproducción, que otras regiones. La desnutrición explica que todavía en algunas regiones prevalezcan altas tasas de morbilidad y mortalidad, sobre todo entre la población infantil .

Entre los motivos más frecuentes de mortalidad infantil, para 1994, se encuentran las afecciones que se originan en el período perinatal; la neumonía e influenza y las enfermedades infecciosas intestinales.

La mayor demanda de consulta en las unidades de salud que atienden a la población abierta se debe a las infecciones respiratorias agudas, afecciones

²³ Poder Ejecutivo Federal, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, p. 9

de los tejidos dentarios duros, infecciones intestinales y afecciones de la nutrición entre otras.²⁴

Nuestro país se encuentra en la llamada transición epidemiológica, en la que coexisten enfermedades de la pobreza y enfermedades de los ricos; se siguen registrando casos de padecimientos que habían sido erradicados o controlados como cólera, dengue, tuberculosis y paludismo, padecimientos típicamente considerados como enfermedades tropicales o de país pobre.

Por otro lado, las enfermedades del corazón y los tumores malignos ocupaban el 12º y 18º lugares entre las causas de muerte; la diabetes no aparecía entre las primeras 20. En 1994, ocuparon el primero, segundo y tercer lugar respectivamente. Estas causas de muerte tienen una tendencia ascendente debido a cambios en los estilos de vida y de la aparición de nuevos factores de riesgo como el sedentarismo, las dietas inadecuadas, el alcoholismo y el tabaquismo entre otras.²⁵

Los accidentes ya ocupan el tercer lugar como causa de muerte, sustituyendo a las enfermedades transmisibles. Se destaca la aparición de una enfermedad nueva como el SIDA que cobra importancia epidemiológica y que es resultado de prácticas sexuales no seguras.

Con relación a la cobertura de atención médica, según datos oficiales, 35 millones de habitantes no cuentan con seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.) y su atención está a cargo de la Secretaría de Salud e IMSS Coplamar. Por otra parte, se calcula que 10 millones carecen de acceso regular a los servicios de salud.²⁶

²⁴ Secretaría de Salud, *Modelo de atención a la Salud a la Población Abierta*, 1996, p. 13

²⁵ "Plan Nacional de...", op.cit., p. 25

²⁶ "Plan Nacional de...", op.cit., p. 2

Por otra parte, se identifican problemas estructurales del Sistema Nacional de Salud que determinan que las instituciones no tengan una respuesta ágil y efectiva para la atención de la población. Entre otros problemas se observa que operan de manera centralizada y trabajan segmentadamente, sin una coordinación eficaz desde el punto de vista normativo; es común que a nivel operativo exista incongruencia y duplicidad de acciones de salud.²⁷

Como resultado de lo anterior, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 considera entre otras las siguientes prioridades:

a) Con relación a la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud

- La descentralización de las áreas de competencia en planeación, programación, ejecución de los programas, evaluación y financiamiento.
- Esto fue reforzado por el acuerdo presidencial del 7 de abril de 1996 y se ha puesto en vigor en varias entidades.
- El mejoramiento de la calidad y la eficacia de los servicios.
- La extensión de la cobertura de los servicios de salud esenciales a la población abierta, a través de lo que se denomina " Paquete Básico de Servicios de Salud ".
- Ampliar la cobertura de la atención de las Instituciones de Seguridad Social mediante mecanismos que permitan la afiliación de la población no asalariada y la inserta en la economía informal.

b) Con relación a los programas y estrategias para la atención de la población.

²⁷ Ibidem . p.13

- Promoción de actividades educativas tendientes a la disminución de enfermedades cardiovasculares.
- Acciones para la detección temprana de enfermedades crónicas degenerativas y diabetes mellitus.
- Acciones para mejorar la disponibilidad de alimentos y promover hábitos que permitan disminuir la desnutrición.
- Acciones de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar.
- Mejorar las condiciones ambientales a nivel familiar y proporcionar educación a la población para evitar padecimientos gastrointestinales y respiratorios.
- Educación a la población para la prevención de accidentes.
- Acciones preventivas y educativas para disminuir las adicciones y el SIDA.

Las prioridades, señaladas anteriormente, pretenden atender, bajo un enfoque demográfico y epidemiológico, los principales problemas de salud de la población y orientan las modificaciones que se están desarrollando en el Sistema Nacional de Salud.

2.2 MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD.

En la actualidad, la atención a la salud de la población que no cuenta con seguridad social se otorga a través del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta.

Éste se define como "el conjunto de elementos y acciones articuladas e idóneas, con estructuras y programa bien definidos y con normas específicas para su funcionamiento; responde a las necesidades en materia

de salud y se constituye en un instrumento regulador de la prestación de servicios destinados a la población abierta."²⁸

Entre las directrices más importantes del modelo se destacan; la cobertura universal de servicios y la atención a los grupos más vulnerables; equilibrar las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación; privilegiando la atención integral de los individuos y las familias sobre la atención dirigida a la curación y por demanda.

En la operación del Modelo se considera fundamental la participación de la comunidad en los programas de atención a la salud y el fomento de su corresponsabilidad en el autocuidado a la salud.

La infraestructura de salud para la atención a la población, para el caso del Distrito Federal, se divide en 16 Jurisdicciones Sanitarias que corresponden a la misma área geográfica de las delegaciones políticas.

El sistema de prestación de servicios de salud, está organizado en niveles de atención: el primer nivel se integra por unidades que están destinadas a la atención de las patologías más frecuentes y se enfocan básicamente a la promoción y fomento para la salud; el segundo nivel está conformado por hospitales generales; por último, el tercer nivel corresponde a los Hospitales de especialidades y los Institutos Nacionales.

Las características y acciones del Modelo de Atención responden y se fundamentan en los compromisos en materia de salud asumidos por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia

²⁸ " Modelo de Atención...", op. cit. p. 1

Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que se llevó a cabo en Alma-Ata, Rusia, el 12 de septiembre de 1978.

En esta reunión se postuló la meta de "salud para todos" en el año 2000, mediante la estrategia de Atención Primaria a la Salud, como un medio para hacer llegar servicios de salud a la población sin acceso a ellos.

La Atención Primaria es una estrategia de atención a la salud al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad; se ofrecen servicios médicos, de promoción a la salud y de saneamiento, en el lugar donde se requieren. Se pretende resolver el 85% de los problemas médicos mediante el diagnóstico y tratamiento oportunos. Asimismo, incluye la prevención y control de las enfermedades endémicas locales y la vigilancia médica periódica de los grupos de alto riesgo.²⁹

Está previsto que los casos que requieran atención especializada se deriven mediante un Sistema de Referencia³⁰ a unidades de segundo y tercer nivel.

Una de las características fundamentales de esta estrategia es la participación de la comunidad en el desarrollo de los programas y el fomento del autocuidado a la salud.

La entrega de servicio en el primer nivel de atención, de acuerdo a las políticas de salud vigentes y en concordancia con la estrategia de atención primaria, es a través del "Paquete Básico de Servicios de Salud".

²⁹ OMS- UNICEF, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, p.p. 2-7

³⁰ En el Sistema de Referencia de la Secretaría de Salud, se consideran los procedimientos y mecanismos administrativos que se utilizan para transferir a un paciente de una Unidad a otra para que se le otorgue la atención requerida.

"El Paquete Básico de los Servicios de Salud se define como el mínimo de intervenciones en salud que deben otorgarse a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones, enfermedades). Se trata de intervenciones clínicas, de salud pública y de promoción de la salud factibles de instrumentar, de bajo costo y de alto impacto."³¹

Esta estrategia contempla 12 intervenciones que tienen como propósito: otorgar atención integral a la salud, atender los grupos más vulnerables y atacar los ocho principales padecimientos que son causa de enfermedad, muerte o que ocasionan incapacidad en la población.

Las acciones son consideradas por el gobierno como esenciales e irreductibles, con alto rendimiento en términos de costo-efectividad. Por otro lado, están vinculadas a los programas sustantivos de salud y los compromisos y metas internacionales.

Las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud son las siguientes:

- Saneamiento básico a nivel familiar
- Planificación familiar
- Atención prenatal, del parto y del puerperio.
- Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil
- Inmunizaciones
- Manejo de infecciones respiratorias agudas
- Prevención y control de tuberculosis pulmonar
- Prevención y control de la hipertensión arterial y diabetes mellitus

³¹ " Programa de Reforma..."op. cit. p. 7

- Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.
- Capacitación Comunitaria para el autocuidado de la salud.
- Salud bucal.
- Enfermedades de transmisión sexual y SIDA
- Rabia.³²

Las últimas tres intervenciones se adicionan a las doce propuestas para todo el país y responden a problemas de salud pública de importancia en el Distrito Federal.

La aplicación de este Modelo implica, para el primer nivel que es donde se ubica el área de estudio, una profunda transformación, entre otros aspectos, de la labor del equipo de salud de una labor centrada en la demanda de servicios y destinada a la curación, debe pasar a una actividad con énfasis en la prevención, que se anticipe a los daños a la salud y se base en los principales factores de riesgo de la población.

2.3 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL.

Los lineamientos para la capacitación del personal del Sector Salud, se contemplan en el Programa de Reforma del Sector Salud, bajo la denominación Desarrollo de Recursos Humanos, siendo uno de los subprogramas de apoyo a las acciones sustantivas de salud.

En este programa se identifica a la capacitación de personal como una condición necesaria para el logro de las metas en salud, considerándola como un factor para contribuir al mejoramiento de los recursos humanos existentes. Esto último en función de que la capacitación, además de

³² Ibidem. p 75

identificarse como un elemento indispensable para elevar la calidad de los servicios, se ve como una posibilidad para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores.³³

Otro aspecto que se destaca es el papel de la capacitación como un factor para modificar las actitudes de los trabajadores y su vocación de servicio; esto se retoma en el Plan Nacional de Desarrollo y lo resalta el Ejecutivo en su Primer Informe de Gobierno.

Por otra parte, en concordancia con el Programa de Empleo Capacitación y Productividad y en atención a los derechos laborales, se sugiere que además de la capacitación en aspectos necesarios para el trabajo y normativos del Sector Salud, se implementen acciones para promover el desarrollo integral de los trabajadores.

Para tal efecto, en el Programa de Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos, se recomienda que la planeación operativa de la capacitación se base en problemas reales, concretos y que su carácter sea permanente. Asimismo, se procure la autoformación y capacitación continua de los trabajadores para que éstos actúen como agentes de cambio en sus respectivos medios.

Los programas educativos que se implementen deben permitir la vinculación de la teoría con la práctica; procurar que sean más formativos que informativos mediante la utilización de metodologías que faciliten el análisis crítico del conocimiento.

³³ "Plan Nacional de..." op. cit p. 92

Por otra parte se sugiere, aplicar formas de evaluación del procesos de enseñanza aprendizaje que permitan valorar el impacto de la capacitación en las acciones sustantivas de salud.

El programa de Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos propone algunas estrategias para el desarrollo de los programas de capacitación institucionales del personal de salud.³⁴

- Incluir la investigación como un medio para que el personal se acerque a los problemas concretos y se retroalimenten los servicios.
- Utilizar la educación a distancia para una mejor cobertura de la capacitación.
- Formar capacitadores provenientes de las propias áreas de trabajo para utilizarlos como multiplicadores y asesores.
- Establecer un programa de identidad institucional para alentar en el personal una vocación de servicio.
- Aplicar esquemas de incentivos al desempeño y el impulso del servicio social de carrera en el área de salud.
- Definir áreas prioritarias de capacitación mediante análisis epidemiológicos y de los programas sustantivos o prioritarios.
- Incluir en los programas de capacitación a los trabajadores de todas las ramas (administrativa, paramédica y médica).
- Utilizar la supervisión directa y a distancia para monitorear los cambios en el personal y reforzar la capacitación.
- Desarrollar en los centros de trabajo reuniones y sesiones de estudio para reforzar el aprendizaje.

³⁴ "Programa de Reforma...", op. cit. p.p.58-59

Como puede observarse, en el marco de las políticas institucionales, la capacitación tiene un papel relevante para el logro de las metas de salud.

La capacitación es una forma de inversión de la que se esperan resultados en términos de mejorar la calidad de los servicios, cambios en las actitudes de los trabajadores, considerándose también el aspecto de su desarrollo.

En el programa descrito se identifican las líneas de acción y la metodología que se proponen a las instituciones de salud para implementar sus programas particulares de capacitación de personal, cuya instrumentación es de acuerdo a los recursos y políticas propias. En el capítulo siguiente se describe el proceso de capacitación de la Secretaría de Salud de la que depende la Jurisdicción que es objeto de estudio.

CAPÍTULO 3

LA CAPACITACIÓN EN LA SECRETARÍA DE SALUD.

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN Y FINES DE LA CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL.

El Sistema de Capacitación de la Secretaría de Salud se fortalece a partir de mayo de 1987, cuando se publica el acuerdo respectivo del Secretario de Salud. La instancia administrativa responsable del Sistema es el Centro de Capacitación y Desarrollo, que tiene a su cargo promover, coordinar y evaluar los programas en materia de capacitación y desarrollo, aplicables en la Secretaría, conforme a la normatividad y políticas del Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud. A partir de diciembre de 1990, las tareas de capacitación son responsabilidad de la Dirección de Capacitación y Desarrollo, dependiente de la Dirección General de Enseñanza en Salud.³⁵

La Secretaría de Salud desarrolla sus programas de capacitación de acuerdo con el concepto de que la capacitación es: "un conjunto sistematizado de acciones de aprendizaje, cuyo propósito es habilitar al individuo para el desempeño de tareas y procedimientos específicos para los cuales no tiene capacidad, ya sea porque es nuevo en el puesto (inducción al puesto) o bien porque nuevos programas o normas institucionales así lo requieren (capacitación para el desempeño), o para prepararlo en la realización de nuevas funciones y tareas que implican un grado mayor de complejidad y responsabilidad, como es el asumir un puesto de mayor jerarquía (capacitación para el desarrollo)".³⁶

³⁵ Secretaría de Salud, Acuerdo de creación del Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud. p.p. 8-12
³⁶ Cacho, Salazar, Julio, El proceso de Capacitación. Aspectos Teóricos conceptuales. p. 17

Operativamente se distinguen dos vertientes principales: la Capacitación para el Desempeño y la Capacitación para el Desarrollo. La primera se refiere a las acciones tendientes a incrementar las habilidades de los servidores públicos para la realización de las actividades y funciones del puesto que ocupan. La segunda vertiente, se refiere a las acciones destinadas a preparar a los trabajadores para obtener ascensos escalafonarios.

Los objetivos de la capacitación en la Secretaría de Salud son:

- Incrementar la eficiencia y productividad de los servidores públicos.
- Mejorar la vocación de servicio y la responsabilidad de los trabajadores en el desempeño de sus funciones.
- Aumentar la cobertura, la calidad y la calidez en la prestación de los servicios, por parte de los trabajadores.³⁷

Los anteriores objetivos son coherentes con los lineamientos para la capacitación del personal incluidos en el Programa de Reforma del Sector Salud y la legislación vigente en la materia que fueron revisados en el primer capítulo. Así mismo, la orientación de la capacitación corresponde a la visión de la Modernidad - Capital Humano.

3.2 MODELO PARA LA CAPACITACIÓN.

El proceso de capacitación que se está describiendo, se desarrolla con base en un modelo integrado por cuatro fases: Diagnóstico de Necesidades

³⁷ Secretaría de Salud, Manual de Procedimientos para la operación del Sistema para la Capacitación para el Desempeño, p.p. 2-4.

de Capacitación; Elaboración de Programas de Capacitación; Ejecución y Dirección de los Programas y Registro y Evaluación. Cada una de las fases tiene un propósito y se relaciona con las otras de la siguiente manera³⁸:

Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.- Consiste en la identificación y jerarquización de las áreas en las que el personal requiere capacitarse; se recomienda considerar el punto de vista de los trabajadores y de sus jefes inmediatos; al avance de la ciencia y de la técnica; el perfil epidemiológico local, los programas institucionales y la organización que se adopta para su cumplimiento.

Elaboración de Programas de Capacitación.- Esta fase se fundamenta en el diagnóstico de necesidades de capacitación, su propósito es determinar el tipo y número de personal a capacitar, las actividades a desarrollar, su duración, los tiempos, estrategias para su ejecución y los recursos necesarios .

Ejecución y Dirección de los Programas de Capacitación.- En ella se organizan y coordinan las acciones que permiten cumplir con las actividades educativas que se determinaron como necesarias en la etapa previa.

Registro y Evaluación de la Capacitación.- Esta fase , tiene por objeto cuantificar y cualificar las acciones realizadas de acuerdo a lo programado, permite corregir y adecuar las actividades durante su desarrollo. Por otra parte, proporciona información útil para los programas subsiguientes. El modelo responde a la necesidad de establecer lineamientos y mecanismos que permitan tanto a las Unidades Administrativas de la Secretaría a nivel central, como a los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal y a los Estados, desarrollar sus programas de capacitación de manera homogénea .

³⁸ Ibidem, p.2

Para facilitar la integración del Programa de Capacitación de la Secretaría de Salud, de acuerdo a los lineamientos de la Administración Pública y para efectos presupuestales, cada una de las Unidades Administrativas elabora un diagnóstico de necesidades, su programa de trabajo, lo desarrolla y efectúa la evaluación correspondiente. La Dirección de Capacitación y Desarrollo debe conjuntar los programas estatales para elaborar el Programa Nacional.

3.3 PROCEDIMIENTOS Y NORMATIVIDAD.

Procedimientos.

Los mecanismos para la implementación del Sistema de Capacitación corresponden a las fases del modelo de capacitación y se ubican en el Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Capacitación para el Desempeño de la Secretaría de Salud, actualizado en el mes de agosto de 1996. A continuación se ofrece una breve descripción de dichos procedimientos.³⁹

Elaboración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.- De acuerdo a la normatividad, debe efectuarse cada año durante los meses de mayo y junio, antes del periodo de programación. El instrumento para captar la información es una cédula, que se aplica a los trabajadores y directivos con el propósito de conocer los temas en que les interesa capacitarse; en qué se han capacitado el año anterior y si se desean participar como docentes (ANEXO 1y 2).

³⁹ "Manual de Procedimientos..." op. cit. p.p.2-70

El sistema de cómputo previsto para el procesamiento de las cédulas ofrece listados para seleccionar los cinco temas de mayor interés por parte de los trabajadores, mismos que se presentan en formatos de resumen para su análisis posterior. (ANEXO 3 y 4).

Elaboración de Programas de Capacitación.- El programa debe elaborarse en el mes de agosto de cada año, con base en el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación y consiste en programar las actividades y eventos que se desarrollarán durante el siguiente año y, que de acuerdo a los recursos disponibles, permitirán atender las prioridades identificadas (ANEXO 5).

De acuerdo con la normatividad vigente, se recomiendan las siguientes modalidades educativas:

- a) **Capacitación en Servicio.-** Considera la asesoría y enseñanza del personal en su propia área de trabajo a través de lo que se llama supervisión capacitante.
- b) **Actividades Básicas.-** Bajo esta denominación se incluyen las sesiones clínicas, bibliográficas y las de análisis y revisión de procedimientos técnicos y administrativos, entre otras. Generalmente se desarrollan en las unidades de adscripción del personal y en su jornada de trabajo, con una duración total de menos de cinco horas. Estas acciones se orientan principalmente a mejorar el desempeño de los trabajadores en sus puestos.
- c) **Actividades complementarias.-** Se consideran actividades educativas tales como: cursos, seminarios, talleres, jornadas, reuniones y conferencias, que

además de favorecer el desempeño del personal en sus puestos, contribuye a su educación continua.

Por otra parte, se indica que las actividades de capacitación que se programen deben responder al perfil del puesto o actividades de los trabajadores, así como al panorama epidemiológico del área de influencia, a los programas prioritarios de salud y a la estructura orgánica existente. Cabe mencionar que el procedimiento para el diagnóstico no señala cómo integrar las necesidades institucionales, el formato de concentrado sólo capta las preferencias de los trabajadores.

Finalmente, para cada una de las actividades de capacitación calendarizadas se debe elaborar un programa que incluye: justificación, objetivos, organización y las formas de evaluación. Los contenidos temáticos se describen en una carta descriptiva, cuya estructura responde a la denominada tecnología educativa (ANEXO 6).

Ejecución y Dirección de Programas de Capacitación.- El Manual de Procedimientos ya mencionado no describe esta fase, en la práctica consiste en una serie de actividades destinadas a la organización y coordinación necesarias para el cumplimiento de las actividades de capacitación programadas, así como la supervisión de las mismas.

Registro y Evaluación de la Capacitación.- Para efectuar el control de las actividades de capacitación, se lleva un registro detallado de cada evento y la forma como se cumplió, con esta información se integra un informe trimestral que se remite al nivel superior correspondiente. (ANEXO 7).

La información anterior sirve para elaborar la Evaluación del Programa de Capacitación al término de cada trimestre y anualmente. En ella se registra el personal por puestos, los eventos programados, las personas que participaron, los instructores y los costos. El proceso de evaluación es meramente cuantitativo y consiste en comparar lo que se programa con lo que se realiza para obtener un porcentaje de desviaciones. (ANEXO 8)

En la evaluación se da gran importancia al registro de créditos; con éste se puede conocer la cantidad de trabajadores que recibieron capacitación cuantificada en horas y, los créditos que obtuvieron. Consiste en anotar individualmente las horas de capacitación que recibe cada trabajador; con ello se elabora un informe trimestral y otro anual que, después de ser validados por la Comisión Auxiliar de Capacitación, recibe la Comisión Nacional a fin de otorgar las constancias anuales de capacitación (ANEXO 9).

A las formas de registro y control ya señaladas, se agregan las que se diseñaron específicamente para el control de las actividades de capacitación incluidas en el "Paquete Básico de Servicios de Salud". (ANEXO 10).

Cada unidad administrativa de la Secretaría de Salud debe cumplir con los procedimientos señalados. A nivel estatal y en la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, las tareas operativas quedan a cargo de los responsables de capacitación de las Jurisdicciones, en coordinación con las Comisiones Auxiliares Mixtas de Capacitación.

Normatividad.

Desde el punto de vista laboral, el proceso de capacitación en la Secretaría, se regula por un Reglamento de Capacitación; dicho documento atiende el derecho de los trabajadores a la capacitación y contiene las normas para la organización del sistema y orientando los procedimientos para su implementación. Los señalamientos de este Reglamento son de observancia obligatoria para las autoridades de la Secretaría de Salud; el Sindicato Nacional de Trabajadores; las Comisiones Mixtas de Capacitación y por los propios trabajadores de base.⁴⁰

Las Comisiones Mixtas son instancias que se integran por representantes de la Secretaría y del Sindicato de Trabajadores; de acuerdo a la estructura de la Secretaría se conforman a nivel nacional y a nivel central; es decir en los Servicios Estatales de Salud y en los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal y localmente en las unidades administrativas de más de 30 trabajadores.

La Comisión Nacional es la encargada de vigilar el estricto cumplimiento de la capacitación a los trabajadores. Las Comisiones, en sus diferentes niveles, participan en la formulación, integración, ejecución y evaluación de los programas de capacitación.

La Secretaría, de acuerdo con este Reglamento, tiene la obligación de entregar a la Comisión Nacional Mixta de Capacitación un programa anual en el que se incluya a la totalidad de trabajadores. Asimismo, debe proporcionar los recursos humanos, materiales y financieros que se requieran.

⁴⁰ Secretaría de Salud. Reglamento de Capacitación. 1994-1997. p.p. 143-145

De acuerdo a los términos del Reglamento, los trabajadores de base tienen derecho a recibir la capacitación que les permita elevar su productividad y aptitudes en el trabajo y, a recibir las constancias de acreditación correspondientes; también, a ser incluidos en actividades de capacitación para el desarrollo, después de cumplir los créditos por capacitación para el desempeño. Asimismo, los trabajadores tienen obligación de recibir la capacitación que sus autoridades inmediatas les programen de acuerdo con su puesto y funciones.

Por otra parte, los programas de capacitación para el desempeño se deben efectuar de preferencia en las jornadas y horarios de trabajo, así como en las Unidades de adscripción de los trabajadores, las destinadas al desarrollo pueden verificarse en otras sedes.

Para participar en actividades de capacitación para el desempeño o el desarrollo, los trabajadores deben dirigir una solicitud a las Comisiones correspondientes, quienes sancionan los casos de acuerdo al Reglamento y tramitan las autorizaciones a través de las instancias administrativas correspondientes.

Los trabajadores tienen derecho a que se les acredite la capacitación que reciben, para ello es necesario que aprueben la capacitación o participen como capacitadores.

El personal debe recibir anualmente capacitación equivalente a seis créditos como mínimo; estos se obtienen de la siguiente forma: un crédito a los capacitandos y, dos a los capacitadores por cada ocho horas de capacitación teórica y por 16 de capacitación práctica.

Para completar su capacitación, el personal tiene la opción de asistir a cursos fuera de las unidades de adscripción ; si duran menos de 30 días son autorizados por las Comisiones Auxiliares Mixtas, de cada centro de trabajo.

Las solicitudes a cursos de mayor duración se remiten a la Comisión Central y, ésta a su vez a la Nacional, que es la competente para su autorización. Los trabajadores interesados en asistir a cursos o eventos de educación continua deben recibir la autorización respectiva, a través de Comisión Oficial , es decir, reciben su salario, pero no apoyo económico para el pago de las inscripciones.

Para el desarrollo de los trabajadores existe un programa de becas que ofrece la oportunidad de participar en programas de enseñanza formal.

Los trabajadores de las ramas médica y paramédica tienen derecho a becas cuya autorización tiene diversas denominaciones:

- a) A través de la jornada especial de trabajo, si el trabajador sólo requiere de algunas horas para asistir a un curso.
- b) Comisión Oficial, es una autorización para asistir a un curso por un tiempo mayor a 30 días, sin menoscabo de su salario.

Con licencia sin sueldo, se aplica a los trabajadores que reciben de otra institución un salario o beca durante un curso o especialidad determinada.

Las becas se otorgan para:

- - Efectuar internado o Servicio Social, para personal del área administrativa que se encuentre estudiando alguna profesión del área médica

- Para cursar especialidades, para trabajadores del área médica que participen en Residencias Médicas de especialidades.
- Para cursar Maestría en Salud Pública u otra especialidad, siempre que se realice en una institución oficial.
- Becas para cursos Posttécnicos, si éstos contribuyen a mejorar el servicio de su área de adscripción y se efectúan en instituciones oficiales.

El modelo de capacitación de la Secretaría de Salud, de acuerdo a la información anterior, intenta dar cumplimiento al derecho de los trabajadores a la capacitación, de ahí que se dé más énfasis a la elaboración de un diagnóstico, un programa y una evaluación que ofrece numéricamente datos de personal a capacitar y capacitado, con poca atención hacia las tareas del personal y la calidad de los servicios .

En los procedimientos revisados se dejan de lado los mecanismos para promover el desarrollo del personal. Existe un sistema para el otorgamiento de becas que generalmente responde a las demandas del personal y no a las necesidades de la institución. Por otra parte, beneficia mayormente al personal del área médica.

El Programa de Capacitación establecido, debe elaborarse con base en necesidades concretas, tanto de la institución como del personal; sin embargo, en la realidad se ofertan una serie de eventos a grupos de profesionistas y con ello se relegan la preferencia de los trabajadores y por supuesto, las necesidades de capacitación que se habían detectado en el trabajo cotidiano.

CAPÍTULO 4

LA JURISDICCIÓN SANITARIA

4.1 DEFINICIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LA JURISDICCIÓN.

A continuación se presenta información relevante de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa que permite ubicarla en el Sistema de Atención a la Salud en el Distrito Federal, asimismo, identificar las funciones que cumple y su organización.

La Jurisdicción Sanitaria se define como: " La unidad técnico administrativa dependiente de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal que funge como enlace entre el nivel operativo y el nivel central, cuenta con recursos para planear, coordinar, supervisar y evaluar las acciones integrales de Atención Médica de Salud Pública y de Fomento Sanitario a la población abierta."⁴¹

Para mayor comprensión de la ubicación de la Jurisdicción se presenta un organigrama en el ANEXO 11.

Su área geográfica corresponde a la asignada a las Delegaciones Políticas del Distrito Federal. Cuenta con una estructura orgánico funcional a través de la cual conduce y controla la prestación de servicios de salud, tiene capacidad para atender a la población abierta con unidades de primer nivel; se apoya en unidades de segundo o tercer nivel dentro o fuera de su área, por medio de un sistema de referencia.

La Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa tiene bajo su responsabilidad la atención médica de 542,853 personas, que no cuentan con seguridad social y que se denomina población abierta; representan el 32% del total de habitantes de la Delegación. Los programas de salud pública como vacunación, saneamiento ambiental y otros, deben llegar al 100% de la población de la Delegación.

Las funciones que están bajo la responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria, de acuerdo con el Modelo de Atención a la Salud son las siguientes:

- **Coordinar el Comité Delegacional de Salud.**
- **Coordinar la integración del diagnóstico de salud jurisdiccional y la elaboración del programa anual de trabajo.**
- **Supervisar, evaluar y coordinar el sistema de vigilancia epidemiológica.**
- **Organizar y supervisar la prestación de los servicios de atención médica a la población abierta.**
- **Planear, coordinar y evaluar la operación del programa jurisdiccional de promoción de la salud con la participación de la comunidad.**
- **Coordinar, supervisar y evaluar la operación del Paquete Básico de Servicios de Salud.**
- **Capacitar a los recursos humanos para la operación de los servicios y ejecución de los programas.**
- **Desarrollar el programa de mejoría continua de la calidad de los servicios.**
- **Instrumentar y operar el sistema único de información.**
- **Administrar los recursos humanos financieros y materiales asignados a la jurisdicción.**

⁴¹ "Modelo de Atención...", op. cit. p. 21

- Participar en el análisis del cuadro básico de medicamentos y otros insumos.⁴²

Para cumplir con las funciones anteriores, la Jurisdicción contempla en su organización dos niveles: las oficinas administrativas que reciben el nombre de Jurisdicción, éstas tienen las funciones de coordinación y control; el nivel operativo, integrado por unidades de primer nivel de atención a las que se les denomina Centros de Salud Urbanos.⁴³

La Jurisdicción está a cargo de un director, de él dependen tres departamentos: el de Epidemiología y Medicina Preventiva, (éste tiene a su cargo los programas de prevención, fomento para la salud y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades); y el departamento de Atención Médica que coordina y controla la atención médica de la población y la participación social y comunitaria. Por último, el Departamento Administrativo cuyas tareas son: proporcionar y controlar los recursos humanos, materiales y financieros que se requieren en la Jurisdicción Sanitaria para la operación de los servicios y el funcionamiento de las áreas administrativas. También es responsable del mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y el equipo médico (ANEXO 12)

Existen dos áreas que proporcionan apoyo a los tres departamentos mencionados y que también dependen de la Dirección Jurisdiccional: La Coordinación de Informática y Estadística que lleva el control del Sistema de Información de la Salud y, la Coordinación de Desarrollo de Recursos Humanos que programa y coordina las acciones de capacitación del personal de la Jurisdicción Sanitaria.

⁴² "Modelo de Atención...", p. 21

⁴³ Organigrama de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa 1995.

4.2 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

La atención a la salud de la población se proporciona a través de 20 Centros de Salud; de ellos cuatro son centros (T III), seis (T II) y diez (T I)⁴⁴ además de un Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM). En los Centros de Salud existen 85 módulos de atención.

El módulo es una división del área geográfica de cada Centro de Salud la cual tiene en promedio 500 familias, mismas que deben recibir atención integral a la salud. Las acciones están bajo la responsabilidad de un grupo integrado por: un médico, una enfermera y una trabajadora social; quienes efectúan trabajo, tanto en la comunidad, como en el Centro de Salud, en un consultorio que también recibe la denominación de módulo.⁴⁵

La clasificación de los Centros de Salud responde a la población que tienen a su cargo y al número de módulos para la atención de la misma.

El Centro de Salud TI tiene en promedio un módulo con 500 familias y 3000 habitantes bajo su responsabilidad; el T II seis módulos con 3000 familias y 18,000 habitantes y el T III diez módulos y 5000 familias con 30,000 habitantes.

Los programas de Salud, de acuerdo a las políticas de salud vigentes, se entregan a la población a través de intervenciones de Salud que conforman el Paquete Básico de Servicios de Salud.

⁴⁴ Los Centros de Salud se tipifican según sus servicios y la población bajo su responsabilidad; las unidades con mayor población bajo su responsabilidad y con más servicios y recursos (Rayos X, laboratorio, nutrición, etc.) son las tipo T III, las intermedias sin los servicios de apoyo se denominan T II y las de menor complejidad y de un sólo consultorio se conocen como T I.

⁴⁵ Ibidem. pp. 23-25.

Los Centros de Salud constituyen el nivel operativo, desarrollan acciones dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente; los servicios están enfocados a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Las acciones anteriores se apoyan en la organización de la comunidad y la participación de ésta en los programas de salud.

Los Centros de Salud cumplen con las siguientes funciones:

- Formular el diagnóstico de salud del área bajo su responsabilidad.
- Elaborar un programa acorde a los problemas y necesidades identificadas en el diagnóstico local de salud .
- Aplicar los programas de promoción y fomento para la salud.
- Proporcionar servicios de atención médica y salud pública a la población.
- Otorgar el Paquete Básico de Servicios de Salud, con énfasis en población vulnerable.
- Operar el sistema local de vigilancia epidemiológica.
- Operar el programa de la mejoría continua de la calidad de los servicios.
- Capacitar al personal del Centro de Salud para la ejecución de los programas a su cargo.

4.3 RECURSOS HUMANOS

El personal de salud que tiene a su cargo la atención de la población y que también constituye el universo de trabajo del programa de capacitación, presenta las siguientes características.

En la Jurisdicción Sanitaria laboran 785 trabajadores, de éstos el 5% tienen una edad entre 16 y 25 años; los adultos jóvenes de 26 a 35 años son 170 y representan el 21.6%; las personas en edad madura de 36 a 55 años, son 551 y constituyen el 70.19% del total; los trabajadores mayores de 56 años representan sólo el 3.9%. ⁴⁶ (ANEXO 13).

En cuanto a la antigüedad dentro de la Secretaría de Salud, 641 trabajadores (82%) tienen más de cinco años de antigüedad ello indica que se trata de personal que, de alguna manera, conoce el trabajo institucional.

El personal se agrupa de acuerdo con un catálogo de puestos del Sector Salud en dos grandes áreas: la administrativa y la médica. A su vez, éstas se dividen en grupos o ramas de ocupación cuyas actividades tienen características comunes.

De acuerdo con lo anterior, en las unidades laboran 519 personas dentro del área médica y 266 corresponden al área administrativa, se observa que la primera área es la de mayor proporción, representando el 66% del total del personal.

Dentro del área médica, las ramas de personal más importantes son las siguientes: la de enfermería que agrupa a 196 personas; los médicos en número de 162, de los cuales 12 tienen funciones directivas. La de trabajo social cuenta con 68 miembros; la de odontología con 45 profesionistas y las de laboratorio y radio diagnóstico con 26 trabajadores.

En el área administrativa hay 266 personas, las ramas más importantes son: la rama secretarial con 48 personas; la de servicios y mantenimiento

⁴⁶ Plantilla de personal de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa dic. 96.

en la que laboran 63 trabajadores; la de vigilancia con 38 y un grupo de 117 servidores que efectúa diversas labores de apoyo a la administración. En relación con la preparación del personal, se presentan los siguientes datos generales:

De los 162 médicos registrados, sólo 2 tienen maestría y 11 alguna especialidad, en conjunto representan el 8.5%; los 134 restantes son médicos generales. De los 46 odontólogos, 5 tienen especialidad (11%).

De las enfermeras, grupo mayoritario del área médica, 123 no cuentan con estudios formales de enfermería o no los concluyeron (66%), las que cuentan con estudios terminados de nivel técnico son 71 (33%) y sólo dos (1%) cuentan con el nivel de licenciatura. De las enfermeras con estudio de nivel técnico 15 tienen especialidad, principalmente en administración y salud pública.

Las 68 trabajadoras sociales tienen en su mayoría nivel técnico, sólo cuatro concluyeron el nivel de licenciatura y dos efectuaron alguna especialidad.

En cuanto al nivel de escolaridad de los 266 trabajadores del área administrativa, se observa que 75 de ellos tienen primaria representando el 28%; con estudios de secundaria 143 y son el 53%, de ellos 60 tienen alguna carrera técnica; con preparatoria hay 37 trabajadores que es el 14% y con licenciatura sólo 11 que representan el 4% del total.

El personal adscrito a la Jurisdicción en su mayoría pertenece al área médica ya que a este personal le corresponden las tareas sustantivas; aunque, de acuerdo a la importancia de las actividades de promoción de la

participación comunitaria y educación para la salud, el personal de trabajo social es insuficiente.

La preparación del personal en general es la mínima indispensable, las enfermeras y trabajadoras sociales tienen en su mayoría estudios de nivel técnico o sin concluir. En cuanto al personal del área administrativa casi el 80 % tiene únicamente secundaria.

4.4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD.

En este apartado se ofrece información sobre las características de la población de la Delegación de Iztapalapa y sus condiciones de vida; los factores que determinan los daños a la salud y las prioridades que se relacionan con las tareas del personal y su capacitación .

4.4.1 CONDICIONANTES PARA LA SALUD.

Geografía.- La Delegación Política de Iztapalapa, coincide geográficamente con lo que se denomina Jurisdicción Sanitaria. Está situada al oriente del Distrito Federal, cuenta con una superficie de 124.4 kms², le corresponden 311 áreas geoestadísticas básicas⁴⁷ y por su extensión ocupa el tercer lugar en el Distrito Federal.⁴⁸

Colinda con cinco Delegaciones Políticas: Iztacalco, Tláhuac, Xochimilco, Coyoacán y Benito Juárez, así como con tres municipios del Estado de México.

⁴⁷ AGEB: Es una subdivisión de la Delegación perfectamente reconocible en el terreno y homogénea en cuanto a sus características geográficas, económicas y sociales, diseñada por INEGI para los levantamientos censales.

⁴⁸ Diagnóstico de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa. 1995 s/p

La mayor parte del terreno es plano y con suelo de origen lacustre. Tiene elevaciones de tipo volcánico, de las cuales, las más importantes son: la Sierra de Santa Catarina y los Cerros de la Estrella y la Caldera.

El clima es templado, húmedo, con lluvias en verano y temperatura media anual de 16.6 o C, la precipitación pluvial promedio es de 616.8mm.⁴⁹

Población.- En el XI Censo General de Población y Viviendas se clasificó a la Delegación Iztapalapa como zona urbana en su totalidad. La población reportada en ese Censo fue de 1,490.499 habitantes y en el conteo rápido de noviembre de 1995 se registraron 1,696.418 habitantes, cifra que representa el 20% de la población total del Distrito Federal; con ello se coloca como la Delegación más poblada. El 49% son hombres y el 51% mujeres.

Los menores de 15 años representan el 35% de la población, las personas de 15 a 29 años el 32%, el grupo de 30 a 59 son el 28% y el de 60 años y mas el 5% .

En dicho censo, también se señala que la población de Iztapalapa, el 26% proviene del interior del país, principalmente de los estados de Oaxaca, México, Michoacán y Puebla. Se estiman 22 242 indígenas de las etnias Náhuatl y Mixteco.

La densidad de población en la actualidad es de 13,636.8 habitantes por Km 2 y la del Distrito Federal de 5 641.

⁴⁹ Ibidem.s/p

Según estudios de regionalización programática, de la Secretaría de Salud, en el Distrito Federal residen 2,117.365 personas con algún grado de marginación, de ellas el 28% corresponde a la Delegación Iztapalapa.⁵⁰

Es importante señalar que la mayor parte de las colonias con grado de marginación alta y muy alta se ubican en la zona sur de Iztapalapa, ésta es una región montañosa y colinda con las delegaciones de Tiáhuac, Xochimilco y parte del Estado de México. (ANEXO 15)

Educación.- En la Delegación Iztapalapa, el 95% de los mayores de 15 años está alfabetizado. La escolaridad media en Iztapalapa, es de 1er. grado de secundaria .

Comunicaciones.- Se cuenta con 111 km. de avenidas y calles pavimentadas, carecen de este servicio los nuevos asentamientos y las partes altas de la sierra de Santa Catarina, transitan más de 300 000 vehículos y el servicio público ofrece buena capacidad de transporte. El intenso tráfico, entre otros factores, coloca a Iztapalapa como la quinta Delegación más peligrosa para los peatones y automovilistas.

Producción.- En el último censo, se estimó un total de 499 166 habitantes como población económicamente activa, de la cual 13 608 estaban desempleados. La población económicamente ocupada corresponde en un 70.6% al sexo masculino.

La población empleada por sector productivo se distribuye de la siguiente forma : en el sector primario el 0.33% de la población, en el sector secundario trabaja el 32.5%.y en el sector terciario el 63.3%.

⁵⁰ Secretaría de Salud. Diagnóstico Estatal. Sectorial de Salud 1996, p. 8

En cuanto a los ingresos económicos mensuales, es importante destacar que el 21% recibía menos del salario mínimo; el 45% de 1 a 2 salarios, más de 2 y menos de 3 el 15%, de 3 a 5 salarios el 11% ; y más de 5 salarios el .5%; globalmente se observa que el 66% reciben menos de 2 salarios.

Saneamiento Básico.

Vivienda.- De acuerdo con el censo de 1990, en Iztapalapa se registraron 294 738 viviendas de las cuales 94% cuentan con agua potable. De éstas 172 000 disponen de agua intradomiciliaria (58.6%); fuera de la vivienda 99 845 (33.9%) y por hidrantes o llaves públicas 4 384 (1.4%). El 6% carece del servicio de agua potable este porcentaje de la población se ubica principalmente, en áreas marginadas ubicadas en zonas de cerros y minas en donde es más difícil la introducción de servicios públicos.

El promedio de habitantes por vivienda en Iztapalapa es de 5.05, la tasa de hacinamiento es de 29.3%, ubicándose como la más alta de la zona metropolitana. La falta de vivienda es un problema importante, de ello dan cuenta las invasiones de terrenos y los múltiples asentamientos irregulares.

Disposición de excretas.- 262 309 viviendas (89%) cuentan con drenaje, la mayoría conectado a la red municipal. El 11% de viviendas que no tienen ese servicio se encuentra en áreas de asentamientos irregulares.

Recolección de basura.- La recolección de basura domiciliaria se realiza en aproximadamente en el 90% de las viviendas de la Delegación, se utilizan 214 vehículos que trasladan la basura a un tiradero a cielo abierto ubicado en el cerro de la Caldera junto a la autopista México-Puebla.

Según datos del Diagnóstico de Salud de la Jurisdicción, anualmente se recogen casi 800 000 toneladas de basura; no obstante, existen gran número de tiraderos en las calles y terrenos baldíos, principalmente, en las zonas de mayor marginación.

Riesgos para la salud.- Entre los factores ambientales que representan un riesgo potencial, en Iztapalapa destacan los siguientes: los hundimientos por fallas geológicas en los cerros del Peñón Viejo y de la Estrella; las inundaciones por lluvias en zonas como la Calzada Ignacio Zaragoza, Ejército de Oriente, Constitucionalista y el Molino; fugas de gases tóxicos e incendios en las zonas con industrias; la contaminación del aire por el tráfico vehicular y la industria; finalmente, la posibilidad de brotes de enfermedades diarreicas en colonias marginadas y de nuevos asentamientos con alta densidad e insuficientes servicios públicos.

El desgajamiento de cerros o derrumbes, constituye un riesgo para la población, ya que se han construido innumerables viviendas en éstos y en áreas cercanas a las minas de arena, dada la falta de control en el uso del suelo y en el tipo de construcción.

Problemas sociales .- Existen múltiples problemas sociales, sin embargo, sólo se tiene información sobre los siguientes:

En cuanto a las adicciones se calcula que un 7.30% de estudiantes de secundaria y preparatorias técnicas ha usado alguna droga; el 65% ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión y el 40.3% ha fumado tabaco, lo que indica que los adolescentes a edades tempranas ya están expuestos al riesgo de adicción a este tipo de sustancias.⁵¹

⁵¹ Instituto Mexicano de Psiquiatría - SEP, Encuesta sobre el uso de Drogas entre la Comunidad Escolar, p. p. 2-9

En 1994 Iztapalapa ocupó el tercer lugar en el Distrito Federal en denuncias por delitos del fuero común, tales como: robo, lesiones, daños en propiedad ajena, homicidios; la principal causa fue el robo.⁵²

4.4.2. DAÑOS A LA SALUD.

Enfermedades transmisibles. En los últimos 5 años, las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores han ocupado el primer lugar en la morbilidad de Iztapalapa; no obstante, su tendencia muestra una ligera tendencia a la baja, el segundo lugar lo ocupan las enteritis ; el tercero las helmintiasis; el cuarto lugar, igual que las dos patologías anteriores de transmisión fecal-oral, lo ocupan las amibiasis.

Del quinto al octavo lugar aparecen padecimientos virales tales como: varicela, parotiditis, rubéola y la hepatitis. Merece especial mención el cólera que, de haber estado erradicado durante más de 100 años, se manifiesta en los últimos 5 con brotes de importancia variable, pero todos de significación epidemiológica, en 1995 se presentó el mayor número de casos, registrándose 248, con lo que se ubicó en primer lugar en el Distrito Federal.⁵³

Enfermedades no transmisibles.- En las causas de enfermedad que se reportaron en las unidades de la Secretaría de Salud en el año de 1995, las enfermedades de los dientes ocuparon el primer lugar, le siguen la dermatitis y dermatosis de origen infeccioso.⁵⁴

⁵² INEGI, Anuario Estadístico del Distrito Federal. 1995. p. 148

⁵³ " Diagnóstico de Salud ...", op. cit...s/p

⁵⁴ Ibidem s/p

Los trastornos de la menstruación, hemorragias anormales, y enfermedades de órganos pélvicos femeninos siguen en importancia. La anemia y otras afecciones nutricionales ocuparon el quinto lugar como motivo de consulta.

Los accidentes y lesiones también se ubican entre los 10 primeros lugares en la morbilidad, éstos han mantenido su tendencia en los últimos cinco años. Las laceraciones y heridas; los traumatismos, fracturas, quemaduras y luxaciones representan un importante volumen total de consulta médica.

Mortalidad .- La mortalidad general para 1994 fue de 4.04 por 1000 habitantes, esta tasa es ligeramente menor a la del país que fue de 4.7%. La primera causa de muerte la constituyen las enfermedades del corazón como isquemia cardíaca; la segunda los tumores malignos; en tercero la diabetes mellitus y el cuarto lugar los accidentes. Le siguen en importancia la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades infecciosas como neumonías e influenza. Las causas de muerte son similares a las que se registran en el D.F. y la República Mexicana .⁵⁵

En 1994 la mortalidad infantil fue de 24.6 por 1000 nacidos vivos registrados y a nivel nacional 16.9 El primer lugar como causa de muerte lo ocupa un grupo de padecimientos perinatales como la hipoxia y asfixia del recién nacido. En segundo lugar, las anomalías congénitas; y en tercero y cuarto, dos grupos de enfermedades infecciosas: neumonías e influenza por una parte y enfermedades infecciosas intestinales por otra.

Las enfermedades prevenibles por vacunación como la poliomielitis, sarampión, difteria, tétanos y tuberculosis ya no aparecen como causa de

⁵⁵ Información de mortalidad proporcionada por el Servicio de Estadística e Informática de la Jurisdicción Sanitaria.

muerte en los niños, gracias a que en los últimos años se han incrementado las coberturas de vacunación en los menores de un año por encima del 90%.

Los escolares y preescolares presentan tasas de mortalidad más bajas, sin embargo, es importante destacar la presencia de los accidentes, que son la primera causa de muerte.

En la mortalidad de la población de 15 a 64 años se destacan en los tres primeros lugares las enfermedades crónico degenerativas como los tumores malignos, las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus; el quinto lugar lo ocupan las cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.

Los accidentes, homicidios y lesiones tienen el 4º y 6º. lugar; finalmente, en este grupo aparece el SIDA como 8ª causa de muerte.

La mortalidad materna, aún cuando representa tasas muy bajas, sigue constituyendo un problema de salud pública; las causas son principalmente obstétricas; es decir, alrededor del período del embarazo, parto y puerperio: destaca dentro de las causas de muerte el aborto.

En los daños a la salud de la población de Iztapalapa, se refleja la presencia de la denominada transición epidemiológica. De las diez principales causas de atención médica, la mayoría son de origen infeccioso que pueden ser prevenidas y se relacionan con las condiciones de vida de la población y servicios públicos insuficientes, así como con inadecuados hábitos nutricionales e higiénicos.

Las enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial y diabetes mellitus, que se presentan por cambios en los estilos de vida, ocupan el quinto y sexto lugar respectivamente como causa de consulta médica en los Centros de Salud.

La mortalidad de la población se caracteriza porque entre sus diez principales causas, se combinan las enfermedades crónico degenerativas, clásicas de países desarrollados con las patologías de origen infeccioso; las que se presentan en el período perinatal que son resultado de insuficiente atención al grupo materno infantil y por último los accidentes y lesiones, todas éstas, características de países en desarrollo.

Los programas de salud desarrollados por la jurisdicción en los últimos años se han orientado fundamentalmente a la atención de los siguientes problemas :

- La prevención y control de las infecciones respiratorias, diarreicas y parasitosis.
- La prevención y control de las enfermedades crónico degenerativas, tales como diabetes mellitus e hipertensión.
- Incrementar las coberturas de vacunación.
- El mejoramiento de la salud de los niños, las mujeres y los adolescentes.
- La prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual.
- La prevención de accidentes.
- El mejoramiento de las condiciones de saneamiento de la vivienda.

Al efectuar la revisión de los daños a la salud de la población de la delegación Iztapalapa, se observa que los problemas de salud son similares a los del país y que por lo tanto las prioridades señaladas en las políticas de

salud vigentes responden en su mayoría a los programas jurisdiccionales. Por otra parte, indican las áreas en que el personal requiere estar capacitado.

CAPÍTULO 5

PROCESO DE LA CAPACITACIÓN EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA IZTAPALAPA.

5.1 ORGANIZACIÓN DE LA CAPACITACIÓN

Las tareas de capacitación del personal en la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, están a cargo de la Coordinación de Desarrollo de Recursos Humanos, (en adelante "Coordinación") que dentro de la estructura organizativa depende del Director de la Jurisdicción.

Esta Coordinación se ubica en el edificio de la Jurisdicción, creada en el año de 1988, cuando la Secretaría de Salud formaliza e impulsa las acciones de capacitación al personal, aunque es hasta 1993 que se empiezan a recibir apoyos en equipo y financiamiento específico.

Existe una relación técnica con la Subdirección de Capacitación de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, de la cual se reciben las normas para organizar y desarrollar el proceso de capacitación; por otra parte, es el nivel al que se remite la información sobre las actividades que se programan y se efectúan en esta materia. (ver anexos 11 y 12).

Asimismo, la Subdirección es el nivel intermedio entre la Jurisdicción y el nivel Nacional representado por el Centro de Capacitación y Desarrollo; éste, como ya se mencionó es el responsable de integrar y controlar la capacitación de los trabajadores en todo el país.

Los objetivos del Programa de Capacitación de la Jurisdicción son los siguientes⁵⁶:

- Coadyuvar a la actualización y desarrollo del personal adscrito a la Jurisdicción Sanitaria, con el fin de mejorar la productividad y la calidad de los servicios que se otorgan a la población.
- Contribuir al fortalecimiento de los programas jurisdiccionales de atención a la salud de la población, principalmente los relacionados con las causas de morbilidad y mortalidad.

La organización interna se conforma por: un titular de la Coordinación, de ésta dependen una oficina de capacitación, la biblioteca médica y una área secretarial , todas éstas a cargo de cuatro personas . No está contemplada en la estructura, la existencia de personal con funciones docentes (ANEXO 16).

Los Centros de Salud no tienen un área encargada de las tareas de capacitación. La programación, organización y control de dichas acciones es responsabilidad de los Directores; éstos se apoyan en las Jefes y Supervisoras de Enfermería y Trabajo Social así como de los Coordinadores Médicos y Epidemiólogos de dichos centros, quienes participan como capacitadores.

Para el cumplimiento de los objetivos en materia de capacitación, la Coordinación desarrolla las siguientes funciones y actividades⁵⁷:

⁵⁶ Programa de Capacitación de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa 1995 p.2

⁵⁷ Manual de Organización de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal 01 11 95 s/p.

- Elaborar y actualizar anualmente el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.
- Desarrollar, organizar y controlar el Programa de Capacitación.
- Promover el funcionamiento de las Comisiones Auxiliares Mixtas de Capacitación y participar en las mismas.
- Elaborar un presupuesto anual y gestionar su asignación para la compra de los recursos materiales necesarios.
- Establecer contacto con instituciones y dependencias educativas y de atención a la salud para obtener apoyos de instructores, instalaciones o becas para que el personal asista a cursos de actualización.
- Asesorar a los responsables y titulares de los cursos en la elaboración del programa de cada evento y en la metodología educativa a utilizar.
- Diseñar y asesorar a instructores en la elaboración del material didáctico apropiado para cada tipo de evento y personal.
- Coordinar los eventos educativos a cargo de la Jurisdicción.
- Supervisar las actividades de capacitación que se desarrollan en los Centros de Salud.
- Proporcionar el material y equipo que se requiera para cada actividad programada.
- Elaborar un catálogo anual de eventos de capacitación internos y externos para su difusión al personal.
- Promover la participación del personal en los eventos de capacitación internos y externos y efectuar los trámites para su asistencia.
- Efectuar trámites para la autorización de becas del personal para cursos, especialidades y maestrías.
- Promover el funcionamiento y uso de la biblioteca y difundir información técnica y científica como apoyo para la actualización y capacitación del personal.

- Controlar las actividades educativas que se efectúan, así como el registro de los instructores y participantes.
- Elaborar mensualmente los reportes de actividades y de horas de capacitación por cada trabajador, así como los créditos obtenidos.

Adicional a las funciones y tareas de la Coordinación, participan en el desarrollo del programa de capacitación los tres departamentos que forman parte de la organización de la Jurisdicción. Éstos, como responsables de la capacitación del personal en los programas de salud a su cargo, su participación se centra en:

- Detectar las necesidades de capacitación del personal de los Centros de Salud para el adecuado funcionamiento de los servicios y programas sustantivos de atención a la salud de la población.
- En coordinación con su equipo de trabajo, proponer las actividades que permitan resolver las necesidades de capacitación y elaborar los programas correspondientes, con el apoyo y asesoría de la Coordinación.
- Participar en la elaboración del Programa Anual de Capacitación.
- Efectuar el seguimiento de las actividades bajo su responsabilidad.

El Departamento Administrativo tiene además la tarea de proporcionar los recursos materiales, financieros y el apoyo logístico para las actividades programadas.

La participación y experiencia en el proceso de capacitación de la Jurisdicción, permite reconocer que los objetivos mencionados coinciden con los señalados en las políticas nacionales de capacitación de personal de salud y concretamente con el programa de la Secretaría de Salud; sin

embargo la estructura y personal son insuficientes para el logro de tales objetivos, sobre todo si se considera que la plantilla es de 785 trabajadores.

La incorporación de personal en los centros de salud con funciones específicas de capacitación y la descentralización de algunas funciones a cargo del nivel central como el establecimiento de convenios con instituciones educativas y de salud podrían contribuir al mejoramiento de las acciones que se desarrollan actualmente.

5.2 INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS PARA LA CAPACITACIÓN. INSTALACIONES.

Las instalaciones destinadas para la capacitación del personal son las siguientes:

De los cuatro Centros de Salud T III, dos disponen de un aula y un auditorio para 50 personas, en dos de ellos no se dispone de área ni mobiliario. En los seis Centros de Salud T II, existen salas de usos múltiples que se utilizan entre otras actividades para Capacitación, lo que en muchas ocasiones impide la realización de las actividades programadas. El cupo es para 30 personas en promedio, con sillas apilables y sin paleta lo que dificulta el proceso enseñanza-aprendizaje. En algunos centros las sillas son insuficientes y deben ser removidas de otras áreas como la consulta.

En general las áreas físicas destinadas a capacitación carecen de condiciones ambientales de ventilación e iluminación apropiadas; las sillas son fijas o sin paleta o insuficientes lo que dificulta las tareas de

capacitación y no es acorde a los objetivos y metas institucionales en este campo.

El edificio de la Jurisdicción no cuenta con este tipo de instalaciones, por lo que las actividades se desarrollan en las aulas mencionadas o en las que proporciona en préstamo la Unidad de Educación Médica Continua de la UNAM, ubicada en el Centro de Salud Dr. Francisco J. Balmis. Lo anterior genera problemas logísticos de importancia ya que implica la movillización de personal y equipo de la Jurisdicción a las sedes de los eventos.

EQUIPO Y MATERIAL AUDIOVISUAL.

El equipo audiovisual disponible para las 12 unidades sedes de capacitación es el siguiente: se cuenta con tres retroproyectores, cuatro proyectores de transparencias, cinco monitores de televisión y dos videocassetas.

La mayor parte de los materiales didácticos que se utilizan en la Capacitación, tales como: transparencias, acetatos y rotafolios, se elaboran y reproducen en la Coordinación. Una mínima parte consiste en paquetes multimedia diseñados con tecnología apropiada sobre: enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y salud reproductiva, que ha proporcionado el nivel central.

Aunque el material existente es abundante, no cubre todos los temas que se requieren para capacitar al personal, así mismo, el equipo disponible no permite su uso en todas las Unidades por su lejanía y falta de transporte.

PRESUPUESTO

Hasta el año 1993, la Coordinación no tuvo apoyo financiero, los únicos recursos consistían en material de oficina y algunos apoyos didácticos para los cursos. Aunque cada año se formula un presupuesto de acuerdo con las actividades a realizar en capacitación y que forma parte del Programa Operativo de la Jurisdicción, sin embargo, éste recurso no se asigna en el tiempo ni en la cantidad prevista.

A partir de 1994, el Departamento Administrativo de la Jurisdicción otorga a la Coordinación de Desarrollo de Recursos Humanos un presupuesto que permite la adquisición de material didáctico, como acetatos, hojas de rotafolio, marcadores, así como la reparación de equipo; aunque no satisface la totalidad de las necesidades, este apoyo facilita las tareas educativas que se realizan.

Del presupuesto que se asigna cada año a la Jurisdicción, el gasto en capacitación representa el 2.5%. En 1995, se otorgaron \$18,200.00 que, dividido entre el personal, representan \$23.00 al año per cápita. Este dinero debe ser gastado sólo en partidas autorizadas como alimentación, material didáctico, de oficina y reparación de equipo. No se puede efectuar la compra de equipo ni pago de instructores que son indispensables para la cobertura y calidad de los eventos de capacitación que se realizan en la Jurisdicción.⁵⁸

⁵⁸ Programa Operativo Anual de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa 1995. s/p

INSTRUCTORES

En virtud de que la Jurisdicción Sanitaria no dispone de instructores específicos, el personal que realiza estas tareas, tanto en la Jurisdicción como en los Centros de Salud es el que desarrolla funciones directivas o de coordinación de servicios o programas; estos profesionales, por su posición y mayor acceso a la información, son considerados como expertos en su materia.

Por su experiencia, la participación de este personal es de gran valor; sin embargo, no se les ha preparado suficientemente para ésta tarea, lo que repercute en la calidad de la capacitación que otorgan.

Por otra parte, el papel de instructor es adicional y secundaria a sus funciones, por lo que en muchas ocasiones, no se efectúan las actividades que se programan o no destinan el tiempo necesario para su preparación.

En conjunto, el número potencial de capacitadores es de 50 personas. Es importante señalar que no se cuenta con ningún instructor para el área administrativa, ni pueden contratarse por falta de presupuesto; generalmente éstos los proporciona el ISSSTE, que tiene considerado dentro de sus prestaciones sociales la capacitación de los trabajadores.

BIBLIOTECA

Desde 1992 funciona una Biblioteca que inició sus actividades con el rescate de documentos oficiales, manuales y programas que se encontraban dispersos en las distintas áreas. El propósito de ésta es

apoyar la actualización del personal, principalmente del que participa como capacitador.

A través del Programa de Solidaridad, se recibieron dotaciones de libros en los años 1994 y 1996, actualmente se cuenta con 273 textos de consulta, 294 documentos diversos tales como, manuales, programas y estudios de comunidad entre otros; también se reciben regularmente nueve revistas que editan los Institutos Nacionales y Asociaciones médicas, no se dispone de presupuesto para suscripciones, por lo que en su mayoría se obtienen por donación.

El acervo contiene libros de consulta sobre: Medicina en sus diferentes especialidades, Psicología, Odontología, Nutrición y Salud Pública. Se cuenta con escasas publicaciones para Enfermería, Trabajo Social y el personal administrativo.

Los servicios que se proporcionan son: préstamo interno, externo y fotocopiado, también se efectúa la difusión selectiva de artículos científicos.

El número de usuarios se ha incrementado año con año, a la par que el acervo bibliográfico. En 1992, se proporcionó servicio a 156 lectores y en 1995 aumentó a 481; sin embargo, se considera que la demanda de los servicios que se ofrecen es baja, entre otros factores por la lejanía de las unidades de adscripción del personal y el poco interés en la lectura, así como la deficiente difusión de los servicios bibliotecarios.

Los lectores, en su mayoría, son médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y odontólogos; un mínimo del personal que solicita los servicios bibliotecarios es técnico o administrativo. Según el lugar de adscripción el

70% pertenece a la Jurisdicción, que es donde se encuentra físicamente ubicada la biblioteca.

Como puede observarse los recursos existentes y el presupuesto son limitados, no son acordes con los objetivos institucionales en materia de capacitación. Es conveniente que estos sean asignados en función de dichos objetivos, la cantidad de personal y las características de la Jurisdicción.

5.3 DESARROLLO DEL PROCESO DE LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL.

La capacitación del personal en la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa se desarrolla conforme a los procedimientos que para tal efecto existen en la Secretaría de Salud, mismos que se describieron en el capítulo tres. Las acciones para su implementación, las organiza y controla la Coordinación de Desarrollo de Recursos Humanos.

DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

En el periodo de 1990 a 1995, el Diagnóstico se realizó anualmente como una etapa previa a la elaboración del Programa de Capacitación, la información se obtuvo a través de una cédula aplicada a los trabajadores, cuyo propósito fue conocer los temas de su interés.

De la información que se capta en las cédulas mencionadas, sólo se utiliza para la programación, los temas en que al personal le interesa capacitarse

por puestos, no se consideran la edad antigüedad y funciones reales que desempeñan.

Se observa que para emitir sus opiniones los trabajadores toman como referencia, en primer término, los títulos de cursos que se ofertan en las diferentes instituciones y dependencias de la Secretaría de Salud, en segundo, los temas que se relacionan con las actividades propias de sus puestos.

A partir de 1995, el procesamiento de la cédula se efectuó a través de un programa de cómputo, para tal efecto, en la aplicación de la misma se utilizaron catálogos con propuestas de temas con sus claves respectivas para cada rama de personal. En los temas sugeridos, se incluyeron aspectos que no corresponden a los puestos y funciones de los trabajadores; por ejemplo, para el personal de enfermería se incluyeron temas, de medicina interna, ginecoobstetricia y enfermería quirúrgica, mismos que no tienen vinculación con la práctica diaria y que no pueden ser considerados dentro de las prioridades de capacitación.

Los formatos en los que se recogen los datos de las cédulas aplicadas, sólo registran los principales temas solicitados por los diferentes tipos de personal y los cursos a los que asistieron en el último año.

Dado el sesgo de la información captada, ésta sólo sirve como referencia, y debe completarse con la información de las principales causas de morbilidad y mortalidad del Diagnóstico de Salud y la opinión de los responsables de programas de la Jurisdicción, quienes en sus áreas conocen las prioridades.

Esta información, de acuerdo a los procedimientos institucionales, debe permitir programar y ofertar cursos con base en los de mayor demanda, pero con ello quedan en segundo plano la capacitación derivada de las prioridades en la operación de los servicios y en las necesidades de salud de la población.

Asimismo, se dejan de lado los intereses particulares y las expectativas de los trabajadores, que al emitir su preferencia sobre los temas de capacitación esperan que se les otorgue como tal.

Por otro lado, después de contestar una cédula anualmente y no ver satisfechas sus preferencias, el personal ha perdido interés, lo que se identifica por el mal llenado y la negativa a requisitar los instrumentos que se les aplican, esto ocasiona que la información obtenida sea de poca utilidad.

El Diagnóstico de Necesidades de Capacitación que se elabora con el procedimiento descrito, no considera las necesidades reales del trabajo del personal y las características de éste. Por otra parte, se agrupan los temas solicitados por códigos o puestos sin considerar el área de trabajo y las características de la población.

Esta parte del proceso de capacitación es de gran importancia para lograr una programación coherente con las necesidades del personal y de la población.

Por lo anterior, es recomendable enriquecerlo mediante la utilización de otras estrategias que permitan un conocimiento integral de la realidad. Para la identificación de necesidades derivadas del trabajo se puede hacer uso

de discusiones grupales en las que los propios trabajadores analicen sus actividades y la normatividad de las mismas para identificar las áreas de conocimiento y habilidades en que requieren capacitación; este proceso de análisis es útil para que se propongan estrategias para mejorar la calidad de la atención de la población y los elementos que requieren para ello.

También se considerará la participación de los coordinadores y directivos quienes disponen de información relacionada con las prioridades de salud y cambios en las normas y procedimientos de los programas de salud.

No se descarta la encuesta ni la aplicación de un cuestionario o cédula a los trabajadores como una herramienta útil para conocer sus intereses de actualización y desarrollo, sin embargo es recomendable modificarla en cuanto a las variables e indicadores que se consideran y, ampliar los tiempos de aplicación.

ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

El Programa de Capacitación se elabora en el mes de agosto de cada año, en él se proponen las actividades educativas que se desarrollarán el año siguiente. El primer paso es presentar a los Jefes de Departamento y Coordinadores de Programas o de Servicios de la Jurisdicción, los resultados del Diagnóstico, quienes deben indicar las prioridades de capacitación en sus áreas.

Para ello, analizan los temas solicitados por el personal, los comparan con los problemas de salud de la población, y con la necesidad de fortalecer algunos programas que se deriva principalmente de las observaciones de la

supervisión que efectúan al personal de los Centros de Salud en su desempeño.

Los encargados de las áreas mencionadas proponen los eventos a realizar bajo su responsabilidad, éstos se integran para su presentación en el programa jurisdiccional.

Además del análisis preliminar con el que se busca establecer las áreas prioritarias de capacitación, también se toman en cuenta otros criterios, tales como: los recursos disponibles (aulas e instructores) y, sobre todo, la valoración de los responsables de los programas sobre la importancia de la capacitación así como su compromiso para cumplir con las acciones que se programan.

La programación de las actividades educativas durante los últimos seis años se ha dirigido a cubrir las necesidades de profesionistas o de grupos que desarrollan funciones de jefatura, coordinación o que participan en tareas de grupo; sólo en una mínima proporción se han atendido las necesidades individuales del personal que se derivan del trabajo cotidiano que realizan.

Se procura integrar al personal tanto del área administrativa como médica, sin embargo, no siempre es posible ya que la Jurisdicción no tiene capacidad para la atención de algunos grupos de personal como el de laboratorio y Rayos X, que para su actualización tienen que salir de la Jurisdicción.

Para el caso del personal del área administrativa, la capacitación que se les otorga tiene poca relación con el trabajo concreto que realizan,

generalmente los cursos que se ofertan son de carácter general, que ya están previamente estructurados por el ISSSTE, quien como ya se mencionó, apoya con instructores.

A diferencia del personal del área médica, en la administrativa no se dispone de la descripción de puestos, normas y/o procedimientos que orienten sus actividades, por lo que resulta más difícil su capacitación.

La Jurisdicción organiza los cursos, talleres y seminarios, que requieren de más recursos y sistematización en su organización. En los Centros de Salud se efectúan sesiones clínicas, bibliográficas y de revisión de procedimientos.

El propósito de dichas sesiones es revisar, con la participación del equipo de salud, tareas o aspectos relacionados con los programas prioritarios y la normatividad de los mismos. Se fija como meta un mínimo de dos sesiones al mes.

De acuerdo con la infraestructura, el Programa de Capacitación de la Jurisdicción incluye principalmente actividades educativas tendientes a mejorar el desempeño de los trabajadores. Para la actualización y desarrollo del personal se recurre a las instituciones educativas y de salud que ofrecen este tipo de capacitación.

El programa se integra, fundamentalmente, por una serie de eventos que se ofertan al personal y dada la estructura para su presentación se consideran eventos fáciles de cuantificar e instrumentar para la justificación del presupuesto que puede ser asignado.

Tomando como base un diagnóstico, el programa debe dar preferencia a estrategias educativas como los grupos de discusión, los talleres seminarios y jornadas de estudio, que favorezcan la participación de los trabajadores y la reflexión acerca del trabajo y la integración de la teoría y la práctica.

Asimismo debe procurarse que las acciones se dirijan al personal que las necesita y contemplen los conocimientos y habilidades específicas que requieran.

EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y COBERTURA.

En este apartado se presenta la información que permite identificar las características de la capacitación que se otorga al personal, la cobertura y su relación con los programas prioritarios de salud.

CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO.

Este tipo de capacitación se ajusta en lo general a los procedimientos institucionales, sin embargo, en la práctica influyen una serie de factores que dificultan su cumplimiento de acuerdo a lo programado y que se analizan a continuación.

El programa inicial sufre modificaciones durante el año en cuanto a los temas y modalidades. Ello se debe a que se reciben indicaciones de otros niveles administrativos para capacitar en aspectos no previstos, que son resultado de cambios en las normas técnicas o en los procedimientos de los programas; o por el surgimiento de brotes epidémicos de enfermedades tales como el cólera.

Por otra parte, en los cambios de la programación , también influye la falta de recursos materiales para algunos tipos de capacitación, por lo que en ocasiones se posponen o cancelan definitivamente.

En la revisión de las metas de eventos de capacitación de 1990 a 1995, por modalidad, se observa que éstos se han cumplido en más de 100 % . (ANEXO 17).

En el lapso señalado no se efectuaron actividades de adiestramiento en servicio, no obstante que, esta es una de las modalidades educativas de más utilidad para asesorar y adiestrar al personal en los aspectos concretos de su trabajo diario, con la ventaja de realizarse en la propia área de trabajo, a cargo de los supervisores inmediatos.

Los programas educativos de cada uno de los eventos contempla una descripción detallada de la justificación, objetivos y estrategias ; incluye cartas descriptivas que, de acuerdo a la Tecnología Educativa, intentan la coherencia entre objetivos de aprendizaje, contenidos y técnicas de enseñanza.

Aunque los talleres y sesiones, que de acuerdo con sus características deberían propiciar el trabajo en equipo y la discusión de la realidad, privilegian la teoría sobre la práctica.

La capacitación no, tiene continuidad. Los eventos se efectúan aisladamente, sin relación entre sí, ni hay seguimiento al personal que la recibe. Por otra parte, no se supervisa sistemáticamente la aplicación de

los conocimientos en la práctica diaria, ni se refuerza la capacitación que recibe el personal por parte de los jefes o supervisores inmediatos.

Los contenidos de los eventos de capacitación desarrollados en los últimos seis años para los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, son en gran parte normativos; es decir, se relacionan con los criterios para la atención de la salud de la población.

De 1990 a 1995 se impartieron 30 cursos para personal con funciones administrativas, los temas se relacionaron con aspectos generales de su trabajo como: atención al público, ortografía, redacción y desarrollo secretarial; que si bien son de utilidad, no resuelven todas las necesidades de capacitación, por ejemplo, el personal encargado de farmacias, almacenes, cajeros, intendentes y vigilantes entre otros, no recibieron capacitación en las actividades relacionadas con sus puestos.

Estos cursos se ofertan a todo el personal y acuden solamente los que tienen interés o los que son designados por sus jefes inmediatos a insistencia de la Jurisdicción; pocas veces las propuestas obedecen a la expresa intención de mejorar su desempeño.

El personal con funciones directivas, al igual que el operativo, requiere capacitarse en sus funciones; sin embargo, ésta es mínima. En el año 93 y 94, se verificaron cinco cursos para administradores de los Centros de Salud en aspectos relacionados con la organización de los recursos humanos, manejo de los financieros y administración en general, pero no se dió continuidad a esta capacitación.

Para los Directores de los Centros de Salud y jefes de servicio del área médica, aunque se programaron algunos cursos en la Jurisdicción relacionados con habilidades directivas y de gestión, éstos no se efectuaron. Sólo las jefas de enfermeras y supervisoras recibieron capacitación en sus funciones en el año 1994.

En el año 1995, la Institución financió un diplomado en Administración de Servicios de Salud, dirigido a los Directores de las unidades que fue impartido por la Facultad de Medicina de la UNAM, sin embargo sólo acudieron cinco de los 11 existentes, mismos que no han recibido reforzamiento desde entonces.

El promedio anual de asistentes a los eventos realizados en el período que se estudia es de 3 222 con una tendencia ascendente. A partir de 1992 se incrementa notablemente el número de asistentes; en 1993, se capacitó a casi la totalidad del personal del área médica en la prevención y control de las enfermedades diarreicas y cólera. (ANEXO 18)

En ciertas ramas como la médica, enfermería y trabajo social, las mismas personas asistieron a los eventos de capacitación hasta cuatro y seis veces al año. Esto explica las variaciones de las cifras totales de asistentes por año. De acuerdo con cálculos efectuados por la Coordinación, se considera que entre el 70 y el 80 % del personal recibe anualmente horas de capacitación, número que es variable y que va desde dos horas, en realidad este dato no indica la cobertura real de personal capacitado en sus puesto y funciones.

La atención del derecho de los trabajadores a la capacitación, desde el punto de vista institucional, se mide a través de las horas que reciben y los

créditos que obtienen, el mínimo estipulado es de seis créditos al año y de 48 horas de capacitación teórica, no existe definición del máximo de créditos que deben recibir.

Para valorar el alcance del Programa de Capacitación de acuerdo con este punto de vista, a continuación se analizan datos del número de créditos que el personal obtiene, sin embargo, los datos corresponden al año 1995 ya que fueron los únicos disponibles.

Como ya se mencionó anteriormente, cerca del 80 % del personal recibe capacitación al año, independientemente del número de horas, lo que en términos de cobertura puede parecer satisfactorio; sin embargo, el 17.8 % del total obtiene cero créditos; los que acreditan 6 o más son el 31.3 %. En el área médica más del 40 % obtienen 6 o más créditos; en tanto que en el área administrativa sólo el 11.8 % obtienen este nivel de acreditación. (ANEXO 19)

De las 136 personas que no obtienen ningún crédito al año, 97 son del área administrativa con horario y funciones peculiares; entre ellos se encuentran vigilantes, intendentes, choferes y los que apoyan en el cobro de servicios, almacenes y farmacias; 40 pertenecen al área médica, pero tienen comisión sindical, laboran en el turno vespertino o gozaron de licencia; otros son renuentes a su capacitación. (ANEXO 20)

Para establecer la relación entre la capacitación que se proporciona al personal y los programas de salud que se dirigen a la atención de los principales problemas de salud de la población, se presenta un listado de 17 temas, correspondiendo 15 de ellos a las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud y dos que se agregan por su importancia;

cáncer cérvico uterino y la farmacodependencia. Estos 17 temas, constituyen las prioridades nacionales y coinciden con las de la Jurisdicción. (ANEXO 21)

Dicha presentación obedece a que el sistema de información hasta 1995 no captaba datos de la capacitación por temas o programas según el tipo de personal.

En la revisión del número de eventos y horas, se observa que la capacitación se dirigió en primer lugar al tema de inmunizaciones, que tiene importancia para el control de las enfermedades prevenibles por vacunación en la población infantil y el cumplimiento de los tiempos establecidos por la Organización Mundial de la Salud para la erradicación de enfermedades como la poliomielitis y sarampión. El segundo y tercer lugar lo ocupan las enfermedades diarreicas, incluyendo el cólera y las infecciones respiratorias agudas.

Los temas que ocupan del cuarto lugar en adelante, fueron motivo de menos de 25 horas de capacitación al año, las que no son significativas en la capacitación del personal.

Se debe resaltar, que temas de gran importancia como la hipertensión arterial y la diabetes, que se encuentran dentro de las diez principales causas de muerte, tuvieron diez horas anuales de capacitación la primera y dos la segunda.

Es importante destacar que sólo en enfermedades diarreicas y cólera, a las que se les dió énfasis en el 93 y 94, puede considerarse capacitado al personal. Por un lado, se cubrió a casi el 90 % de los trabajadores, y por

otro, se dispuso de materiales didácticos y documentos técnicos suficientes para apoyar la capacitación.

Para completar la capacitación para el desempeño del personal y favorecer su actualización se promueve su asistencia a cursos que organizan las distintas instituciones educativas o de salud.

Aunque algunas veces se obtienen becas para el pago de inscripción, generalmente los costos son cubiertos por el personal que desea incrementar su curriculum con créditos universitarios.

En el caso de los epidemiólogos, cuya función es relevante para la Institución y la Jurisdicción, los cursos relacionados con su campo, generalmente son ofrecidos por otras dependencias y sus costos no pueden ser cubiertos por el personal que realiza estas funciones.

En los últimos años se ha recurrido a los cursos que ofrece el Centro de Capacitación y Desarrollo de la Secretaría, el que de acuerdo a su Diagnóstico de Necesidades del país realiza una serie de cursos sin costo, que al igual que los que imparte la Jurisdicción, tienen reconocimiento en créditos con valor exclusivamente institucional.

El número de trabajadores con autorización para asistir a eventos de capacitación fuera de la Jurisdicción se incrementó, notablemente, de 93 en 1990 a 312 en 1995, lo que representa el 15.4 y el 44.4 % respectivamente de cobertura. De 1990 a 1995 se otorgaron 1,428 autorizaciones, correspondiendo el 8.0 % al personal administrativo y 92 % al del área médica. (ANEXO 22 y 23)

Aún dentro del área médica hay diferencias: es mayor la proporción de médicos que asiste a cursos de actualización que el de odontólogos, enfermeras y trabajadoras sociales. Lo anterior es explicable ya que hay, por un lado, más oferta de cursos para ellos, y por otro, mayor capacidad económica para absorber los costos.

CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO

De acuerdo con la normatividad y el modelo de capacitación de la Secretaría de Salud, esta capacitación se destina a preparar al personal para asumir puestos de mayor nivel jerárquico, esto implicaría la identificación del personal con potencialidades para asumir otros puestos diferentes a los que ocupan y otorgarles la capacitación requerida. En la realidad no ocurre así, la capacitación que entra bajo esta denominación como los diplomados, especialidades y residencias, rara vez se otorga a instancia de las autoridades.

En general, es el propio personal quien, motivado por un deseo de crecimiento personal y mejoría profesional, la solicita y costea. La institución les concede autorización a través de Comisión Oficial, es decir, con la percepción de su salario.

En el período de estudio, no se otorgó ninguna capacitación de este tipo al personal del área administrativa. En el área médica se autorizaron 16 personas; 11 enfermeras, cuatro médicos generales y un odontólogo; de ellos, sólo 12 continúan laborando en la Jurisdicción y sólo la mitad realiza actualmente una función relacionada con la capacitación recibida. (ANEXO 24)

Del personal participante en los cursos de especialidad o residencias, solo en el caso de las enfermeras y los médicos que asistieron a cursos de epidemiología, la capacitación que recibieron se relaciona con sus puestos y necesidades de la jurisdicción. (ANEXO 25)

El personal del área administrativa, de acuerdo con el reglamento de capacitación, tiene opción para continuar sus estudios mediante lo que se denomina hora-beca; en el período 90-95 se otorgó esta autorización a tres personas.

Los procedimientos institucionales para este tipo de capacitación al personal, se limitan a definir los mecanismos para el otorgamiento de becas, no incluyen los criterios para seleccionar al personal que debe asumir nuevas funciones y cómo después de capacitarse deben ser incorporados a la organización de sus unidades de adscripción. Generalmente, los trabajadores regresan a su mismo puesto y con el mismo salario.

En los últimos cinco años, se han efectuado dos procesos de reclasificación de puestos y salarios del personal de enfermería y médico. En ellos ya se consideró la capacitación del trabajador como uno de los criterios de evaluación. Es importante señalar que por la limitada cobertura de la capacitación y las posibilidades que el personal tiene para costear y acreditar el tipo de capacitación requerida, un importante número de médicos obtuvieron las clasificaciones más bajas.

Institucionalmente, la Capacitación para el Desarrollo, tiene objetivos muy limitados; no incluye programas para que los trabajadores continúen estudios formales o para elevar su nivel de escolaridad. Por ejemplo, el

personal del área médica, no tiene derecho a la hora - beca para estos propósitos.

EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN

La capacitación del personal que se efectuó en los años 90-95 no fue evaluada sistemáticamente en todos los componentes del proceso. Las actividades educativas se verifican durante su desarrollo para efectos de mejorar la organización y logística . A los participantes se les califica su asistencia, participación y conocimiento a través de exámenes teóricos, con el propósito de otorgarles constancias de acreditación.

La evaluación generalmente termina con el evento mismo, no hay un seguimiento sistemático de la aplicación de los conocimientos en la práctica diaria ni de observación del cambio de actitudes en el trabajo y aumento de la productividad; mucho menos de su contribución en la mejoría del nivel de salud de la población.

Lo anterior se debe, principalmente, a que la capacitación está desvinculada del trabajo, es decir, quienes la programan y efectúan no laboran junto con el personal, o que aún estando en la misma unidad de salud no supervisan sistemáticamente las actividades. Por otra parte, se da por hecho que la capacitación genera automáticamente el cambio de actitudes.

Los procedimientos vigentes, contrariamente a los objetivos de la capacitación se quedan en la evaluación de metas, eventos realizados y asistentes con los que se justifica el cumplimiento de la capacitación de los trabajadores.

El vacío de la evaluación puede solventarse a través de la supervisión capacitante, en la que el adiestramiento se da permanentemente en servicio por los supervisores de acuerdo las necesidades de cada persona, apoyándose en instrumentos que permiten calificar el desempeño de los trabajadores y que permiten identificar las áreas en que requieren reforzamiento.

Otro mecanismo, es involucrar al personal en este proceso mediante la autoaplicación de guías para la evaluación de su trabajo; ya sea a través del trabajo de grupos o individualmente.

COMISIONES AUXILIARES MIXTAS DE CAPACITACIÓN.

Desde el punto de vista de la Legislación Laboral y Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud, las Comisiones Auxiliares Mixtas de Capacitación son una instancia para vigilar que se haga realidad el derecho de los trabajadores a la capacitación.

En Iztapalapa, dichas comisiones fueron integradas desde 1990. Actualmente funcionan 13, están integradas por dos representantes de la Autoridad y dos del Sindicato, y funge como Secretario Técnico el titular de la Coordinación de Desarrollo de Recursos Humanos de la Jurisdicción .

Aunque está previsto que participen en todas y cada una de las etapas del Proceso de Capacitación, hasta 1995 sólo participaron en la sanción de los cursos que solicita el personal y en la tramitación de Becas para el Desarrollo. Todo el trabajo operativo queda a cargo de la Coordinación ya mencionada. En la realidad, estas comisiones, no funcionan como instancia de vigilancia.

De acuerdo con la exposición anterior, se observa que el proceso de capacitación para el personal en la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, se orienta principalmente hacia la mejoría de la calidad de la atención y el aumento de la productividad conforme a las políticas institucionales, sin embargo, no se dispone de los mecanismos administrativos, financiamiento y procedimientos idóneos para cumplir satisfactoriamente con la tarea de capacitación.

En la revisión de los procedimientos utilizados para la capacitación se observó que el Diagnóstico de necesidades no se vincula con el trabajo del personal, la programación no se cumple satisfactoriamente y se deja un importante número de temas relacionados con las prioridades de salud de la población sin acciones de capacitación. Asimismo, la evaluación que se aplica no permite conocer los resultados de la capacitación y por lo tanto tiene poca utilidad para retroalimentar la misma.

La información analizada permite identificar que la capacitación atiende preferentemente al personal del área médica. Por otra parte, los recursos disponibles no corresponden al número de personal a capacitar y a las metas institucionales. Las modalidades educativas utilizadas contribuyen al escaso aprovechamiento de dichos recursos.

El concepto y los mecanismos que se utilizan para favorecer el Desarrollo del Personal son limitados en sus opciones, con preferencia hacia el personal del área médica y énfasis en los propósitos institucionales más que en el beneficio de los trabajadores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Concluida la exposición temática del presente trabajo, corresponde hacer un esfuerzo de síntesis y reflexión para destacar los aspectos que se consideran de mayor importancia. Posteriormente se presentarán algunas recomendaciones que surgen de manera lógica de todo lo anteriormente planteado, propuestas que espero sean de utilidad para reorientar y eficientar los recursos utilizados para la capacitación del personal de la Jurisdicción Sanitaria Iztapatapa.

CONCLUSIONES

El Programa de Capacitación de la Secretaría de Salud y el de la Jurisdicción recogen desde el punto de vista teórico y normativo los aspectos legales que norman la capacitación para los trabajadores; en primer término como un derecho y en segundo, como un factor para mejorar la productividad, el desempeño y su desarrollo. No obstante, atiende preferentemente los objetivos y propósitos institucionales.

En las políticas gubernamentales se identifica un propósito adicional, la capacitación como un medio para mejorar la actitud de los trabajadores y la vocación de servicio.

Se establece una íntima relación entre las posibilidades de mejorar las habilidades del trabajador, su actitud y la productividad, es decir, se visualiza como una forma de inversión que debe tener un efecto en el trabajo. Por ello las características de la capacitación en la Jurisdicción corresponden al enfoque de la modernización-capital humano.

Después de revisar los procedimientos que regulan la capacitación del personal de salud y su desarrollo en la Jurisdicción, se observa que los objetivos son muy amplios. Si bien la capacitación puede contribuir a mejorar la calidad del trabajo, por sí sola, no es un factor determinante para mejorar la productividad y vocación de servicio. Lo anterior en virtud de que la capacitación no es un fenómeno aislado sino que tiene relación con los aspectos laborales, las políticas de salud y de capacitación y de la estructura y organización de la Institución entre otros aspectos.

La capacitación requiere vincularse a otros mecanismos de reconocimiento como estímulos por su productividad; asignación de actividades de acuerdo a su capacidad e intereses; desarrollar un trabajo de equipo en el que se le reconozca el valor de sus tareas y su impacto en la atención de la población; facilidades para su desarrollo y un salario de acuerdo a su trabajo entre otros factores, que en conjunto le permitan al personal satisfacer sus necesidades y se sienta gratificado en y con su trabajo.

Los procedimientos que regulan la capacitación tienden mayormente a facilitar la integración de los programas a nivel nacional y a la posibilidad de cuantificar las acciones educativas, esto da lugar a contradicciones entre las fases del proceso y los objetivos que se persiguen. Lo anterior pervierte los fines de la capacitación ya que deben dedicarse grandes esfuerzos a registrar, cuantificar y reportar las acciones que a la capacitación misma.

El procedimiento utilizado para la elaboración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, no ofrece información útil para la programación coherente de las actividades educativas, ya que éste no se vincula estrechamente con el trabajo que realiza el personal de salud, ni

con sus características. Los mecanismos y formatos están considerados para una programación de la capacitación más bien por oferta .

El presupuesto que se asigna para la capacitación del personal es sumamente reducido y no permite cubrir las necesidades mínimas de equipo , apoyos didácticos, pago de instructores, lo que dificulta, por un lado, cumplir con las actividades que se programan, y por otro, realizarlas con la calidad deseada.

La cobertura de capacitación es limitada, sólo el 30% del personal alcanza los seis créditos que fija la institución como el mínimo de horas de capacitación que deben recibir anualmente los trabajadores.

Es importante destacar la preferencia que se da a la capacitación del personal del área médica, en relación con el que realiza funciones administrativas. Desde mi punto de vista igualmente es importante la calidad de la consulta ,que la forma en que se recibe a la población, se le orienta y las condiciones de limpieza de las unidades de salud.

La capacitación que se lleva a cabo en la Jurisdicción, no cubre todos los temas relacionados con la participación de los trabajadores en los programas de salud prioritarios, sólo se han cubierto, algunos de ellos con criterios epidemiológicos y políticos por lo que recibieron impulso y financiamiento, traducido éste en materiales técnicos y apoyos audiovisuales para la capacitación.

Las estrategias y tecnología educativa utilizadas atienden más al aspecto formal y de la coherencia con sus objetivos, que a los propósitos de la

labor que realizarán posteriormente los trabajadores y a las experiencias de aprendizaje que para ello se requieren.

En la programación anual, los eventos se programan de manera discontinua; es decir, sin relación uno con otro, tendiendo a fragmentar el conocimiento.

Los contenidos de la capacitación son predominantemente teóricos y normativos, por lo que limitan las posibilidades de reflexión del personal sobre su trabajo; por otra parte, se realizan en las aulas y fuera del espacio de trabajo.

Las estrategias de la capacitación y los contenidos son decididos por las autoridades, sin la participación de los trabajadores.

En el periodo que se estudia la capacitación fue principalmente teórica, es decir a nivel de instrucción, la capacitación práctica fue utilizada principalmente por las enfermeras para adiestrar al personal en servicio y desarrollar habilidades; ocasionalmente, se impartieron cursos en los que se equilibró la parte teórica con la práctica y se obtuvieron resultados satisfactorios. Sin embargo, en ninguna ocasión el personal beneficiario aportó colectivamente su propio diagnóstico de problemas ni participó en el diseño de propuestas de alternativas de solución.

La acreditación de la capacitación otorgada por la Jurisdicción tiene reconocimiento exclusivamente interno, es decir, no tiene valor curricular, salvo muy raras excepciones. Lo anterior, aunado al alto costo de la actualización y educación continua que se imparte en otras instituciones de salud, educativas, e instancias académicas, limita el acceso del personal

profesional a los procesos de certificación académica, y consecuentemente su movilidad laboral.

La capacitación es considerada como un elemento aislado, que debe ofrecer resultados inmediatos en el cambio de actitudes, la productividad o la calidad de los servicios, lo que no es posible considerando los recursos que se le asignan y el contexto de las condiciones laborales.

En relación a la Capacitación para el desarrollo, ésta cumple objetivos muy limitados y también beneficia más al personal del área médica. Los procedimientos institucionales no contemplan mecanismos para que el personal pueda ser promovido de una posición a otra como resultado de la capacitación. Con las opciones que se ofrecen para la capacitación y el desarrollo el personal, es difícil lograr que los trabajadores mejoren sus condiciones de vida tal como se expresa en las políticas de gobierno.

RECOMENDACIONES

Después de resumir los aspectos más importantes desarrollados en el presente trabajo y tomando en cuenta el marco contextual y normativo que determina el proceso de capacitación en el que se desarrolla la práctica diaria, se presentan las siguientes recomendaciones:

- Para lograr mejores resultados en la capacitación de personal de salud, considero que debe modificarse la conceptualización de ésta, no es un mecanismo utilitario, sino un fenómeno educativo, entendido éste como un proceso permanente y sistematizado.

- La capacitación debe ser considerada como un elemento del proceso mismo del trabajo del personal y no como una actividad aislada ni agregada, por lo tanto es indispensable en todo programa o actividad en la que participe el personal en la Jurisdicción.
- Diseñar el Programa de Capacitación de la Jurisdicción, atendiendo a las prioridades que se identifican en el Diagnóstico Situacional de Salud, en las Políticas Sanitarias vigentes, y en las necesidades individuales del personal.
- Promover la definición de perfiles de puestos del personal, para identificar los conocimientos, habilidades y actitudes requeridas cada trabajador para un óptimo desempeño.
- Precisar la normatividad y los procedimientos de cada puesto e incluirlos en los programas de capacitación para lograr su cabal cumplimiento.
- Desarrollar un procedimiento para la elaboración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación en el que participe el personal analizando su propio desempeño en el trabajo y le permita identificar sus necesidades reales. Las técnicas grupales que favorecen la reflexión y el análisis por los trabajadores se proponen como estrategia de esta propuesta.
- Incorporar a ese Diagnóstico la información de los aspectos sociales y epidemiológicos que condicionan los daños y riesgos a la salud e identificar las áreas prioritarias, para programar las actividades de Capacitación de manera mas coherente con las necesidades de la población.

- En el marco de las políticas de salud vigentes, debe capacitarse al personal para reorientar la atención a la salud de la población de un enfoque expectante que privilegia la atención de los daños a la salud, a una atención programada, anticipatoria y con enfoque de riesgo, esto implica, la modificación de los contenidos educativos hasta ahora utilizados, que han dado preferencia a los aspectos curativos.
- Se propone el uso de técnicas participativas basadas en la Pedagogía de la Problematicación, para que el personal aporte su experiencia y conocimientos, y exponga sus problemas y necesidades laborales. Ésto permitirá un mejor diagnóstico previo al diseño de la capacitación y se logrará estimular al personal a beneficiarse de ella.
- Una ventaja adicional consiste en que descarta el sentimiento de obligatoriedad que actualmente prevalece y que desanima a los trabajadores.
- Promover el uso de estrategias educativas, que motiven la discusión en grupo de las tareas requeridas en el proceso de atención a la salud de la población y la identificación de los aspectos en los que se requiere aplicar correctamente la normatividad además de generar el autoaprendizaje, se sugieren las sesiones, trabajo grupal, jornadas, seminarios y círculos de estudio.
- Programar las acciones de capacitación tomando más en cuenta las necesidades del trabajo que desarrolla el personal y menos la oferta de eventos basada en la disponibilidad circunstancial de recursos. Una capacitación dirigida a objetivos concretos permitirá optimizar los recursos disponibles.

- En la programación de la capacitación, debe equilibrarse las acciones que se ofrecen tanto al personal administrativo como al del área médica.
- Formar adecuadamente a los responsables de la capacitación del personal, dotándoles de los elementos teóricos y metodológicos necesarios. Es conveniente, que dominen las Técnicas participativas.
- Efectuar la capacitación del personal, de preferencia en sus propias áreas de trabajo, mediante el adiestramiento en servicio y la supervisión capacitante, a fin de que sea oportuna y continua y en el lugar del trabajo diario.
- Formar instructores dirigidos especialmente a la capacitación del personal del área administrativa, lo que permitirá atender las necesidades específicas de sus puestos .
- Cumplir con la disposición que vincula la capacitación del personal con el proceso escalafonario, para lo que debe reforzarse el sistema de acreditación de las acciones de capacitación recibidas por cada trabajador.
- Promover convenios con otras instituciones de salud o educativas para ofrecer al personal posibilidades de acceder a la actualización con menores costos y con valor curricular.
- Facilitar al personal su acceso a los procesos de certificación profesional y laboral, tendientes a favorecer su desarrollo y movilidad en el Sistema de Salud.

- Se recomienda enriquecer el acervo de la Biblioteca Médica y dotarla del equipo que le permita al personal obtener información actualizada en el campo de la salud.
- Aunque con menos viabilidad, es importante recomendar que el presupuesto realmente esté disponible en cantidad y tiempo, según lo especificado en el Programa Operativo Anual de la Jurisdicción y que es autorizado por la Secretaría de Salud junto con las metas de capacitación.
- Se recomienda que a nivel de los Centros de Salud se desarrolle una infraestructura mínima para la capacitación de su personal.
- Es igualmente importante la dotación del equipo audiovisual indispensable a los cuatro Centros de Salud TIII, los que funcionarían como sedes de capacitación, para las 16 unidades restantes.
- Se propone diseñar guías de autoenseñanza y auxiliares audiovisuales para las 15 intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud, a fin de apoyar las técnicas participativas de aprendizaje.

Finalmente, con base en mi experiencia y conocimiento de la Jurisdicción y de la Institución, considero que el proceso de capacitación puede ser reorientado, en el sentido de hacerlo un proceso participativo, permanente, sistematizado y ligado al contexto de la práctica de salud del personal.

Las propuestas anteriores corresponden a la orientación y estrategias de la Educación Permanente en Salud, que fue presentada como modelo alternativo en el curso de este trabajo y que considero es aplicable en la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa.

FALTA PAGINA

No. 99

A N E X O S

SECRETARIA DE SALUD
 SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD
 DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
 DIRECCION DE CAPACITACION Y DESARROLLO

ANEXO No. 1

DETECCION DE NECESIDADES DE CAPACITACION PARA EL DESEMPEÑO

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

1.- R.F.C. _____ 2.- NOMBRE Y APELLIDOS _____
 3.- EDAD _____ 4.- AREA DE TRABAJO (1, 2 o 3) _____ 5.- CLAVE DEL PUESTO _____
 6.- DESCRIPCION DEL PUESTO _____
 7.- MENCIONE TRES ACTIVIDADES QUE CON MAS FRECUENCIA REALICE _____

 8.- TIPO DE NOMBRAMIENTO (1, 2 o 3) _____ 9.- ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO (Años, Meses) _____
 10.- UNIDAD ADMINISTRATIVA _____
 11.- CENTRO DE TRABAJO _____ 12.- NOM. JURISD. _____
 13.- SEDE DE LA JURISDICCION _____

FORMACION ACADEMICA

14.- PRIMARIA (1, 2 o 3) _____ 15.- SECUNDARIA (1, 2 o 3) _____
 16.- CARRERA TECNICA (1, 2 o 3) _____ 17.- CUAL _____
 describa el nombre de la carrera técnica _____
 18.- PREPARATORIA (1, 2 o 3) _____
 19.- PASANTE DE _____
 20.- LICENCIATURA _____
 21.- ESPECIALIDAD _____
 22.- SUBESPECIALIDAD _____
 23.- MAESTRIA _____
 24.- DOCTORADO _____

15.- CURSOS EN LOS QUE SE HA CAPACITADO

NOMBRE DEL CURSO	FECHA	CREDITOS	HORAS
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

16.- TEMAS EN LOS QUE ESTA PREPARADO PARA PARTICIPAR COMO DOCENTE

17.- TEMAS EN LOS QUE DESEA CAPACITARSE

CLAVE DEL TEMA	NOMBRE DEL TEMA
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**SECRETARIA DESALUD
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
DIRECCION DE CAPACITACION Y DESARROLLO**

ANEXO No. 2

**DETECCION DE NECESIDADES DE CAPACITACION PARA EL DESEMPEÑO
CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS**

I.- FECHA DE IDENTIFICACION

1.- NOMBRE Y APELLIDOS _____ 3.- PUESTO ACTUAL _____ 5.- EDAD _____
 2.- R.F.C. _____
 4.- CLAVE DEL PUESTO _____
 6.- ANTIQUEDAD EN EL PUESTO (Meses, Años) _____
 7.- UNIDAD ADMINISTRATIVA _____ 8.- TELEFONO _____
 8.- CENTRO DE TRABAJO _____
 9.- DIRECCION _____
 Calle y Numero _____ Colonia _____ Delegacion o poblacion _____
 Estado _____ C. P. _____

II.- FORMACION ACADÉMICA

11.- LICENCIATURA _____
 12.- ESPECIALIDAD _____
 13.- SUBESPECIALIDAD _____
 14.- MAESTRIA _____
 15.- DOCTORADO _____

III.- ACTIVIDADES DE CAPACITACION MAS RECIENTES

NOMBRE Y MODALIDAD	FECHA	Nº DE HORAS	CREDITOS	LUGAR

IV.- TEMAS EN LOS QUE ESTA PREPARADO PARA PARTICIPAR COMO DOCENTE

V.- TEMAS EN LOS QUE DESHA CAPACITARSE

CLAVE DEL TEMA	NOMBRE DEL TEMA
_____	_____
_____	_____
_____	_____

VI.- TEMAS PRIORITARIOS EN LOS QUE CONSIDERA QUE REQUEREN CAPACITACION A LOS TRABAJADORES QUE SE ENCUENTRAN A SU CARGO



SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
 DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

PROGRAMA ESPECÍFICO DE CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO

ANEXO N°:

EJERCICIO 199__

HOJA ____ DE ____

FECHA: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

NOMBRE DEL CURSO O EVENTO	PARTICIPACION		NUMERO DE INSTRUCTORES		DURACION			COSTO PRESUPUESTAL MILES PESOS	FECHA DE INICIO	REDE	TIPO DE CURSO O EVENTO	OBJETIVO DEL CURSO	OBSERVACIONES
	PUESTO	NUM.	INTER.	EXTER.	MESES	DIAS	HORAS						
TOTAL													



SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
 DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

HOJA	_____	DE	_____
FECHA:	_____		
AÑO	_____	MES	_____
LEA	_____		

CARTA DESCRIPTIVA PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO

NOMBRE DEL CURSO O EVENTO: _____ DIRIGIDO A _____
 TIPO DE CURSO O EVENTO: _____ DURACIÓN: _____ MESES _____ DÍAS _____
 OBJETIVOS GENERALES: _____ REDE: _____
 _____ CUPO: _____
 _____ FECHA DE INICIO DE CURSO: _____

FECHA Y HORARIO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	AUXILIARES DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFÍA



SECRETARIA DE SALUD
 SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD
 DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
 DIRECCION DE CAPACITACION Y DESARROLLO

ANEXO

INFORME TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE CAPACITACION

EJERCICIO: 2011

TRIMESTRE _____

HQA _____

DE _____

FECHA _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CLAVE: _____

NOMBRE DEL CURSO O EVENTO	PARTICIPANTES		NUMERO DE INSTRUCTORES		DURACION			COSTO PRESUPUESTAL MILES PESOS	FECHA DE INICIO	SEDE	TIPO DE CURSO O EVENTO	OBJETIVO DEL CURSO	OBSERVACIONES
	PUESTO	NUM.	INTER	EXTER	MESES	DIAS	HORAS						
TOTAL													

107

INFORMACION NUMERICA

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE CAPACITACION Y DESARROLLO

SECRETARIO TECNICO DE LA COMISION NACIONAL DE CAPACITACION

NUMERO DE LICENCIAS EN LA ASISTENCIA _____

NUMERO DE PARTICIPACION EN LAS OBLIGACIONES _____

NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS _____

NUM. DE PUESTOS PAG _____



SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

ANEXO-B

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO

EJERCICIO 199 _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

HOJA _____ DE _____
FECHA: _____

PUESTO	NUM. EVENTOS			PARTICIPANTES			INSTRUCTORES			DURACION DE HORAS			COSTO			OBSERVACIONES
	PROG.	REALIZ.	DESVIA.	PROG.	REALIZ.	DESVIA.	PROG.	REALIZ.	DESVIA.	PROG.	REALIZ.	DESVIA.	PROG.	REALIZ.	DESVIA.	
108																
TOTAL																

NOMBRE Y FIRMA DE RESPONSABLE DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

EVALUACIÓN NOMINAL

ANEXO 9

CONCENTRADO TRIMESTRAL DE LA EVALUACIÓN NOMINAL

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ HOJA _____ DE _____
UNIDAD ADMINISTRATIVA: _____

PERIODO DEL _____ DE _____ AL _____ DE _____ DE 199 _____

NUM	NOMBRE	EVENTO	PUERTO	CREDITOS	AREA
100					

RESPONSABLE DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN

SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
DIRECCION DE CAPACITACION Y DESARROLLO
PROGRAMA DEL PAQUETE BASICO DE SERVICIO DE SALUD
CONTROL ESTATAL DE CAPACITACION DE AGENTES

ANEXO N° 10

ENTIDAD FEDERATIVA:
AGENTE CAPACITADO:

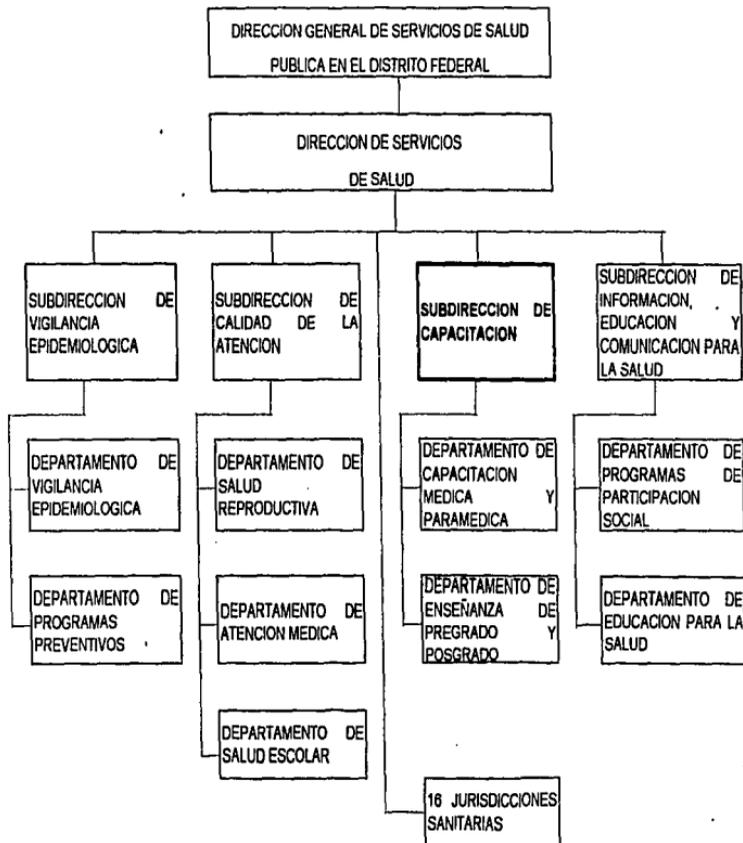
NOMBRE DE LOS AGENTES CAPACITADOS	ESTRATEGIA												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL
ORGANIGRAMA

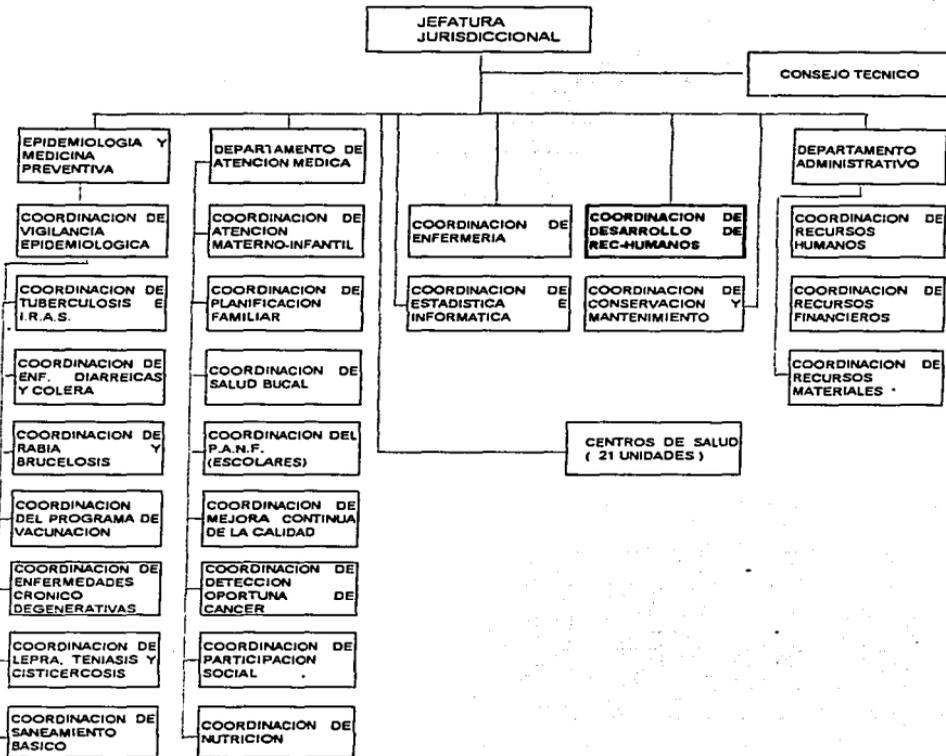
ANEXO No.11

1996

111



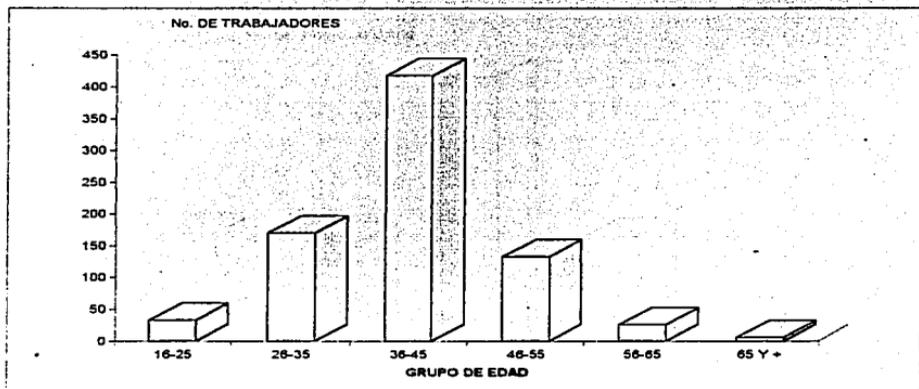
SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL ANEXO No.12
JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA
ORGANIGRAMA
1996



JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA
PERSONAL ADSCRITO A LA JURISDICCION POR GRUPOS DE EDAD

1996

GRUPOS DE EDAD	No. DE TRABAJADORES
16-25	33
26-35	170
36-45	418
46-55	133
56-65	26
65 Y +	5
TOTAL	785

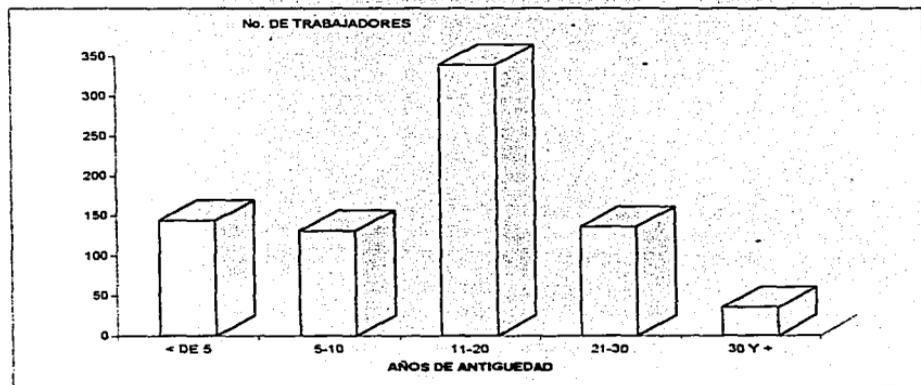


FUENTE: PLANTILLA DE PERSONAL DE LA JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA
 DICIEMBRE DE 1996

JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA
PERSONAL ADSCRITO A LA JURISDICCION SEGUN ANTIGUEDAD

1996

AÑOS DE ANTIGUEDAD	No. DE TRABAJADORES
< DE 5	144
5-10	131
11-20	339
21-30	136
30 Y +	35
TOTAL	785

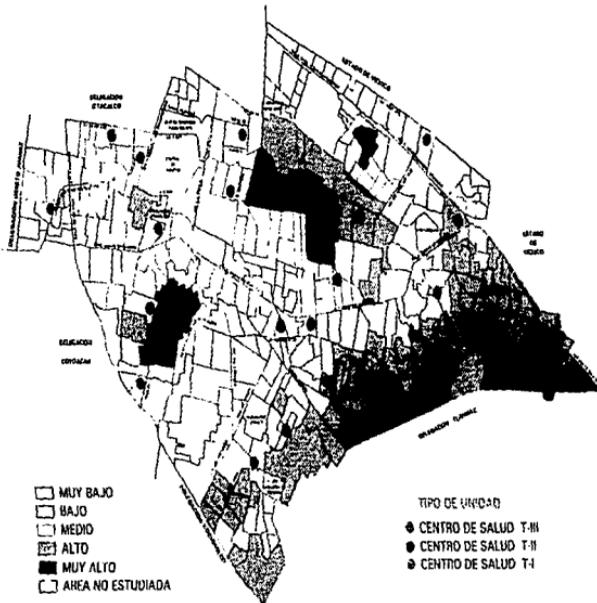


FUENTE: PLANTILLA DE PERSONAL DE LA JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA
 DICIEMBRE DE 1996



SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL

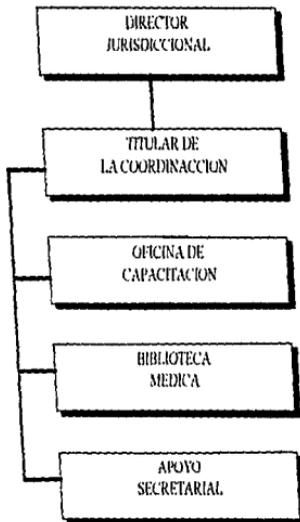
DELEGACION IZTAPALAPA
GRADO DE MARJINACION POR AGEB



JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA

COORDINACION DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

ORGANIGRAMA



ANEXO No. 17

EVENTOS DE CAPACITACION PARA EL PERSONAL PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN LA JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA 1990-1995

MODALIDAD EDUCATIVA	EVENTOS PROGRAMADOS	EVENTOS REALIZADOS	% LOGRO
CURSOS	83	83	100
SEMINARIOS	18	23	127
TALLERES	72	99	137
SESIONES	639	680	106
REUNIONES	41	20	50
JORNADAS	5	12	240
SIMPOSIUM Y CONFERENCIAS	27	21	.77
TOTAL	885	938	105

FUENTE: ARCHIVO DE LA COORDINACION DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA.

ANEXO No. 18

ASISTENTES A EVENTOS DE CAPACITACION EFECTUADOS EN LA JURISDICCION
SANTARIA EN EL PERIODO 1990 - 1995

TIPO DE PERSONAL	1990	1991	1992	1993	1994	1995	TOTAL	%
ENFERMERAS	879	881	1109	2759	1210	986	7424	38.39
MEDICOS	620	587	739	2068	1208	806	6028	31.17
T. SOCIALES	242	281	372	877	396	443	2551	13.19
C. DENTISTAS	125	147	209	225	123	122	951	4.91
ADMIVOS.	232	215	270	553	316	254	1840	9.51
PSICOLOGOS	7	22	16	-	7	101	153	0.59
EDUC. P. SALUD Y PROMOTORES	15	20	15	58	26	13	147	0.76
NUTRICIONISTAS	26	12	8	21	11	25	103	0.53
QUIMICOS	7	23	1	4	7	4	46	0.23
TECNICOS RAYOS X	8	8	5	13	33	25	92	0.17
TOTAL	2111	1736	2744	6578	3337	2779	19335	100

ANEXO No. 19

**PERSONAL DE LA JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA
SEGUN CREDITOS DE CAPACITACION OBTENIDOS
EN EL AÑO 1995**

CREDITOS OBTENIDOS	TIPO DE PERSONAL					
	AREA MEDICA		AREA ADMINISTRATIVA		TOTAL	
	No. ABSOLUTO	%	No. ABSOLUTO	%	No. ABSOLUTO	%
0	41	8.0	96	36.4	137	17.8
6	260	51.0	134	50.8	394	50.9
6	49	9.6	15	5.7	64	8.2
16	160	31.4	19	7.1	179	23.1
TOTAL PERSONAL	510	100.00	264	100.00	774	100.00

FUENTE: ARCHIVO DE LA COORDINACION DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA

ANEXO No.20

PERSONAL DE LA JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA QUE NO OBTUVO CREDITOS DE CAPACITACION EN 1995

TIPO DE PERSONAL	NUMERO
AREA ADMINISTRATIVA	
• VIGILANTES	33
• AUX. OFICIAL DE SERV. Y MAT.	16
• ADMINISTRATIVO Y AUX. ADMINISTRATIVO	16
• SECRETARIA Y MECANOGRAFAS	15
• CHOFERES	9
• OTROS	7
SUBTOTAL	96
AREA MEDICA	
• MEDICOS	15
• ENFERMERAS	9
• C. DENTISTAS	6
• T. SOCIALES	4
• QUIMICOS Y T. LAB.	3
• OTROS	3
SUBTOTAL	40
TOTAL	136
FUENTE: ARCHIVO DE LA COORDINACION DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA.	

ANEXO No. 21

NUMERO DE EVENTOS REALIZADOS Y HORAS DE CAPACITACION POR INTERVENCION DEL PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD EN LA JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA 1990-1995.

INTERVENCIONES	EVENTOS REALIZADOS	HORAS DE CAPACITACION
SANEAMIENTO BASICO	9	50
ENF. DIARREICAS Y COLERA	123	333
PARASITOSIS INTESTINALES	3	6
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	23	152
TUBERCULOSIS	8	35
HIPERTENSION ARTERIAL	23	50
DIABETES MELLITUS	8	10
IMMUNIZACIONES	169	464
VIGILANCIA DE LA NUTRICION Y CRECIMIENTO DEL NIÑO	20	82
PLANIFICACION FAMILIAR	39	125
ATENCION PRENATAL DEL PARTO Y PUERPERIO	22	95
ACCIDENTES . PREVENCIÓN Y MANEJO DE LESIONES	16	60
RABIA	2	7
SALUD BUCAL	9	48
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	27	96
CANCER CERVICO UTERINO	5	20

FUENTE : ARCHIVO DE LA COORDINACION DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS JURISDICCION

ANEXO No. 22

PERSONAL QUE SE AUTORIZO A EVENTOS DE CAPACITACION FUERA DE LA JURISDICCION DE 1990 - 1995.

ANO	PERSONAL EXISTENTE	PERSONAL AUTORIZADO	%
1990	602	93	15.4
1991	647	199	30.7
1992	680	236	34.7
1993	710	283	39.8
1994	735	305	41.4
1995	774	312	44.0
TOTAL		1428	

FUENTE: ARCHIVO DE LA COORDINACION DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA JURISDICCION SANITARIA
IZTAPALAPA

ANEXO No. 23

PERSONAL QUE SE AUTORIZO A EVENTOS DE CAPACITACION FUERA DE LA JURISDICCION POR AREA DE 1990 - 1995

AÑO	PERSONAL POR AREA					
	MEDICA			ADMINISTRATIVA		
	EXISTENTES	AUTORIZADOS	%	EXISTENTES	AUTORIZADOS	%

1990	397	87	21.9	205	6	2.9
1991	417	177	42.4	230	22	9.5
1992	448	203	45.3	232	33	14.0
1993	470	270	57.4	240	13	5.4
1994	483	277	57.3	252	28	11
1995	514	296	57.5	260	16	6.1
TOTAL		1310			118	

FUENTE: ARCHIVO DE LA COORDINACION DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA.

ANEXO No. 21
 JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA

**PERSONAL QUE SE AUTORIZO PARA CURSOS DE ESPECIALIDAD DE 1990-1995
 Y FUNCIONES QUE REALIZAN**

TIPO DE PERSONAL	TOTAL	%	LABORAN ACTUALMENTE EN LA JURISDICCION		REALIZAN FUNCIONES DE STAFF O DE MAYOR NIVEL	
			No.	%	No.	%
ENFERMERAS	11*	69	9	82	6	66.6
MEDICOS	4	25	2	50	0	0
ODONTOLOGOS	1	6	1	100	0	0
TOTAL	16	100	12	75	6	50

*NOTA: 4 ENFERMERAS TIENEN MAS DE UNA ESPECIALIDAD

FUENTE: ARCHIVO DE LA COORDINACION DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA.

ANEXO No. 25

JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA

**CURSOS DE ESPECIALIDADES O RESIDENCIAS MEDICAS
EN LOS QUE SE CAPACITO AL PERSONAL SEGUN CAMPOS DE ESTUDIO
EN EL PERIODO 1990 - 1995.**

CAMPOS DE ESTUDIO	TIPO DE PERSONAL			TOTAL
	ENFERMERAS	MEDICOS	ODONTOLOGOS	
SALUD PUBLICA	3			3
ATENCION PRIMARIA DE SALUD	5			5
ADMINISTRACION	5			5
MATERNO INFANTIL	2			2
GINECO OBSTETRICIA		1		1
CIRUGIA GENERAL		1		1
EPIDEMIOLOGIA		2		2
ENDODONCIA			1	1
TOTAL	15	4	1	20

FUENTE : ARCHIVO DE LA COORDINACION DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
JURISDICCION SANITARIA IZTAPALAPA.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS Y ARTÍCULOS

- Almada, Bay. Coord., Salud y Crisis en México, Edit. Siglo XXI, México, 1996**
- Arias, Galicia Fernando, Capacitación para la Competitividad y la Colaboración, Instituto Internacional de Capacitación y Estudio Empresariales., México, 1995**
- Arroyo, Acevedo, "La Atención Primaria de Salud", en la Nutrición y Salud de los Mexicanos, Tomo I , Edit. F.C.E, México, 1990.**
- Davini, Ma. Cristina, Educación Permanente en Salud, Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 1995.**
- De Leonardo, Patricia, La nueva Sociología de la Educación, Ediciones Caballito, México, 1986**
- Durana, Inés, Estrategias de Enseñanza Aprendizaje en la Atención Primaria a la Salud. Edit. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No.433, 1982 Washington, D.C..**
- Guevara, Niebla, Gilberto, Introducción a la Teoría de la Educación, Editorial Terranova, México, 1984**
- Hernández, Sampieri R, Fernández Collado C., Bautista Lucio, Metodología de la Investigación ,Mc Graw Hill, México, 1991.**
- Lozoya Thalman, Emilio, La Previsión social en México, en los Desafíos del desarrollo social, Publicaciones Mexicanas, México , 1989.**
- La Administración Estratégica. Lineamientos para su Desarrollo, Módulo Educativa, HSS/Silos 33, OPS/OMS, Washington, D.C., 1994.**
- Orjía Razo, Vicente, Política Educativa Nacional, Camino a la Modernidad, Imagen Editores, México, 1989.**

- Polit, Denise, F., Hungler, Bernardette, Investigación Científica en Ciencias de la Salud, Nueva Editorial Interamericana, México, 1994*
- Pons, Ignacio, Programación de la Investigación Social, Cuadernos Metodológicos, Centro de Investigaciones Sociológicas, España, 1993*
- Prawda, Juan, Teoría y Praxis de la Planeación Educativa en México. México. Edit. Grijalbo, 1985.*
- Roschke, M.A, y Casas, M.E, Contribución a la Formulación de un Marco Conceptual de Educación Permanente en Salud, Rev. de Educación Médica en Salud. Vol.21. No.1*
- Ruiz del Castillo, Amparo, Crisis, Educación y Poder en México, México, Edit. Plaza y Valdéz , 1991.*
- Ruiz del Castillo, Amparo, Reflexiones Sobre el Quehacer Docente, en Acta Sociológica Num. 11 de Mayo-Agosto, México 1994.*
- Sepúlveda, Bernardo. Coord, La Evolución de la Medicina en México durante las Últimas Décadas, México, . El Colegio Nacional, México, 1984.*
- Sílliceo, Alfonso, Capacitación y Desarrollo de Personal, Edit. Limusa , México, 1995.*
- Torres, Carlos Alberto, La Política de Educación Formal en América Latina, Edit. Siglo XXI, México, 1995.*
- Uribe, Elías, R; Reflexiones Sobre Educación Médica, Secretaría de Salud, México, 1990.*
- Vidal, Carlos, Giraldo, Luis Juval H, La Educación Permanente en Salud en América Latina, Rev. de Educación Médica y Salud Vol. 21. No.1*
- Zatarain, Mendoza, Rubén, "La Investigación Educativa", En Revista Educar, Año 1 No.4, México 1993.*

DOCUMENTOS

- Acuerdo No. 71 De Creación del Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud**, *Diario Oficial*, 20 de Abril de 1987, Centro de Información y Documentación de la Secretaría de Salud.
- Acuerdo de Creación de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud** *Diario Oficial*, 19 de Octubre de 1980, Centro de Información y Documentación de la Secretaría de Salud.
- Acuerdo de Creación del Centro de Capacitación y Desarrollo**. Centro de Información y Documentación de la Secretaría de Salud .
- Anuario Estadístico del Distrito Federal**, INEGI , México, 1995.
- Cacho, Salazar, Julio**, **El Proceso de Capacitación**. Aspectos Teórico Conceptuales *Curso de Educación a Distancia de Jefes de Enseñanza. Unidad 8, Dirección General de Enseñanza en Salud. s/año.*
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. Edit. Porrúa, 113a. Edic. ,México, 1966
- Diagnóstico Estatal. Sectorial de Salud 1996**, *Servicios de Salud Pública en el D.F. S.S.A. México,,Abril 1996, Biblioteca de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa.*
- Diagnóstico de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa 1995**, *Biblioteca de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa Doc. Interno de Trabajo.*
- Encuesta sobre el uso de Drogas entre la Comunidad Escolar**, *Instituto Mexicano de Psiquiatría - SEP, México, 1993.*
- Guía Metodológica para Establecer Sistemas de Educación Continua y Capacitación de las Jurisdicciones Sanitarias**. *Dirección General de Enseñanza en Salud. México, Febrero de 1992. Biblioteca de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa.*
- Ley Federal del Trabajo**, Edit. Pac., México, 1987.
- Ley General de Educación** ,*Diario Oficial*, 13 de Julio de 1993.

- Manual de Procedimientos Para la Operación del Sistema de Capacitación para el Desempeño, México, Dirección de Enseñanza en Salud, Abril de 1991, Biblioteca de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa.**
- Omaña, Enrique, et.al, Contexto General de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud Mimeo, Nov, 1991.**
- OMS-UNICEF, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata., Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978.**
- Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, 1995.**
- Poder Ejecutivo Federal, Programa de Reforma Educativa 1995 - 2000, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, 1995.**
- Poder Ejecutivo Federal, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México 1995.**
- Políticas y Estrategias para la Capacitación y Desarrollo, Dirección General de Enseñanza en Salud, México, 1995. Archivo de la Coordinación de Desarrollo de Recursos Humanos, Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa.**
- Programa de Capacitación de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, 1990-1995. Doc Interno de Trabajo. Archivo de la Coordinación de Desarrollo de Recursos Humanos, Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa.**
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial. 31 de Diciembre de 1992, Centro de Información y Documentación de la Secretaría de Salud.**
- Reglamento de Capacitación, en la Compilación de la Normatividad Laboral de la Secretaría de Salud 1994-1997, México, 1994 Biblioteca de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa.**
- Secretaría de Salud, Manual de Organización de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, 1995.**