

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

133
2ej.

**LA CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
COMO INSTRUMENTO PARA FORTALECER LA
DESCENTRALIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE
SALUD
(LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DE NECESIDADES)**

**T E S I S
QUE PRESENTA:
PATRICIA ELIZABETH GRIJALVA PERALTA
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

DIRECTORA DE TESIS:

LIC. ISAURO LÓPEZ SEGURA

ASESORA DE TESIS:

LIC. LOURDES REYES PONCE

MÉXICO, 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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Porque estas a mi lado en todo momento.

A mis padres:

Mamá:

Por ser la mujer más valiosa, por estar siempre conmigo,
por tus pacientes consejos y por tu gran amor.

Papá:

Por tu inmenso amor y por tu enorme apoyo siempre.

A mis hermanos:

José Angel,
Mirna, Isaac,
Alvaro y
Haydeé

Por su interés y amor incondicional.

A mis sobrinos:

Isaac Antonio,
Angel Gabriel,
José Eduardo,
Luis Ricardo,
Ana Cristina,
José Angel,
Antonio,
Diana
Patricia,
Blanca Fébe

Por el gran amor que les tengo.

A mis cuñadas:

**Mercedes,
Ana Lidia,
Verónica**

Por su apoyo y respeto.

A Rubén:

**Gracias por tu apoyo y
tus palabras de aliento.**

A Chayi:

**Por ser una gran amiga
lucha por lograr tus
metas.**

**Un especial agradecimiento por el apoyo durante la elaboración de este trabajo a la
Licenciada Isaura López Segura y a la Licenciada María Dolores Carranza Hernández.**

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	5
CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA	27
A. SEMBLANZA DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	27
B. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	48
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES EN LA CGOCE DE LA SSA	52
A. ANTECEDENTES	52
B. OBJETIVOS	53
C. RESULTADOS	99
CONCLUSIONES	138
BIBLIOGRAFÍA	148

INTRODUCCIÓN

Dentro del marco de la descentralización de los Servicios de Salud se pretende elaborar un programa de capacitación para el personal de infraestructura física, a fin de que desarrollen sus aptitudes y los conocimientos necesarios para realizar las funciones que la Secretaría de Salud les determina, involucrando los aspectos de planeación, operación y administración necesarios para la ejecución de los programas de la Institución.

Cabe destacar, que estas funciones le corresponde instrumentarlas a la Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento, con base al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

La Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento, como órgano desconcentrado de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Salud, tiene sus antecedentes a partir del 23 de octubre de 1985, cuando se determinó por Acuerdo Presidencial, la instalación de una Unidad Administrativa integrada a la Secretaría de Salud, dado que ésta como cabeza de sector, tendría como responsabilidad dirigir las acciones destinadas a recuperar la infraestructura hospitalaria, que sufrió daños significativos en los sismos de 1985. (SSA, 1996).

En el marco del Programa Nacional de Solidaridad, se creó el Programa Hospital Digno. A través de éste, mediante el establecimiento de Patronatos, se llevó a cabo la ejecución de acciones de remodelación, ampliación, construcción, conservación, mantenimiento y equipamiento médico de las unidades hospitalarias.

La Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento (CGOCE), conformada por las Direcciones Generales de Obras y de Conservación y Mantenimiento, orientó su política presupuestal a partir de 1992, al fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria y de los centros de salud a nivel nacional, dando prioridad a la conclusión de las obras en proceso, sin descuidar las acciones de rehabilitación de las unidades médicas existentes.

Finalmente, a partir del Programa de Reforma del Sector Salud, dado a conocer el 6 de marzo de 1996, el gobierno, a través de sus distintos niveles, deberá comprometerse, como lo establece la Secretaría de Salud, a proveer acciones esenciales de salud en donde aún no hay servicios; a mejorar su calidad en donde ya los hay, y hacer un uso más riguroso, eficiente y racional de los recursos públicos. (Secretaría de Salud, Programa Integral de Infraestructura Física en Salud, 1996)

Por otra parte, es importante precisar que se entiende por descentralización: la acción de crear o transferir funciones que realizan organismos con personalidad jurídica distinta a la del Estado, con patrimonio propio y con autonomía orgánica y técnica -organismos descentralizados-, pero que se encuentran sujetos a controles especiales por parte de la Administración Pública Centralizada. También podría hablarse de descentralización de la actividad administrativa, en el caso de la transferencia de responsabilidades y recursos por la vía de la concertación (acuerdo de voluntades) de nivel federal del gobierno a los gobiernos estatales y municipales. (UNAM, Glosario de Términos de la Administración Pública, 1982).

Ahora bien, en materia de infraestructura física, se acordó a través del Consejo Nacional de Salud, impulsar la descentralización de funciones y recursos en lo referente a obras, conservación y equipamiento y, como parte de esta estrategia, se estableció la actualización de los Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para Población Abierta (PEMISPA), a fin de disponer de un instrumento de planeación estratégica, indispensable para la definición de los programas que habrán de ejecutarse en las entidades federativas.

Cabe destacar, que la capacitación se constituye en un instrumento de vital importancia para impulsar la descentralización en materia de obras, conservación y equipamiento; y a su vez, la detección de necesidades permitirá identificar los conocimientos y habilidades de los recursos humanos responsables de la infraestructura física en cada una de las entidades federativas, y se tornará en la etapa que permitirá enriquecer los instrumentos de atención integral de las necesidades del personal.

En este sentido, la detección de necesidades fomentará la capacitación del personal de la Secretaría de Salud, y apoyará el proceso de descentralización de la misma.

La importancia de la detección de necesidades en la capacitación, es el punto principal para desarrollar las acciones de la misma, con base en la diferencia de los perfiles reales y los ideales. Es por ello que la detección de necesidades permitirá especificar el tipo de capacitación o adiestramiento requerido para el personal, en apoyo al proceso de descentralización que se está realizando en la Secretaría de Salud, ya que proporcionará la información objetiva y real con respecto a las necesidades de los integrantes de la Institución. Cabe destacar, que la detección de necesidades implica una metodología que incluye una serie de técnicas y procedimientos, como la observación y la entrevista, para identificar los conocimientos y habilidades de los recursos humanos responsables de las áreas de infraestructura física en cada una de las entidades federativas.

En este contexto, se identifica al psicólogo como el profesional que debido a su formación académica y práctica, tiene el conocimiento y la sensibilidad para apoyar el aprovechamiento de las habilidades y conocimientos de los recursos humanos y de esta forma servir a su vez a la Institución, ya que cuando se beneficia al individuo también se beneficia a la organización de la que forma parte.

La participación del psicólogo en este trabajo consiste en la aplicación de métodos y principios de la ciencia de la conducta humana a las personas en el trabajo, observando objetivamente que un sujeto actúa a un nivel superior que otro en la misma situación, mirando con atención, escuchando, midiendo y registrando todo con objetividad, precisión e imparcialidad, por lo que este trabajo se propone implementar el Programa de Detección de Necesidades para el personal de infraestructura física de la Secretaría de Salud, para integrar una propuesta del Programa de Capacitación y Aprovechamiento de los Recursos Humanos, que permita el desarrollo profesional e institucional de los mismos.

El punto adecuado de partida de las acciones de capacitación está en la detección de necesidades, que le da sentido y dimensión al resto de las actividades del proceso. Lo que es más, una investigación cuidadosa permite decidir si lo procedente es capacitar a los trabajadores, aun cuando tengan serias necesidades.

La única manera de discernir lo anterior y de obtener información para elaborar cursos a la medida, consiste en especificar sistemáticamente las necesidades de capacitación. De aquí, la importancia de la detección de necesidades para el desarrollo de acciones de capacitación, pues constituye el punto de partida de la misma, se considera primordial para el desarrollo de este trabajo el abordar esta etapa.

La propuesta del programa de capacitación se llevará a cabo con base en los resultados que arroje la detección de necesidades que se desarrollará tanto a nivel nacional y estatal, como apoyo al proceso de descentralización de los servicios de salud en las entidades federativas a fin de fortalecerlo a corto y mediano plazo, y evaluar si las entidades cuentan con la organización y personal requerido para cumplir las funciones que se requieren en materia de obras, conservación y equipamiento.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

El proceso de capacitación y desarrollo se constituye en un proceso de cambio.

La capacitación, es uno de los elementos que permiten responder a los requerimientos del avance tecnológico propio de nuestra época, así como a la necesidad de contar con el personal preparado, por lo tanto es un aspecto clave en el desarrollo de las organizaciones.

La capacitación se ha de planear, realizar y evaluar a partir de un enfoque cualitativo asegurando dar respuesta formal y sistemática a las necesidades técnicas, humanas y administrativas detectadas, para resolver así cuestiones comparativas y estratégicas y no solo problemas específicos y de corto plazo. (Siliceo, A.A., 1995).

La capacitación dota al individuo de conocimientos que le permiten desarrollar sus habilidades y adecuar sus actitudes para contribuir al logro de objetivos organizacionales y al incremento en el nivel de vida de los trabajadores (Tesis Ayala Silva, Iniesta Lovera, 1992).

Si entendemos a la capacitación como un sistema podemos observar que se compone por varios subsistemas como la detección de necesidades, que constituye el insumo primordial, para que la misma responda a las necesidades de los trabajadores, así como permita a la propia organización cumplir con los objetivos y políticas para los que fue creada; de ahí que, la detección sea abordada de forma más amplia, como base que sustenta el presente trabajo.

La capacitación, tiene como objetivo principal proporcionar conocimientos sobre todo en los aspectos técnicos del trabajo. Tenemos así, que la capacitación consiste en una actividad planeada, basada en necesidades reales de una empresa u organización y orientada hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes del colaborador. (Siliceo. A. 1983)

Los propósitos de la capacitación, de acuerdo a Siliceo A. (1983) fundamentalmente son:

- **Crear, difundir, reforzar, mantener y actualizar la cultura y valores de la organización.**
- **Clarificar, apoyar y consolidar los cambios organizacionales.**
- **Elevar la calidad del desempeño.**
- **Resolver problemas.**
- **Habilitar para una promoción.**
- **Inducir y orientar al nuevo personal en la organización.**
- **Actualizar conocimientos y habilidades.**
- **Preparar integralmente para la jubilación.**

Las etapas de la capacitación, según Siliceo A. (1983) son:

- **Detección de Necesidades: Investigación para determinar las necesidades reales que existan y que deban satisfacerse a corto, mediano y largo plazos: diagnóstico de necesidades.**
- **Planeación: Una vez señaladas las necesidades que han de satisfacerse, fijar los objetivos que se deban lograr. Asimismo, se definen que contenidos de educación son necesarios, es decir, que temas, que materias y áreas deben ser cubiertas en los cursos.**

- **Ejecución:** Señalar la forma y método de instrucción ad hoc para el curso.
- **Evaluación:** Una vez determinados los contenidos y forma, y realizado el curso, se deberá evaluar.
- **Seguimiento:** El seguimiento o continuación de la capacitación.

DETECCIÓN DE NECESIDADES

Se entiende por necesidades de capacitación, la diferencia entre los estándares de ejecución de un puesto y el desempeño real del trabajador, siempre y cuando tal discrepancia obedezca a la falta de conocimientos, habilidades manuales y actitudes.

En estas condiciones la necesidad de capacitación se presenta en términos de puestos específicos y no referida a la carencia de conocimientos o informaciones en abstracto, en cuyo caso podría existir una necesidad de tipo educativo; se vincula en los objetivos de la empresa y en los del propio puesto, al cobrar dimensión a través de los estándares, con lo cual el desempeño por debajo de los niveles esperados significa problemas organizacionales. (Mendoza, 1982).

Una de las fases del proceso dinámico de la planeación de recursos humanos es diagnosticar las necesidades de capacitación y desarrollo del personal, estableciendo prioridades en función de objetivos y niveles.

A partir de las necesidades reales detectadas se establece un sistema integral de capacitación y desarrollo que comprenda todos los esfuerzos y actividades educativas en un mismo sector de desarrollo humano y profesional en la empresa y un incremento en la productividad organizacional.

Una de las premisas básicas para alcanzar un mayor nivel de madurez en materia de capacitación es realizar periódicamente un proceso de diagnóstico de necesidades de capacitación siguiendo un modelo científico. No sabemos que se necesita enseñar si no conocemos las carencias o necesidades del personal en términos de preparación técnica humana o administrativa y por lo tanto no se puede realizar exitosamente ningún evento de capacitación o desarrollo.

Según Grados, J. (1985), las áreas donde se requiere capacitar al trabajador son:

- **Área cognoscitiva:** se refiere a aquellos procesos de tipo intelectual que influyen en el desempeño de una actividad. Estos procesos como la atención, memoria, análisis, abstracción, reflejos nos proporcionan información sobre el mundo circundante, sus relaciones y organización que es necesario que las personas dominen.

- **Área psicomotriz:** se refiere al dominio de habilidades, hábitos, destreza mental, verbal y de movimiento, que las personas necesitan dominar en determinadas operaciones.

- **Área afectiva:** es el conjunto de aptitudes, valores y opiniones del individuo que lo hacen actuar en favor o en contra de personas, hechos y estructuras.

En el proceso lógico de la función de capacitación una de las etapas de acuerdo a la realidad laboral, es la investigación para determinar las necesidades reales que existen o que deben satisfacerse a corto, mediano y largo plazos: Diagnóstico de necesidades.

Sin la investigación previa de las necesidades, nunca se podrá pensar ni siquiera en la programación de ningún curso. En este orden de ideas, la capacitación tiene básicamente dos razones de ser; por un lado, satisfacer las necesidades presentes de las empresas con base en los conocimientos y actitudes y, por otro prever situaciones que se deban resolver con anticipación. Se menciona anteriormente que la investigación para determinar necesidades es la primera etapa que se debe atender. Cabe señalar que es importante que quede claro la siguiente expresión: "Solo es justificada y saludable una actividad cuando responde a una necesidad real" (Siliceo, A.A., 1995).

La secuencia que es recomendable a seguir antes de dar principio a las actividades de capacitación y desarrollo es: evaluación de necesidades (diagnóstico) y objetivo de capacitación y desarrollo.

Al decidir el enfoque que se debe utilizar, el capacitador debe evaluar las necesidades de capacitación y desarrollo.

Las necesidades de capacitación son el vínculo entre los objetivos de la empresa y las acciones de capacitación, una garantía de que la capacitación es la mejor alternativa para un problema dado, las necesidades de capacitación son el punto de partida para planear el desarrollo del personal, el fundamento en que se basan los planes y programas de capacitación, el principio de la sistematización de las acciones de capacitación. (Mendoza, 1982).

Las necesidades de capacitación son el conjunto de datos que debe estar presente en las etapas siguientes de la capacitación, ya que constituyen el criterio orientador más importante, son el reflejo de los intereses de los trabajadores.

Son algo dinámico que se transforma en la medida en que las personas y las empresas sufren modificaciones ya sea por cambios planeados o por el mero paso del tiempo, hechos que no pocas veces los trabajadores y sus jefes inmediatos desconocen, o respecto a los cuales tienen ideas poco precisas.

Son el resultado de un proceso sistemático y muchas veces complejo en el que se recomienda participen el personal y sus jefes inmediatos del mismo, además de los directivos.

El primer paso en la capacitación, según Gary D. (1991), es conocer que tipo de capacitación se requiere.

La evaluación de las necesidades de capacitación de individuos que son nuevos en sus puestos es relativamente sencilla. La tarea principal es identificar lo que comprende el puesto y dividirlo en subtarear, cada una de las cuales deberá ser aprendida posteriormente por el nuevo empleado. Sin embargo, el evaluar las necesidades de capacitación de los empleados actuales puede ser más complejo.

En este caso, generalmente la necesidad de capacitación deriva de problemas (como un exceso de desperdicio), por los que se tiene la tarea adicional de decidir si la capacitación es en realidad la solución.

Las dos técnicas principales para especificar las necesidades de capacitación son el análisis de la tarea y el análisis de desempeño (Gary, D., 1991).

- **El análisis de la tarea resulta especialmente apropiado para identificar las necesidades de capacitación de los empleados que son nuevos en su puesto. Este análisis es un estudio detallado de un puesto para identificar la experiencia requerida, a fin de que pueda instituirse un programa de capacitación apropiado.**

- **El análisis del desempeño básicamente comprende, evaluar el rendimiento de los empleados actuales para analizar si la capacitación podría reducir problemas en la ejecución como en el exceso de desperdicio o una baja producción. El análisis es un cuidadoso estudio del desempeño para identificar una deficiencia y posteriormente corregirla con nuevo equipo, un nuevo empleado o un programa de capacitación o cualquier otro ajuste.**

La detección de necesidades, debe tomar en cuenta a cada persona y permitir el establecimiento de un diagnóstico de los problemas actuales y de los desafíos ambientales que es necesario enfrentar mediante el desarrollo a largo plazo.

Las necesidades de capacitación también pueden hacerse tangibles mediante las entrevistas de planeación de la carrera profesional o de las verificaciones de evaluación del desempeño.

La detección de necesidades de capacitación, es un estudio cuyos resultados se obtienen de la comparación entre la manera apropiada de trabajar y la forma como realmente se trabaja. (Craig, R.L., y Bittel, L. R., 1991).

Se habla de necesidades de capacitación cuando existe una discrepancia entre lo que debiera hacerse y lo que realmente se hace y esta se debe a la falta de conocimientos, habilidades o actitudes adecuadas. La detección de necesidades es un elemento del sistema de capacitación que debe realizarse metodológicamente, con el fin de llevar a cabo las acciones de capacitación de una manera efectiva.

Las necesidades de capacitación básicamente se definen averiguando lo que sucede y confrontando con lo que debería suceder ahora en un futuro. Si hay diferencia, esta nos da la clave para planear el tipo y la intensidad de la capacitación. (Craig, R.L.; Bittel, L.R., 1991).

En este contexto, resulta mas comprensivo realzar la importancia de detectar necesidades de capacitación, ya que proporciona la información necesaria para elaborar o seleccionar los cursos o eventos que la empresa requiera, elimina la tendencia a capacitar por capacitar. Solo cuando existan razones válidas se justifica impartir capacitación.

Los principales beneficios de la detección de necesidades, según Mendoza, A. (1982), son:

- **Propicia la aceptación de la capacitación, al satisfacer problemas cuya solución mas recomendable es la de preparar mejor al personal, evitando así que la capacitación se considere una panacea.**
- **Asegura, en mayor medida, la relación con los objetivos, los planes y los problemas de la empresa, y constituye un importante medio para la consolidación de los recursos humanos y de la organización.**
- **Genera los datos esenciales para permitir, después de varios meses, realizar comparaciones a través del seguimiento, de los índices de producción, rechazos, desperdicios, etc.**

El punto adecuado de partida de las acciones de capacitación está en la determinación de necesidades, que le da sentido y dimensión al resto de las actividades del proceso.

La primera clasificación de tipos de necesidades de capacitación fue descrita en 1971 por Mendoza. Según esta clasificación, existen tres tipos: manifiestas, preventivas y encubiertas.

1) Las necesidades manifiestas, son:

Las surgidas por algún cambio en la estructura organizacional, por la movilidad del personal o como respuesta al avance tecnológico, de la empresa, reciben el nombre de manifiestas, dado que son bastante evidentes.

Su especificación no resulta por lo general muy complicada; es imprescindible conocer las metas de la gerencia y mantener al día la planeación de los recursos humanos.

El personal de nuevo ingreso, el que esta ascendido o transferido, el que ocupará un puesto de nueva creación, los cambios de maquinaria, herramientas, métodos de trabajo y procedimientos, así como el establecimiento de nuevos estándares de actuación, representan necesidades manifiestas.

2) Las necesidades preventivas, se atienden a través de la capacitación requerida para atender tales necesidades, se presume que los cursos o alguna otra modalidad deberán impartirse antes de que los trabajadores involucrados ocupen sus nuevos puestos o de que se establezcan cambios.

- 3) Las necesidades encubiertas, se dan en el caso en que los trabajadores ocupan normalmente sus puestos y presentan problemas de desempeño, derivados de la falta u obsolescencia de conocimientos, habilidades o actitudes. En este caso, el personal continuará indefinidamente en su puesto y las acciones de capacitación que presenten, se denominarán correctivas, dado que pretenden resolver la problemática existente.

Las necesidades encubiertas enfrentan comúnmente resistencia, tanto de trabajadores como de directivos y supervisores; su determinación es más difícil que las de tipo manifiesto. (Mendoza, A., 1982).

Como señala Craig, R.L. y Bittel, L.R. (1991), la determinación de las necesidades de capacitación en las organizaciones, representan una carencia de algo que aparece en función de una norma, de un patrón o de un deber ser. Se les conoce también como desviaciones.

Las necesidades de capacitación pueden ser clasificadas como sigue (Craig, R.L. y Bittel, L.R., 1991):

1. Las que tiene un individuo.
2. Las que tiene un grupo.
3. Las que requieren solución inmediata.
4. Las que demandan solución futura.
5. Las que piden actividades informales de entrenamiento.
6. Las que requieren actividades formales de entrenamiento.
7. Las que exigen instrucción "sobre la marcha".

8. Las que precisan instrucción fuera de tiempo.
9. Las que la organización puede resolver por sí misma.
10. Aquellas en las que la organización necesita recurrir a fuentes de capacitación externa.
11. Las que un individuo puede resolver en grupo con otros.
12. Las que un individuo necesita resolver por sí solo.

Boydell introdujo en 1971 la segunda clasificación: necesidades organizacionales, ocupacionales e individuales. Agregándolo una categoría mas: departamentales.

- 1) Las necesidades de carácter organizacional se dan cuando "estamos hablando de necesidades generales" (Mendoza, A., 1982) . En este caso esta implicada una parte importante de la empresa. El cambio de equipo, la introducción de nuevos procedimientos o la modificación de las políticas, son ejemplo de este tipo de necesidades.
- 2) Las necesidades ocupacionales son las que se refieren a un puesto en particular: vendedor, mecánico, supervisor de producción, proyectista.
- 3) Las de tipo personal son las que se ubican respecto de cada trabajador.
- 4) Las departamentales son las que afectan un área importante de la empresa, llámese división, gerencia, departamento o sección.

La última clasificación, descrita en 1979 por Donaldson y Scannell, tiene similitud con la presentada anteriormente, como se observa:

- 1) Una micronecesidad de capacitación se da sólo para una persona o para una población muy pequeña.
- 2) Las macronecesidades de capacitación existen en un grupo grande de empleados; frecuentemente en la población completa de la misma clasificación ocupacional. Siempre que una empresa cambia una política o adopta un procedimiento universalmente modificado, hay una presumible macronecesidad de capacitación.

Estas clasificaciones tienen no sólo un valor teórico dado que, para el manejo de diferentes tipos de necesidades, reportan beneficios prácticos, además de ser útiles para su categorización.

Las necesidades de capacitación podrían definirse de la siguiente manera, (Siliceo A.A., 1995):

- a) Las necesidades de capacitación son aquellos temas, conocimientos o habilidades que deben ser aprendidos, desarrollados o modificados para mejorar la calidad de trabajo y la preparación integral del individuo en tanto colaborador en una organización.
- b) Dichas necesidades constituyen la diferencia entre el desempeño actual del colaborador en su puesto de trabajo y las necesidades de trabajo presentes y futuras de conformidad con los objetivos de la organización.
- c) También pueden considerarse como aquellas carencias en los conocimientos o habilidades que bloquean o impiden el desarrollo de las potencialidades del individuo y la eficacia en el desempeño de su puesto de trabajo.

La detección de necesidades se logra con base en una comparación por medio de la cual se detectan discrepancias o diferencias entre lo que debería hacerse en la organización (modelo ideal) y lo que se hace en ésta (modelo real).

Para determinar las necesidades de capacitación y desarrollo puede recurrirse a varias fuentes de información (Siliceo, A.A., 1995):

- a) El análisis, descripción y evaluación de los puestos.
- b) La calificación de méritos y la evaluación del nivel de desempeño de los empleados.
- c) Nuevas contrataciones, transferencias y atención de personal.
- d) Promociones y ascensos del personal.
- e) Información estadística derivada de encuestas, cuestionarios o entrevistas, diseñadas especialmente para determinar necesidades.
- f) Índices de desperdicio y altos costos de operación.
- g) Niveles de seguridad e higiene industrial.
- h) Quejas
- i) Peticiones expresas respecto de capacitación planteadas individual y grupalmente.
- j) Evaluación de cursos y seminarios.
- k) Expansión y crecimiento de la organización.
- l) Inspecciones y auditorías.
- m) Reconocimientos oficiales.

Las claves para determinar necesidades de capacitación, pueden obtenerse de otras fuentes escritas. Las quejas, solicitudes, sugerencias que en general se hacen realmente, deben ponerse por escrito para que puedan ser usadas como base para determinar las necesidades de capacitación. La información escrita es más precisa y útil y desde luego oficial.

Las fuentes de información para identificar estas necesidades serán:

- Datos diversos obtenidos del personal
- Problemas de calidad
- Actitudes positivas o negativas
- Promociones
- Inducción del personal
- Otras

Así pues, el análisis de necesidades es parte medular; antes de lanzar programas de capacitación, se requiere conocer cuales son las necesidades actuales y futuras. (Arias, G. F., 1990).

Dicho análisis esta basado en:

1. Índices de eficacia de la organización que se expresan frecuentemente en términos de contabilidad de costo, siendo el cociente del rendimiento real sobre el ideal.
2. Análisis de las operaciones en donde se busca determinar el contenido del trabajo de cada puesto y los requisitos para desempeñarlo de una manera efectiva.

3. Análisis humano que se utiliza tomando fundamentalmente dos elementos:

- a) **Inventario de recursos humanos**, ya que este tipo de inventario nos indica con que potencial cuenta la empresa en el momento actual y como va a proyectarse en el futuro

- b) **Moral de trabajo de la organización**. Los lineamientos de una organización están en función de las actitudes de sus miembros; si los empleados perciben los sistemas, procedimientos y objetivos de la empresa como su medio para satisfacer sus propias necesidades, la moral que impera es de cooperación y confianza mutua.

Podemos entender la detección de necesidades como un análisis comparativo entre las tareas realizadas en la realidad contra la demanda de tareas que presenta la organización. Al realizar este tipo de análisis obtenemos una diferencia, la que representará la información básica para el inicio del proceso de capacitación.

En este sentido, nos referiremos a la detección de necesidades, como la fase del proceso, de cuya calidad y precisión dependerán en un alto porcentaje los resultados que se obtengan. Es decir, una acertada detección de necesidades no solo es un prerrequisito técnico indispensable e ineludible para elaborar un programa efectivo de capacitación, sino que constituye su único y más sólido fundamento y justificación.

Las necesidades individuales pueden ser determinadas por el Departamento de Personal o por los Supervisores, en algunas ocasiones el empleado mismo las señalará. Es posible que el Departamento de Personal detecte puntos débiles en el personal que contrata o en el que promueva. Los supervisores están en contacto diario con sus empleados y ellos constituyen otra fuente de recomendaciones para procesos de capacitación.

Los capacitadores inician por evaluar la descripción de puesto, para identificar sus principales tareas.

Otro enfoque consiste en realizar una encuesta entre los candidatos a capacitación para identificar las áreas en que deseen perfeccionarse, la ventaja de este método consiste en que las personas que reciben el programa tienen mayor tendencia a considerarlo relevante y por lo tanto a adoptar una actitud más receptiva. Este enfoque, se basa en la suposición de que los candidatos a capacitación, saben cuál es su mayor necesidad.

Los capacitadores se mantienen alertas para detectar otras fuentes de información, para que puedan identificar una necesidad de capacitación. Las cifras de producción, los informes de control de calidad, las quejas, los informes de seguridad, el ausentismo, el índice de rotación de personal, y las entrevistas de salida, ponen de relieve problemas que se deberán resolver mediante programas de capacitación y desarrollo.

Con independencia de como se efectúa la evaluación de necesidades este paso es esencial para que los otros pasos de la capacitación se desenvuelvan bien, ya que dependen de una evaluación adecuada.

Si la evaluación de necesidades que lleva a cabo el capacitador no es correcta, es poco probable que los objetivos de capacitación y el contenido del programa sean ideales.

Cuando la detección de necesidades de capacitación no es muy clara, compete a la gerencia analizar periódicamente sus actividades para averiguar si alguna operación mejorarla con el adiestramiento especial. Y aquí es precisamente donde surge el problema: una deficiencia o actividad mal ejecutada ha de ser advertida y luego se decide si el problema es corregible con el adiestramiento. Una de las fuentes de información sobre la detección de necesidades de capacitación, es la evaluación periódica de rendimiento. Con ella, se detectan las cualidades y limitaciones del personal, y así se hacen recomendaciones tendientes a corregir determinada falla o deficiencia.

Los métodos utilizados para obtener información en el análisis de necesidades, pueden ser: tanto los índices de eficacia, análisis de operaciones como el análisis humano, utilizan indistinta y específicamente los siguientes métodos (Arias, G.F., 1990):

- a) Observación
- b) Cuestionario
- c) Entrevistas

Los principales métodos para determinar las necesidades de capacitación, según Craig, R.L. y Bittel, L. R. 1991, son:

- a) Análisis de una actividad (proceso, trabajo, operación).
- b) Análisis de equipo
- c) Análisis de problemas
- d) Análisis del comportamiento
- e) Análisis de la organización
- f) Evaluación del trabajo
- g) Reunión creativa o "brainstorming".
- h) Los grupos BSSS'
- i) Las tarjetas
- j) Lista de confrontación
- k) Comités
- l) Comparación
- m) Consultores
- n) Consejo personal
- o) Problemas en charola de "entrada".

Algunos de los métodos anteriormente descritos producen fuentes escritas: los estudios, y las encuestas. Sin embargo el propósito (Craig, R.L. y Bittel, L. R., 1991) es considerar los materiales escritos que ya están en existencia, como son:

- Artículos
- Libros
- Estudios de casos
- Quejas
- Crisis
- La experiencia ajena
- Índices
- Quejas formales
- Planes
- Las Políticas
- Registros
- Informes
- Solicitudes
- Los rumores
- Aseveraciones
- Sugerencias
- Síntomas
- Otras fuentes

Las técnicas o instrumentos utilizados con más éxito en la búsqueda de información relativa a necesidades de capacitación y desarrollo son las siguientes (Craig, L.R., y Bittel, R.L., 1991):

- a) Entrevista individual
- b) Entrevista en grupo
- c) Aplicación de cuestionarios
- d) Aplicación de evaluaciones y pruebas
- e) Inventario de recursos humanos
- f) Datos estadísticos
- g) Comités
- h) Informes y opiniones de consultas externas
- i) Diagnóstico organizacional

Existen tres áreas de detección de necesidades (Siliceo, A.A., 1995):

- a) Cuando los requerimientos del trabajo cambian a consecuencia de modificaciones de las circunstancias organizacionales; por ejemplo: sistemas de trabajo, tecnología, nuevos productos y/o servicios, reestructuraciones parciales o totales, etcétera.
- b) Cuando el titular de un puesto cambia, va a ser o ha sido promovido y se determinan deficiencias entre sus habilidades, conocimientos y actitudes y las que el puesto demanda; esto es, apoyo a los planes de carrera.

En todos estos casos es básico contar con un análisis actualizado del puesto a comparar.

c) **Existen otras razones para que una empresa ponga en marcha un programa de adiestramiento y capacitación para su personal; algunas de ellas son:**

- Expansión
- Nueva legislación
- Trabajos y asignaciones especiales
- Transferencias y retiros
- Variaciones estacionales
- Nueva administración

Los métodos para la detección de necesidades pueden ser diversos en los que destacan por su aceptación, sentido práctico y resultados probados, los siguientes (Siliceo, A.A., 1995):

1. Comité de asesoría
2. Centro de evaluación
3. Encuestas de actitud
4. Grupos de discusión
5. Entrevistas con el personal
6. Entrevistas de salida
7. Petición directa expresa
8. Observación de conducta, actitud
9. Evaluación del desempeño
10. Reportes y documentos de desempeño
11. Cuestionarios
12. Prueba de habilidad

Cualquiera que sea el método utilizado, la investigación de la detección de necesidades de capacitación y el establecimiento de los objetivos, son un proceso muy importante; de ello puede depender la eficacia de todo un programa.

Es necesario determinar las necesidades de capacitación por varias razones:

1. Para que la gente sea más productiva en su trabajo actual y este lista para progresar.
2. Porque el éxito de la empresa exige un desarrollo óptimo de la labor individual. Esto requiere que se definan y se resuelvan las necesidades de conocimiento de cada miembro, lo que se traduce en conocimiento y desarrollo.
3. Porque todas las "personas normales", independientemente de su lugar en la jerarquía pueden hacer un buen trabajo, quieren hacer un buen trabajo y harán un buen trabajo si tienen la oportunidad.

Esta oportunidad se da, en parte, cuando la empresa prevé la necesidad de una persona de mejorar sus conocimientos, habilidades o actitudes. Al hacerlo la compañía aumenta su productividad al paso que el individuo avanza en su carrera. Otra vez el primer paso consiste en determinar las necesidades válidas de entrenamiento.

4. Porque podemos desperdiciar tiempo diverso y esfuerzo cuando el entrenamiento no está basado en necesidades que existen o que van surgiendo (Craig, R.L. y Bittel, L.R., 1991).

Todo trabajo tiene un punto óptimo y siempre que esto ha sido expresado, pero no escrito, existen dos puntos en realidad; el que flota en la cabeza del jefe y el que flota en la cabeza del subordinado.

Los puntos óptimos de realización de un trabajo se pueden expresar en términos que se prestan a una medida objetiva.

Lo que un diagnóstico de capacitación manifiesta, se debe agrupar en tres grandes dimensiones educativas (Siliceo, A.A., 1995):

- 1. Una eminente técnica que responde a las necesidades del puesto y se enfoca a mejorar el desempeño de su titular.**
- 2. Otra administrativa que proporciona a la persona una concepción de lo que es el negocio, del funcionamiento de una empresa y de la necesidad de una infraestructura administrativa para el logro productivo de resultados. Que el personal sepa en que lugar está dentro de la empresa y teniendo una visión de conjunto ubique su papel dentro de ese universo.**
- 3. La dimensión humana que le permita conocer, practicar y vivir los principios de las relaciones humanas y de los procesos de comunicación, integración, motivación y manejo de conflictos, todo ello dentro de una línea de crecimiento personal, familiar y profesional.**

Lo importante de estas tres dimensiones, es que cada una en su peso específico resulta igualmente necesaria para el desempeño productivo de la organización.

A continuación se enlistan algunos de los beneficios de un diagnóstico de necesidades de capacitación (Siliceo, A.A., 1995):

- a) Análisis y localización de necesidades educativas.**
- b) Diagnóstico de clima organizacional, evaluación de la moral del personal.**
- c) Obtención de perfiles educativos de los puestos en la organización.**
- d) Información para la programación de actividades del departamento de capacitación.**

- e) **Información para calcular el costo-beneficio del programa de capacitación.**
- f) **Definición de recursos necesarios como:**
- Encuestas a realizar
 - Cuerpo de instructores
 - Materiales didácticos necesarios
 - Metodología a emplear
 - Recursos físicos
 - Auxiliares didácticos necesarios
- g) **Apoyo al inventario de recursos humanos.**

A partir de estos planteamientos, es importante precisar que las bases teórico metodológicas que sustentan el desarrollo de este trabajo, son las premisas conceptuales de Silíceo, que establece fuentes de información para realizar la detección de necesidades a la Encuesta y a las Entrevistas, toda vez que una organización ha presentado cambios, como es el caso que nos ocupa, pues la Secretaría de Salud, y en lo específico la Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento, a partir de 1994 ha reorientado su quehacer institucional, básicamente en materia de planeación, normatividad, coordinación y evaluación operativa, conllevando con ello, a modificaciones en las funciones que desempeña el personal responsable de la infraestructura física a nivel nacional, pues las entidades federativas a través de las áreas de infraestructura física, deberán de establecer los programas de trabajo que emprenderán en las tres áreas de atención, que son obras, conservación y equipamiento de la infraestructura física de las unidades médicas, a fin de que con ello, se logre ampliar la cobertura de atención de los servicios médicos y se garantice la calidad de los mismos a la población abierta.

Ahora bien, y con el propósito de ubicar las funciones que desempeña la Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento, como área desconcentrada de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Salud, se presenta el desarrollo institucional que ha mostrado.

CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA

A. SEMBLANZA DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

En México, desde el siglo pasado, existieron instituciones con una sólida tradición de trabajo para conservar y apoyar la salud humana, que permitieron establecer la salubridad general, es el caso de la Facultad Médica del Distrito Federal en 1831 y del Consejo Superior de Salubridad fundado diez años después. Estas instituciones, antecesoras de la Secretaría de Salud, trataron de atender los diversos padecimientos de la población y aliviar sus necesidades de asistencia. Así, los esfuerzos del Consejo Superior de Salubridad fueron secundados y complementados desde 1861 por la Dirección de la Beneficencia Pública.

A principios del siglo XX, en México no existía un sistema de salud que atendiera a la población de escasos recursos económicos, ésta fue una causa entre otras, que originaron y propiciaron el movimiento armado de 1910. Una vez concluido el proceso revolucionario, en la Constitución de 1917 se concretaron los anhelos de mejorar las condiciones de vida para la población y se incluyó la obligatoriedad del Estado por resolver los problemas de bienestar social para los habitantes del país; en especial, para los sectores económicamente débiles tanto del medio urbano como del rural.

La etapa de reconstrucción del país, conllevó la realización de esfuerzos aislados por establecer un sistema de salud que atendiera a los distintos estratos de la sociedad mexicana; en 1917 dadas las condiciones del contexto económico, social y político, dieron un nuevo enfoque a los servicios que ofrecía la administración pública federal naciente, que conllevó a la creación del Departamento de Salubridad Pública como órgano nacional encargado de la salubridad y la higiene pública.

Durante el período de 1934-1940 a pesar de la continuidad en los programas de salubridad y los cambios en la dirección del Departamento de Salubridad Pública, se realizó durante la administración del Dr. Abraham Ayala González, el Primer Congreso de Higiene Rural, que se efectuó en Morelia, Michoacán que recomendó "la creación de los servicios rurales cooperativos" que iniciaron su operación en la Comarca Lagunera, quedando para 1936, 34 servicios cuyos presupuestos fueron cubiertos por la Federación en el 92 por ciento de la aportación total y el 8 por ciento correspondió a la aportación campesina. En su primera etapa se hizo la localización geográfica, la selección de las zonas aptas para los servicios rurales, de los sistemas de cooperación económica y se formularon los programas de trabajo y preparación de personal técnico capaz de radicar en las pequeñas comunidades rurales.

Como parte de los acontecimientos sociales, políticos y económicos de la época, aunado a la demanda creciente de servicios asistenciales, se determina la creación en 1937 de la Secretaría de Asistencia Pública que sustituye a la Dirección de Beneficencia Pública.

Durante el sexenio del Gral. Manuel Avila Camacho, de 1940 a 1946, se dispuso que los servicios de salubridad y los de asistencia fueran coordinados por un sólo organismo, es así que, mediante Decreto Presidencial del 15 de octubre de 1943 y publicado en el Diario Oficial, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para aprovechar la afinidad de funciones de las instituciones precedentes para operar con eficiencia.

Durante sus primeros años, la nueva Secretaría centró su esfuerzo en el cumplimiento del Plan de Construcción de Hospitales, iniciado en 1940. Este plan tenía como propósito que la nación mexicana se beneficiara con un sistema hospitalario que impartiera la atención médica en tres grupos institucionales: hospitales generales centrales, principalmente en las ciudades que contaran con facultades de medicina, hospitales regionales, para satisfacer las necesidades médicas de determinadas zonas y hospitales generales rurales, para pequeñas colectividades; como motor de esa red se encontraba el Centro Médico de la República, en la Ciudad de México.

La Secretaría en este proceso, realizó construcciones hospitalarias en la mayor parte de los Estados de la República; y en el Distrito Federal, la Maternidad Mundet y el Hospital de Enfermos Crónicos de Tepepan y el Hospital del Niño (actualmente Hospital Infantil de México "Federico Gómez"), que representa una de las obras de más trascendencia social, que fue inaugurado el 30 de abril de 1943, cuya capacidad inicial era de 550 camas distribuidas por especialidades, entre las que se encontraba las salas de enfermedades infecciosas y la de tuberculosis.

También, ese mismo año (1943), se modifica la Constitución Política para crear el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como institución que, además de otorgar servicios médicos, proporcionaría prestaciones a la clase trabajadora semejantes a las que se tenían en otros países del mundo.

En una primera etapa, estas dos instituciones se encargaron de proporcionar servicios de salud a toda la población del país, que se estimaba ascendía a 20.9 millones de habitantes, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la responsabilidad de dar servicios a los trabajadores asalariados consignados en el Apartado "A" del Artículo 123 Constitucional, y la Secretaría de Salubridad y Asistencia a todos los sectores de la población de escasos recursos, no incluidos en el sistema de seguridad social, principalmente los grupos ubicados en el medio rural; esta decisión representó una base sólida al crear instituciones jurídicamente estables.

Sumado a esta situación, subsistía en el país una fuerte carencia de infraestructura física de clínicas y hospitales que posibilitará ampliar la cobertura de atención y cumplir con el precepto Constitucional de acercar servicios de salud a la población.

En este sentido, el Dr. Salvador Zubirán, convocó al " Seminario de Arquitectura Nozocomial", que contó con la participación y capacitación de los más prestigiados médicos y arquitectos de la época, en donde se definieron políticas, objetivos, sistemas, normas, prototipos, entre otros aspectos de infraestructura física para atender a la población de escasos recursos económicos que no estaba incorporada al naciente sistema de seguridad social, es decir, casi toda la población del país.

Las normas fijadas por el Seminario de Arquitectura Nozocomial, representó un gran esfuerzo colegiado que adaptó tecnología hospitalaria de avanzada de otros países a la realidad de México; ya que hasta antes de esa fecha, la infraestructura hospitalaria disponibles fueron copias inadecuadas de los Estados Unidos de Norteamérica y de Europa, principalmente. Con esta filosofía y paralelamente a la formación de recursos humanos especializados, se inició la construcción de un vasto programa de unidades hospitalarias en las principales ciudades del país y el primer ensayo de instituciones especializadas en el Distrito Federal como fueron el Hospital Infantil y el Hospital Central Militar, por sólo mencionar algunos.

En este mismo lapso, inició operaciones en la Ciudad de México el Instituto Mexicano del Seguro Social, adquiriendo un sanatorio privado en el sur de la Ciudad de México, para dar servicio a sus primeros asegurados y derechohabientes.

Para abril de 1943, se inaugura el Instituto Nacional de Cardiología, para otorgar servicios a quienes por padecer afecciones del corazón necesitaban ser encamados o recibir tratamiento ambulatorio; asimismo, daba servicios de prevención contra enfermedades cardíacas y servicio social en beneficio de pacientes de escasos recursos, a la vez que se constituyó en centro de investigación pura y aplicada, y de enseñanza especializada.

En 1945 estaban inscritos al IMSS 34 mil patronos, 310 mil trabajadores y 452 mil beneficiarios, y disponía de una infraestructura hospitalaria de 19 clínicas, 11 sanatorios, 129 consultorios, 39 farmacias y 28 laboratorios clínicos y radiológicos.

En Octubre de 1946, antes de concluir su gestión como Secretario de Salubridad y Asistencia, el Dr. Gustavo Baz Prada; se inaugura el Hospital para Enfermedades de la Nutrición, dedicado al estudio y atención de quienes padecían enfermedades originadas en los trastornos de las funciones nutricionales. Su organización comprendió, al inaugurarse las áreas de: medicina y cirugía, investigación, educación médica, nutrición de la comunidad, ciencia y tecnología alimentarias.

En el sexenio de 1946 a 1952, siendo Presidente de la República el licenciado Miguel Alemán Valdés, la Secretaría de Salubridad y Asistencia estuvo dirigida por el doctor Rafael Pascasio Gamboa, de donde se destinaron considerables cantidades de presupuesto a la ampliación y mejora de las instalaciones y equipo de hospitales, clínicas y dispensarios, y a la construcción de nuevos centros de salud.

En el Distrito Federal, debido al incremento de la población, los dispensarios instalados hasta entonces ya eran inadecuados e insuficientes para atender la demanda de servicios, por tal razón, se dividió al D.F. en distritos sanitarios y en cada uno de ellos fue instalado un centro de salud con servicios médicos polivalentes.

En los Estados, se continuó con la ampliación de la red de servicios hospitalarios iniciada en la administración anterior; durante esos seis años fueron concluidos los nosocomios que se hallaban en construcción y fueron edificadas otras, con lo que la infraestructura física disponible ascendía a 61 hospitales con capacidad total de 6 mil 200 camas.

Se creó, adicionalmente, el servicio de "Hospitales Rurales" para proporcionar servicios médicos a pequeñas poblaciones, los primeros hospitales rurales fueron los de Coatzacoalcos y Jalapa, Veracruz con capacidad de 150 camas respectivamente, Tuxtepec, Ocotlán y Uruapan, Michoacán con 80 camas cada uno; y se ampliaron los servicios médicos cooperativos, establecidos por participación económica a partes iguales, entre los campesinos y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, incrementándose de 91 unidades que existían en 1947 a 226 en 1952, extendiendo a 61 mil 390 familias los beneficios médico-sanitarios. Con estas acciones se concedía especial atención a los problemas de salud nacionales que afectaban en gran medida a la población rural. Los "Hospitales Rurales", las unidades de salubridad y asistencia, y los centros de salud fueron característicos de este período para los servicios médicos y profilácticos.

El IMSS por su parte, inició operaciones en los principales centros industriales del país, como fueron la Ciudad de México, Monterrey, Nuevo León, Orizaba, Veracruz, Puebla, Puebla, y Guadalajara, Jalisco, entre otros.

En este proceso de construcción de la infraestructura hospitalaria, la mayor responsabilidad de otorgar los servicios de salud en el país, la tenía la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por estar en la fase inicial de operaciones el IMSS; asimismo, existían también sanatorios improvisados de algunas Secretarías de Estado para dar servicio a los trabajadores del Gobierno Federal que se ubican en el Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional.

En el período de 1952-1958, durante la administración del Presidente Adolfo Ruiz Cortines, fungió como Secretario de Salubridad y Asistencia, el Dr. Ignacio Morones Prieto; una de las características de este período fue el notable incremento de la población que seguía siendo eminentemente rural y estaba mal distribuida; había cerca de 90 mil localidades con menos de 2 mil 500 habitantes, con salubridad deficiente por falta de agua potable, fecalismo superficial, viviendas con presencia de animales domésticos, iluminación escasa, educación insuficiente, plagada de conceptos y prácticas nocivas a la salud.

Para incrementar y mejorar los servicios de asistencia, se organizó en enero de 1954 la **Comisión Nacional de Hospitales**, que tuvo como finalidades, supervisar los programas médicos, así como planear y construir nuevas unidades hospitalarias.

Uno de los trabajos más importantes fue la elaboración del Censo Nacional de Hospitales, que constituye el antecedente inmediato que se tiene sobre los Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para Población Abierta, que permitió contar con datos precisos sobre la ubicación, capacidad y radio de acción de cada uno. Con esta base de información fue posible formular programas y planos de hospitales y centros de salud "tipo" de acuerdo a las condiciones demográficas de cada región, y establecer instituciones especializadas, como hospitales antituberculosos e infantiles o granjas de recuperación para enfermos mentales en las zonas más apropiadas.

Los **Programas de Salubridad Integral**, constituyeron una de las características más notables en el desarrollo de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia durante este período. Tales programas tendían a lograr el bienestar de la población mediante la solución de los problemas sanitario-asistenciales. Para atender poblaciones de 50 mil a 100 mil habitantes se construyeron numerosos centros de salud, en los cuales se suministraban servicios preventivos y sociales, que se complementaban con la asistencia médica en los hospitales regionales. En poblaciones de menos de 50 mil habitantes los programas estaban a cargo de las unidades de salubridad y asistencia que contaban con algunos servicios especializados. En poblaciones de 10 mil a 25 mil habitantes la atención sanitaria y asistencial estaba a cargo de los centros de salubridad y asistencia que desarrollaban labor polivalente, sobre todo contra las enfermedades transmisibles, en higiene, asistencia materno-infantil y en educación higiénica. En poblaciones menores se instalaron los centros auxiliares rurales, cuyos programas y servicios estaban íntimamente relacionados con los centros de salud.

En este orden, adicionalmente con el apoyo de la Beneficencia Pública, se inició en 1955, un programa en la Ciudad de México por transformar el Hospital General en el Centro Médico Nacional, que se proyectó contara con mil 850 camas. Este Centro comprendía el Hospital Médico Quirúrgico, el de Cancerología, Traumatología y Ortopedia, Gineco-Obstetricia, Neurología, la Unidad de Convalecientes, la Unidad de Investigaciones y Anatomía Patológica, Oficinas Administrativas, la sede de las Academias de Medicina y Cirugía, el Centro de Convenciones, una lavandería central y el Instituto Nacional de la Nutrición.

Por su parte, el IMSS continuó ampliando su cobertura, a través de dos variantes: la primera, la formación de **Uniones Médicas Locales**, en las que se agrupaban diversos especialistas para otorgar la prestación médica a los derechohabientes, a través de una cuota que pagaba el IMSS por consultas o servicios otorgados; cabe destacar, que la infraestructura para proporcionar estos servicios fueron los propios consultorios o gabinetes de estudios de los médicos de la Unión. La segunda opción, fue seguir construyendo una infraestructura propia, tanto hospitales como clínicas de consulta externa, en las que se otorgaba los servicios con recursos y personal propio.

En este proceso de crecimiento, el Instituto que con sus programas médicos cubría en 1952 a la población derechohabiente de diversos estados de la República y que para 1958 tenía una cobertura nacional, que cubría un millón 141 mil personas, en 2 mil 564 establecimientos, de los cuales 219 proporcionaban en ese año atención a campesinos.

En la administración **1958-1964**, del Lic. Adolfo López Mateos, la Secretaría de Salubridad y Asistencia estuvo a cargo del Dr. José Álvarez Amézquita, período en el que se dio un gran empuje a todo el sistema de salud operado por el Estado Mexicano, tanto en ampliación de cobertura, como en la construcción y equipamiento de obras sanitario-asistenciales a un ritmo más acelerado, poniéndose en servicio 16 mil 164 camas, de las cuales 10 mil de estas se ubicaron en áreas rurales.

En este proceso, la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó una dependencia denominada "**Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria**", que tenía la atribución de dotar de la infraestructura necesaria los servicios de salud, además de amplios programas de suministro de agua potable en localidades pequeñas. En esta etapa, se realizó un vasto plan de construcción de unidades hospitalarias, tanto en los grandes centros urbanos, como en medianas y pequeñas ciudades, además de la amplia red de Centros de Salud para la población rural en todo el territorio nacional. Dadas las dimensiones de este proyecto, se puede considerar que este programa intensivo de infraestructura física para el sector campesino, es uno de los más importantes que se han realizado.

En esta administración, entre 1960 y 1964 se construyeron 6 Hospitales-Granja para atender a enfermos mentales, los cuales fueron: Hospital Fray Bernardino Alvarez (DF), Hospital Granja La Salud (Zoquepán, México), Hospital Granja para Enfermos Mentales (Villahermosa, Tabasco), Hospital Granja José Sáyo (Tepexpan, México), Hospital Granja Cruz del Sur (Oaxaca, Oaxaca) y el Hospital Cruz del Norte (Hermosillo, Sonora).

Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social, adquirió a la Secretaría de Salubridad y Asistencia el Centro Médico Nacional que adaptó a sus propias necesidades y terminó en este período de construir y equipar, mismo que a finales de la administración (15 de marzo de 1963), inició la prestación de servicios con recursos humanos y equipamiento altamente calificado, otorgando servicios en condiciones de excelencia; sumado a este esfuerzo, durante el bienio 1959-1960 fueron construidas adicionalmente 18 clínicas y hospitales; y obras de adaptación en 37.

El Instituto eliminó las Uniones Médicas puestas en marcha la administración anterior, que presentaban una operación inadecuada, tanto en costos como en calidad de los servicios, substituyéndolas por un basto plan de construcción de hospitales operándolos con servicios propios; en su lugar, se creó la modalidad de "Clínicas Hospitalares", integrando los servicios del primero y segundo nivel de atención en un solo sitio, lo que significó por las economías de escala, fuertes ahorros en inversión y operación, pero sobre todo, una mejor atención a la población derechohabiente con una mejor organización médica.

En 31 de diciembre de 1959, se aprueba la Ley que crea el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y entra en vigor el 1 de enero de 1960, como un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, abocado a elevar el nivel de vida de los servidores públicos, sujetos al régimen del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional. Este Instituto es resultado del crecimiento de la población trabajadora del Estado, que significó el incremento de las necesidades de ésta, que exigía una respuesta del Estado en lo concerniente a una reforma en la política laboral.

Para otorgar servicios a estos grupos de trabajadores, se rehabilitó y terminó la construcción del antiguo Hospital Fajor, que había sido adquirido por el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), convirtiéndose en el actual "Hospital 20 de Noviembre", además en la Ciudad de México, se construyeron Unidades de Clínicas de Consulta Externa, de Medicina General y de Especialidades.

Para 1963, el ISSSTE contaba con 826 mil 827 derechohabientes, en 107 clínicas, 69 hospitales, 229 puestos periféricos, un centro hospitalario, un hospital directo y 6 unidades adscritas subrogadas.

En este período, en su VI Informe de Gobierno, el Lic. Adolfo López Mateos informó al H. Congreso de la Unión, que la infraestructura hospitalaria de beneficio sanitario y asistencial en el sexenio sumaba 6 mil 90 obras con 14 mil 304 camas, es decir, 57 por ciento más de las existentes al iniciarse su administración, de donde el 80 por ciento del incremento (10 mil 412 camas) beneficiaba al medio rural.

En el sexenio 1964-1970 del Presidente Gustavo Díaz Ordaz, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, estuvo dirigida primero por el Dr. Rafael Moreno Valle (1964-1968) y después por el Dr. Salvador Aceves Parra (1968-1970). Durante este período se tuvo por concepto de salud el equilibrio que permite al individuo -célula fundamental de la sociedad- mayor protección y el logro del más alto nivel personal y colectivo.

A la lucha por la salud se avocaron las campañas sanitarias, la orientación higiénica para la educación y las medidas de prevención y las de asistencia médica y social. En las comunidades rurales, a través del Programa de Obras Rurales por Cooperación, se efectuaron programas de beneficio colectivo, que abarcaron desde obras de saneamiento del ambiente, hasta la construcción de redes de distribución de agua potable, de caminos vecinales, aulas, huertos familiares y mejoramiento de viviendas, de igual manera, se incrementó el número de centros de salud en pequeñas comunidades rurales, mismas que fueron realizadas con apoyo de las comunidades, que en total sumaron 2 mil 26 centros de salud distribuidas en zonas rurales.

Después de tres décadas en que los diversos Gobiernos de la República impulsaron la construcción de infraestructura, se presentó la duplicidad de instalaciones y de servicios en ciertos municipios, mientras que en otras las carencias eran inmensas.

Esta etapa se destacó por el impulso dado a la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, junto con otras dependencias gubernamentales e instituciones descentralizadas, cuyas actividades de beneficio social fueron análogas a las de la propia Secretaría. Derivado de esta tendencia, se crea por Decreto Presidencial del 6 de agosto de 1965 la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, para asegurar el óptimo aprovechamiento de recursos y evitar duplicidades en esfuerzos; en la que participaron: la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, y el Desarrollo Integral de la Familia; aunque con resultados parciales en sus acciones.

El acontecimiento más relevante de este período fue la "**Operación Castañeda**", destinada a sustituir el antiguo Manicomio General por una red de hospitales y granjas psiquiátricos, acordes con las nuevas tendencias de atención a los enfermos mentales.

Entre 1967 y 1968 se concluyeron los hospitales psiquiátricos Dr. Samuel Ramírez Moreno, con 520 camas (Tláhuac, D.F.); el Adolfo M. Nieto con 524 camas para mujeres (Tepexpan, México); Dr. Fernando Ocaranza con 650 camas (Tizayuca, Hidalgo).

La Secretaría continuó construyendo infraestructura hospitalaria, destacándose la remodelación total de los Hospitales Juárez y General de la Ciudad de México. La asistencia médica y social siguió proporcionándose en el sistema hospitalario y asistencial de la Dependencia, que en 1970 disponía de 48 centros en el Distrito Federal y mil 994 establecimientos en el interior del país.

El IMSS fuertemente sacudido por el impacto del movimiento médico que se gestó a inicios del sexenio y con problemas financieros derivados del intenso programa de construcciones, llevado a cabo durante la administración anterior, fue éste para el Instituto, un período de consolidación y asentamiento.

Para 1966 amparaba una población de 7.5 millones de derechohabientes, distribuidos en 457 municipios de diversas entidades federativas, para ello disponía de 923 unidades médicas de diversos tipos, contando con 13 mil 314 camas propias de los Hospitales y 2 mil 299 subrogadas, que representaba el 21.87 por ciento del total nacional.

Durante este sexenio, en el Distrito Federal y el Valle de México fueron mínimas las construcciones, siendo el cuidado preponderante el conservar y rehabilitar las unidades ya construidas en años anteriores; destacando solo las ampliaciones en 1969 del Centro Médico La Raza. Los esfuerzos en cambio, se orientaron a establecer unidades en otras ciudades de la República, como fue la creación del Centro Médico de Occidente, en Jalisco; el Hospital de Gineco-obstetricia de Monterrey, Nuevo León.

La población amparada por el ISSSTE era en 1965 de un millón 29 mil 654 personas, pasando en 1970 a un millón 400 mil 473, con lo que amplía su cobertura de atención y en consecuencia su infraestructura física en las principales capitales de las entidades federativas, dado que es donde se ubican los grupos mayoritarios de trabajadores del Poder Ejecutivo Estatal; en esta línea, construyó el Hospital General Adolfo López Mateos y para 1969, el Instituto contaba con 396 puestos periféricos, 38 clínicas en el D.F., 101 clínicas foráneas y 28 hospitales generales.

La política sanitaria en el sexenio 1970-1976 del Presidente Luis Echeverría Álvarez estuvo a cargo del Dr. Jorge Jiménez Cantú (1970-1975) y del Dr. Ginés Navarro Díaz de León (1975-1976). Esta se caracterizó por su dirección hacia el uso adecuado de los recursos de la ciencia y la técnica para propiciar la salud de los individuos y de las colectividades. Para ello, las actividades de la Secretaría se contraron en la promoción y protección de la salud, llevadas a cabo principalmente en áreas rurales y zonas marginadas de las ciudades.

En este lapso México se encontraba en una etapa de transición económico-social caracterizada por la acentuación de fenómenos que venían ocurriendo desde tiempo atrás; así, el incremento acelerado de la población y el desplazamiento del campesinado a las ciudades propiciaban la formación de áreas marginadas en las grandes ciudades, ya que la población rural debía enfrentar patrones culturales ajenos, carencia de preparación para labores urbanas y escasos recursos económicos.

Muestra de ello, lo representa el hecho, de que en el lapso comprendido entre 1970 y 1975, la población de México aumentó de 49 millones 89 mil habitantes a 60 millones 147 mil, crecimiento extraordinario en el que predominaba la población de menores de 15 años, que representaba el 47.5 por ciento del total nacional. Asimismo, se acentúa un fenómeno que se venía observando desde tiempo atrás: el desplazamiento del campo a la ciudad; en el primer año habitaba en el medio rural el 41.3 por ciento de la población y en 1972, sólo el 37.4 por ciento. Ante esta perspectiva la Secretaría de Salubridad y Asistencia, construyó durante el sexenio mil 846 unidades de salud, creándose además 242 unidades médicas para casas de salud, atendidas mediante el Programa de Médicos Comunitarios.

El crecimiento poblacional, la industrialización y la urbanización eran factores que estaban causando alteraciones importantes en el equilibrio ecológico, con el consecuente riesgo para la salud pública. Fue también trascendente la formulación del Plan Nacional de Salud para el período 1974-1983, con base en los planes y ponencias presentados por las instituciones del sector salud, gobiernos estatales y municipales e instituciones de enseñanza superior participantes en la Primera Convención Nacional, celebrada en julio de 1973.

El Plan tenía como objetivos: extender la cobertura de los servicios sanitarios y asistenciales a la totalidad de la población; transformar las condiciones adversas del medio para crear circunstancias propias a la salud; incorporar a la población para que, por sí misma y como parte de sus organizaciones sociales, colaborara en la realización de los programas para la salud; promover y coordinar las acciones de las instituciones del sector salud para aumentar la esperanza de vida y crear las condiciones necesarias para mejorarla.

El IMSS por la bonanza de recursos inició un programa de "Solidaridad Social" de los trabajadores asegurados con los grupos marginados del medio rural, desde fines de 1975 funcionaban ya 343 consultorios rurales construidos por un acuerdo entre el IMSS y CONASUPO, esta última institución cedía el terreno, construía la unidad y se encargaba de su mantenimiento, estas acciones fueron llevadas al cabo justamente en sus centros recolectores ubicados en zonas de siembra de temporal dedicadas a la obtención de la producción de maíz y frijol. Para este período, el IMSS disponía entre nuevas construcciones, ampliaciones y remodelaciones que incrementaron sus servicios con 7 mil 082 camas y mil 062 consultorios.

El ISSSTE continuó ampliando su infraestructura hospitalaria en ciudades intermedias con la construcción de Unidades Médico Familiares del primer nivel de atención en municipios con población de 3000 a 5000 habitantes.

La cobertura alcanzada por el sistema de seguridad social, cubría cerca de un 32 por ciento de la población total del país, habiéndose reducido en porcentajes la cobertura de atención de la población abierta a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En el período 1970-1974 se construyeron y rehabilitaron 392 unidades hospitalarias y centros de salud y se terminaron mil 555 Casas de Salud.

La tendencia general de este período se dirigió, principalmente, al mantenimiento de los servicios de salud y al mejoramiento y ampliación de los mismos, sobre todo en relación con la atención materno-infantil, así como de las medidas económicas encaminadas a tener repercusión directa sobre la salud de grupos de la población marginada.

Durante el sexenio 1976-1982 del Presidente José López Portillo, los Doctores Emilio Martínez Manautou (1976-1980) y Mario Calles López Negrete (1980-1982) tuvieron bajo su responsabilidad la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Paralelamente al crecimiento y desarrollo del país, se produjeron en este período cambios sustanciales en el área de salud, algunos reflejados en el panorama epidemiológico y otros de tipo estructural.

El lapso de 1976-1982, se caracterizó por el fuerte impulso del sector público por ampliar la cobertura de la infraestructura física, que se vio truncada por la crisis económica de 1982. La Secretaría de Salubridad y Asistencia efectuó la construcción y ampliación de centros de salud en hospitales de 30 camas, que llenaban el vacío entre los grandes hospitales de segundo nivel en ciudades importantes del país y los centros de salud del medio rural, para acercar los servicios hospitalarios a estos grupos de población. Asimismo, dada la carencia de programas de conservación y mantenimiento en la Secretaría, se instrumentaron acciones de rehabilitación de las unidades médicas del primero y segundo nivel de atención.

A partir de 1980, simultáneamente al mejoramiento y ampliación de la infraestructura física, se impulsó la desconcentración con la firma de convenios de coordinación con los estados y se iniciaron las gestiones para fortalecer la capacidad técnica de la jurisdicción sanitaria. En este orden, a fin de racionalizar los recursos existentes para la atención a la niñez, se creó un nuevo organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que unificó las funciones que venían desempeñando el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMAN).

La infraestructura en salud, para 1980, había sido rebasada por el crecimiento de la población, las camas de hospitales para atender a población abierta representaba una disponibilidad de 0.5 por cada mil habitantes, cuando los indicadores mínimos señalaban como conveniente el 0.824 camas por cada mil habitantes. Durante 1980-1985 el Gobierno Federal decidió extender la cobertura de servicios de salud a las áreas rurales, a través del Sistema COPLAMAR, a base de financiamiento directo y bajo la administración de una institución de seguridad social. La Secretaría consideró conveniente, para evitar duplicidades, limitar los programas de extensión de cobertura y de salud rural a sólo aquellas regiones no atendidas por el sistema. El modelo adoptado por IMSS-COPLAMAR replicó, con algunas variantes arquitectónicas y administrativas el modelo que la Secretaría instituyó a partir del desarrollo del servicio social de pasantes de medicina hacia las áreas rurales.

Para adecuarse a la dinámica de crecimiento económico y social del país, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, consideró imperativo actualizar las políticas, efectuar cambios en las estructuras y en el marco jurídico, así como desarrollar servicios y obtener la participación activa de la comunidad. Los cambios de estructura orgánica y administrativa se efectuaron con base en los reglamentos interiores publicados en los diarios oficiales de agosto de 1977, junio de 1978 y de marzo de 1981. Al inicio de ese periodo, el 29 de diciembre de 1976, se emitió la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que establecía la sectorización del aparato administrativo y las cabezas de sector para coordinar las entidades paraestatales. La nueva Ley Orgánica ampliaba las atribuciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, facultándola para planear y conducir la política de saneamiento ambiental, lo que constituía una innovación respecto a la Ley de 1958.

También a comienzos de esa administración se dio a conocer el Plan Global de Desarrollo, en cuyo capítulo III, denominado "**Salud, Nutrición y Seguridad Social**", se planteaban las directrices del gobierno en la materia; entre otras, se señalaban: extender la cobertura de los servicios de atención a la salud; dar prioridad a los programas que comprendieran atención a la población rural y a las marginadas de las zonas urbanas; planificar los servicios de acuerdo con un esquema de regionalización en la definición de niveles de contacto primario, secundario y terciario; reforzar los programas de atención materno-infantil y de planificación familiar.

Asimismo, el Plan reconocía que aunque las instituciones de salud habían realizado esfuerzos por incrementar la cobertura de sus programas, existían 14 millones de personas, el 20 por ciento de la población registrada en el IX Censo de 1970, que no tenían acceso o no eran cubiertas por las instituciones de salud. Las instituciones de seguridad social tenían al inicio del sexenio una cobertura del 43 por ciento (31 % IMSS, 8 % ISSSTE y el 4 % otros, como FFCC, PEMEX, etcétera), por su parte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el DIF atendían el 38 por ciento de la población total, lo que conllevó a una nueva reorientación de la política en materia de salud.

Para 1978, se publicó el **Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social 1978-1982**, en el que se planteaban los lineamientos de la política sanitario-asistencial y las estrategias para su realización; y para coordinar las actividades gubernamentales en materia de prestación de servicios, se creó el 30 de noviembre de 1978, el **Gabinete del Sector Salud**, esta instancia presidencial tenía como funciones conciliar los objetivos de salud con el esquema general de desarrollo del país, que consistía en examinar y aprobar los planes y programas sectoriales, establecer el orden de prioridades, su ejecución y evaluación de los avances acordados.

Para 1979, se pusieron en operación 890 unidades médicas rurales para extender la cobertura de salud a 10 millones de habitantes, cifra que correspondía a la población desatendida por las modalidades de seguridad social.

Por su parte, el IMSS institucionalizó el "Régimen de Solidaridad" para población abierta, básicamente con recursos fiscales, creando el sistema "IMSS-SOLIDARIDAD", realizando ambiciosos programas de construcción de unidades de primer nivel y hospitales pequeños, principalmente en estados de alta marginación como Oaxaca, Chiapas, Guerrero y Puebla, entre los más importantes.

A raíz de la firma del convenio entre el IMSS y COPLAMAR, el 29 de mayo de 1979, en el que, con el apoyo financiero del Gobierno Federal, se obligaban ambas instituciones a ofrecer servicios médicos a las poblaciones marginadas del área rural, se intensificó una impresionante campaña de construcción, cuyo resultado fue poner en funcionamiento un total de 3 mil 33 unidades médicas rurales y 27 clínicas -hospital de campo, para fines de 1981. Dos grandes etapas de construcción fueron llevadas a cabo: la primera, del 2 de julio al 20 de noviembre de 1979, con un balance positivo de mil 890 Unidades Médicas Rurales y 10 Clínicas Hospital de Campo; y en 1981, con 860 UMR y 17 Clínicas Hospital de Campo, siendo 60 unidades rurales las construidas durante 1980. Con estas acciones, la cobertura de atención del primero y segundo nivel alcanzaba a 19 millones de habitantes y cuadruplicaba el número de localidades cubiertas con servicios médicos.

Para finales de 1981, el IMSS contaba con 51 Hospitales de Especialidades, 163 Hospitales de Zona, 71 Clínicas-Hospital de Campo, 922 Unidades Médicas Familiares y 3 mil 33 Unidades Médicas Rurales.

La infraestructura física del ISSSTE también creció de manera considerable al incrementar su matrícula de atención a 300 mil derechohabientes, impulsando un proceso de construcción y equipamiento de 14 unidades médicas que en conjunto duplicaron el número de camas disponibles al principio de la administración de López Portillo.

Con las mismas finalidades, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, estableció la ampliación de su capacidad instalada poniendo en servicio el Hospital del Niño del Noroeste y el Instituto Nacional de Perinatología DIF, en el Distrito Federal. También se iniciaron las primeras etapas operativas de servicio a la comunidad del Instituto Nacional de Salud Mental DIF y de la Unidad de Convalecientes.

Al final de la administración, la Presidencia de la República creó una Comisión avocada al estudio de la dispersión de organismos operativos de servicios de salud por parte del Estado, encontrándose trabajadores del Apartado "A" del Artículo 123 Constitucional, que deberían estar incorporados al IMSS como Ferrocarriles Nacionales de México, PEMEX y la Comisión Federal de Electricidad; y para el caso del ISSSTE se encontraba operando de manera aislada el Sanatorio de Hacienda, que debería estar incorporado a esta institución.

Por lo que respecta a población abierta, también existían diversas instituciones federales, estatales y municipales que operaban servicios de sistemas independientes, para lograr una mejor operación de los servicios y más bajos costos, una propuesta de esta Comisión fue en primera instancia integrar los servicios a cada una de las instituciones, a fin de evitar continuar con la dispersión existente.

En la administración 1982-1988, del Lic. Miguel de la Madrid, fungió como Secretario de Salud el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, época en la que, además, de que cambia la denominación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia por el de Salud; se presentaron dos graves problemas: uno de ellos fue la crisis económica de 1982, que redujo los recursos destinados por el Gobierno Federal a este sector, y la segunda, el sismo de septiembre de 1985.

El 19 de septiembre de 1985, con motivo de los sismos que azotaron a la Ciudad de México, en donde se perdieron muchas vidas humanas y una cuantiosa infraestructura hospitalarias, entre otras importantes instalaciones. Ambos sucesos convirtieron a la Secretaría de Salud en una de las más afectadas, por los servicios que estaba obligada a prestar, ya sin las instalaciones con las que contaba antes de los sismos.

Ante estos hechos, se determinó la creación de la **Unidad Ejecutora de Obra Nueva del Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México**, como parte de la Comisión Nacional de Reconstrucción, para ocuparse de manera expedita de la construcción de obras y el equipamiento correspondiente de las unidades hospitalarias, urgentes en ese momento.

Las funciones de esta Unidad fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación, el 23 de junio de 1986 y asumidas, por el entonces Centro de Obras y Equipamiento en Salud (COES), creado como organismo desconcentrado por función de la Secretaría de Salud, con facultades y funciones de nivel nacional y más amplias que la Unidad Ejecutora de la Obra Nueva (UEOP).

Adicionalmente, se incorporaron al COES funciones que, en materia de construcción de obras, equipamiento y conservación de inmuebles, venían siendo desempeñadas por las Direcciones Generales de Administración y de Abastecimiento de la Secretaría de Salud. En esta etapa correspondió al COES consolidar los procesos de construcción y equipamiento originados en la emergencia e incrementar su actividad a otras vertientes de actuación, consistentes, principalmente en la iniciación de obras de rehabilitación en los inmuebles que era pertinente ejecutar, ante las condiciones físicas de las unidades médicas.

El COES representó el heredero y depositario de la experiencia, las facultades, las técnicas, las carencias y los problemas de las dependencias o entidades que le antecedieron y que ejercían por separado la contratación de proyectos y la ejecución de obras, así como el equipamiento, conservación y mantenimiento de inmuebles para la salud.

La infraestructura hospitalaria del IMSS, también se vio afectada a consecuencia del sismo de 1985, que destruyó el Centro Médico Nacional, por lo que en este periodo, gran parte de sus recursos los destinó a la construcción de un sistema de centros médicos regionales y el Centro Médico Siglo XXI.

En la administración de 1988-1994, del Lic. Carlos Salinas de Gortari, la Secretaría de Salud, estuvo a cargo del Dr. Jesús Kumate Rodríguez, periodo en el que se otorgó un impulso importante a la construcción, conservación y mantenimiento y equipamiento de las unidades médicas del primero, segundo y tercer nivel de atención, a través del Centro de Obras y Equipamiento en Salud (COES), que funcionó de esta forma hasta mayo de 1989, fecha en que se crea el Centro para el Desarrollo de la Infraestructura en Salud (CEPADIS), derivado de los objetivos, políticas y prioridades que establecía el Programa Nacional de Salud 1988-1994, también como órgano desconcentrado de la Secretaría, con facultades de lograr la consolidación de un sistema integral de infraestructura física en salud en el ámbito nacional.

Asimismo, se impulsó a través de Solidaridad el "Programa Hospital Digno", que tuvo un fuerte impulso en esta etapa, lográndose mediante el establecimiento de Patronatos, la ejecución de acciones remodelación, ampliación, construcción, conservación, mantenimiento y equipamiento médico de las unidades del segundo nivel de atención.

En este proceso, se dio un fuerte empuje al fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, a través del desarrollo de la Jurisdicción Sanitaria, estrategia operativa que funcionó a partir de 1989 para impulsar acciones básicas de atención primaria, reforzar y extender los servicios de salud, y respondió al desarrollo de los procesos de desconcentración y descentralización que contribuyeran al arraigo y relación de la salud pública en la localidad y sus componentes.

En esta perspectiva, las infraestructura física de primero y segundo nivel principalmente, estuvieron orientadas a fortalecer las acciones de conservación y mantenimiento, a través de los Equipos Zonales de Supervisión y sobre todo, la participación de la comunidad en la conservación de las unidades médicas que se ubican en el medio rural.

El 31 de diciembre de 1992, se determina la extinción del CEPADIS y se crea la Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento (CGOCE), dependiente de la Oficialía Mayor, órgano que se conforma por las Direcciones General de Obras y de Conservación y Mantenimiento, que orientó su política presupuestal básicamente al fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria y de los centros de salud a nivel nacional, dando prioridad a la terminación de las obras en proceso sin descuidar las acciones de rehabilitación de las unidades médicas existentes.

En el rubro de planeación inmobiliaria, a fin de reordenar el crecimiento anárquico de unidades médicas en las entidades federativas y con ello racionalizar y optimizar los recursos financieros y físicos, se determinó efectuar la elaboración de 32 Programas Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para Población Abierta (PEMISPA), como un primer esfuerzo, que quedó truncado en virtud del enfoque parcial con que orientado la ejecución de los trabajos, al no considerar acciones de conservación y mantenimiento y equipamiento médico; aunado además, que sólo fueron suscritos 15 de los 32 programados.

En este período, se construyeron adicionalmente a la infraestructura disponible 146 centros de salud, de los cuales 137 se concluyeron. En lo referente a las unidades de segundo nivel, se terminaron 75 hospitales generales, que en conjunto disponen de 4 mil 745 camas censables.

En materia de equipamiento, permitió la inversión canalizada, entre otras acciones, poner en operación 78 unidades nuevas del primer nivel; 2 mil 258 camas en unidades de segundo nivel y 462 camas en 46 unidades del tercer nivel de atención.

Finalmente, en el rubro de conservación y mantenimiento se emprendieron acciones en el primero y segundo nivel de atención principalmente, aunque en el período, no se alcanzó la atención de la totalidad de las unidades de primer nivel, pero sí las del segundo nivel de atención.

En suma, este representa el desarrollo histórico de la infraestructura hospitalaria en el Sector Salud, en donde se ha logrado establecer bases sólidas, que respondieron a las necesidades de su tiempo y contexto, y que permitirá en el corto plazo, el adecuado aprovechamiento eficaz y eficiente, tanto de los recursos humanos, materiales y financieros, que incidirá en la ampliación de la cobertura plena para la población abierta, acorde a las circunstancias de los nuevos retos que enfrentará la Secretaría de Salud en el preludio del siglo XXI.

Por otra parte, es importante destacar que la Secretaría de Salud para 1996, cuenta con una infraestructura física de siete mil 617 unidades médicas, de las cuales, siete mil 308 unidades -95.9 por ciento- corresponden al primer nivel; 249 hospitales generales integran el segundo nivel; y, por último, el tercer nivel de atención está constituido por 60 unidades que comprenden 12 institutos y 48 hospitales de especialización, en donde se brinda atención médica, investigación y docencia.

El segundo nivel de atención, representa sólo el 3.3 por ciento del universo total de unidades médicas y lo conforman los hospitales generales en donde se brindan servicios de pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia y cirugía, principalmente; además de otras especialidades en aquellas unidades con mayor capacidad de atención.

El tercer nivel de atención representa el 0.8 por ciento del universo; lo conforman hospitales e institutos de alta especialización médica que cuentan con sofisticados equipos médicos y complejas instalaciones. Estos establecimientos se localizan en su mayoría en el Distrito Federal, en el área conurbana del Estado de México, las zonas metropolitanas de Guadalajara y Monterrey, y en la ciudad de Mérida, Yucatán.

B. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

La Ley de Planeación, en tanto orientador de la política estratégica, a través de cual se busca transformar la realidad social de manera ordenada y racional y para modificar la realidad de acuerdo al proyecto nacional establecido por el Gobierno Federal. En este sentido, en la Ley de Planeación se inscribe el Sistema Nacional de Planeación Democrática (SNPD), que representa un sistema ordenado de toma de decisiones, así como un instrumento orientador del proceso de la descentralización. Igualmente, se definen tanto jurídica como operativamente, la relación entre la planeación nacional y la planeación estatal y municipal, y se establece la competencia de cada uno de los niveles de gobierno en la ejecución de los programas específicos.

El Sistema Nacional de Planeación Democrática, por su parte define cuatro vertientes para la instrumentación de planes y programas que permitan fortalecer el proceso de descentralización: la obligatoria, de coordinación, de inducción y de concertación.

Para cada una de ellas, se define el marco de definiciones y de articulación con los diferentes niveles e instancias que participan no solo en el ejercicio de la función pública sino en la definición de directrices para la operación de los servicios y acciones tendientes a alcanzar el desarrollo social, económico y político de manera equilibrada; en este sentido, la vertiente **Obligatoria** se refiere a la administración pública federal, y se manifiesta concretamente a través de la programación de sus acciones en sus diferentes áreas y niveles. La vertiente de **Coordinación** se da entre el Gobierno Federal y las entidades federativas, con pleno respeto a la distribución de competencias que establece la Constitución de la República, robusteciendo los mecanismos de acción estatal, municipal y regional. La de **Concertación**, se consigue a través de convenios libremente aceptados por el gobierno y los particulares. La de **Inducción** de conductas particulares hacia objetivos sociales y económicos en la sociedad, se busca lograr mediante el uso de la amplia variedad de políticas de desarrollo de que dispone el Estado Mexicano. En el cumplimiento de estas vertientes se expresa la naturaleza de la planeación, que busca la participación de los distintos ámbitos de competencia y la concurrencia de los sectores social y privado.

En el contexto, del Sistema Nacional de Salud, esta se circunscribe como la parte sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática, por medio de la planeación nacional puede disponer de procedimientos indispensables a fin de que el programa de salud y los programas institucionales cimentados en el plan nacional de desarrollo, resulten compatibles y complementarios. En este sentido, las entidades federativas, buscan integrarse al Sistema Nacional de Salud por la vertiente de coordinación; los sectores social y privado a través de las vertientes de concertación e inducción.

Es en este sentido que el Sistema Nacional de Salud, atendiendo a la planeación nacional del desarrollo, se constituye en un medio para la concreción de dos procesos: el de descentralización que obedece a la transferencia de facultades de una dependencia del nivel central a una unidad administrativa con cierta autonomía técnica, operativa y de funciones, pero donde las decisiones son tomadas por el nivel central.

Y el proceso de descentralización, en el cual la Federación transfiere facultades, funciones, programas y recursos a una persona moral de derecho público con autonomía técnica y orgánica, en la cual ya no hay una relación jerárquica entre el que descentraliza y el que recibe las facultades.

La descentralización, busca el impulso del desarrollo regional a través de la implementación de acciones estratégicas, que a su vez deriva de las políticas y estrategias del desarrollo fijadas en el Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000 y en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

Desde esta perspectiva, la descentralización tiene por objetivo fundamental revertir el proceso centralizado en materia sanitaria mediante la adecuada redistribución de competencias entre los diferentes niveles de gobierno, el federal estatal y municipal.

Asimismo que exista una formulación programática de los sistemas estatales de salud, para que esta se integre orgánicamente a dichos sistemas de atención a población abierta, bajo la gestión de los gobiernos locales con un esquema de asignación racional y ejercicio de los recursos optimizados.

Por otro lado, se cuenta con un amplio marco jurídico que señala tanto las facultades y atribuciones para la definición de las líneas de política y estrategias de desarrollo en materia de salud que le corresponde efectuar a la Secretaría de Salud, como los elementos de planeación que le permiten conducir los esfuerzos de coordinación con otras dependencias de la administración pública federal, así como con los diferentes niveles de gobierno, sean gobiernos estatales y municipios.

Adicionalmente, se pretende agilizar el proceso de toma de decisiones de las altas autoridades de la Secretaría de Salud y de los gobiernos estatales y municipales, al contar con elementos administrativos más claros y expeditos, para dar respuesta a los problemas relacionados con la atención de la infraestructura física en salud en el primer, segundo y tercer nivel de atención.

En este contexto, las líneas de política deberán orientarse en la consolidación de un sistema nacional de salud, cuyas metas serán las de ampliar la cobertura de atención, la descentralización de las funciones y la operación que permita a su vez la consolidación de los sistemas locales de salud, sobre todo, el desarrollo de la infraestructura médica del país.

En respuesta a la necesidad, importancia y responsabilidad que involucra la descentralización como proceso de transferencia de recursos y de funciones a las entidades federativas; se propone coadyuvar en el desarrollo de esta estrategia, que permita fortalecer el federalismo, y promover un desarrollo equilibrado que responda a las expectativas de las regiones y que tome en cuenta las diferencias estructurales entre cada una de ellas.

Con el proceso de la descentralización se busca el traslado de la toma de decisiones del ámbito central hacia los estados y municipios, sin menoscabo de la coordinación de esfuerzos y de la participación de los distintos niveles, en el diseño de políticas y estrategias, como en la aportación presupuestal en la ejecución de las acciones.

La descentralización de obras, conservación y equipamiento, permitirá además de agilizar y trasladar el proceso de toma de decisiones del ámbito federal al estatal y jurisdiccional, los programas y recursos, para responder de manera expedita a los problemas existentes en materia de la infraestructura física en salud para población abierta de primero, segundo y tercer niveles; así como, lograr una mayor eficiencia en la prestación de los servicios médicos a la población abierta.

En tal sentido, el proceso de transferencia de funciones y recursos a las entidades federativas se caracterizará por reconocer las condiciones existentes en las entidades federativas; en tanto la complejidad y magnitud del proceso, demandan no solo la voluntad política para su instrumentación, sino también, disponer de las condiciones indispensables que guíen y orienten esta estrategia en el corto y mediano plazos, a fin de garantizar su fortalecimiento y consolidación.

En este sentido, a fin de avanzar con eficiencia, calidad y equidad en la prestación de los servicios, las prioridades de la infraestructura serán responder a la ampliación de la cobertura en salud para población abierta y mantener una operación continua, que estará en función de conservar y mantener lo existente, ampliar, sustituir, rehabilitar, remodelar, equipar, concluir y construir obras nuevas en áreas críticas, en el ámbito sustantivo de primero, segundo y tercer nivel de atención; y en el adjetivo, referente a los establecimientos para la prestación de los servicios de salud.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE LA COORDINACIÓN GENERAL DE OBRAS, CONSERVACIÓN Y EQUIPAMIENTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

A. ANTECEDENTES

Dentro del proceso de descentralización de la administración pública federal, la Secretaría de Salud, ha considerado la descentralización de las actividades y funciones de obras, conservación y equipamiento.

Ahora bien, es necesario precisar las funciones de cada una de estas áreas:

- Obras, las funciones que el personal desempeña se ubican desde el proyecto arquitectónico hasta la recepción de la obra; asimismo abarca las remodelaciones, ampliaciones, rehabilitación y sustitución de unidades médicas.
- Conservación y mantenimiento, las funciones se refieren al mantenimiento de la infraestructura física instalada, es decir, de la obra civil, de las instalaciones hidráulicas y sanitarias, de los equipos electromecánicos, de los equipos médicos y mobiliarios clínicos, y tiene el propósito de mantener en óptima funcionalidad la infraestructura, a fin de garantizar la continuidad de los servicios médicos que se proporcionan a la población.
- Equipamiento, las funciones se orientan a suministrar los equipos médicos y mobiliarios clínicos que de acuerdo al tipo de unidad médica deben contener, y como tal su función está interrelacionada con las funciones de obras.

Para el desarrollo del proceso de descentralización, se ha convenido en la necesidad de realizar la detección de necesidades de capacitación de los estados y sus jurisdicciones, a fin de asegurar que la capacitación se de en forma ordenada, diferenciada y jerarquizada, entre otras condiciones, con el propósito de cumplir con sus objetivos.

B. OBJETIVOS

Objetivo General

Diseñar un programa de capacitación, que sea acorde a las necesidades identificadas en el personal de los ámbitos estatal y jurisdiccional, identificando las condiciones actuales de operación y administración de las entidades federativas en materia de obras, conservación y equipamiento.

Objetivos Específicos

Determinar la capacidad administrativa y operativa en los ámbitos estatal y jurisdiccional.

Establecer la situación actual del personal de infraestructura en salud, a fin de establecer los apoyos que conlleven a mejorar su desempeño laboral.

Identificar los apoyos necesarios para impulsar el proceso de la descentralización.

Con base en estos objetivos, la detección de necesidades de capacitación de los estados, se efectuó a través del desarrollo de las siguientes actividades:

1.- Clasificación de categorías de análisis: obligatorias y complementarias

2.- Especificación de las categorías, considerándose su:

- . Definición
- . Objetivo.
- . Justificación.
- . Referencia

- 3.- Ponderación de categorías en términos de su valoración
- 4.- Definición de rangos de respuesta, estableciéndose los elementos mínimos de respuesta.
- 5.- Determinación de criterios de evaluación, básicamente de carácter cualitativo, jurídico y funcional.

Cabe destacar, que una vez que se desarrollaron estas actividades, se procedió a la integración de la encuesta y entrevistas, aplicándose a los 32 responsables estatales de infraestructura y 104 a los responsables jurisdiccionales de infraestructura. Una vez obtenida la información, se efectuó su captura en una base de datos diseñada a través del Paquete de Programación Fox-Pro, que permitió identificar las características del personal responsable de la infraestructura física a nivel nacional, para posteriormente proceder a la integración de gráficas e interpretación de resultados.

Los principales aspectos de cada una de estas actividades se describen a continuación:

- 1.- Clasificación de categorías.

De acuerdo con el esquema de funciones que en términos generales tienen que desarrollar las áreas responsables de la administración de obras, conservación y equipamiento, se determinaron 16 categorías de análisis a fin de identificar por cada una de ellas los avances y limitaciones de la operación, las que a su vez se dividen en :

- A) Obligatorias
- B) Complementarias

Las categorías obligatorias comprenden aquellas funciones y actividades que por ley o reglamento deben cumplir las dependencias en materia de administración, ejecución, y operación de obra, conservación y equipamiento, integrando a esta clasificación las siguientes categorías:

- Estructura y Organización
- Normatividad
- Procedimientos
- Planeación
- Programación-Presupuestación
- Contratación (Licitación)
- Supervisión
- Recursos Humanos
- Recursos Materiales
- Recursos Financieros

Las categorías complementarias, comprenden aquellas funciones y actividades que sirven de apoyo para el buen desempeño y cumplimiento de la administración, ejecución, y operación de obra, conservación y equipamiento.

- Operación
- Desarrollo Económico - Social
- Impacto de los Servicios
- Capacitación
- Participación Comunitaria
- Seguimiento y Control

2.- Especificación de categorías

Con base en la clasificación de las categorías de análisis, se determino realizar la especificación de las categorías obligatorias a través de los siguientes aspectos:

- . Definición
- . Finalidad
- . Justificación
- . Referencia

3.- Ponderación de categorías

Para realizar el análisis de los resultados se determinaron las siguientes criterios de valoración:

- + Asignación de valores independientes para cada clasificación
- + Asignación de un mismo valor a cada una de las categorías de modo que totalicen 100 puntos
- + El valor de las respuestas que integran cada categoría se obtuvo, al prorratear los 10 puntos, de la categoría entre el total de respuestas.

4.- Definición de rangos de respuesta

Los rangos fueron definidos con base en las normas y reglamentos que establecen la ley de adquisiciones y obra pública; la ley de planeación; el reglamento interno de la Secretaría de Salud; y los procedimientos normales de administración y control. De esta manera, se establecieron los elementos mínimos que debe contener cada respuesta.

Se realizó la asignación de valores a cada una de las respuestas, de acuerdo con el valor de cada una de las categorías obligatorias, (ver cuadros anexos).

5.- Determinación de criterios de evaluación

- a.. La evaluación se basa principalmente en aspectos cualitativos, jurídicos y funcionales.

Para las respuestas cerradas que representan la mayoría existen dos opciones de respuesta: sí o no; y t (total), p (parcial), y n (nulo).

En el caso de las preguntas abiertas, el rango de dispersión de las respuestas tiende a infinito, por lo que fue necesario establecer rangos de respuesta (a posteriori) de acuerdo con los objetivos de la evaluación.

Ahora bien, a continuación, se enuncian *las 10 categorías obligatorias*, especificándose su definición, finalidad, justificación y referencia:

CATEGORÍA: 1: Estructura y Organización

CLASIFICACIÓN: Obligatoria

DEFINICIÓN: Disposición sistemática de los órganos que integran a una institución, conforme a criterios de jerarquía y especialización, ordenados y codificados de tal forma que sea posible visualizar los niveles jerárquicos y sus relaciones de dependencia.

La estructura orgánica de una institución, es el sistema formal en el que se plasman los niveles jerárquicos y la división funcional de la organización y, define la interrelación y coordinación de las actividades propias de un grupo de individuos a efecto de lograr el cumplimiento de determinados objetivos.

FINALIDAD: Evaluar si la organización cumple cuando menos estructuralmente con los requerimientos que demandan las funciones descentralizadas.

JUSTIFICACIÓN: Constituye un marco administrativo de referencia para determinar los niveles de toma de decisiones.

REFERENCIA: Ley de Planeación.
Ley General de Salud.
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CATEGORÍA: 2) **Normatividad.**

CLASIFICACIÓN: Obligatoria

DEFINICIÓN: Lineamientos, directrices y normas jurídicas administrativas que marcan límites generales y específicos dentro de los cuales se realizan legítimamente las actividades en las distintas áreas de acción.

FINALIDAD: Regular las acciones relativas a la planeación, programación, presupuestación, gasto, ejecución, conservación, mantenimiento y control de adquisiciones y arrendamiento de bienes muebles, prestación de servicios, obra pública y servicios relacionados con la misma.

JUSTIFICACIÓN: La normatividad procura que las adquisiciones, arrendamientos y prestación de servicios relacionados con obras, conservación y equipamiento se lleven a cabo bajo criterios de eficiencia, eficacia, transparencia, disciplina y control presupuestal.

REFERENCIA: Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
Ley de Planeación.
Ley General de Salud.
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CATEGORÍA: 3) **Procedimientos**

CLASIFICACIÓN: Obligatoria

DEFINICIÓN: Sucesión cronológica de operaciones concatenadas, entre sí, que se constituyen en una unidad, en función de la realización de una actividad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación. Todo procedimiento involucra actividades y tareas del personal, la determinación de tiempos de realización, el uso de recursos materiales y tecnológicos y la aplicación de métodos de trabajo y de control para lograr el cabal, oportuno, y eficiente desarrollo de las operaciones.

FINALIDAD: Determinar si se cuentan con procedimientos de administración necesarios y actualizados.

JUSTIFICACIÓN: Constituyen la vía de administración de las funciones y operación de las actividades.

REFERENCIAS: Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CATEGORÍA: 4) Planeación

CLASIFICACIÓN: Obligatoria

DEFINICIÓN: Conjunto sistematizado de acciones que provienen de una estructura racional de análisis que contiene los elementos informativos y de juicio suficientes y necesarios para fijar prioridades, elegir entre alternativas, establecer objetivos y metas en el tiempo y en espacio, y ordenar las acciones que permitan alcanzarlos.

FINALIDAD: La asignación correcta de recursos, la coordinación de esfuerzos y la imputación precisa de responsabilidades que permitan controlar y evaluar sistemáticamente los procedimientos, avances y resultados para poder introducir con oportunidad los cambios necesarios.

JUSTIFICACIÓN: Es un medio para verificar desempeño de las responsabilidades de la dependencia

REFERENCIA: Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
Ley de Planeación.
Ley de Adquisiciones y Obra Pública.
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CATEGORÍA: 51 Programación-Presupuestación

CLASIFICACIÓN: Obligatoria

DEFINICIÓN: Programación:

Fijación de objetivos, metas y asignación de recursos humanos, financieros y materiales para alcanzar dichas metas dentro de un ejercicio presupuestario determinado.

Presupuestación:

Estimación programada en forma sistemática de los ingresos y egresos que maneja un organismo en un período determinado. Puede considerarse como un plan de acción expresado en términos monetarios y cuyo ejercicio abarca generalmente un año de actividad.

FINALIDAD:

Identificar con claridad la demanda de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, necesarios para el cumplimiento de los planes y actividades de la dependencia.

JUSTIFICACIÓN: Constituye la base para la administración y operación eficiente de los recursos.

REFERENCIA: Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley de Planeación.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CATEGORÍA: 61 Licitación

CLASIFICACIÓN: Obligatoria

DEFINICIÓN: Asignación de contratos que puede ser por invitación o convocatoria

FINALIDAD: Asegurar las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes

JUSTIFICACIÓN: Procedimiento de contratación de adquisiciones, arrendamientos, servicios y obra pública, establecido por la Ley (artículo 28 de la Ley de Adquisiciones y Obra Pública).

REFERENCIA: Ley de Adquisiciones y Obra Pública, sus reglamentos y demás ordenamientos jurídicos.

CATEGORÍA: 7) Supervisión

CLASIFICACIÓN: Obligatoria

DEFINICIÓN: Verificación y comprobación de la ejecución de las actividades emprendidas conforme a los programas de trabajo acordados con proyectos y acciones previamente formulados.

FINALIDAD: Lograr calidad y eficiencia en el desarrollo de las actividades, terminación en la fecha convenida, costos previstos y los niveles de seguridad requeridos. Dicha supervisión puede ser interna, cuando se efectúe por personal de la dependencia o externa, cuando se ha contratado, para este caso se registrará con las normas de supervisión establecidas en el manual técnico de conservación para unidades médicas.

JUSTIFICACIÓN: De acuerdo con la Ley de Adquisiciones y Obra Pública (artículo 64), las entidades tienen la responsabilidad directa de la supervisión, vigilancia, control y revisión de los trabajos, considerando :

- . Tipos de supervisión ejercido
- . Formato de control de los trabajos
- . Revisión o evaluación

REFERENCIA: Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

CATEGORÍA: 8) Recursos Humanos

CLASIFICACIÓN: Obligatoria

DEFINICIÓN: Constituyen el total de capacidades inherentes, el conocimiento adquirido y las aptitudes representadas por la suma de talentos de una institución. La cantidad y calidad de los recursos humanos dependen del número de individuos productivos, de sus capacidades inherentes y de la extensión en que esas capacidades se modifican por conducto de factores ambientales, como la educación, el adiestramiento y el desarrollo. Tales factores productivos se manifiestan en la capacidad de los individuos para producir nuevas tecnologías y otros recursos (productos). También se exteriorizan en la capacidad de generar nuevas ideas, desarrollar y perfeccionar bienes y servicios y de modificar en cualquier otra forma los recursos disponibles en el sentido de alcanzar mayor productividad y satisfacción.

FINALIDAD: Evaluar la disponibilidad de los recursos humanos para atender las necesidades de la descentralización.

JUSTIFICACIÓN: El recurso humano representa uno de los factores clave para evaluar la capacidad operativa y administrativa de los ámbitos estatal y jurisdiccional.

REFERENCIA: Megginson L.C.P. Behavior of approach to administration.

CATEGORÍA: 9) **Recursos Materiales**

CLASIFICACIÓN: Obligatoria

DEFINICIÓN: Agrupa todos los bienes e inmuebles que son propiedad de las dependencias y entidades del sector público o bien que este usufructúa. Asimismo considera todas las acciones para la adquisición de diversas clases de insumos requeridos por las dependencias y entidades de la administración pública para el desempeño de sus actividades administrativas y productivas.

FINALIDAD: Identificar la disponibilidad y necesidades de recursos materiales requeridos para cumplir con las actividades y funciones de la descentralización.

JUSTIFICACIÓN: Uno de los elementos esenciales de la descentralización es la administración racional de los recursos materiales.

REFERENCIA: Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
Ley de Adquisiciones y Obra Pública.
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CATEGORÍA: 10) Recursos Financieros

CLASIFICACIÓN: Obligatoria

DEFINICIÓN: Constituyen los recursos necesarios para cubrir los gastos en que debe incurrir una dependencia o entidad de la administración pública para la ejecución y funcionamiento de sus programas. Asimismo, comprende la inversión, la proyección de los ingresos y de los gastos y las formas de financiamiento que se prevé para el período de ejecución y operación del programa.

FINALIDAD: Asegurar que se cuenta con el dinero suficiente para costear las adquisiciones y obras programadas.

JUSTIFICACIÓN: Asegurar la administración racional de los recursos para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas planteadas.

REFERENCIA: Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
Ley de Planeación.
Ley de Egresos de la Federación.
Reglamento interior de la Secretaría de Salud.

Con base a estas categorías, y con el propósito de facilitar el análisis de los resultados, se determinaron tres criterios de valoración:

- + Asignación de valores independientes para cada clasificación
- + Asignación de un mismo valor a cada una de las categorías de modo que totalicen 100 puntos
- + El valor de las respuestas que integran cada categoría se obtuvo, al prorratear los 10 puntos, de la categoría entre el total de respuestas.

A partir de ello, la Ponderación de las categorías es la siguiente:

A) CATEGORÍAS OBLIGATORIAS		PONDERACIÓN
1.-	Normatividad	10%
2.-	Planeación	10%
3.-	Programación-Presupuestación	10%
4.-	Licitación	10%
5.-	Supervisión	10%
6.-	Recursos Humanos	10%
7.-	Recursos Materiales	10%
8.-	Recursos Financieros	10%
9.-	Estructura y Organización	10%
10.-	Procedimientos	10%
TOTAL		100%

Por otra parte, los rangos de respuesta, fueron definidos de acuerdo a las normas y reglamentos que establecen la Ley de Adquisiciones y Obra Pública, la Ley de Planeación, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y los procedimientos normales de administración y control. De esta manera se establecieron los elementos mínimos que debe contener cada respuesta.

Asimismo, se realizó la asignación de valores a cada una de las respuestas de acuerdo con el valor de cada una de las categorías obligatorias, de la siguiente manera:

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: OBRAS

CATEGORÍA: ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Indique la estructura orgánico-funcional	Organigrama del área de obra	Consciente los niveles requeridos = 5.0
Objetivos y funciones del área	Objetivos: Administrar y ejecutar la construcción de obras. Funciones: A) Planeación B) Programación C) Presupuestación D) Contratación E) Administración directa F) Supervisión	Menciona objetivos = 2.5 A) = .41 B) = .41 C) = .41 D) = .41 E) = .41 F) = .41

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: OBRAS

CATEGORÍA: PROCEDIMIENTOS VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Indique los manuales de procedimientos o técnicos que disponga en materia de obras	Se debe contar con manuales de:	
	A) Planeación / Programación / Presupuestación	A) = .66
	B) Contratación de obra	B) = .66
	C) Administración directa	C) = .66
	D) Supervisión de obra	D) = .66
Indique las rutinas básicas de obras	E) Construcción y especificaciones de la SSA	E) = .66
	A) Supervisión de avance de obra	A) = .8
	B) Supervisión de avances de presupuestos	B) = .8
	C) Supervisión de materiales, maquinaria y personal	C) = .8
Cuenta con guías técnicas para la prestación de los servicios.	D) Revisión de estimaciones	D) = .8
	(Si- No)	Si = 3.3 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: OBRAS

CATEGORÍA: NORMATIVIDAD VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Elabora informes de control presupuestal en materia de obras	(Si-No)	Si = 5 No = 0
Indique aspectos que lo integran	Aspectos que lo integran: A) Avance de presupuesto B) Cumplimiento de metas C) Desviación de presupuesto D) Medidas correctivas	A) = 1.25 B) = 1.25 C) = 1.25 D) = 1.25

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: OBRAS

CATEGORÍA: PLANEACIÓN VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Formulación de planes	Total (T)	T = 1.6
	Parcial (P)	P = .96
	Nulo(N)	N = 0
Cuenta con programa de actividades de obras	Total (T)	T = 1.6
	Parcial (P)	P = .96
	Nulo (N)	N = 0
Aspectos que integran su programa de actividades	Aspectos básicos:	Contiene los cuatro
	A) Objetivos	aspectos básicos: A, B, C, D
	B) Metas	= 1.6
	C) Calendarización	No contiene todos o algunos
Dispone de diagnóstico de necesidades de obras	D) Descripción de actividades	de estos = 0
	Total (T)	T = 1.6
	Parcial(P)	P = .96
	Nulo (N)	N = 0
Determina cobertura de atención de las necesidades	(Si-No)	Si = 1.6
		No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA:	OBRAS	
CATEGORÍA:	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTACIÓN	VALOR 10%
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Formula programa operativo anual	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Indique aspectos que incluye:	A) Calendarización de obras e inversión B) Dictamen de factibilidad	A = .45 B = .45
Elabora estimación de costos por especialidad	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Integra el calendario del ejercicio presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con guía para la elaboración del programa operativo anual	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con manual de procedimientos para el ejercicio de control presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con guía para la elaboración e integración de la cuenta pública	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Dispone de un procedimiento interno para el ejercicio y control presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con instrumentos para el ejercicio	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con instrumentos de registro de avance de metas y desviaciones	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Indique aspectos que integran su control presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: OBRAS

CATEGORÍA: LICITACIONES VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Coordina el proceso de contratación	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Tipo de contrataciones que emprenden	A) Nacional B) Internacional	A = 1.65 B = 1.65
Cuenta con catálogo de contratistas y prestadores de servicios	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: OBRAS		
CATEGORÍA: SUPERVISIÓN VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Supervisa los trabajos en sus aspectos de calidad, costos y tiempo de ejecución	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Verifica los trabajos de manera directa	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Verifica los trabajos de manera subrogada	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Elabora reportes de supervisión:		
A) Durante el proceso de ejecución de las actividades	(Si-No)	Si = 1.25 No = 0
B) Al final de las actividades	(Si-No)	Si = 1.25 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: OBRAS		
CATEGORÍA: RECURSOS HUMANOS VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Plantilla de personal de obras	A) Los puestos deben coincidir con el organigrama	Si = 2.5 No = 0
	B) Las actividades deben ser congruentes con el puesto	Si = 2.5 No = 0
	C) El perfil profesional del personal debe ser congruente con el puesto y las actividades desempeñadas	Si = 2.5 No = 0
	D) El número de plazas debe coincidir con el organigrama	Si = 2.5 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: OBRAS

CATEGORÍA: RECURSOS MATERIALES VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Número de vehículos a disposición	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Cuenta con equipos y herramientas básicas	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Recibe suministro de materiales básicos para el desarrollo de los trabajos	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: OBRAS		
CATEGORÍA: RECURSOS FINANCIEROS VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Conoce el presupuesto asignado por parte de la SSA	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Conoce el presupuesto asignado por otras fuentes de financiamiento	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Indique que otras fuentes de financiamiento canalizan recursos para el desarrollo de acciones en materia de obras	Menciona otras fuentes: (Si-No)	Si = 3.3 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
CATEGORÍA: PROCEDIMIENTOS VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Indique los manuales de procedimientos o técnicos que disponga en materia de conservación y mantenimiento	Se debe contar con manuales de:	
	A) Planeación / Programación / Presupuestación	A) = .66
	B) Contratación de conservación y mantenimiento	B) = .66
	C) Administración directa	C) = .66
	D) Supervisión de conservación y mantenimiento	D) = .66
	E) Conservación y especificaciones de la SSA	E) = .66
Indique las rutinas básicas de conservación y mantenimiento	A) Supervisión de avance de conservación y mantenimiento	A) = .8
	B) Supervisión de avances de presupuestos	B) = .8
	C) Supervisión de materiales, maquinaria y personal	C) = .8
	D) Revisión de estimaciones	D) = .8
Cuenta con guías técnicas para la prestación de los servicios.	(Si- No)	
		Si = 3.3 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
CATEGORÍA: NORMATIVIDAD VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Elabora informes de control presupuestal en materia de conservación y mantenimiento	(Si-No)	Si = 5 No = 0
Indique aspectos que lo integran	Aspectos que lo integran: A) Avance de presupuesto B) Cumplimiento de metas C) Desviación de presupuesto D) Medidas correctivas	A) = 1.25 B) = 1.25 C) = 1.25 D) = 1.25

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
CATEGORÍA: PLANEACIÓN VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Formulación de planes	Total (T) Parcial (P) Nulo(N)	T = 1.6 P = .96 N = 0
Cuenta con programa de actividades de conservación y mantenimiento	Total (T) Parcial (P) Nulo (N)	T = 1.6 P = .96 N = 0
Aspectos que integran su programa de actividades	Aspectos básicos: A) Objetivos B) Metas C) Calendarización D) Descripción de actividades	Contiene los cuatro aspectos básicos: A, B, C, D = 1.6 No contiene todos o algunos de estos = 0
Dispone de diagnóstico de necesidades de conservación y mantenimiento	Total (T) Parcial(P) Nulo (N)	T = 1.6 P = .96 N = 0
Determina cobertura de atención de las necesidades	(Si-No)	Si = 1.6 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA:	CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
CATEGORÍA:	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTACIÓN	VALOR 10%
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Formula programa operativo anual	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Indique aspectos que incluye:	A) Calendarización de conservación y mantenimiento, e inversión B) Dictamen de factibilidad	A = .45 B = .45
Elabora estimación de costos por especialidad	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Integra el calendario del ejercicio presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con guía para la elaboración del programa operativo anual	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con manual de procedimientos para el ejercicio de control presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con guía para la elaboración e integración de la cuenta pública	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Dispone de un procedimiento interno para el ejercicio y control presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con instrumentos para el ejercicio	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con instrumentos de registro de avance de metas y desviaciones	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Indique aspectos que integran su control presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

CATEGORÍA: LICITACIONES VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Coordina el proceso de contratación	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Tipo de contrataciones que emprenden	A) Nacional B) Internacional	A = 1.65 B = 1.65
Cuenta con catálogo de contratistas y prestadores de servicios	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

CATEGORÍA: SUPERVISIÓN VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Supervisa los trabajos en sus aspectos de calidad, costos y tiempo de ejecución	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Verifica los trabajos de manera directa	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Verifica los trabajos de manera subrogada	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Elabora reportes de supervisión:		
A) Durante el proceso de ejecución de las actividades	(Si-No)	Si = 1.25 No = 0
B) Al final de las actividades	(Si-No)	Si = 1.25 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
CATEGORÍA: RECURSOS HUMANOS VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Plantilla de personal de conservación y mantenimiento	A) Los puestos deben coincidir con el organigrama	Si = 2.5 No = 0
	B) Las actividades deben ser congruentes con el puesto	Si = 2.5 No = 0
	C) El perfil profesional del personal debe ser congruente con el puesto y las actividades desempeñadas	Si = 2.5 No = 0
	D) El número de plazas debe coincidir con el organigrama	Si = 2.5 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
CATEGORÍA: RECURSOS MATERIALES VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Número de vehículos a disposición	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Cuenta con equipos y herramientas básicas	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Recibe suministro de materiales básicos para el desarrollo de los trabajos	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

CATEGORÍA: RECURSOS FINANCIEROS VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Conoce el presupuesto asignado por parte de la SSA	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Conoce el presupuesto asignado por otras fuentes de financiamiento	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Indique que otras fuentes de financiamiento canalizan recursos para el desarrollo de acciones en materia de conservación y mantenimiento	Menciona otras fuentes: (Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Dispone de fondos revolventes para la compra de materiales y refacciones	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: EQUIPAMIENTO		
CATEGORÍA: ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Indique la estructura orgánico-funcional	Organigrama del área de equipamiento	Consciente los niveles requeridos = 5.0
Objetivos y funciones del área	Objetivos: Administrar y ejecutar el equipamiento de unidades. Funciones: A) Planeación B) Programación C) Presupuestación D) Contratación E) Administración directa F) Supervisión	Menciona objetivos = 2.5 A) = .41 B) = .41 C) = .41 D) = .41 E) = .41 F) = .41

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: EQUIPAMIENTO

CATEGORÍA: PROCEDIMIENTOS VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Indique los manuales de procedimientos o técnicos que disponga en materia de equipamiento	Se debe contar con manuales de: A) Planeación / Programación / Presupuestación B) Contratación de equipamiento C) Administración directa D) Supervisión de equipamiento E) Equipamiento y especificaciones de la SSA	A) = 1.33 B) = 1.33 C) = 1.33 D) = 1.33 E) = 1.33
Cuenta con guías técnicas para la prestación de los servicios.	(Si- No)	Si = 3.3 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: EQUIPAMIENTO		
CATEGORÍA: NORMATIVIDAD VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Elabora informes de control presupuestal en materia de equipamiento	(Si-No)	Si = 5 No = 0
Indique aspectos que lo integran	Aspectos que lo integran: A) Avance de presupuesto B) Cumplimiento de metas C) Desviación de presupuesto D) Medidas correctivas	A) = 1.25 B) = 1.25 C) = 1.25 D) = 1.25

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: EQUIPAMIENTO		
CATEGORÍA: PLANEACIÓN VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Formulación de planes	Total (T)	T = 2.5
	Parcial (P)	P = 1.5
	Nulo(N)	N = 0
Cuenta con programa de actividades de equipamiento	Total (T)	T = 2.5
	Parcial (P)	P = 1.5
	Nulo (N)	N = 0
Aspectos que integran su programa de actividades	Aspectos básicos:	Contiene los cuatro
	A) Objetivos	aspectos básicos: A, B, C, D
	B) Metas	= 2.5
	C) Calendarización	No contiene todos o algunos
D) Descripción de actividades	de estos = 0	
Dispone de diagnóstico de necesidades de equipamiento	Total (T)	T = 2.5
	Parcial(P)	P = 1.5
	Nulo (N)	N = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA:	EQUIPAMIENTO	
CATEGORÍA:	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTACIÓN	VALOR 10%
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Formula programa operativo anual	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Indique aspectos que incluye:	A) Calendarización de equipamiento e inversión B) Dictamen de factibilidad	A = .45 B = .45
Elabora estimación de costos por especialidad	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Integra el calendario del ejercicio presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con guía para la elaboración del programa operativo anual	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con manual de procedimientos para el ejercicio de control presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con guía para la elaboración e integración de la cuenta pública	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Dispone de un procedimiento interno para el ejercicio y control presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con instrumentos para el ejercicio	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Cuenta con instrumentos de registro de avance de metas y desviaciones	(Si-No)	Si = .9 No = 0
Indique aspectos que integran su control presupuestal	(Si-No)	Si = .9 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: EQUIPAMIENTO

CATEGORÍA: LICITACIONES VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Coordina el proceso de contratación	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Tipo de contrataciones que emprenden	A) Nacional	A = 1.65
	B) Internacional	B = 1.65
Cuenta con catálogo de contratistas y prestadores de servicios	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS

ÁREA: EQUIPAMIENTO

CATEGORÍA: SUPERVISIÓN VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Supervisa los trabajos en sus aspectos de calidad, costos y tiempo de ejecución	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Verifica los trabajos de manera directa	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Verifica los trabajos de manera subrogada	(Si-No)	Si = 2.5 No = 0
Elabora reportes de supervisión:		
A) Durante el proceso de ejecución de las actividades	(Si-No)	Si = 1.25 No = 0
B) Al final de las actividades	(Si-No)	Si = 1.25 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: EQUIPAMIENTO		
CATEGORÍA: RECURSOS HUMANOS VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Plantilla de personal de equipamiento	A) Los puestos deben coincidir con el organigrama	Si = 2.5 No = 0
	B) Las actividades deben ser congruentes con el puesto	Si = 2.5 No = 0
	C) El perfil profesional del personal debe ser congruente con el puesto y las actividades desempeñadas	Si = 2.5 No = 0
	D) El número de plazas debe coincidir con el organigrama	Si = 2.5 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS**ÁREA:** EQUIPAMIENTO**CATEGORÍA:** RECURSOS MATERIALES VALOR 10%

INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Número de vehículos a disposición	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Cuenta con equipos y herramientas básicas	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Recibe suministro de materiales básicos para el desarrollo de los trabajos	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0

DEFINICIÓN DE RANGOS DE RESPUESTAS		
ÁREA: EQUIPAMIENTO		
CATEGORÍA: RECURSOS FINANCIEROS VALOR 10%		
INDICADOR	RANGOS DE RESPUESTA	EVALUACIÓN
Conoce el presupuesto asignado por parte de la SSA	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Conoce el presupuesto asignado por otras fuentes de financiamiento	(Si-No)	Si = 3.3 No = 0
Indique que otras fuentes de financiamiento canalizan recursos para el desarrollo de acciones en materia de equipamiento	Menciona otras fuentes: (Si-No)	Si = 3.3 No = 0

C. RESULTADOS

A partir de la información obtenida, se procedió a su captura en la base de datos diseñada a través del Paquete de programación Fox-Pro, que permitió la sistematización de la misma, para posteriormente realizar los análisis estadísticos, a fin de determinar los promedios a nivel nacional, para proceder a integrar las gráficas correspondientes por entidad federativa de las áreas de obras, conservación y equipamiento.

Tenemos así que los resultados obtenidos con base a las 10 categorías obligatorias son los siguientes:

CATEGORÍA: ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

En esta categoría, se obtuvo información de los 32 responsables estatales y 104 responsables jurisdiccionales.

Finalidad:	Evaluar si las entidades cuentan con la organización requerida para cumplir las funciones que demanda la administración en materia de obras, conservación y equipamiento.
-------------------	---

Nivel: Nacional

Evaluación:

Promedio Nacional en escala de 10 (Véase Cuadro N° 1)

- A) Obras: 5.4
- B) Conservación: 5.3
- C) Equipamiento: 1.7

Indicadores utilizados:

- Organigrama de las áreas responsables de Obras, Conservación y Equipamiento
- Objetivos y Funciones de las áreas.

Justificación:

En la medida en que las entidades, cuenten con una estructura orgánica congruente con los objetivos y funciones que demandan la ejecución de Obras, Conservación y Equipamiento de los servicios de salud y su infraestructura, se facilitará su administración.

Resultados (Véase Gráfica N° 1) :

En materia de Obras, 28 entidades federativas manifestaron contar con una área administrativa destinada a este propósito, destacando Colima, Chiapas, Chihuahua, México, Querétaro, San Luis Potosí y Tlaxcala. Las entidades que carecen de esta estructura son Sinaloa, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas.

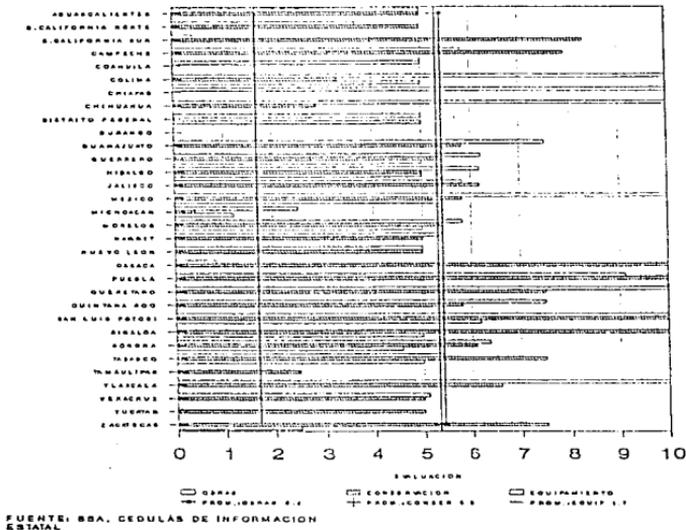
En materia de Conservación, 28 entidades cuentan con un área administrativa destinada a este propósito, sin embargo sus funciones no concuerdan totalmente con la estructura y objetivos propios de este tipo de unidad. Los estados que no cuentan con estructura son Coahuila, Chiapas, Distrito Federal y Durango. Destacan por su congruencia, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa y Baja California Sur.

En materia de Equipamiento, 12 entidades cuentan con un área administrativa específica para este propósito, aunque en todos los casos existe experiencia limitada dadas las características altamente especializadas del equipo médico. De las entidades que cuentan con estructura y organización en materia de equipamiento, Michoacán, es la única que no alcanza a cubrir el promedio nacional.

Destacan entre las entidades en la que se observa un área mejor estructurada en esta materia, San Luis Potosí, Colima, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Sinaloa y Tabasco.

En cuanto a la estructura orgánico-funcional, en materia de obras, conservación y equipamiento, se advierte que sólo 9 entidades, federativas operan en las tres áreas, lo que representa el 28.1 por ciento, del total nacional.

GRAFICA 1
OBRA, CONSERVACION Y EQUIPAMIENTO
NIVEL: ESTATAL / ESTRC. Y ORGANIZACION



CATEGORÍA: NORMATIVIDAD

En esta categoría, se obtuvo información de los 32 responsables estatales y 101 responsables jurisdiccionales.

Finalidad:	Evaluar la capacidad de la entidad para cumplir con los lineamientos, directrices y normas jurídicas y administrativas, que regulan las acciones relativas a planeación, programación, presupuestación, gasto, y ejecución de obra pública y los servicios relacionados con la misma que se contraten.
-------------------	--

Evaluación:

Promedio Nacional en escala de 10 (Véase Cuadro N° 1)

- A) Obras: 3.7
- B) Conservación: 2.9
- C) Equipamiento: 2.1

Indicadores utilizados:

- Elaboración de informes de control presupuestal (si) (no)
- Aspectos que integran los informes de control presupuestal.

Justificación:

Se considera que en la medida que se cumple con la obligación de presentar los informes de control presupuestal, conteniendo los avances del presupuesto, cumplimiento de metas, desviaciones en el presupuesto y la instrumentación de medidas correctivas, se induce al cumplimiento de la normatividad mínima que exigen la Ley y los principios básicos de la administración.

Resultados (Véase Gráfica N° 2):

El número de entidades que reportaron elaborar informes de control presupuestal fueron en:

Obras:	19
Conservación:	16
Equipamiento:	12

En normatividad, destacan Coahuila, Chihuahua, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas y Tlaxcala, pues requieren de un apoyo inmediato al no disponer de la normatividad de obras, conservación y equipamiento para el ejercicio y control presupuestal.

Para precisar la evaluación de la normatividad, únicamente se consideraron las 19 entidades que reportaron en materia de obras, por lo que el promedio resultante es de 6.2 puntos, es decir, no se consideraron a las 13 restantes, pues estas afectan al promedio nacional de manera negativa.

En materia de conservación, se consideraron las 16 entidades que reportaron, dando como promedio 5.4 puntos; asimismo, no se consideraron las 16 entidades que no reportaron.

En materia de equipamiento, únicamente se consideraron 12 entidades, dando como promedio 5.1 puntos.

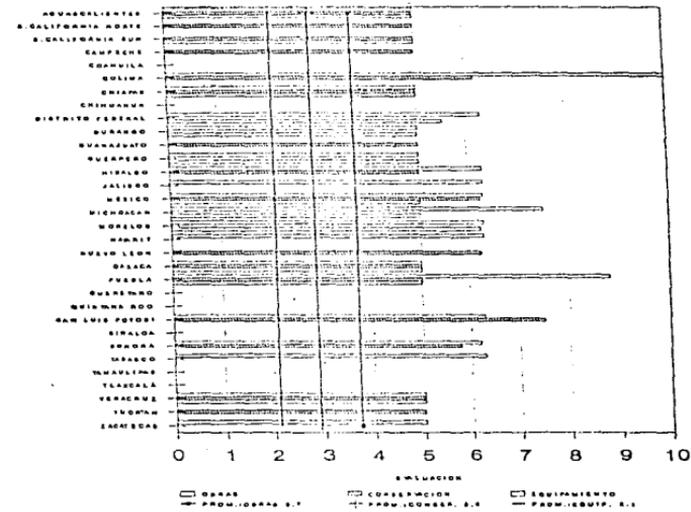
En la evaluación de la normatividad, se observó que si bien las entidades realizan los informes no incluyen los aspectos básicos del ejercicio y control presupuestal.

En materia de obras, conservación y equipamiento, las entidades sobresalientes son:

- 1) Aguascalientes***
- 2) Chiapas***
- 3) México***
- 4) Oaxaca***
- 5) Puebla***
- 6) Veracruz***

Los resultados de la evaluación, concuerdan con la experiencia de los estados que usualmente empiezan a desarrollar las áreas y funciones relacionadas con obras, evolucionando hacia la conservación y concluyen con el área de equipamiento.

GRAFICA 2
OBRA, CONSERVACION Y EQUIPAMIENTO
NIVEL: ESTATAL / NORMATIVIDAD



CATEGORÍA: PROCEDIMIENTOS

En esta categoría, se obtuvo información de los 32 responsables estatales y 101 responsables jurisdiccionales.

Finalidad:	Evaluar si la entidad cuenta con procedimientos documentados para la administración y operación de las funciones y actividades en materia de obras, conservación y equipamiento.
-------------------	--

Nivel: Nacional

Evaluación:

Promedio Nacional en escala de 10 (Véase Cuadro N° 1)

A) Obras:	0.9
B) Conservación:	2.5
C) Equipamiento:	0.8

Indicadores utilizados:

- Manuales de procedimientos y/o técnicos de que se dispone en materia de : a) obras; b) conservación; c) equipamiento.
- Rutinas básicas que se tienen en: a) obras; b) conservación; c) equipamiento.
- Disponibilidad de guías técnicas para la prestación de servicios en: a) obras; b) conservación; c) equipamiento

Justificación:

Los manuales, rutinas y guías tanto administrativos como técnicos, son básicos para la administración y ejecución eficiente y eficaz de las obras, conservación y equipamiento, ya que permiten el control de actividades y el uso eficiente de los recursos.

Resultados (Véase Gráfica N° 3):

La evaluación mostró a esta categoría como la que presenta mayores carencias en todos sus conceptos.

En obras, son, 12 las entidades que cuentan con algún tipo de procedimientos. El promedio de evaluación de estas doce entidades es 2.5 En la escala de 10.

Las entidades más destacadas en procedimientos en obras, son:

- a) Hidalgo
- b) Veracruz
- c) Chihuahua
- d) Michoacán.

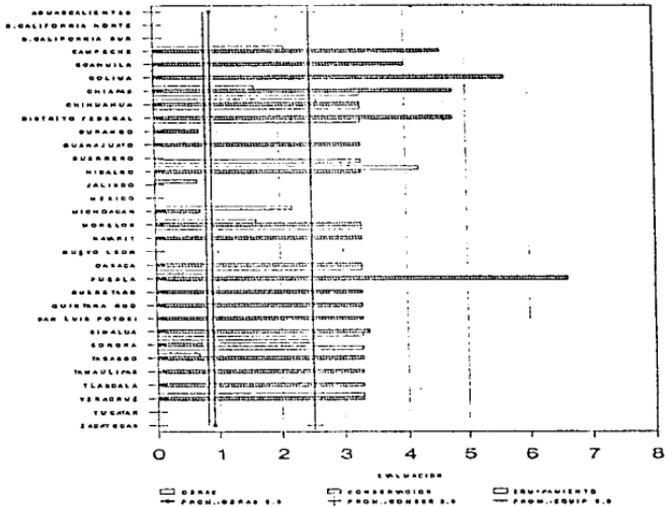
En conservación, son 23 las entidades que cuentan con algún tipo de procedimientos. El promedio de evaluación de estas entidades es de 3.4 En la escala de 10. Destacan Puebla, Colima, Distrito Federal, Chiapas y Campeche.

En equipamiento, 8 entidades cuentan con guías técnicas para la prestación de servicios.

Únicamente los estados de Chiapas, Chihuahua y Morelos, cuentan con procedimientos en materia de obras, conservación y equipamiento representando el 12.5 por ciento del total nacional.

Las entidades que no disponen de ningún procedimiento para obras, conservación y equipamiento, son: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, México, Nuevo León, Yucatán y Zacatecas.

GRAFICA 3
OBRA, CONSERVACION Y EQUIPAMIENTO
NIVEL: ESTATAL / PROCEDIMIENTOS



FUENTE: SSA, CEDULAS DE INFORMACION ESTATAL

SSAPAI

CATEGORÍA: PLANEACIÓN

En esta categoría, se obtuvo información de los 32 responsables estatales y 104 responsables jurisdiccionales.

Finalidad: Evaluar si la entidad cuenta con la capacidad para prever la asignación correcta de recursos, la coordinación de esfuerzos y la imputación precisa de responsabilidades que permitan controlar y evaluar sistemáticamente los procedimientos, avances y resultados, de tal modo que puedan darse con oportunidad los ajustes y cambios necesarios para cumplir con los propósitos en materia de obras, conservación y equipamiento.

Nivel: Nacional

Evaluación:

Promedio Nacional en escala de 10 (Véase Cuadro N° 1)

- A) Obras: 5.7
B) Conservación: 4.9
C) Equipamiento: 3.3

Indicadores utilizados:

- Formulación de planes
- Cuenta con programas de actividades de obras, conservación y equipamiento
- Aspectos que integran su programa de actividad
- Dispone de diagnóstico de necesidades
- Determina cobertura de atención de las necesidades

Justificación:

La Ley de Planeación exige la elaboración de programas operativos anuales y los indicadores señalados son algunos de los requisitos básicos que deben contener los programas.

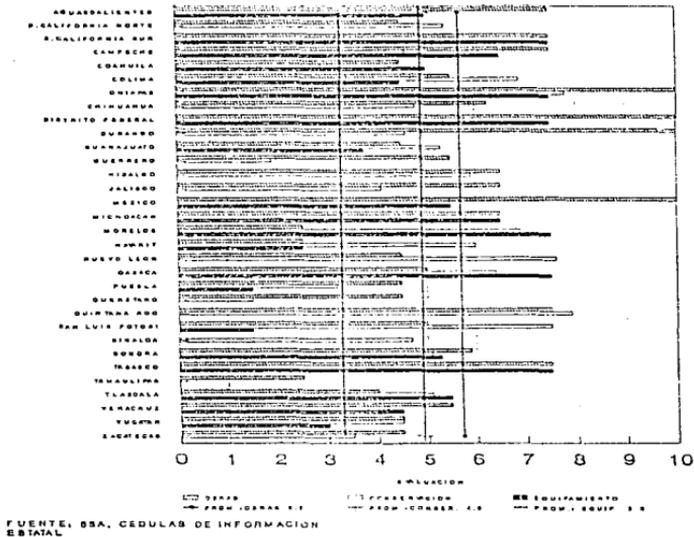
Resultados (Véase Gráfica N° 4):

Todas las entidades desarrollan actividades de planeación en mayor o menor grado, principalmente en materia de obras y conservación a excepción de Sinaloa que no realiza planeación en obras y Tamaulipas que no la realiza en conservación.

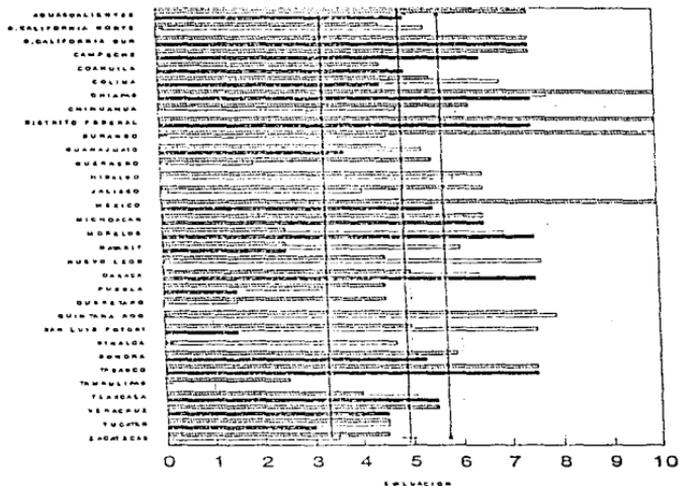
En materia de Equipamiento, solamente 20 entidades desarrollan actividades de planeación, y las que no la desarrollan son: Baja California, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas.

Las entidades que realizan planeación para obras, conservación y equipamiento, son en total 20, que representan el 62.5 por ciento del total nacional.

GRAFICA 4
OBRA, CONSERVACION Y EQUIPAMIENTO
NIVEL: ESTATAL / PLANEACION



**GRAFICA 4
OBRA, CONSERVACION Y EQUIPAMIENTO
NIVEL: ESTATAL / PLANEACION**



FUENTE: SSA, CEDULAS DE INFORMACION ESTATAL

20041

CATEGORÍA: PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN

En esta categoría se obtuvo información de los 32 responsables estatales y 102 responsables jurisdiccionales.

Finalidad:	Determinar si la entidad realiza la fijación de objetivos, metas y asignación de recursos humanos, materiales y financieros, dentro de un ejercicio presupuestario; así como la estimación anual programada de los ingresos y egresos necesarios para el cumplimiento de los planes y funciones en materia de obras, conservación y equipamiento.
-------------------	---

Nivel: Nacional

Evaluación:

Promedio Nacional en escala de 10 (Véase Cuadro N° 1)

- A) Obras: 5.1
B) Conservación: 3.9
C) Equipamiento: 3.2

Indicadores utilizados:

- Formula programa operativo anual de obras, conservación y equipamiento
- Indique aspectos que incluye: obra nueva, rehabilitaciones y ampliaciones y remodelación
- Elabora estimación de costos por especialidad
- Integra el calendario del ejercicio presupuestal
- Elabora informes para la integración de la cuenta pública
- Cuenta con guía para la elaboración del programa operativo anual

- Cuenta con manual de procedimientos para el ejercicio y control presupuestal
- Cuenta con guía para la elaboración e integración de la cuenta pública
- Dispone de un procedimiento interno para el ejercicio y control presupuestal
- Cuenta con instrumentos para el ejercicio y control presupuestal
- Cuenta con instrumentos de registro de avance de metas y desviaciones

Justificación:

El proceso anual de programación-presupuestación es una disposición legal obligatoria para todas las dependencias públicas. Por otra parte, constituye un instrumento importante de información y control del desempeño de las funciones y actividades. Además, que permite reconsiderar y reevaluar periódicamente los objetivos y evaluar comparativamente las diversas funciones y programas entre sí y su relación de costos.

Resultados (Véase Gráfica N° 5):

En materia de Obras, 28 entidades señalaron desarrollar actividades de programación y presupuestación. La excepción, fueron Nuevo León, Querétaro, Sinaloa y Yucatán. Existe una variación amplia en el nivel de la capacidad de programación-presupuestación de las entidades, destacando entre los de mayor nivel, Baja California Sur (9.9); Hidalgo (9.5), Distrito Federal (9.0); Oaxaca (9.0); Tabasco (9.0) y Veracruz (9.0).

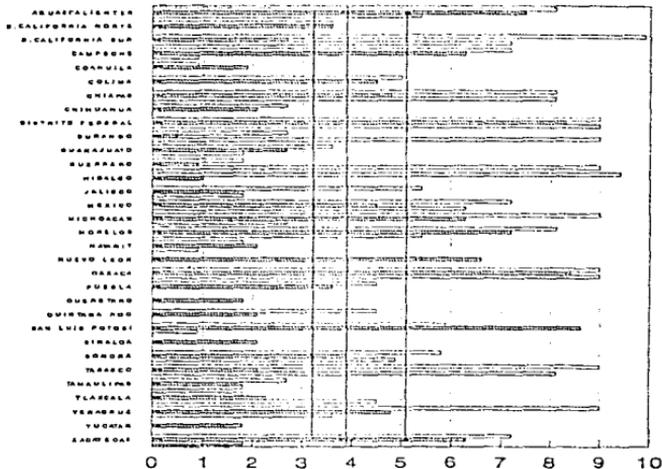
En materia de Conservación, todas las entidades señalaron desarrollar actividades de programación-presupuestación, las de mayor nivel, son: San Luis Potosí (8.6); Oaxaca (8.4); Distrito Federal (8.3); Aguascalientes (7.5) y Morelos (7.2). Entre las entidades que cuentan con menor nivel en la materia están Durango (0.5); Guerrero (0.9) e Hidalgo (1.0).

En materia de Equipamiento, 21 entidades señalaron desarrollar actividades de programación-presupuestación. Destacan entre las entidades de mayor nivel, Distrito Federal (9.0); Durango (9.0); Guerrero (9.0) y Oaxaca (9.0). Entre las entidades que cuentan con menor nivel a pesar de que desarrollan este tipo de actividades, están Campeche (0.9); San Luis Potosí (0.9); Durango (1.8); Guanajuato (1.8); Tamaulipas (1.8) y Zacatecas (1.8).

Se observa, que no existe homogeneidad en la capacidad de programación-presupuestación de las entidades, ya que cada área administrativa que se encarga de estas actividades, presenta diferentes niveles de desarrollo, tales son los casos de Hidalgo, Durango, Guerrero que reflejan los menores niveles de evaluación según se trate de obras, conservación y equipamiento.

En programación-presupuestación para obras, conservación y equipamiento, las entidades que la desarrollan son: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas, que representa el 65.6 por ciento del total nacional.

GRAFICA N.
 OBRA, CONSERVACION Y EQUIPAMIENTO
 NIVEL: ESTATAL / PROG. Y PRESUPUESTO



FUENTE: SRA. CEDULAS DE INFORMACION
 ESTATAL

888881

CATEGORÍA: CONTRATACIÓN Y LICITACIONES

En esta categoría, se obtuvo información de los 32 responsables estatales y 102 responsables jurisdiccionales.

Finalidad:	Evaluar la capacidad de la entidad para llevar a cabo el proceso de contratación de obra pública y servicios relacionados, conforme a las disposiciones de la Ley de Adquisiciones y Obra Pública.
-------------------	--

Nivel: Nacional

Evaluación:

Promedio Nacional en escala de 10 (Véase Cuadro N° 1)

- A) Obras: 4.2
- B) Conservación: 4.9
- C) Equipamiento: 3.5

Indicadores utilizados:

- Coordina el proceso de contratación
- Tipo de contrataciones que emprende
- Cuenta con catálogo de contratistas y prestadores de servicios

Justificación:

De acuerdo a la Ley de Adquisiciones y Obra Pública, asegurar las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes.

Resultados (Véase Gráfica N° 6):

En materia de Obras, 27 entidades señalaron desarrollar actividades de contratación. Destacan entre las de mayor nivel, México (8.3); Michoacán (8.3); y Nayarit (8.3). Entre las entidades que desarrollan actividades de contratación, que mostraron menor nivel están Hidalgo (1.7); Aguascalientes (3.3); Guerrero (3.3); Morelos (3.3); Nuevo León (3.3); Sinaloa (3.3), Tabasco (3.3) y Yucatán (3.3).

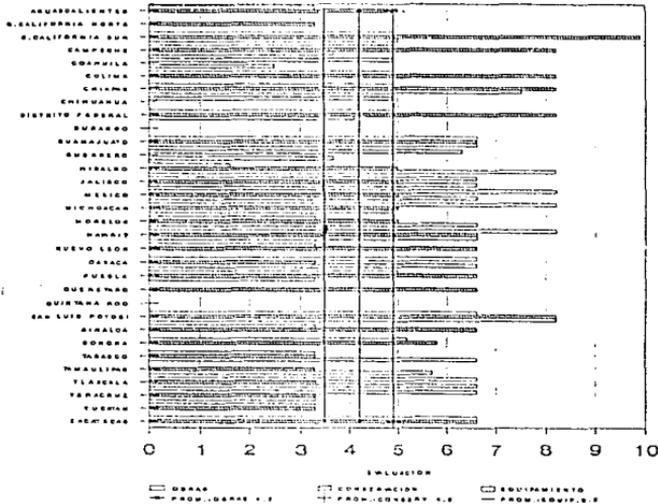
En materia de conservación, 27 entidades señalaron desarrollar actividades de contratación. Destacan entre los de mayor nivel, Baja California Sur (9.9); Campeche (8.3); Colima (8.3); Chiapas (8.3), Distrito Federal (8.3) Y San Luis Potosí (8.3). Entre las entidades que mostraron menor nivel están Baja California (3.3); Oaxaca (3.3); Tabasco (3.3); Tamaulipas (3.3); Tlaxcala (3.3); Veracruz (3.3) y Yucatán (3.3).

En materia de equipamiento, 20 entidades señalaron desarrollar actividades de contratación. Destacan entre las de mayor nivel, Hidalgo (8.3); San Luis Potosí (8.3) y Chiapas (7.5). Entre las entidades que mostraron menor nivel están Coahuila (2.5), Puebla (3.3) y Veracruz (3.3).

Las entidades federativas que alcanzan el promedio nacional en materia de contratación y licitaciones, para obras, conservación y equipamiento, son: Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit y San Luis Potosí, que representan el 34.4 por ciento del total nacional.

Mención especial merecen los estados de Durango y Quintana Roo, pues requieren de apoyos prioritarios y específicos en materia de contratación y licitaciones de obras, conservación y equipamiento.

GRAFICA 6
 OBRA, CONSERVACION Y EQUIPAMIENTO
 NIVEL: ESTATAL / CONTRAICCIONES



ECOL

CATEGORÍA: SUPERVISIÓN

En esta categoría, se obtuvo información de los 32 responsables estatales y 104 responsables jurisdiccionales.

Finalidad:	Evaluar la capacidad del estado para verificar y comprobar la ejecución de las actividades, conforme a los planes y programas de trabajo establecidos en materia de obras, conservación y equipamiento.
-------------------	---

Evaluación:

Promedio Nacional en escala de 10 (Véase Cuadro N° 1)

- A) Obras: 7.9
B) Conservación: 8.2
C) Equipamiento: 5.2

Indicadores utilizados:

- Supervisa los trabajos con sus aspectos de calidad, costos y tiempo de ejecución en materia de obras, conservación y equipamiento
- Verifica la ejecución de los trabajos de manera directa
- Verifica la ejecución de los trabajos de manera subrogada
- Elabora reportes de supervisión

Justificación:

De acuerdo con la Ley de Adquisiciones y Obra Pública (art.64), las dependencias tienen la responsabilidad directa de la supervisión, vigilancia, control y revisión de los trabajos de obras públicas.

Resultados (Véase Gráfica N° 7):

La cantidad de entidades, que supervisan los trabajos y elaboran los reportes correspondientes, son:

En materia de Obras, son 31, que representan el 96.9 del total nacional; no se desarrollan trabajos de supervisión en el estado de Sinaloa.

En materia de Conservación, son 31, que significa el 96.9 por ciento, no ejecutando ninguna acción en esta materia, el estado de Baja California Sur.

En materia de Equipamiento, son 24, que representan el 75 por ciento, siendo los estados de Campeche, Durango, México, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa y Zacatecas, donde no se emprenden actividades de supervisión.

Destacan con la valoración máxima, en obras y conservación: Aguascalientes, Campeche, Distrito Federal, Oaxaca, Quintana Roo y Zacatecas.

Las entidades que realizan actividades de supervisión en obras, conservación y equipamiento, son: Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

CATEGORÍA: RECURSOS HUMANOS

En esta categoría se obtuvo información de los 32 responsables estatales y 104 responsables jurisdiccionales.

Finalidad:	Evaluar la disponibilidad y el nivel de formación profesional de los recursos humanos que tiene la entidad para atender las necesidades de la administración y operación en materia de obras, conservación y equipamiento.
-------------------	--

Evaluación:

Promedio Nacional en escala de 10 (Véase Cuadro N° 1)

- A) Obras: 2.8
B) Conservación: 3.4
C) Equipamiento: 1.8

Indicadores utilizados:

Plantilla del personal:

- Congruencia de los puestos
- Congruencia de las actividades
- Congruencia del perfil del personal
- Coincidencia de la cantidad de plazas

Justificación:

La plantilla de personal permite verificar la congruencia entre los puestos, las actividades, el perfil profesional del personal, la cantidad de plazas y el personal contratado.

Resultados (Véase Gráfica N° 8):

En la evaluación de esta categoría a nivel nacional, se observa limitada disponibilidad de recursos humanos, sobresaliendo únicamente 10 estados que cuentan con puestos, perfil profesional del personal, actividades y plazas congruentes con la estructura orgánico-funcional existente:

En materia de Obras, las entidades son:

- 1) Puebla
- 2) Tlaxcala

En materia de Conservación:

- 1) México
- 2) Nuevo León

En materia de Equipamiento:

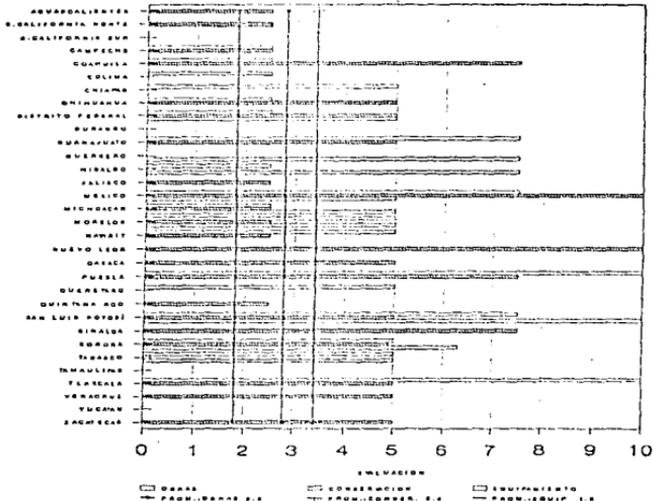
- 1) San Luis Potosí

Paralelamente existen estados que no cuentan con los recursos humanos suficientes en obras, conservación y equipamiento, lo cual constituye un aspecto que en forma vital debe fortalecerse, estos son:

- 1) Baja California Sur
- 2) Durango
- 3) Tamaulipas
- 4) Yucatán

Mención especial merecen los estados de México, Michoacán, Morelos, San Luis Potosí y Sonora, que cuentan con recursos humanos en las áreas de obras, conservación y equipamiento.

GRAFICA II
 OBRA, CONSERVACION Y EQUIPAMIENTO
 NIVEL: ESTATAL / REC. HUMANOS



FUENTE: SBA, CEDULAS DE INFORMACION ESTATAL

SECRET

CATEGORÍA: RECURSOS MATERIALES

En esta categoría, se obtuvo información de los 32 responsables estatales y 101 responsables jurisdiccionales.

Finalidad:	Identificar la disponibilidad y necesidades de recursos materiales requeridos para cumplir con las actividades y funciones en materia de obras, conservación y equipamiento.
-------------------	--

Evaluación:

Promedio Nacional en escala de 10 (Véase Cuadro N° 1)

- A) Obras: 5.3
- B) Conservación: 6.4
- C) Equipamiento: 2.2

Indicadores utilizados:

- Número de vehículos a disposición
- Disponibilidad de materiales y herramientas
- Disponibilidad de recursos

Justificación:

La disponibilidad de vehículos se considera fundamental para cumplir las funciones de supervisión de obras, conservación y equipamiento.

Resultados (Véase Gráfica N° 9):

Los resultados de esta categoría para el área de obras, conservación y equipamiento manejan tres indicadores clave: vehículos, herramientas básicas y suministros de materiales básicos.

El número de entidades que disponen de recursos materiales para el desarrollo de sus actividades y funciones por área son:

Obras:	17
Conservación:	9
Equipamiento:	7

Las entidades que no cuentan con ningún bien mueble son:

Obras:	15
Conservación:	1
Equipamiento:	25

Los estados de Aguascalientes, Distrito Federal, Hidalgo, Michoacán, Tabasco y Zacatecas, cuentan con recursos materiales en materia de obras, conservación y equipamiento, representando el 18.7 por ciento del total nacional.

CATEGORÍA: RECURSOS FINANCIEROS

En esta categoría, se obtuvo información de los 32 responsables estatales y 99 responsables jurisdiccionales.

Finalidad:	Evaluar la capacidad de la entidad para el manejo oportuno y eficiente de los recursos financieros dedicados a obras, conservación y equipamiento.
-------------------	--

Nivel: Nacional

Evaluación:

Promedio Nacional en escala de 10 (Véase Cuadro N° 1)

- A) Obras: 6.7
B) Conservación: 6.4
C) Equipamiento: 3.7

Indicadores utilizados:

- Conoce el presupuesto asignado por parte de la SSA
- Conoce el presupuesto asignado por otras fuentes de financiamiento
- Indique qué otras fuentes, canalizan recursos para el desarrollo de las acciones en materia de obras, conservación y equipamiento.

Justificación:

El conocimiento del presupuesto y sus fuentes de financiamiento son elementos que permiten programar la erogación y gestión oportuna de los recursos.

Resultados (Véase Gráfica N° 10):

En materia de Obras, 30 entidades, señalaron conocer el presupuesto o sus fuentes de financiamiento en mayor o menor grado. Destacan Colima, Chiapas, Chihuahua, México y Tlaxcala. Las entidades que manifestaron total desconocimiento fueron Nuevo León y Tamaulipas.

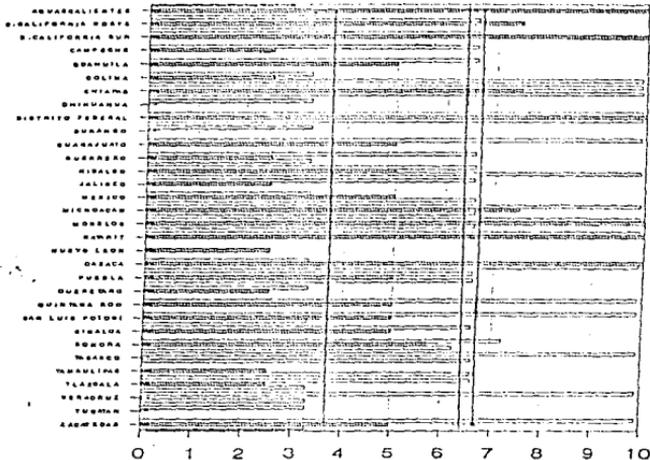
En materia de Conservación, 27 entidades señalaron conocer el presupuesto o sus fuentes de financiamiento, destacan Aguascalientes, Baja California Sur, Distrito Federal, y Nayarit. Las entidades que desconocen el presupuesto son Chihuahua, Durango, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

En materia de Equipamiento, 19 entidades señalaron conocer el presupuesto y sus fuentes de financiamiento. Destacan Chiapas, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo y Oaxaca.

Las entidades que tienen conocimiento de los recursos financieros destinados a obras, conservación y equipamiento, son 16 que representan el 50 por ciento, siendo estas: Aguascalientes, Baja California, Colima, Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Tlaxcala y Zacatecas.

Las entidades de Nuevo León, Yucatán, Durango y Chihuahua, requieren una mayor coordinación, sobre todo por la importancia que para el desarrollo de las acciones representa la gestión de recursos, para atender la obra, la conservación y el equipamiento de unidades médicas.

GRAFICA 10
OBRA, CONSERVACION Y EQUIPAMIENTO
NIVEL: ESTATAL Y REC. FINANCIEROS



FUENTE: BSA, CEDULAS DE INFORMACION
ESTATAL

10001

Con base en las 10 categorías y los indicadores que las constituyen, se evidencia la necesidad de proporcionar los siguientes apoyos:

Estructura Orgánico-Funcional:

- A) Capacitar a las entidades en materia de organización, de las áreas de obras y conservación, para mejorar su capacidad administrativa y operativa, así como reforzar su estructura organizacional para lograr su consolidación.
- B) En materia de equipamiento, se requiere que todas las entidades se incorporen a acciones de capacitación, ya que en todos los casos se detectaron insuficiencias para la administración y operación adecuadas.
- C) En el caso del estado de Durango, se requiere apoyar a esta entidad para que en el corto plazo disponga de estructuras orgánico-funcionales para obras, conservación y equipamiento, de tal forma, que cuente con una organización que le permita el cumplimiento de las funciones encomendadas.
- D) Los estados de Tamaulipas, Yucatán, Chiapas y Coahuila, cuentan con una organización estructural en alguna de las tres áreas, por lo que es importante reforzar la funcionalidad de la existente, e incorporar las que hacen falta.
- E) Las entidades que cuentan con una estructura orgánico-funcional para obras, conservación y equipamiento, son San Luis Potosí y México, lo que les permite una distribución más adecuada de responsabilidades, funciones y objetivos.

Normatividad

- F)** Impulsar la capacitación en materia de normatividad, a fin de mejorar la administración y el control de los recursos.

- G)** Difundir la normatividad administrativa, que debe aplicarse para el desarrollo de las acciones de obras, conservación y equipamiento, de tal forma, de que en el corto plazo las entidades homogeneicen su operación.

- H)** Atención inmediata a las entidades que requieren disponer de la normatividad para su aplicación, son: Coahuila, Chihuahua, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas y Tlaxcala.

- I)** Lograr una optimización de recursos, a través de la emisión y difusión de la normatividad que regule el ejercicio y control presupuestal de las acciones de obras, conservación y equipamiento, a fin de que las entidades cuenten con los apoyos para la realización de sus tareas.

- J)** Entre las entidades que disponen y aplican la normatividad, destacan: Aguascalientes, Chiapas, México, Oaxaca, Puebla, y Veracruz.

Procedimientos

- K)** En esta categoría se presentan las valoraciones más bajas a nivel nacional, por lo que las acciones, para subsanar tal situación deben instrumentarse de manera inmediata.

- L) Es necesario actualizar y desarrollar manuales de procedimientos en materia de obras, conservación y equipamiento, que apoyen y guíen la ejecución de las acciones, a fin de evitar omisiones y optimizar los recursos en la operación.
- M) La elaboración de los manuales, deberá orientarse a las acciones de programación-presupuestación, licitaciones, evaluación, seguimiento y control de actividades, especificándose las particularidades en materia de obras, conservación y equipamiento.

Planeación

- N) Existe una desviación en la capacidad de planeación de las entidades, por lo cual es necesario mejorarla, principalmente en materia de equipamiento, en las entidades de Baja California, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Querétaro, Quintana Roo, y Zacatecas.
- O) El estado de Sinaloa, precisa de apoyos en materia de obras y equipamiento, así como Tamaulipas, en lo relativo a conservación y equipamiento, pues muestran una experiencia limitada únicamente en la planeación de un área.
- P) Los estados, que muestran una amplia experiencia en planeación son Chiapas, Michoacán, Sonora y Tabasco.

Programación-Presupuestación

- Q) Se observan en esta categoría, inconsistencias en la capacidad de programación-presupuestación de las entidades, ya que aún tratándose de la misma entidad existen amplias variaciones en su capacidad, ya sea en obras, conservación o equipamiento, tales son los casos de Campeche, Hidalgo, Jalisco, Durango, Guerrero, Michoacán, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas.
- R) La capacitación en materia de programación-presupuestación, resulta importante, pues es evidente la falta de normatividad y homogeneidad de las acciones administrativas.
- S) Los estados de Aguascalientes, Oaxaca y el Distrito Federal, muestran un avance importante en esta materia, en las tres áreas, ya que rebasan el promedio nacional.

Contratación y Licitaciones

- T) La capacidad para manejar contratos de las entidades, necesita reforzarse prácticamente en todas las áreas, pero principalmente en materia de equipamiento, a fin de prevenir la realización de contrataciones que omitan la aplicación de la normatividad vigente.
- U) Los estados de Durango y Quintana Roo, requieren de apoyos prioritarios y específicos en materia de contratación y licitaciones de obras, conservación y equipamiento.
- V) Los estados de Guanajuato, Nayarit y San Luis Potosí, se ubican arriba del promedio nacional.

Supervisión

- W)** Es necesario brindar apoyos en materia de supervisión a las entidades de: Tamaulipas, México, Guanajuato, Campeche, Sinaloa y Zacatecas, toda vez que su capacidad para realizar estas actividades se ve limitada en alguna de las tres áreas.
- X)** Las entidades federativas que presentan mayores avances en esta categoría son: Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Morelos, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco y Tlaxcala, ya que rebasan el promedio nacional, en las tres áreas.

Recursos Humanos

- Y)** Las cifras muestran claras limitaciones en esta categoría, en función de que en 27 entidades federativas se carece de personal adscrito en por lo menos en una de las tres áreas.
- Z)** Son sólo 5 las entidades federativas (Distrito Federal, México, Michoacán, Morelos, San Luis Potosí y Sonora), que cuentan con personal en las tres áreas de atención.
- Aa)** Mención especial merecen Baja California Sur, Durango, Tamaulipas y Yucatán, que requieren en forma prioritaria de los apoyos necesarios para la atención estas áreas, en lo referente a la disponibilidad de recursos humanos.
- Ab)** A nivel nacional los recursos humanos, son una de las categorías con menor valoración, por lo que dada su importancia, deben constituir una de las prioridades que se deben atender para iniciar un proceso de descentralización.

Recursos Materiales

- Ac)** Las limitaciones que presentan la mayoría de las entidades federativas en la categoría de recursos materiales, es más evidente en las áreas de obras y equipamiento, mientras que en conservación solo en el estado de Guerrero, no existen bienes muebles para las actividades inherentes.
- Ad)** Los estados de Aguascalientes, Hidaigo, Zacatecas y el Distrito Federal, destacan sobre el promedio nacional, ya que en las tres áreas de atención, disponen de recursos materiales para llevar a cabo las funciones encomendadas.
- Ae)** Es preciso, reforzar el apoyo a las entidades federativas, en el manejo de los recursos materiales, que permita una optimización y redunde en una mejor prestación de los servicios en los renglones de obras, conservación y equipamiento.

Recursos Financieros

- Af)** Destacan en esta categoría tres entidades (Chiapas, Michoacán y Distrito Federal) por contar con un equilibrio en el presupuesto para el desempeño de las actividades de obras, conservación y equipamiento.
- Ag)** Las entidades que requieren apoyos de manera inmediata son, Campeche, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa, Veracruz y Yucatán, en virtud de que en por lo menos una de las tres áreas no cuentan los recursos mínimos indispensables.
- Ah)** La capacidad para el manejo de los recursos financieros requiere incrementarse a nivel general, ya que el promedio nacional, además de ser bajo tiene variaciones muy significativas, incluso en una misma entidad, para las diferentes áreas administrativas.

CUADRO N° 1

Promedios Nacionales por Categoría		
Categoría	Área	Promedio
Estructura y Organización	Obras	5.4
	Conservación	5.3
	Equipamiento	1.7
Normatividad	Obras	3.7
	Conservación	2.9
	Equipamiento	2.1
Procedimientos	Obras	0.9
	Conservación	2.5
	Equipamiento	0.9
Planeación	Obras	5.7
	Conservación	4.9
	Equipamiento	3.3
programación-Presupuestación	Obras	5.1
	Conservación	3.9
	Equipamiento	3.2
Licitaciones	Obras	4.2
	Conservación	4.9
	Equipamiento	3.5
Supervisión	Obras	7.9
	Conservación	8.2
	Equipamiento	5.2
Recursos Humanos	Obras	2.8
	Conservación	3.4
	Equipamiento	1.8
Recursos Materiales	Obras	5.3
	Conservación	6.4
	Equipamiento	2.2
Recursos Financieros	Obras	6.7
	Conservación	6.4
	Equipamiento	3.7

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos, se ha evidenciado que la falta de conocimientos, perfiles adecuados, interés, son los principales aspectos que reflejan los recursos humanos adscritos al área de infraestructura física a nivel nacional; igualmente destacó la resistencia del individuo a abandonar sus metas para escoger otras, a menos que crea en la importancia de otra meta. Sin embargo, prevalece el temor al fracaso, dificultándose el compromiso total con una meta, que en el caso de la Secretaría de Salud, es la descentralización de los servicios médicos, debido a la falta de autoconocimiento e inseguridad en sí mismo, que mostró el personal, lo los lleva a dudar de su propio futuro, en términos de mantener su trabajo.

Otro de los principales aspectos, que se observó, en el desarrollo del trabajo, es la necesidad de capacitación de los recursos humanos, dado que en esta etapa de descentralización, existe poco conocimiento acerca del medio ambiente, es decir, la falta de conciencia respecto a las oportunidades con que se cuenta en el medio, puede ocasionar también confusión e incapacidad para asumir responsabilidades. Una parte importante en el proceso de comprometerse, es investigar los recursos y oportunidades del medio, aprovechando lo indagado para explorar nuevos objetivos y redefinir los antiguos.

En este sentido, es importante resaltar que dada la tarea de la Psicología Industrial, en cuanto a fomentar la iniciativa individual y reforzar la dignidad personal, el realizar acertadamente la detección de necesidades de capacitación contribuye en una mayor productividad, desarrollo de conocimientos habilidades y actitudes y modificación de los comportamientos laborales.

Es por ello, que prestando mayor atención a los problemas concernientes a los métodos de capacitación y con el propósito de aprovechar al máximo la potencialidad de ejecución y satisfacción personal se dará el encauzamiento adecuado, haciendo a un lado la obsolencia de conocimientos y la ignorancia, proporcionando así un sentido de identidad.

Tenemos, así que la detección de necesidades de capacitación, es uno de los insumos, que permiten a las organizaciones responder a los cambios tanto tecnológicos como de habilidad, conocimiento, y en sí satisfacción en el logro del trabajo desarrollado que requiere todo ser humano tanto en el plano social como netamente individual, y que en el caso de la Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento, permitió identificar las fortalezas y limitaciones del personal para afrontar las funciones y acciones, que a partir de la descentralización tendrán que desempeñar, con el propósito de que la Institución cumpla cabalmente con las políticas y metas trazadas, en cuanto a respetar la soberanía de los estados para la atención de las necesidades que en materia de salud demanda la población.

Ahora bien, y con el propósito de facilitar el compromiso de metas anteriores y metas nuevas por parte de los recursos humanos, y en apoyo al fortalecimiento y consolidación del proceso de descentralización de la Secretaría de Salud, y específicamente de los servicios de infraestructura física, se propone el diseño de un Programa de Actualización, Capacitación y Formación, que deberá dirigirse al personal que participa en las tareas de obras, conservación y equipamiento de la infraestructura física en salud para población abierta en las entidades federativas, jurisdicciones sanitarias y unidades médicas, con la finalidad de coadyuvar a su actualización, pero principalmente a mejorar el desempeño de sus funciones.

Esta propuesta, se orientará a promover una capacitación integral de los recursos humanos adscritos al área de infraestructura física, tanto técnicos, operativos y administrativos, a fin de atender las necesidades mediatas e inmediatas que requieren para la operación de acciones resultado del proceso de descentralización de funciones y recursos económicos a nivel estatal en un marco de eficiencia y eficacia, que se constituyan en la base de la desconcentración a las jurisdicciones sanitarias y unidades médicas y que permita atender con oportunidad las necesidades regionales y locales.

La instrumentación de esta Propuesta, se apoyará en la oferta de servicios y especialidades que proporcionan las siguientes instituciones y organismos:

- a) El Colegio Nacional de Educación Técnica Profesional (CONALEP)
- b) Facultad de Arquitectura de la Universidad Nacional Autónoma de México
- c) El Colegio de Ingenieros Mecánicos y Electricistas
- d) Empresas Consultoras Especializadas en Capacitación
- e) Instituto de Capacitación de la Industria de la Construcción
- f) Otras Instituciones (Instituto Nacional de Administración Pública)

Las modalidades de capacitación, que se proponen realizar son, cursos-talleres, seminarios, talleres prácticos de carácter administrativo, técnico y operativo, que se desarrollarán a nivel nacional, estatal, regional, jurisdiccional y unidad médica, y en caso del personal adscrito a la Coordinación General, serán seminarios y/o diplomados.

Ahora bien, en el diseño del Programa de Actualización, Capacitación y Formación, deberá considerarse la siguiente Estrategia Operativa:

1. Integrar el Programa de Actualización, Capacitación y Formación de Recursos Humanos Responsables de la Infraestructura Física a nivel nacional, dirigido a la atención de los ámbitos:

- Central
- Estatal, y

considerando dos ejes fundamentales:

- atención a las necesidades generales
- atención a las necesidades regionales

2. Coordinar, ejecutar y evaluar el desarrollo de las acciones, que se desarrollarán:

- *a nivel nacional*

3. Promover el desarrollo de acciones de actualización y capacitación, en las modalidades:

- seminario
- curso-taller
- talleres

ya sea de manera:

- presencial
- multimedia (a través de textos de autoinstrucción y material audiovisual)

4. **Concertar con las instituciones y organismos de los sectores público y privado, las acciones a instrumentar para satisfacer las necesidades institucionales y de los recursos humanos.**
5. **Realizar el seguimiento y control del Programa de Capacitación**
6. **Evaluar el impacto de las acciones en la optimización de las funciones que desempeña el personal**

En el caso de las instituciones y organismos, la Secretaría de Salud, celebró durante 1995, convenios de colaboración en materia de capacitación, dado que éstos reúnen el perfil requerido, es decir, su oferta institucional, responde a las necesidades del personal en materia de ofrecer servicios que se orientan tanto a los aspectos técnicos como administrativos, que son indispensables para el desempeño de las funciones del personal de infraestructura.

Los Convenios de Coordinación Interinstitucional que fueron celebrados entre la Secretaría de Salud con Instituciones y Organismos, son:

- a) **Universidad Nacional Autónoma de México, específicamente con la Facultad de Arquitectura, con el objeto de promover el intercambio de conocimientos y experiencias tanto profesionales como académicas y de investigación, así como establecer mecanismos operativos bajo los cuales se conjugarán los esfuerzos y recursos para alcanzar objetivos de beneficio colectivo.**
- b) **Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, con el objeto de establecer las bases y mecanismos de colaboración, con la finalidad de integrar el Programa de Actualización, Capacitación y Formación de Recursos Humanos responsables de la Infraestructura Física en Salud para Población Abierta.**

- c) Colegio de Ingenieros Mecánicos y Electricistas, con el objeto de establecer las bases y mecanismos de colaboración para el desarrollo de un programa de formación y capacitación de recursos humanos de la Secretaría de Salud, con cobertura nacional, y que integra el catálogo de asesorías, pláticas, conferencias, seminarios y cursos, estructurados de acuerdo con las necesidades de la Secretaría.**
- d) Instituto de Capacitación de la Industria de la Construcción, con el objeto de establecer las bases y mecanismos de colaboración para llevar a cabo cursos y conferencias de formación, actualización y capacitación, en aspectos normativos y técnico-operativos de la rama de la construcción, que involucran los servicios de obras, conservación y equipamiento de la infraestructura física de la Secretaría de Salud.**

A continuación se proponen los cursos-taller y seminarios que se ejecutarán, para atender las necesidades de capacitación del personal, orientándose a nivel central principalmente a la actualización y capacitación; por otra parte, se proponen igualmente, los cursos-taller que se desarrollarán a nivel estatal, dirigidos a atender las necesidades de capacitación y formación del personal técnico-operativo.

Acciones de Actualización y Capacitación en el Ámbito Central

Instituciones y Organismos

ICIC	CIME	Empresas Especialistas en Capacitación	FA-UNAM	Otras Instituciones
Evaluación de proyectos arquitectónicos (30 horas)	<p>Conservación de equipo electromecánico (40 horas)</p> <p>El control de calidad en la conservación y mantenimiento (40 horas)</p>	<p>Manual de procedimientos de Licitación Tomos I y II (50 horas)</p> <p>Manual de procedimientos de Licitación Tomo III y IV (50 horas)</p> <p>Manuales de Tipificación de unidades médicas de 1er. nivel de atención y catálogo de precios unitarios (30 horas)</p>	<p>Sistema de clasificación y manejo de residuos sólidos de los edificios del sector salud (20 horas)</p>	En materia normativa de la Ley de Adquisiciones y Obra Pública

Modalidad de los eventos

Seminario	Seminario	curso-taller	Seminarios	Diplomados Seminarios
-----------	-----------	--------------	------------	--------------------------

Personal destinatario

Personal técnico administrativo de los ámbitos estatal y jurisdiccional	Personal técnico administrativo de los ámbitos estatal y jurisdiccional	Personal técnico administrativo de los ámbitos estatal y jurisdiccional	Personal técnico administrativo o del ámbito estatal	Personal del área central (CGOCE)
---	---	---	--	-----------------------------------

<i>Instituciones y Organismos</i>				
ICIC	CIME	Empresas Especialistas en Capacitación	FA-UNAM	Otras Instituciones
<i>Perfil profesional</i>				
<p>Ámbito estatal: licenciatura, en las áreas de Ingeniería y afines.</p> <p>Ámbito jurisdiccional: estudios básicos de Ingeniería y afines y/o con estudios a nivel medio superior, en una especialidad técnica.</p>	<p>Ámbito estatal: licenciatura, en las áreas de Ingeniería y afines.</p> <p>Ámbito jurisdiccional: estudios básicos de Ingeniería y afines y/o con estudios a nivel medio superior, en una especialidad técnica.</p>	<p>Ámbito estatal: licenciatura, en las áreas de Ingeniería y afines.</p> <p>Ámbito jurisdiccional: estudios básicos de Ingeniería y afines y/o con estudios a nivel medio superior, en una especialidad técnica.</p>	<p>Ámbito estatal: licenciatura, en las áreas de Ingeniería y afines.</p>	<p>Ámbito central: licenciatura en las áreas de Ingeniería, Arquitectura y de las ciencias sociales.</p>
<i>Número de participantes</i>				
272 personas	272 personas	272 personas	32 personas	10 personas
<i>Número de eventos</i>				
un evento	dos eventos	tres eventos	un evento	tres eventos
<i>Período de ejecución</i>				
julio	septiembre octubre	junio julio	agosto	junio- noviembre

Acciones de Capacitación y Formación en el ámbito estatal

Nivel estatal

<i>Institución y Organismo</i>		
CNIC	CONALEP	CIME
Plomería	Dibujo industrial	Aire acondicionado
Motores Diesel	Equipo de aire acondicionado	Mantenimiento de calderas
Albañilería	Reparación de motores eléctricos	Systemas de tuberías
	Mecánico en Calderas	
	Electricista en mantenimiento industrial	
	Mecánico de mantenimiento en refrigeración	
	Electricista en instalaciones	
	Auxiliar en electrónica	
<i>Modalidad de los eventos</i>		
curso-taller	curso-taller	curso-taller
<i>Personal destinatario</i>		
Personal operativo jurisdiccional y de unidades médicas de segundo nivel	Personal operativo jurisdiccional y de unidades médicas de segundo nivel	Personal operativo jurisdiccional y de las unidades médicas de segundo nivel

<i>Institución y Organismo</i>		
CNIC	CONALEP	CIME
<i>Perfil profesional</i>		
Educación básica y/o formación técnica especializada	Educación básica y/o formación técnica especializada	Educación básica y/o formación técnica especializada
<i>Número de participantes</i>		
15 personas por curso-taller	15 personas por curso-taller	15 personas por curso-taller
<i>Duración</i>		
Treinta Horas	Treinta horas	treinta horas
<i>sedes</i>		
32 entidades federativas	las entidades federativas donde se ofrecen	las entidades federativas donde se ofrecen

BIBLIOGRAFÍA:

Arias, G. F. (1990) Administración de Recursos Humanos. México, Trillas.

Alvizar, S. D. y Sola, J. C. (1992) Tesis: Propuesta Modular para Capacitar Personal en Forma Integral y Permanente. UNAM-FP, México.

Bolles, R. C. (1974) Teoría de la Motivación. México, Trillas.

Cofer, C.N.-M.H. A. (1975) Psicología de la Motivación. México, Trillas.

Craig, R. L. y Lester R. B. (1991) Manual de Entrenamiento y Desarrollo de Personal. México, Diana.

D.P. S. (1992) Psicología Industrial. México, Mc Graw-Hill.

Dupont, J.B. y cols. (1984) Psicología de los intereses. Barcelona, España, Herder.

Gary, D. (1991) Administración de Personal. México, Prentice-Hall. Hispanoamericana, S.A.

Grados, J. (1981) Temas y Técnicas en Psicología del Trabajo. México, Facultad de Psicología-UNAM.

Herzberg, F. M., B. Peterson, R, y Capwel, D. (1957) Job Attitudes: Review of Research and Opinion, Psychological Service of Pittsburg.

Herzberg, F. (1968) Work and The Nature of Man. Londres, Stapels Press.

Kolb, D.A., Rubin, I. M, y McIntyre, J.M. (1982) Psicología de las organizaciones. Experiencias. Barcelona, España, Prentice/Hall Internacional.

Laurence, S. PH.D., Irving M. Lane PH.D. (1984) Psicología de las Organizaciones Industriales. México, C.E.C.S.A.

Maslow, A.H. (1959) New Knowledge in Human Values. Regnery/Gateway Inc.

Mc. Gregor D. (1975) El Aspecto Humano de las Empresas. México, Diana.

McNelis, K., Salas, E., Coovert, M. D. (1989) El Papel del Modelaje de la Conducta en la Capacitación Organizacional. Florida Power Corp., St Petersburg, US., Revista-Interamericana- de- psicología- Ocupacional; Vol. 8 (1) 7-19 pp.

Mendoza, N. A. (1982) Manual para Determinar Necesidades de Capacitación. México, Trillas.

Nordhalg,-Odd. (1991) Efectos Organizacionales de la Capacitación: Agregación y Transformación. Norwegian School of Economics & Business Administration, Bergen, Norway. Scandinavian-Journal -of- Management; Vol. 7 (2) 111-121 pp.

Ostroff, C. (1991) Medidas de efectividad de la capacitación: Comparación, U. Minnesota, Industrial Relations Center, Minneapolis, US. Personnel - Psychology; Sum. Vol. 44 (2) 353-374 pp.

Pick, W.S., López, V.F. A.L. (1986) ¿Cómo Investigar en Ciencias Sociales?. México, Trillas.

Pinto, V. R. (1990) Proceso de Capacitación. México, Diana.

Poder Ejecutivo Federal. (1995) Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México.

Secretaría de Salud. (1996) Programa Integral de Desarrollo de Infraestructura Física 1996-2000. México.

Secretaría de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. México, 1992.

Siliceo, A. (1995) Capacitación y Desarrollo de Personal. México, Limusa.

William B. W. Jr. Keith, D. (1990) Administración de Personal y Recursos Humanos. México, Mc. Graw-Hill/ Interamericana de México.