

00669



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 3

FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION CON FORMACION
EN SISTEMAS DE SALUD

“¿CAPACIDAD INSTALADA O SUBUTILIZACION DE LOS
SERVICIOS MEDICOS? EL DILEMA DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO”

790591

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE:
**MAESTRO EN ADMINISTRACION CON
FORMACION EN SISTEMAS DE SALUD**
P R E S E N T A :
OMAR FERNANDO RAMIREZ DE LA ROCHE

DIRECTOR DE TESIS: DR. LUIS BERRUECOS VILLALOBOS

ASESOR TECNICO: DR. ANTONIO GOMEZ BAUTISTA



MEXICO, D. F. CIUDAD UNIVERSITARIA

MARZO DE 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.....	3
CAPÍTULO 1.- EL PROBLEMA.....	5
Antecedentes, planteamiento, delimitación del problema y objetivos.	
CAPÍTULO 2.- EN LA TEORIA.....	17
Modelo actual de funcionamiento, marco teórico, hipótesis y variables	
CAPÍTULO 3.- MATERIAL Y MÉTODO.....	46
Metodología, muestra, procedimiento; tipo de estudio, de diseño y de investigación; criterios de inclusión y exclusión.	
CAPÍTULO 4.- EN LA VIDA REAL.....	57
Estado actual de la unidad médica.	
CAPÍTULO 5.- PROPUESTA.....	84
El nuevo modelo, conclusiones y comentarios finales.	
Bibliografía.....	107
Anexos.....	111
Cronograma.....	127

AGRADECIMIENTOS

Terminar el texto que hoy se presenta, es el esfuerzo de muchas personas e instituciones; mencionarlas a todas sería un interminable listado de personas, amigos, parientes, compañeros de trabajo y de la existencia por esta Ciudad de México, que estuvieron cerca los últimos tres años de mi vida.

Agradezco a Anabella Barragán Solís que es mi compañera, esposa y cómplice, su amor, su apoyo crítico y económico para realizar este proyecto.

Gratitud eterna a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), nuestra máxima casa de estudios, orgullo de México y de la latinoamericanidad a la que -para fortuna de todos- no pudieron destruir fuerzas oscuras y siniestras; a mis compañeros de la maestría hago un reconocimiento por su esfuerzo, desvelos y cabeceos en clase para terminar los cursos. También va un reconocimiento a mis queridos maestros del propedéutico y de la maestría, son ellos: Aureliano Morales Vargas que con su gran gusto por la teoría administrativa nos iniciaba en ese mundo extraño para la mayoría de nosotros; el querido maestro Enrique Ramírez Manzano que nos enseñaba Derecho con un gusto que daba gusto escucharlo, recuerdo que su curso durante el propedéutico, era el único que siempre estaba completo a pesar de que no pasaba lista; no era necesario: cada clase era una cátedra magistral; Ignacio González Reina que tiene la facultad de enseñar matemáticas financieras que yo aprendí aunque parecía en chino mandarín; Jorge Valencia González que una noche me dio chance de dar una mini clase sobre el aspecto carroñero de los hombres prehistóricos en su clase de contabilidad; Héctor Manuel Leal Pérez que fue al primer maestro que nos mencionó el orgullo de pertenecer a la UNAM. Juan Pedro Jaimes Flores que con su gran humor nos correteaba por los laberintos de la inversión de proyectos; María Gilma Arroyave que con su extenso conocimiento de economía, política, salud y simpatía nos llevó de la mano a la cruel realidad de los mercados; María Hilda Guadalupe Reyes Zapata con su linda sonrisa, su calidad humana y conocidos comunes; Luis Berruecos Villalobos, mi colega antropólogo y que gracias a él y su método, algunos tenemos el gusto de terminar la tesis y titulamos; Heberto Priego Alvarez cuya área de mercadotecnia sanitaria nos abre una ventana para mirar con otros ojos el fenómeno de la salud; Antonio Gómez Bautista, mi maestro que aún se acuerda de un trabajo que presenté en su clase y en el cual mencionaba al "bellaco y follón bicho del cólera"; Napoleón Sema Solís esotérico, culto y conoedor de la naturaleza humana; Jose Luis Gómez Leal que todos los sábados del semestre, a las siete de la mañana, nos regalaba textos maravillosos de futuro y de organizaciones locas; María Alberta García Jiménez que nos dio unas inolvidables clases de seminario de investigación; Arturo David Motta que con su gran conocimiento y pasión por la informática nos permitía comprender fácilmente ese universo virtual; María Elena Acosta con sus gestos majestuosos y elegantes nos enseñaba didáctica, aquello que tanta falta nos hace a todos, es menester también mencionar a Flor Trujillo sin cuyo departamento de Planeación Escolar, la maestría no anda ni para atrás ni para adelante. Gracias; no podría olvidar a Patricia Bolaños por toda la ayuda que me brindó en los errores administrativos que cometí a lo largo y a lo ancho de la carrera, celebro su gran humor y amabilidad. No puedo dejar de mencionar aquí a mi amigo José Patricio Cortés, que una tarde soleada y brillante me llevó a la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración para que me quedara a estudiar allí.

Gracias al centro de salud Dr. José Castro Villagrana, ese gran conglomerado de mujeres, hombres, estudiantes y pasantes por permitir zambullirme en sus profundidades; al director de la unidad médica Miguel Angel Fernández Ortega, compañero de la academia y de la vida, por permitir esta exploración crítica y futurista, tendiente al mejoramiento de la institución. A María Eloisa Dickinson Bannack, mi jefa, por su afecto y comprensión; a mis compañeros y amigos de la Coordinación de Investigación y Epidemiología que me asesoraron, mimaron, apoyaron informáticamente y alimentaron, son ellos: Patricia Cruz, Ofelia Pedreguera, Rosalba López, mi compadre Rubén Salas, Anabella Dichiará, Jetzabel Frago y especialmente al Dr. Juan Mora que pacientemente me enseñó a ver esa espesura de datos estadísticos en la epidemiología de una manera crítica. Gracias a todos ellos.

INTRODUCCIÓN

A cada generación de estudiantes de la maestría de Administración con Formación en Sistemas de Salud de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México, nos corresponden tiempos históricos distintos.

Como lo mencionó nuestro maestro Heberto Priego Alvarez en su texto “Mercadotecnia en salud. Aspectos básicos y operativos” (1996), en lo que va de este siglo en América Latina, se han recorrido cuatro grandes etapas en el ámbito de administración médica: la administración empírica, la administración salubrista, la administración profesional y la gerencia en salud que se inició al final de la década pasada y principios de esta y que pretende las acciones sanitarias en el marco de una visión prospectiva, que según Merello (1973:18), “consiste en atraer y concentrar la atención sobre el porvenir imaginándolo a partir del futuro y no del presente. La prospectiva no busca adivinar el futuro, sino que pretende construirlo”.

Nuestra generación de maestros se encuentra enmarcada por la visión administrativa de la gerencia en salud, la reforma del sistema de salud que avanza lentamente y la inserción de nuestro país en el mundo del libre mercado que implica competencia, como nunca antes existió, así que el ánimo que inflama este trabajo, es mejorar la unidad médica elegida, hacerla competitiva y optimar los recursos cada vez mas escasos para una población que crece, no ocurre así con los presupuestos asignados periódicamente.

Queremos elaborar un modelo que permita optimizar los recursos financieros, materiales, físicos, humanos, institucionales con los dispone el centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”, que es una unidad del primer nivel de atención médica que pertenece a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan (que corresponde al mismo espacio geográfico de la Delegación Política), Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) y, además, tiene un convenio firmado con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en materia de investigación y docencia.

El primer apartado es la introducción, luego el **Capítulo 1** que incluye, los antecedentes, el planteamiento y la delimitación del problema y los objetivos, el **Capítulo 2** comprende el actual modelo de funcionamiento que opera para la unidad médica; el marco teórico, las hipótesis y variables. El **Capítulo 3** abarca la metodología, el tipo de estudio, la población y la administración del proyecto. El **Capítulo 4** se refiere al estado actual de la unidad médica; el **Capítulo cinco** abarca la respuesta que es el nuevo modelo planteado y las conclusiones. Al final del documento se encuentra la bibliografía, los documentos anexos y el Cronograma de actividades.

Capítulo 1

El problema:

- ✓ antecedentes.
- ✓ planteamiento y delimitación del problema.
- ✓ objetivos terminal y parcial.

¿Capacidad instalada o sub-utilización de los servicios médicos? El dilema del primer nivel de atención en un centro de salud del tipo III¹ de la Ciudad de México.

¹ Los centros de salud urbanos se clasifican en TI, TII y TIII; este último integrado por siete núcleos básicos o más y cuenta entre siete y 16 consultorios. Ssa. Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta. 1996.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El Sistema Nacional de Salud (SNS) no es un fin por si mismo, es un instrumento por cumplir ciertos objetivos. La Coordinación de los Servicios de Salud se desarrolló entre 1981-1982 con una serie de trabajos tendientes a proponer las bases para establecer un Sistema Nacional de Salud [...] fue aprobado por el gabinete de salud el día 5 de enero de 1983 [...] los objetivos del SNS están contenidos en la ley General de Salud (Art. 6º) y son los siguientes:

- 1.- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
- 2.- Contribuir al desarrollo demográfico armonioso del país.
- 3.- Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y lo social.
- 4.- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.
- 5.- Apoyar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud, y
- 6.- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que presten para su protección (Ssa 1984: 36-37).

Las instancias que intervienen en el país para brindar atención médica a la población son: las instituciones de seguridad social, las de población abierta o no asegurada y las instituciones privadas.

Población derechohabiente es aquella que tiene seguridad social, que es un mecanismo que les permite a estos y a sus familias acceder a servicios médicos en los tres niveles de atención; ello se logra

gracias a que este costo tripartito se reparte entre el empleado, el trabajador y el estado. Las instituciones encargadas de proporcionar este servicio son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Marina Nacional (SEMAR) y los servicios médicos estatales.

La población abierta o no asegurada constituye un segmento social cada vez en aumento de individuos y/o familias sin estabilidad laboral, desempleados o subempleados, poblaciones migratorias, indígenas, indigentes urbanos, en otras palabras las llamadas "poblaciones vulnerables"; las instituciones que proporcionan fundamentalmente este servicio en el país son la Secretaría de Salud (Ssa), el programa IMSS-Solidaridad, y el Instituto Nacional Indigenista (INI).

Para entender el fenómeno de la salud, sus relaciones y sus contornos se deben tener en cuenta algunos elementos claves como son el financiamiento y el aspecto político, entre otros².

El flujo financiero del Sistema Nacional de Salud se origina en la asignación que se hace anualmente del Producto Interno Bruto (PIB) al sector salud; las fuentes son tres. Los empleadores (las compañías), que representan el 29%, el gobierno con un 22% y los hogares (empleados) con 49%.

Estas fuentes van a fondos que son:

1. - De seguridad social que significa el 43%,
2. - De los no asegurados con el 13%,
3. - Los de seguro médico privado con el 2%, y
- 4- Los fondos privados con un 42%.

² Indudablemente en la salud pública intervienen mas factores o elementos, pero para nuestro objetivo solo tomaremos los dos mencionados.

A su vez, estos fondos se destinan a los prestadores del servicio que son los servicios de seguridad social a la cual se le asigna un 43%, los servicios para no asegurados con un 13%; los servicios de las empresas con 2% y por último los servicios privados con 42% (Hernández 1997: 119).

Esta breve descripción que simplifica una gran complejidad financiera nos ilustra para el propósito de nuestra investigación, cómo se gasta el dinero asignado a las instituciones que proporcionan servicios médicos a la población asegurada y no asegurada. Cuando este gasto se ejerce y llega a la población usuaria, al igual que toda la inversión en general asignada, se ha cumplido, además del objetivo de restaurar la salud, con un objetivo político.

El proceso de institucionalización de la salud en México ha sido producto tanto de los principios constitucionales de igualdad y justicia heredados de la Revolución Mexicana como de la estructura corporativa que adoptó el sistema político hacia la década de los 40. Desde entonces, la salud ha sido un área clave para ejercer el poder y gobernar con un mayor margen de discrecionalidad. El sistema político mexicano se caracteriza por efectuar un constante proceso de negociación mediante el cual se reafirman y se renuevan las alianzas y acuerdos entre diversos grupos de interés (Purcell y Kaufman, 1980).

Las reglas del juego político se expresan en arreglos institucionales entre grupos clave como el Partido Revolucionario Institucional (PRI)³, los organismos sindicales y la burocracia estatal. Estos arreglos son establecidos según las circunstancias y el peso político relativo de cada grupo. Todos aquellos grupos que no representan un sector estratégico para el crecimiento económico y la estabilidad política quedaron fuera de los arreglos corporativos mediante los cuales se intercambian recursos, bienes y servicios públicos por apoyo político, mientras los recursos asignados a la Secretaría de Salud se han visto siempre expuestos a las variaciones económicas del país - y a los diferentes enfoques sobre el papel del

³ En el momento actual, octubre del 2000, la alternancia política del poder en México, incluye un presidente de la república de un partido de oposición y una conformación camarál en la que ninguna de las tres fuerzas políticas mayoritarias tiene mayoría absoluta.

Estado-, las instituciones de seguridad social (principalmente el IMSS) han sido protegidas de tales fluctuaciones (Martínez, 1997:359).

Como lo señalaba Yepes en el texto de Priego (1996), en lo que va de este siglo en América Latina se han recorrido cuatro grandes etapas en el ámbito de la administración médica que actualmente culmina en lo que se ha dado en llamar la Nueva Gerencia en Salud. Según el autor, las organizaciones de salud han tenido distintos enfoques cronológicamente diferenciados. En la administración empírica (principio del siglo) las decisiones eran tomadas por un médico clínico de reconocido prestigio que se guiaba sólo por lo que su experiencia o sentido común le indicaban. Durante la administración salubrista, fueron los médicos sanitaristas quienes con bases muy superficiales de administración tomaban las decisiones con un horizonte día a día. La Escuela de Salud Pública de México es la primera escuela Latinoamericana de su género; su primer antecedente es la creación de la Escuela de Salubridad en 1922. La administración profesional surge en 1979 cuando por iniciativa de la OPS/OMS y con el apoyo económico de la fundación W.K. Kellogg, se desarrollan en varios países del continente americano los PROASA (Programas Avanzados en Administración de Servicios de Salud). El PROASA México se inició en 1985 con la participación de la Escuela de Salud Pública de México y el Centro de Investigaciones en Salud Pública (Priego, 1996:10)

La nueva gerencia en salud a finales de la década pasada (80s) y principios de ésta (90s), pretende orientar las acciones sanitarias en el marco de una visión prospectiva -la prospectiva y la previsión en la planificación son conceptos distintos. La previsión es "la aproximación que pretende dar una idea de los sucesos probables a los cuales será necesario adaptarse, conduciendo a decisiones inmediatamente ejecutables"- (Miklos y Tello 1991:42). La prospectiva "consiste en atraer y concentrar la atención sobre el porvenir imaginándolo a partir del futuro y no del presente. La prospectiva no busca adivinar el futuro sino que pretende construirlo" (Merello 1973:18). Con una plena actitud proactiva, los gerentes de las

empresas de salud aseguran la obtención del éxito al aprovechar las oportunidades y minimizar las amenazas que plantea el medio ambiente (Priego 1996:11).

Por otra parte, las organizaciones en general han observado cambios no solo estructurales, sino también de comportamiento que las orientan hacia el consumidor. De la antigua estructura piramidal con niveles sumamente jerarquizados en los que los mandos medios y los altos directivos actuaban de controladores y tomaban todas las decisiones (organización tradicional), hemos pasado a organizaciones estructuralmente mas planas en la que los consumidores se sitúan en el nivel jerárquico superior y de donde parte el flujo de la comunicación. Las acciones se orientan hacia el consumidor. La organización posee pocos niveles jerárquicos, los mandos medios y la gerencia no imponen decisiones, sino que actúa de facilitadores -organización moderna- (Priego 1996:11).

Contrariamente a la organización burocrática o tradicional que resta importancia al personal de contacto (éstos deben acatar las ordenes estipuladas), en la organización moderna centrada en el cliente, el personal de contacto adquiere una posición de reconocida relevancia con capacidad y poder para decidir. El servicio centrado en el cliente debe ser como lo menciona Cottler "una idea conductora en la cultura de la organización". La nueva gerencia en salud reconoce a las instituciones sanitarias como empresas productoras que requieren un manejo empresarial para el logro de sus objetivos con efectividad, eficiencia y calidad. (Priego 1996:12).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los más graves problemas por los que atraviesan las instituciones de salud que proporcionan atención médica a la población abierta, es el presupuestal. La demanda de servicios médicos no aumenta de manera proporcional a los recursos asignados por el Estado, ni en México ni para América Latina; es por este planteamiento que el gran reto para los administradores de las

unidades prestadoras de servicios, llámese consultorios, centros de salud, clínicas, laboratorios, hospitales o gabinetes de diagnóstico, es la maximización en el uso de los recursos asignados, para lo cual se requiere además, un manejo adecuado de las funciones administrativas que son: planear, organización, liderazgo y control al interior de la organización (Robbins, S.P. 1996:5)

El caso de la Secretaría de Salud (SSa) es dramático, ya que es la institución encargada de proporcionar servicios médicos a la llamada población abierta, que es aquel segmento social, cada vez más grande, que carece de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc.).

El presupuesto asignado a instituciones para no-derechohabientes es tan bajo que resulta imprescindible analizar la capacidad real de cobertura y de calidad en sus servicios pues la dispersión presupuestal los hace improductivos al canalizar los montos tan reducidos principalmente al pago de salarios más que a la operación, la conservación y el mejoramiento de los mismos; todas las cifras institucionales de gasto por capita en población no asegurada son inferiores al promedio latinoamericano de gasto en salud (Frenk, 1997:129)

En relación con la población del país, en 1994 el gasto en salud alcanzó una cifra *per cápita* total entre \$747 y \$1028. Esta cifra se compone de diversas participaciones: 43% de gasto de la seguridad social, otro tanto del gasto privado y el resto, el 13%, es de los servicios para población no asegurada (Hernández et al, 1997:119).

Estas cifras revelan que el gasto se centra sobre las instituciones de seguridad social y privados, mientras que el segmento población abierta o no asegurada sólo tiene un 13% del total del financiamiento, es decir, el dinero es escaso con tendencia a disminuir.

La inequidad en la asignación de recursos por institución se refleja al analizar el gasto *per capita*, cifra que varía según se considere la población a cubrir, potencial o usuaria entre las instituciones de la seguridad social, este gasto es seis veces mayor en petróleo mexicanos (PEMEX), \$1708 en 1994, con respecto al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

Estado (ISSSTE), \$315 en ese año. Entre los servicios de atención para no asegurados la cifra menor es del IMSS-Solidaridad (\$105) y la mayor de la Secretaría de Salud de \$161, con una diferencia muy reducida.

Queremos decir que los recursos financieros asignados a todas unidades médicas que conforman el primero, segundo y tercer nivel de la Secretaría de Salud con relación a las instituciones de Seguridad Social y privadas, y a las necesidades de salud, son mínimas dado que el modelo económico que opera para México y para casi todo del mundo ha llevado a la quiebra y cierre de miles de empresas pequeñas y medianas que antes afiliaban a sus trabajadores en las instituciones seguridad social. Estos recursos, repito son escasos y se deben optimar porque son destinados a ese sector social más golpeado y pauperizado por la crisis económica.

El investigador que realizó el presente trabajo, labora en un centro de salud del primer nivel de atención, que es una unidad médica en la que participan dos instituciones, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) . Dicho lugar es muy singular porque presenta cierta complejidad, además de dar asistencia médica, proporciona enseñanza a los médicos internos de pregrado de quinto año (MIP) y a los residentes de la especialidad de medicina familiar de la facultad de medicina de la UNAM; realiza investigación científica sobre temas de primer nivel de atención y próximamente, se construirá una área de atención ambulatoria.

Dicho centro de salud realiza varias funciones, siendo tal vez la más importante la asistencia médica para usuarios de población abierta. Esta área será el interés de nuestra investigación. La unidad es del tipo-III, según el modelo revisado, tiene una cobertura hasta para 8000 familias ubicadas en su área de influencia, pero en la vida real y la documentación revisada, son mas de 14 mil familias, y cuenta además con servicios de laboratorio clínico, rayos X y especialidad en salud mental.

Es difícil conocer el destino del gasto en salud ya que muchas de las instituciones pertenecientes a este importante sector apenas presentan sus respectivos gastos en forma agregada; según estimación

de FUNSALUD (Op. Cit) la distribución del gasto público en salud según programa en México a partir del promedio 1992-1994 es, 68% atención curativa, 6% infraestructura, 15% se destina a administración, política y planeación y solamente el 7% se designa a atención preventiva.

¿Se encuentra subutilizada el área de atención médica? ¿Se otorgan menos consultas de las que la unidad puede proporcionar? ¿Es un problema estructural? ¿Las consultas proporcionadas son menores a la capacidad instalada? ¿Se debe al modelo general de funcionamiento? ¿Hay relación entre la baja consulta y la manera de administrar la unidad médica? ¿Se puede mejorar esto? Estas son algunas de las incógnitas que el presente trabajo pretende despejar.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

Si bien es cierto que en nuestro país, el sector público de salud, está aún lejos de aplicar el modelo de gerencia en salud, también es cierto que el sector privado lleva tiempo aplicándolo con algunos resultados.

Sin embargo, nuestro interés se centrará en el sector público y más específicamente en instituciones que proporcionan servicios de atención médica a la población no asegurada y de estas, los centros de salud urbano que están subordinadas operativamente a una instancia técnico-administrativa llamada Jurisdicción Sanitaria que depende de los servicios de Salud Pública en el Distrito Federal que a su vez, funge como enlace entre el nivel operativo y el nivel central y cuenta con recursos para planear, coordinar, supervisar y evaluar acciones integrales de atención médica a población abierta, de salud pública y de fomento sanitario (Servicios de Salud Pública del Distrito Federal 1996), cuyo funcionamiento se regula por medio de un "Modelo de atención de salud a población abierta".

Este modelo debe ser revisado porque la actual dinámica política, demográfica y económica metropolitana, rebasaron el viejo modelo existente. La Ciudad de México inició a partir de 1997 un

proceso inédito en su historia: la elección democrática de su gobierno y el aplastante triunfo de un partido diferente (Partido de la Revolución Democrática) al que por más de 70 años, la había gobernado. Sin embargo y por razones obvias, este aún no ha terminado de completar (o tal vez no la ha iniciado) la esperada reforma de salud que la ciudad esperaba, así pues, continúa operando un modelo corporativo asociado con los antiguos vicios, la ineficiencia y la centralización administrativa.

Demográficamente, en la base de la pirámide poblacional aumenta significativamente los grupos intermedios y empiezan a aumentar los grupos de mayor edad, por otro lado, nuestra ciudad se ha convertido en los últimos tiempos en una unidad expulsora de emigrantes, al mismo tiempo que la población flotante que labora y que procede la zona conurbada del Estado de México, aumenta. Nuestra unidad de estudio tiene, teóricamente, la obligación de atender a más de 70 mil usuarios.

Económicamente, la crisis recursiva (devaluación, inflación, delincuencia, pérdida del empleo, pérdida del poder adquisitivo, etc.) impacto sobre la población metropolitana que de tener un empleo estable, perdió su seguridad social y engrosó las filas del sector de población abierta. La nueva realidad, el nuevo rostro de la Ciudad de México necesita, para materia de salud y todas las demás, algo mas que un nuevo modelo en salud.

Nuestro problema se delimitará al universo de un centro de salud urbano del tipo III que pertenece a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan de la Ciudad de México, y que proporciona atención médica a la población abierta que habita 70 AGEB (Áreas Geoestadísticas Básicas) de su área de influencia, lo que significa aproximadamente 20 kilómetros cuadrados. Vamos a tomar el año de 1998 como el periodo de tiempo que se incluirá nuestro trabajo.

Un centro de salud tipo III se refiere a la cobertura proporcionada, está integrada por 7 núcleos básicos o más y atiende hasta 8000 familias, cuenta con siete a 16 consultorios, un consultorio de odontología por cada tres núcleos básicos, sala de espera, salón de usos múltiples, CEYE, área de curaciones e inmunizaciones, laboratorio, radio diagnóstico, consultorio de optometría, área de trabajo

social, de educación para la salud, enfermería, consultorio de salud mental, epidemiología, estadística, dirección, administración, farmacia y almacén (Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, 1996).

OBJETIVOS

Objetivo terminal

Realizar un análisis de la organización y operación del centro de salud “Dr. José Castro Villagrana” con el propósito de implementar un modelo organizacional que permita optimizar los recursos destinados a la población abierta o no derechohabiente.

Objetivo parcial

1. - Determinar los resultados de las áreas de atención médica; enseñanza; investigación, epidemiología y estadística y administración, durante el año de 1998, mediante la aplicación de un instrumento diseñado para este fin.
2. - Diseñar, basándonos en el modelo que funciona actualmente y los resultados del análisis, un nuevo modelo que integre con eficiencia y eficacia⁴ las áreas que integran la unidad médica.

⁴ Las sociedades crean organizaciones para que proporcionen bienes y servicios, y evalúan esas organizaciones de acuerdo como la manera como cumplan esas tareas a satisfacción. Es decir, que las sociedades cuenten que sus organizaciones se desempeñen eficazmente, ¿Pero qué entender por desempeño eficaz? Desde el punto de vista de una sociedad, la eficacia es el grado en el cual las organizaciones pueden producir bienes y servicios con recursos limitados. La eficacia se mide en términos de: 1. - lograr finalidades con, 2. - recursos limitados. El concepto de eficiencia debe agregarse al de eficacia, se refiere al grado en que la organización maximiza sus finalidades con empleo mínimo de recursos; estos dos conceptos se encuentran relacionados, pero existen diferencias importantes. (Gibson et al 1983:28).

Capítulo 2

En la teoría:

- ✓ modelo actual de funcionamiento.
- ✓ marco teórico (organizaciones, funciones administrativas, financiamiento del gasto en salud, niveles de atención, APS, modelos y teoría de la burocracia).
- ✓ hipótesis.
- ✓ variables.

MODELO ACTUAL DE FUNCIONAMIENTO:

El modelo actual con el que funciona el centro de salud "Dr. José Castro Villagrana", perteneciente a la jurisdicción sanitaria de Tlalpan, está estipulado en el documento titulado: "Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta en el Distrito Federal", que fue realizado por la Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal en el año 1996.

El compendio, muy parecido al editado en el año de 1995, se diseña en un ambiente muy específico como es los problemas de cobertura, la falta de calidad y eficiencia en los servicios, poca atención a grupos vulnerables y a menos participación comunitaria en los programas establecidos. En el aspecto administrativo -dice el manuscrito- el modelo tiene la flexibilidad necesaria para ser adaptado y aplicado en cada jurisdicción sanitaria, fortaleciendo las redes de servicios de salud, gerencia de los programas y promoviendo la gestión de fuentes complementarias de financiamiento.

El nuevo diagnóstico de salud en el Distrito Federal, propuesto por el documento, se basa en:

1. - Factores condicionantes como:

A.- Demográfico, que fundamentalmente refiere a cambios en los grupos de edad, al envejecimiento, a la movilidad poblacional dentro de la ciudad, a la "ruralización" de algunas delegaciones como Milpa Alta, Xochimilco y Tláhuac y al fenómeno de la migración dentro y fuera de la república

B.- Educación, con sus variables de alfabetismo y analfabetismo.

C.- Vivienda, con su descripción de escasez de inmuebles dado el desmesurado crecimiento poblacional.

D.- Economía, aumento de desempleo y reducción del poder adquisitivo que son factores que terminan por influir en la salud de nuestra población.

E.- Contaminación ambiental, producida por fuentes como vehículos de motor e industrias que es uno de los factores de riesgo.

2. - Daños a la salud: Constituidos por pobreza, deficiencias del desarrollo. El análisis de las causas principales de mortalidad, en el momento de la elaboración del documento, eran las enfermedades crónico degenerativas y los accidentes; de mortalidad infantil que son afecciones originadas durante el periodo prenatal, anomalías congénitas, neumonía y enfermedades infecciosas intestinales.

El modelo actual, describe la capacidad instalada en el ámbito de las 16 jurisdicciones sanitarias que corresponden al mismo numero de delegaciones políticas y la descripción del numero de unidades de salud por nivel de atención.

Su marco conceptual, refiere la minuta, es la tan citada conferencia de Alma-Ata sobre la atención primaria a la salud y el compromiso de México a esta como miembro de la Organización Mundial de la Salud. Esta declaración se presenta con sus atributos y características como son la calidad, la equidad, la integralidad, la eficacia, la eficiencia, la accesibilidad y la flexibilidad.

El modelo descrito, asume el propósito de mejorar el nivel de salud de la población a través de estrategias que permitan cobertura total, con servicios integrales de calidad homogénea y fortaleciendo las acciones a los grupos de mayor riesgo; su objetivo general es el de lograr una optima organización y funcionamiento de los servicios de salud del Distrito Federal, para asegurar a la población la disponibilidad y acceso a servicios de salud de calidad con plena satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios.

Para la operación de los servicios, según el ejemplo descrito, participan recursos institucionales y comunitarios. Los primeros serían personal profesional, técnico y administrativo y los segundos serían el promotor voluntario, la procuradora de salud y la partera tradicional (sic). Los recursos institucionales se componen por la jurisdicción sanitaria, los centros de salud, los centros de atención especial y las unidades hospitalarias.

La operación del modelo, requiere la identificación de la población abierta, lo cual se dificulta por la densidad poblacional de la ciudad; por lo tanto se diseñó una metodología para optimizar la infraestructura instalada y como establecer sus necesidades de recursos físicos y humanos para aplicar el paquete básico de servicios a la población de responsabilidad.

Esta metodología consta de:

1. Estudio de marginalidad por AGEB (Área Geoestadística Básica), considerando 11 variables sociodemográficas y económicas del XI Censo Nacional de Población y Vivienda 1990.
2. Indicadores de resumen para cada AGEB, identificando cinco estratos de marginalidad.
3. Identificación de la infraestructura existente para la atención de la población abierta y la asignación de áreas de responsabilidad con participación del personal jurisdiccional.

Para garantizar la prestación de servicios con mucha calidad, dice el prototipo, se instrumentó un programa de mejora continua de la calidad en las 16 jurisdicciones sanitarias, los 10 hospitales y las oficinas centrales que conforman los Servicios de Salud Pública en el D.F.; también se implementó la organización de redes de servicios que permite dar integridad a la atención a la población y que fortalece la referencia de pacientes y la información entre sus unidades, el traslado en caso de urgencia y la consulta odontológica periódica donde no hay el recurso.

El paradigma propuesto, nos propone un sistema de referencia como un procedimiento de coordinación y enlace entre las unidades operativas de los niveles de atención que conforman la red de servicios. Su principal objetivo es el de facilitar el envío de los pacientes de una unidad a otra de mayor complejidad o viceversa, de acuerdo a la capacidad resolutive de estas para dar atención integral y oportuna en las unidades que conforme al padecimiento de pacientes y la capacidad resolutive de la unidad resulten más convenientes.

Como una herramienta muy importante para evaluar los daños a la salud, el modelo propone la vigilancia epidemiológica para lo cual se tomará como base la norma oficial mexicana SSA-2-130-

1994, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de noviembre de 1994 y el acuerdo Secretarial N° 130, publicado en el mismo diario el 6 de septiembre de 1995, donde se establece la normatividad y la obligatoriedad de la información para la vigilancia epidemiológica, que en los servicios de Salud Pública en el Distrito Federal (ahora llamada Secretaria de Salud del Distrito Federal) coordinarán las acciones de las instituciones del sector salud, con quienes conformarán el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE), que será un organismo responsable de vigilar la calidad de la información epidemiológica.

La recolección de la información de morbilidad se realizará a través del Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiología (SUAVE), en la cual en forma semanal las jurisdicciones sanitarias integrarán los casos nuevos de enfermedades de todas las unidades de responsabilidad para luego enviarse a los Servicios de Salud Pública quienes concentrarán y analizarán la información y la enviarán a nivel nacional.

El modelo de atención a la salud se apoya en diversos instrumentos metodológicos para desarrollar en forma operativa el proceso de planeación de servicios, entre los que se destacan:

- Ley General de Salud y sus reglamentos
- Ley Estatal de Salud y sus reglamentos
- Rotafolio de información básica
- Estudio de regionalización operativa
- Normas oficiales mexicanas y normas técnicas para la prestación de servicios de salud
- Manuales de organización
- Manuales de procedimientos
- Sistema estatal de información básica
- Sistema integral de evaluación

- Sistema de vigilancia epidemiológica.

Para elevar la satisfacción de los prestadores de servicios y con ello contribuir a mejorar la calidad de la atención, se establecerán mecanismos adicionales a los establecidos en el sistema institucional de estímulos, para reconocer a los trabajadores que se destaquen en productividad y calidad en el trabajo, así como aquellos cuyas labores se encuentren en áreas de difícil acceso. La administración de los recursos materiales para la ejecución de los programas es responsabilidad del encargado administrativo en los diferentes niveles operativos. Las acciones de conservación y mantenimiento de la planta física, son responsabilidad compartida entre las instituciones, la comunidad y los niveles de gobierno.

El ejercicio de los recursos en el ámbito institucional es función de los niveles estatal-jurisdiccional, hospitalario y en los centros de salud con apego a la normatividad, profundo sentido de ética y responsabilidad y mayor congruencia con las necesidades en su aplicación, además de desplegar una mayor capacidad de gestión para la obtención de recursos adicionales. Se analizará la posibilidad de ofrecer a la medicina probada, a través de convenios sancionados con las autoridades competentes, la utilización de áreas de hospitalización y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, o en su caso la subrogación de servicios no existentes en la red institucional.

La aplicación del modelo de atención debe permitir reglamentar la toma de decisiones mediante los monitores y seguimiento de las acciones emprendidas, con el fin de detectar desviaciones de forma inmediata y corregir deficiencias en la prestación de servicios de salud.

En el modelo de atención a la población abierta, la supervisión de los servicios debe ser:

1. - Periódica e integral, de tal manera que sirva para verificar tanto la ejecución de las tareas, como la calidad de su realización y vigilar el cumplimiento de todos los programas;
2. - Eficiente, para resolver en el momento inmediato las desviaciones detectadas en la prestación de los servicios y correlacionan el costo beneficio de las acciones;

3. - Capacitante, para actualizar al personal en las técnicas de trabajo y estimular su disposición para la mejor ejecución de las actividades.
4. - Objetiva, utilizando instrumentos e indicadores adecuados para medir correctamente la aplicación de las normas y procedimientos, la productividad de los recursos y la calidad de la atención, y
5. - Novedosa, de forma tal que se puedan incorporar técnicas de investigación de sombra y habilidades de supervisión para obtener información cualitativa, evitando los sesgos que se producen cuando el personal de salud se siente evaluado.

En la evaluación participan todos los agentes que intervienen en el proceso, con el fin de analizar el grado de avance de los programas de salud bajo la óptica de los prestadores de servicios, de la comunidad y las autoridades de los distintos niveles administrativos dentro del sector en su conjunto. Esta evaluación se apoya en indicadores cuantitativos y cualitativos de fácil construcción e interpretación.

El paquete básico de servicios de salud en el D.F. es un conjunto de intervenciones en salud que deben ser otorgadas a toda la población demandante en respuesta a necesidades prioritarias. Contiene acciones factibles de realizar, de bajo costo y alto impacto; su aplicación constituye la estrategia fundamental para la ampliación de la cobertura de los servicios de salud.

Las características del paquete básico son:

1. - Es un irreductible de acciones, es decir, es la menos que debe otorgarse a toda población abierta que asiste a los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.
2. - Con base en la determinación regional de prioridades el paquete está integrado por 15 intervenciones.
3. - La especificidad de las intervenciones da lugar a que puedan aplicarse con un mínimo de recursos a una mayor población.

4. - Asegura la eficacia técnica de los servicios, pues permite definir el qué de las acciones, el quién y dónde se opera.
5. - Es dinámico, pues obedece a las condiciones cambiantes de la situación epidemiológica, a la disponibilidad de recursos y a los avances tecnológicos.

Los criterios y procedimientos para administrar los servicios de salud, en el modelo, son los siguientes:

1. El modelo de atención a la salud se apoya en diversos instrumentos metodológicos para desarrollar en forma operativa el proceso de planeación de los servicios como: la Ley general y sus reglamentos; la ley estatal de salud y sus reglamentos; el rotafolio de información básica; el estudio de regionalización operativa; las normas oficiales mexicanas y normas técnicas para la presentación de servicios de salud; los manuales de organización; los manuales de procedimientos; el sistema estatal de información básica; el sistema integral de evaluación y el sistema de vigilancia epidemiológica.
2. La base de la planeación se dará en las unidades de salud y se complementa a nivel jurisdiccional con la coordinación de las instituciones que prestan servicios de salud en el seno de comité delegacional de salud.
3. La definición de los problemas de salud surgirán desde la base, con la participación del a comunidad, mediante el diagnóstico de salud que en el nivel local se desarrollará de una manera simple.
4. La programación local será congruente con el diagnóstico y la jerarquización de problemas con base en su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y los recursos disponibles
5. Con base en los programas locales de salud se obtendrá el programa jurisdiccional de atención, que formará parte del programa operativo anual de los servicios de salud pública en el D.F.
6. Será responsabilidad del nivel estatal las formas de contratación de personal.

7. La administración para los recursos materiales para la ejecución de los programas es responsabilidad del encargado administrativo en los diferentes niveles operativos. El nivel jurisdiccional tiene la responsabilidad de organizar y coordinar las tareas de administración y logística asegurando la correcta articulación de los elementos que conforman la red de servicios dentro de su área geográfica de responsabilidad.
8. Las acciones de conservación y mantenimiento de la planta física, son responsabilidad compartida entre las instituciones, la comunidad y los niveles de gobierno. El nivel estatal determinará la cantidad y forma en que se apliquen los recursos obtenidos a través de las cuotas de recuperación
9. En este modelo de atención la supervisión debe ser periódica e integral; eficiente; capacitante; objetiva y novedosa.
10. La evaluación se apoya en indicadores cuantitativos y cualitativos de fácil construcción e interpretación, para conocer claramente los avances del proceso y su impacto en los niveles de salud de la población.

MARCO TEÓRICO

En este capítulo desarrollaremos de manera general los conceptos teóricos con los que se desarrolla este trabajo investigativo.

Organizaciones

El mundo de hoy es el de una sociedad compuesta por organizaciones. Todas las actividades humanas están dirigidas hacia la producción de bienes (productos) o a la prestación de servicios (actividades especializadas) y estas actividades son planeadas, coordinadas, dirigidas y controladas dentro de las organizaciones. La prestación de los servicios de la salud y su administración no está excluida. Las personas nacen, crecen, aprenden, viven, se enferman, se divierten, son curadas y mueren dentro de las instituciones (Chiavenato, 1989:1)

Chiavenato (Op cit) clasifica a las organizaciones en lucrativas, denominadas empresas y no lucrativas como el ejército, la iglesia, las filantrópicas o los servicios públicos de naturaleza gratuita como los prestados en México para proporcionar salud a la población abierta. Sin embargo, cada vez es más frágil la frontera que separa al segundo del primero; los nuevos procesos, al menos en el sector salud, de privatizaciones en los servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel, la descentralización administrativa, los mecanismos financieros internacionales o la volatilidad de los mercados internacionales confirman lo anterior.

La teoría de las organizaciones (TO) es el campo del conocimiento humano que se ocupa del estudio de las organizaciones en general. Cuando aquéllas alcanzan cierta complejidad deben ser administradas. La administración es solamente la conducción racional de las actividades de la organización. Esta trata del planeamiento, de la organización, de la dirección y del control de todas las actividades diferenciadas, por la división del trabajo que ocurren dentro de la organización (Ibídem).

En nuestro caso, un centro de salud, deberá ser administrado con el criterio de una organización, aunque sea diferencial ya que una cosa es hablar de instituciones creadas para atender población abierta y otra para población con derechohabiencia porque misiones, financiamiento, trato y calidad son diferentes.

Nuestra organización que es un centro de salud para atención del primer nivel deberá estar enmarcada en la teoría general de la administración que es “el campo del conocimiento humano que se ocupa del estudio de la administración en general sin ocuparse si se lleva a cabo en organizaciones lucrativas o no lucrativas (Ibídem).

Amitai (1979:4) define de esta forma las características de las organizaciones:

1. - La división del trabajo, del poder y de las responsabilidades de la comunicación, divisiones que no son obra de la casualidad ni obedecen a un esquema tradicional, sino que han sido deliberadamente planeados para favorecer la realización de un fin específico.
2. - La presencia de uno o más centros de poder que controlan los esfuerzos concentrados de la organización y los dirige hacia sus fines; estos centros de poder, además, revisan continuamente la actuación de la organización y remodelan su estructura, donde es necesario, para aumentar su eficacia.
- 3- Sustitución de personal; es decir: que las personas que no satisfacen pueden ser dispuestas y sus tareas asignadas a otras.

Funciones administrativas

Es más fácil entender la administración en general, si la describimos como una serie de partes o funciones individuales que integran un proceso total; las descripciones de este tipo, llamadas “modelos”, se utilizan por estudiantes y profesionales de la administración. Dicho de una manera sencilla el modelo es la simplificación del mundo real, utilizado para presentar relaciones complejas en

términos fáciles de entender. Los discursos teóricos aplican distintas clasificaciones sobre las escuelas que han transformado el pensamiento administrativo, Stoner (1993:31) menciona:

- I. - La escuela clásica, que consta de dos ramas; la administración científica y la teoría clásica de la organización.
- II. - La escuela de ciencias del comportamiento
- III.- La escuela de las ciencias administrativas.
- IV.- El enfoque de sistemas y,
- V- El enfoque de contingencia.

Cada una de estas escuelas o tendencias administrativas a su vez, elaboran distintas clasificaciones de las funciones administrativas que le corresponde aplicar a los administradores.

Chiavenato (1989: 198) nos presenta una recopilación de varios autores con sus funciones administrativas:

- Fayol: Prever, organizar, comandar, coordinar, controlar.
- Urwick: Investigación, previsión, planeamiento, organización, coordinación, comando y control,
- Gulick: Planeamiento, organización, administración de personal, dirección o comando, coordinación, información y presupuesto.
- Koontz y O'Donnell: Planeamiento, organización, designación de personal, dirección y control.
- Newman: Organización, planeamiento, liderazgo y control.
- Dale: Planeamiento, organización, dirección y control.
- Wadia: Planeamiento, organización, motivación y control.
- Miner: Planeamiento, organización, dirección, coordinación y control.

Para nuestro propósito, usaremos el modelo realizado por Stephen Robbins (1996:5) cuya clasificación de funciones administrativas son: planeación, organización, liderazgo y control, uno de

muchos autores de los que se nutre la teoría administrativa. Los administradores logran que las cosas se lleven a cabo por conducto de otras personas. Toman decisiones, asignan recursos y dirigen las actividades de otros para poder alcanzar metas y desarrollan su trabajo en una organización que es una unidad social, coordinada de manera consciente, compuesta por dos o más personas, y que funciona sobre una base relativamente continua para alcanzar una meta común o una serie de objetivos (Robbins 1996:5).

El administrador debe realizar cuatro funciones administrativas:

1. - La función de planeación abarca la definición de las metas de una organización, el establecimiento de una estrategia global para lograr las metas y el desarrollo de una jerarquización amplia de planes para integrar y coordinar las actividades.
2. - La función de organización se refiere al diseño de la estructura de la organización y a la determinación de las tareas que se han de desarrollar, quien debe realizarlas, como deben agruparse, quien debe reportar ante quien y donde se tomara las decisiones.
3. - La función de liderazgo es la tarea de dirigir y controlar la gente que conforma a cualquier organización, corresponde a la motivación de sus subordinados, la dirección de las actividades de otros, la selección del canal de comunicación eficaz o la solución de conflictos.
4. La función de control, después de haber fijado las metas, formulando los planes, delineado los arreglos estructurales y contratado, capacitado y motivado a la gente, todavía existe la posibilidad de que algo salga mal. Para asegurarse de que con las cosas que se procederá como se debe, la administración debe hacer el seguimiento del desempeño de la organización. El desempeño real tendrá que compararse con las metas fijadas previamente. Si existen desviaciones significativas, es tarea de la administración hacer que la organización vuelva por la senda correcta. Seguimiento, comparación y corrección potenciales son las funciones de control (Op Cit 1996:7).

Financiamiento del gasto en salud

La información financiera de los sistemas de salud, proporciona información básica para tomar decisiones y como indicativo del gasto en salud de las diversas instituciones; cuya información proviene de tres fuentes: la dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y, del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).

Entenderemos por gasto en salud "como todo aquel cuyo fin directo e inmediato es proveer o restaurar la salud; este gasto se realiza en el consumo o la producción de bienes y servicios que tienen un impacto en la salud", se puede dividir en dos grandes apartados:

- a. - Los servicios personales que benefician la condición de salud de quienes los reciben a través de prevención, curación y rehabilitación y,
- b.- Los servicios no personales, que pueden ser recibidos simultáneamente por mas de dos individuos; por ejemplo, la promoción de la salud, la educación para la salud y el saneamiento ambiental.

De manera esquemática se puede decir que los principales flujos financieros del Sistema Nacional de Salud provienen y se distribuye de las siguientes fuentes: empleadores (compañías) el 29%, del gobierno el 22% y de los hogares (empleados) el 49%. Las mencionadas fuentes pasan a conformarse en fondos que son y se distribuyen así: los fondos de seguridad social el 43%, los fondos no asegurados el 13%, los fondos del seguro médico privado el 2% y los fondos privados el 42%. A su vez los fondos se distribuyen de la siguiente forma a través de los prestadores y son: servicios de seguridad social (IMSS, ISSSTE entre los más importantes) con el 43%; los servicios para no asegurados (en el que se incluye la SS, nuestra preocupación y objeto de este trabajo) con el 13%; los servicios de las empresas con el 2% y los servicios privados con el 42% (Hernández et al 1997: 121).

Estas cifras nos presentan un panorama a grandes rasgos de cómo se mueve el dinero hacia los sistemas de salud y de la importancia del aprovechamiento y utilización del recurso financiero por parte del administrador de los sistemas de salud.

Los niveles de atención

Desde el punto de vista de la atención médica y de manera general, existen tres niveles de atención: el primero de carácter preventivo/curativo y ambulatorio, en el que se soluciona entre el 80 y el 85% de los problemas que demandan atención médica; y opera en los llamados “centros de salud urbanos y “unidades de medicina familiar”. En el segundo nivel de atención se soluciona entre el 15 y el 17% de los problemas que demandan atención médica y funciona en los denominados “Hospitales Generales”. El tercer nivel soluciona entre el 3% y el 5% de los problemas, se considera con alta especialización, complejidad tecnológica y capacidad resolutive; se halla ubicado en los llamados “Institutos Nacionales de Salud” y “Centros Médicos Nacionales”¹.

Curiosamente, cuando se distribuye el presupuesto las cifras se invierten: el primer nivel recibe del 3 al 5%; el segundo entre el 15 y 17% y el tercer nivel de atención recibe hasta el 80% de los recursos presupuestales.

El centro de salud Dr. José Castro Villagrana, nuestra preocupación científica, proporciona servicios de atención médica a población que no cuenta con servicios de seguridad social y que es atendida en nuestro país por la Secretaría de Salud (SSa), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su régimen de solidaridad, el Instituto Nacional Indigenista, los servicios médicos universitarios, así como los servicios médicos asistenciales de los gobiernos estatales y municipales. El

¹ Comunicación personal del Dr. Antonio Gómez Bautista en la maestría Administración con Formación en Sistemas de Salud. UNAM. FCA. 1999

Gobierno mexicano da respuesta a los problemas de salud de la población abierta en dos niveles el primero y el segundo (SS, 1995).

El primer nivel de atención es la puerta de entrada a los servicios de salud y comprende acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente. Los servicios están enfocados básicamente a preservar la salud así como la detección temprana, tratamiento oportuno y rehabilitación en su caso, de padecimientos que se presenten con mayor frecuencia.

Para el primer nivel de atención, las unidades médicas, están divididas de la siguiente manera:

1. - *Unidad auxiliar de salud*: Tiene como personal a médico pasante o técnico en atención primaria a la salud (APS) y promotor de salud. Ubicado en localidades dispersas de 500 a 999 habitantes y cuenta con turnos matutinos o vespertinos y emergencias.

2. - *Centro de salud rural para población dispersa*: Tiene personal médico pasante o técnico en APS, con auxiliares de enfermería. Ubicado en localidades de 1000 a 2499 habitantes con turnos matutino o vespertino y emergencias. Estos dos tipos de unidades prestan servicios de:

Educación para la salud; promoción de la participación social; vacunación; planificación familiar; control del niño sano; control del embarazo; rehidratación oral; consulta a enfermos; detección de padecimientos; atención de urgencias y curaciones; vigilancia de la convalecencia; atención dental; atención de partos; rayos x y de laboratorio; servicios de diagnóstico y envío de pacientes al siguiente nivel de atención.

3. - *Centros de salud rural para población concentrada*: Tiene personal médico general con auxiliares de enfermería, pasante de odontología o técnico en salud dental y promotor de salud. Ubicado en localidades de 2500 a 14999 habitantes con turnos matutinos y vespertino.

4. - *Centro de salud urbano*: Tiene personal compuesto por médico general, auxiliares de enfermería, odontólogo y promotor de salud. Ubicado para localidades de entre 9000 a 18000 habitantes con turnos matutino y vespertino.

Estos dos tipos de unidades prestan servicios de:

Educación para la salud; promoción de la participación social; vacunación; planificación familiar; control del niño sano; control del embarazo; rehidratación oral; consulta a enfermos; detección de padecimientos; atención de urgencias y curaciones; vigilancia de la convalecencia; atención dental; atención de partos; rayos x, y de laboratorio; servicios de diagnóstico; envío de pacientes al siguiente nivel de atención.

También existen centros de salud con hospitalización:

Con personal compuesto por médicos generales, auxiliares de enfermería, odontólogos, cirujanos y anestesistas y promotores de salud. Ubicados en localidades de 9000 a 18000 habitantes con turnos de servicios las 24 horas al día todos los días del año.

Estas unidades prestan servicios de: educación para la salud; promoción de la participación social; vacunación; planificación familiar; control del niño sano; control del embarazo; rehidratación oral; consulta a enfermos; detección de padecimientos; atención de urgencias y curaciones; vigilancia de la convalecencia; atención dental; atención de partos; rayos x, y de laboratorio; servicios de diagnóstico y envío de pacientes al siguiente nivel de atención (SS: 1995).

Atención primaria de salud (APS).

La atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste (costo) que la comunidad y el país puedan soportar. La APS, a su vez constituye el núcleo del sistema nacional de salud (SNS), forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.

La APS se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. Como estos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y son una emanación y esos valores, variarán lógicamente según los diversos países y comunidades, pero han de comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondiente y el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes.

Para que la APS sea, lo mas rápida posible, accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario. Para que esto sea así, la comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la APS. Esta participación se consigue principalmente una adecuada labor de educación que permita que las comunidades enfrentarse, en la forma mas conveniente, con sus verdaderos problemas de salud. Así estarán mejor situadas para adoptar decisiones racionales acerca de la APS y para conseguir de los demás niveles del SNS el apoyo realmente necesario. Estos niveles superiores se deben organizar y fortalecer para que puedan apoyar a la APS mediante conocimientos técnicos, formación de personal, orientación y supervisión logística, suministros, información, financiación y sistemas e instituciones de envío de enfermos o de consulta de problemas pendientes de solución.

Todo da a entender que, para alcanzar su máxima eficacia, la APS habrá de emplear medios que la comunidad acepte y comprenda y que el personal sanitario pueda aplicar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país. Este personal sanitario de la comunidad, incluidas, cuando así

proceda, las personas que practican la medicina tradicional, dará el máximo rendimiento si residen en la misma comunidad a la que ha de atender y ha recibido una formación social y técnica adecuada a las necesidades de salud expresadas por esa comunidad (Sociedad Mexicana de Salud Pública et al 1986:102-103).

Modelo

Un modelo se define como la duplicación gráfica o simbólica de una realidad específica o de una teoría científica. Es precisamente la representación gráfica la que permite apreciar las relaciones de orden y la interpretación entre los elementos tan variados y complejos, de un sistema de atención médica. En su manifestación más simple puede consistir en un dibujo, en tanto que en el plano opuesto, estaría uno de tipo matemático (Cordera 1986:231).

Se han propuesto numerosas clasificaciones; una de las más aceptadas es la de Mary Brodbeck (1959), que señalo las siguientes:

1. - El de réplica, que trata de reproducir una realidad concreta.
2. - El de teorías que especifican concretamente las características primordiales que deben cumplirse en la realidad y de esta forma guían las acciones hacia fines claramente determinados.
3. - Los formales-fácticos, corresponden a los teóricos ya que primero se define el logro factible y posteriormente se lleva a cabo las acciones para alcanzar el isomorfismo.
4. -Los fáctico-formales, son equivalentes a los de replica ya que parten de los hechos reales que son identificables en su comportamiento e interpelaciones para ser mejor comprendidos (Brodbeck, 1959).

Teoría de la burocracia

A partir de la década de los 40, las críticas hechas tanto a teoría clásica -por su mecanismo- como la teoría de las relaciones humanas -por su romanticismo ingenuo- revelaron la falta de una teoría de la organización sólida y amplia que sirviera de orientación para el trabajo del administrador. Algunos estudiosos fueron a buscar en los escritos del economista y sociólogo ya fallecido, Max Weber (Alemania, 1864-1920 famoso por la teoría de las estructuras de autoridad. Con la traducción de algunos de sus libros a la lengua inglesa, tomó cuerpo en los Estados Unidos la teoría de la burocracia en administración. Su obra es muy vasta. Sus principales libros son: La ética protestante y el espíritu del capitalismo y la teoría de la organización económica y social), la inspiración para esa nueva teoría de la organización. Surgió la teoría de la burocracia en la administración.

La burocracia es una forma de organización humana que se basa en la racionalidad, esto es, en la adecuación de los medios a los objetivos (fines) pretendidos, con el fin de garantizar la máxima eficiencia posible en la búsqueda de esos objetivos o también significa que adecua a los objetivos a ser alcanzados: la eficiencia de la organización. Weber no consideró la burocracia como un sistema social, sino principalmente como un tipo de poder. Para comprender la burocracia, estudió los tipos de sociedad y los tipos de autoridad.

Weber distingue tres tipos de sociedad:

- a.- Sociedad tradicional, en la que predominan características patriarcales y hereditarias, como la familia, el clan, la sociedad medieval, etc.
- b.- Sociedad carismática, en la que predominan características míticas, arbitrarias y personalistas, como los grupos revolucionarios, los partidos políticos, las naciones en revolución, etc.
- c.- Sociedad legal, racional o burocrática, en la que predominan normas impersonales y una racionalidad en la escogencia de los medios y de los fines, como las grandes empresas, en los estados modernos, en los ejércitos, las instituciones de salud, etc.

Tipos de autoridad:

A cada tipo de sociedad corresponde, para Weber, un tipo de autoridad: "Autoridad significa la posibilidad de que en una orden específica sea obedecida". La autoridad representa el poder institucionalizado y oficializado. Poder implica potencial para ejercer influencia sobre otras personas. Poder significa para Weber, la probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social aun en contra de cualquier forma de resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad. El poder, por lo tanto es la es la posibilidad de imposición de arbitrio por parte de una persona sobre la conducta de otras. La autoridad proporciona el poder: tener autoridad es tener poder. Recíprocamente sin embargo, siempre es verdadero, pues tener poder no siempre significa tener la autoridad. La autoridad y el poder de ella consecuente, depende de la legitimidad, que es la capacidad de justificar su ejercicio. La legitimidad es el motivo que explica por que de terminado numero de personas obedece las ordenes de alguien, confiriéndole poder. Esa aceptación, esa justificación del poder es llamada legitimación. La autoridad es legitima cuando es aceptada; si la autoridad proporciona poder, el poder conduce a la dominación. Dominación significa que la voluntad manifiesta (orden) del dominador influye en la conducta de los otros (dominados) de tal forma que el contenido de la orden, por si misma, se trasforma en norma de conducta (obediencia) para los subordinados. La dominación es una relación de poder en el cual el gobernante o dominador o la persona que impone su arbitrio sobre los demás, cree tener derecho a ejercer el poder, y el gobernado o dominado considera que su obligación es obedecerle las ordenes. Las creencias que legitiman el ejercicio del poder existen tanto en la mente del líder como en el los subordinados. Tales creencias determinan la relativa estabilidad de la dominación, al mismo tiempo que reflejan las diferencias básica entre los diversos sistemas de dominación. Weber establece una tipología de autoridad basándose no el los tipos de poder empleados, sino en las fuentes de legitimidad aplicados.

Weber describe tres tipos de autoridad legitima, a saber:

1.- Autoridad tradicional, cuando los subordinados aceptan las ordenes de los superiores como justificadas, porque esa siempre fue la manera como se hicieron las cosas.

2.- Autoridad carismática, cuando los subordinados aceptan las ordenes del superior como justificadas a causa de la influencia de la personalidad y el liderazgo del superior con el cual se identifican.

3.- Autoridad racional, legal o burocrática, cuando los subordinados aceptan las ordenes de los superiores como justificación, porque están de acuerdo con un conjunto de preceptos o normas que se consideran legítimos y de los cuales deriva el mando. Es el tipo de autoridad técnica, meritocratica y administrada.

Característica de la burocracia:

1.- Carácter legal de las normas y reglamentos

2.- Carácter formal de las comunicaciones

3.- Carácter racional y división del trabajo

4.- Impersonalidad en las relaciones

5.- Jerarquía y autoridad

6.- Rutinas y procedimientos estandarizados

7.- Competencia técnica y meritocracia

8.- especialización de la administración separada de la propiedad

9.- Profesionalizacion de los participantes

10.- Completa previsibilidad del funcionamiento. (Chiavenato, 1994:305-314).

De igual forma los teóricos contemporáneos de la administración han establecido una tipología del liderazgo basada en los tipos de sociedad y de autoridad del modelo weberiano:

◆ Liderazgo tradicional

◆ Liderazgo carismático

◆ Liderazgo racional, legal o burocrático.

HIPOTESIS

Si hay disfunción en las funciones administrativas de la organización (planear, organización, liderazgo y control), habrá límite para potencializar el uso de la capacidad instalada de la unidad médica.

VARIABLES

Variable dependiente

La capacidad instalada que se expresa como sub-utilización de los servicios que presta una unidad médica del tipo III del primer nivel de atención, que es una institución que proporcionan servicios médicos a población no asegurada en la Ciudad de México.

Variable independiente

Las funciones administrativas de la organización que son planear, organización, liderazgo y control, en este caso de la unidad médica del tipo III, que presta servicio a población abierta en la Ciudad de México.

DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LOS TERMINOS DE LAS HIPOTESIS

Disfunción:

Fenómeno de carácter objetivo que dificulta la realización de una función social.

Potencializar:

Aumentar y optimizar la utilización de los recursos presupuestarios destinados a una población específica, en este caso nos referimos a la llamada población abierta.

Capacidad instalada:

Entendida como los servicios que la unidad médica puede ofertar a los usuarios del área geográfica de influencia de acuerdo al personal, a la tecnología y a las instalaciones disponibles y esta, puede estar sub o sobreutilizada.

Unidad médica:

Se refiere al espacio físico que ocupa alguna instalación médica y que puede variar de acuerdo al nivel de atención al que pertenezca. Para el primer nivel de atención o de primer contacto puede llamarse centro de salud urbano o rural; en los demás niveles puede llamarse Hospital General, Centro Médico o Instituto Nacional.

DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LOS TERMINOS DE LAS VARIABLES

Variable dependiente.

El Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana" que es una unidad médica de tipo III de primer nivel de atención y se clasifica dentro de las instituciones que prestan atención médica a población no asegurada, proporciona a sus usuarios o clientes internos y externos: atención médica; enseñanza; investigación, epidemiología y estadística, y administración. La utilización, la sub-utilización y la sobreutilización de sus funciones depende de su capacidad instalada, entendida esta, como los servicios que puede ofertar a sus usuarios de acuerdo al personal, tecnología e instalaciones disponibles.

Indicadores de la variable dependiente

- 1- Número de pacientes que se deben atender por hora (primera vez y subsecuente).
- 2- Número de médicos que proporcionaron atención médica y número de horas contratadas.
- 3- Capacidad instalada del centro
- 4- Datos poblacionales del área de influencia de la unidad médica durante 1998

- 5- Número de pacientes/usuarios/clientes atendidos durante 1998.
- 6- Capacidad instalada del centro de salud, comparado con el número de pacientes atendidos durante 1998.
- 7- Número de pacientes controlados por la unidad médica.
- 8- Número de pacientes de primera vez durante 1998
- 9- Número de pacientes subsecuentes durante 1998
- 10- Relación entre pacientes de primera vez y subsecuentes.

Variable independiente

Usaremos el modelo administrativo que Robbins aplica para asignar a las funciones administrativas que el autor designa como planear, organización, liderazgo y control, y que forman parte del proceso administrativo, con el que "mediremos" la unidad médica en cuestión.

Indicadores de la variable independiente

1. - Metas propuestas en las 4 coordinaciones que constituyen la unidad, comparado con las metas alcanzadas al final de 1998.
2. - Número de estrategias propuestas al inicio del año para lograr las metas, comparado con las estrategias instauradas al final del año 1998.
3. - Número de planes diseñados para integrar y coordinar las actividades de la unidad al inicio del año, comparadas con el número de planes instaurados al final del año 98.
4. - Número de recursos humanos por tareas asignados a cada una de las 4 coordinaciones.
5. - Porcentaje de seguimiento de las metas alcanzadas durante 1998 y los motivos que ocasionaron los retrasos.
6. - Porcentaje de ausentismo en el área de atención médica.

DEFINICION OPERACIONAL DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES

Variable dependiente:

Que es la capacidad instalada que se expresa como sub-utilización de los servicios de salud y que operacionalizaremos con los siguientes indicadores:

1. - Número de pacientes que se deben atender por hora.

La Secretaría de Salud ha establecido un indicador en el cual el médico en su consultorio debe atender 4 usuarios, de los cuales uno es subsecuente y 3 de primera vez por cada hora de atención. Ahora, si un turno de un médico es 8 horas pero se le restan 2 que se deben asignar a clase frente a grupo, entonces, debe realizar 24 consultas por día; en el caso de odontología el criterio establecido por la jurisdicción era de 2 pacientes por hora, uno de primera vez y uno subsecuente, en turno de 6 horas por jornada.

2. - Capacidad instalada del centro.

Son los servicios que la unidad puede ofertar a los usuarios/clientes/pacientes internos o externos, de acuerdo a personal, tecnología e instalaciones disponibles. Por ejemplo, para el caso del servicio de atención médica, existen 17 consultorios disponibles cada uno de estos debe atender 24 pacientes diarios, significa que la capacidad instalada del centro de salud es de 408 consultas al día o 8160 al mes; para el servicio de odontología . En el servicio de odontología había 8 profesionales pero son 3 unidades odontológicas, para establecer el numero de consultas que debían ofrecer solo tomaremos en cuenta a 3 de los 8; el criterio era de 2 pacientes por hora, uno de primera vez y uno subsecuente durante 6 horas por jornada diaria, eran 36 al día o 8820 consultas en un año.

3. - Datos poblacionales del área de influencia de la unidad.

A cada unidad médica, en este caso, un centro de salud urbano, se le denomina llamado "área de influencia" que es la porción de AGEB (Área Geoestadística Básica) urbanas que le corresponde atender. En esta división establecida por INEGI tenemos una población total, a la que le restamos la población que

tiene derechohabiencia (ISSSTE, IMSS, SEDENA, PEMEX y otros) y nos da como resultado la llamada población abierta que es la que carece de atención médica porque no tiene un trabajo establecido. Este tipo de población es el que asiste al centro que investigamos.

4. - Número de pacientes/usuarios atendidos.

Es la cifra total de consultas realizadas durante el año en la cual se incluye:

- Consulta odontológica
- Consulta médica

5. - Capacidad instalada contra el número de pacientes atendidos durante 1998.

Este indicador nos da la cifra real de cuantos clientes van a los servicios brindados por la médicos y odontólogos, de todos los que deberían asistir

6. - Número de pacientes controlado por el centro de salud durante 1998.

A pesar de que existe la capacidad instalada y el número de pacientes que van a diversos tipos de consulta, tenemos este indicador que nos informa sobre el numero de personas o familias que el centro controla y que corresponde al número de habitantes asignado por INEGI como área de influencia.

7. - Número de pacientes por primera vez atendidos durante 1998.

Se considera que el cliente que no ha hecho uso del servicio médico y no tiene expediente abierto en la unidad que le corresponde (García 1987:53). Cuando el usuario asiste por primera vez, una trabajadora social, se encarga de asignarla al consultorio que corresponde de acuerdo al lugar de residencia.

8. - Número de pacientes subsecuentes durante 1998.

Es de los que se tiene registro y expediente clínico en la unidad médica que le corresponde y que ha tomado la asignación de un médico (García 1987:52).

La relación de los incisos 7 y 8 nos estaría indicando si la unidad de salud esta cumpliendo uno de sus principales objetivos para con la comunidad: controlar su población adscrita.

Variable independiente:

Son las funciones administrativas que son: planear, organización, liderazgo y control, las cuales operacionalizaremos con estos indicadores:

1. - Número de planes diseñados para integrar y coordinar las actividades de la unidad al inicio del año, comparadas con el número de planes instaurados al final del año 98.

Los planes incluyen todos los aspectos: metas estratégicas, procesos, procedimientos, etc.; la comparación de estos dos datos o cifras nos da idea de como interactúan por un lado la dirección y por otro el personal operativo. Mide la organización como un esfuerzo conjunto para cumplir los objetivos establecidos.

2- Número de estrategias propuestas al inicio del año para lograr las metas, comparado con las estrategias instauradas al final del año 1998.

Las estrategias describen los objetivos a realizar el volumen de los productos realizados y los métodos operativos de las organizaciones. Los objetivos estratégicos tienen cuatro características: 1) deben ser mensurables, 2) temporales -plazo de conclusión-, 3) globales (especifican un pequeño número de objetivos que reflejan la actuación total de la organización y 4) realista -alcanzables- (Heyel 1984: 398-399).

Las estrategias miden la habilidad, las tácticas, las maniobras en otras palabras, como se hacen las cosas para lograr cumplir las metas numéricas establecidas periódicamente. La comparación mide la capacidad de planeación que tienen los directivos; lo que se planeó contra lo que se logró al final del año.

3- Metas propuestas en las 3 coordinaciones y la unidad administrativa (compuesta por administradores de SSA y UNAM) que constituyen la unidad, comparado con las metas alcanzadas al final de 1998.

Son los objetivos mensurables, uno de los elementos que describe la estrategia (Idem)

Con este indicador mediremos las metas (cifras numéricas) que para programas, servicios o productos que genera la unidad médica, establece la Jurisdicción Sanitaria, que es la instancia técnico- administrativa que gobierna sobre el centro de salud. Algunos de estos criterios son formativos, otros son poblacionales y algunos mas son subjetivos; la comparación ilustra lo que “el nivel central” ordena y lo que la unidad hace.

Los indicadores 1, 2 y 3 miden la función administrativa de planeación.

4. - Número de recursos humanos por tareas asignados a cada una de las 3 coordinaciones y la unidad administrativa (SSA-UNAM).

Este indicador que pertenece a la función administrativa de planeación sirve para medir la capacidad de los directivos para distribuir o agrupar el personal y establecer donde se toman las decisiones para lograr los objetivos de la organización, además de dar idea de la cantidad de personal que se requiere para lograr los productos que entrega la institución a sus clientes ya sean externos o internos.

5. - Porcentaje de seguimiento de las metas alcanzadas durante 1998 y los motivos que ocasionaron los retrasos.

Con este indicador que es de la función administrativa de control, se mide cuanto el administrador o directivo ha seguido el desempeño real de la organización y tendrá que compararse con las metas fijadas. La comparación nos permite establecer el grado de control ejercido durante 1998.

6. - Porcentaje de ausentismo por servicio y áreas en la unidad.

El ausentismo además de las grandes pérdidas en costos para las instituciones de salud; significa interrupción del flujo de trabajo y a veces posponer decisiones importantes, reducción en la calidad del producto e impacto sobre la eficiencia y eficacia de la organización.

Capítulo 3

Material y método:

- ✓ metodología.
- ✓ muestra.
- ✓ procedimiento.
- ✓ tipo de estudio, de diseño y de investigación.
- ✓ criterios de inclusión y exclusión.
- ✓ instrumento diseñado para el proyecto.

Metodología

Originalmente, la idea al realizar este trabajo investigativo surgió de una observación que ocurrió en la vida laboral del investigador en una unidad del primer nivel de atención que pertenece a la actual Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) en la cual trabajaba.

La inquietud surge ante la poca asistencia de usuarios a dicha organización que tiene una gran diversidad de servicios y funciones. Algo “estructural” ocurría y esto merecía especial atención por tratarse de recursos públicos limitados distribuidos como gasto para la salud en un segmento poblacional en franco aumento, nos referimos a la población no derechohabiente o abierta.

Después de varios intentos fallidos por tratar de elaborar un protocolo coherente, se logró ubicar el problema objetivo e hipótesis, se trató de asociar dos variables que hipotetizadas resolvían el problema: la capacidad instalada y las funciones administrativas. Posteriormente se elaboró el marco teórico que dio sustento al estudio y se concluyó el instrumento con el que se recopilaría la información.

En el transcurso del tiempo que le tomó al investigador iniciar el trabajo, la aprobación del protocolo, recopilar los datos y tratar de analizarlos, comprobó aquello que la literatura nos da cuenta: la metodología es un proceso dinámico, de movimiento constante. Hallar los datos y relacionarlos con lo que se pretendía demostrar, implicaba en todo momento replantear y afinar los indicadores de las variables, redefinir los términos de la operacionalización e incluso eliminar unas preguntas y crear otras; la metodología es un proceso muy rico que permite dar coherencia y buscar la solución de a problemas reales.

Muestra

Lo que el investigador pretendió era “disecar”, mirar bajo la lupa el funcionamiento y los resultados mensurables de dicha unidad médica, ubicado en el contexto que le da vida que es el

“Modelo de Atención a la salud para Población Abierta en el D.F.”, haciendo énfasis en el servicio de atención médica por que este es una actividad de primer contacto que impacto en la población general del área de influencia

Para establecer la muestra no se exploró ni la población usuaria, ni el personal del centro de salud, sino que se indagó sobre los responsables de las 4 coordinadores que son funcionarios claves que dirigen los destinos de la organización sanitaria; nuestro estudio es un muestreo no-probabilístico.

Procedimiento

Existía el problema, teníamos el centro de salud, el protocolo terminado y los deseos de titulación, faltaba sin embargo la aprobación por parte del comité de investigación del CSDJCV que lo aprobó el mayo del 2000

El investigador diseñó, ingenuamente, un instrumento de recopilación de datos que solucionaría la búsqueda y encontró dos “realidades”: el modelo de funcionamiento impreso en papel y la aplicación de aquel en la vida cotidiana sanitaria que se repite mes tras mes del año 1998. Surgieron problemas teóricos, formas imprecisas de medir los procesos, errores logísticos e informes que algunas coordinaciones no proporcionaron; ante lo cual, además de recurrir al fuente primaria –el instrumento diseñado-, se recurrió a fuentes secundarias como programas de trabajo y publicaciones periódicas para complementar información no obtenida y paliar fallas producto de la inexperiencia del investigador.

Tipo de estudio

El tipo de estudio es aplicativo-resolutivo, porque prueba la relación que de causa a efecto o viceversa existe entre las variables de una hipótesis, de manera tal que permite inferir relaciones de causalidad que dan elementos para predecir y poder resolver el problema en cuestión (Berruecos 1994:69).

En este trabajo investigativo se prueba la relación que de causa efecto existe, entre la variable llamada “sub-utilización de servicios” con la variable “funciones administrativas” para demostrar disfunción en el actual modelo de funcionamiento y corregir este problema con un nuevo modelo.

Tipo de diseño:

El tipo de diseño es *Ex-post-factum* (después del hecho) no hay manipulación de variables sino solamente identificación, observación y descripción de las mismas, lo que hace para estudiar las causas o los orígenes de los efectos observados (Ibidem).

Tipo de investigación:

a.- Por la captación de datos:

Es retrospectiva, porque se fundamenta en la revisión de información hacia atrás (año de 1998) que en este caso es el centro de salud Dr. José Castro Villagrana, a partir del momento presente que es el año 2000.

b.- Por la forma de medir el fenómeno estudiado:

Es transversal, porque la investigación de las características del estudio se examinaron durante un tiempo limitado que en este caso fue el año de 1998.

c.- Por el tratamiento poblacional:

Es analítico, porque se formulan una o varias hipótesis centrales relacionadas con procesos de aprendizaje, evaluación de servicios de salud, entre otros.

d.- Por su sistematización:

Observacional, porque el investigador solamente se limita a presenciar el fenómeno sin modificar intencionalmente las variables.

Criterios de inclusión:

Para este trabajo solo se incluirá a los cuatro coordinadores de las áreas que conforman el organigrama de la institución.

Criterios de exclusión:

Quedó excluido:

- a.- Todo el personal médico, paramédico y administrativo que no sean los coordinadores de atención médica: enseñanza; administraciones (Ssa y UNAM); investigación, epidemiología y estadística para la aplicación del instrumento diseñado;
- b.- También se excluyó del total de consultas las realizadas por Salud Mental del indicador 4 (Número de Pacientes/usuarios atendidos), porque en este servicio interviene otra institución -descentralizada- llamada Instituto Mexicano de Psiquiatría -IMP- (llamado así durante 1998) que canaliza recursos humanos para su labor; igualmente se excluye el servicio de optometría porque es un pasante quien realiza esta labor
- c.- El servicios de optometría por que es realizado por un pasante y,
- d.- Las actividades de consulta médica realizadas por la unidad T-I que aunque pertenece al centro de salud, pero que está ubicado en otra colonia.

INSTRUMENTO DISEÑADO PARA EL PROYECTO

1. - DATOS GENERALES DE LA UNIDAD MÉDICA DURANTE 1998.

- 1.1 Organigrama administrativo del centro de salud.
- 1.2 Número de pacientes que se deben atender por hora (Subsecuente y primera vez).
- 1.3 Número de médicos que proporcionaron atención médica y número de horas contratadas.
- 1.4 Capacidad instalada del centro.
- 1.5 Población total del área de influencia de la unidad y población total en los últimos años.

1.6 Número de AGEB que conforman el área de influencia de la unidad.

1.7 Población con seguridad social del área de influencia de la unidad.

1.8 Población sin derechohabiencia del área de influencia de la unidad.

1.9 Número de pacientes controlados por la unidad médica.

1.10 Número de pacientes subsecuentes durante 1998.

1.11 Número de pacientes de primera vez durante 1998.

1.12 Razón¹ entre pacientes de primera vez y subsecuente.

2. - CONSULTAS OTORGADAS POR LA UNIDAD MÉDICA DURANTE EL AÑO DE 1998.

2.1 Número de consultas (médicas y odontológicas).

2.2 Número de consultas de primera vez y subsecuente.

2.3 Número de consultas por sexo.

2.4 Relación/proporción de consultas de primera vez y subsecuentes.

2.5 Número de consulta médica por mes.

3. - RENDIMIENTO DE LA UNIDAD MÉDICA DURANTE 1998

3.1 Número total de consultas médicas otorgadas por la unidad durante 1998.

3.2 Tiempo laborable/laborado por los médicos de la unidad durante 98

3.3 Ausentismo por médicos durante el año de 1998.

3.4 Rendimiento programado y real del personal médico.

¹ Razón es una expresión de la frecuencia relativa de un evento comparado con la ocurrencia de otro evento de diferente categoría o naturaleza, por ejemplo el número de niños inmunizados comparado con en número de niños no inmunizados.

4. - PLANES DE LA UNIDAD MÉDICA DURANTE EL AÑO DE 1998

4.1 Número de planes diseñados para integrar y coordinar las actividades de la unidad administrativa de la Ssa y la UNAM durante el inicio del año de 1998, comparadas con los planes instaurados al final del mismo año.

4.2 Número de planes diseñados para integrar y coordinar las actividades de la coordinación de atención médica por programas prioritarios, durante el inicio del año de 1998, comparadas con, los planes instaurados al final del mismo año.

4.3 Número de planes diseñados para integrar y coordinar las actividades de la coordinación de enseñanza durante el inicio del año de 1998, comparadas con, los planes instaurados al final del mismo año.

4.4 Número de planes diseñados para integrar y coordinar las actividades de la coordinación de investigación; epidemiología y estadística durante el inicio del año de 1998, comparadas con los planes instaurados al final del mismo año.

5- ESTRATEGIAS² DE LA UNIDAD DURANTE 1998.

5.1 Número de estrategias propuestas al inicio del año 1998 en la unidad administrativa de la Ssa y la UNAM para lograr sus metas propuestas, comparada con el número de estrategias instauradas al final del mismo año.

5.2 Número de estrategias propuestas al inicio del año 1998 en la coordinación de atención médica por programas prioritarios, para lograr sus metas propuestas, comparada con el número de estrategias instauradas al final del mismo año.

² Las estrategias describen los objetivos a realizar, el volumen de los productos realizados y los métodos operativos de las instituciones. Los objetivos tienen cuatro características: 1.- deben ser mensurables, 2.- temporales (plazo de conclusión), 3.- globales (especifican un pequeño número de objetivos que reflejan la actuación total de la institución), y 4.- realista, alcanzables (Heyel 1984:398-399).

5.3 Número de estrategias propuestas al inicio del año 1998 en la coordinación de enseñanza para lograr sus metas propuestas, comparada con el número de estrategias instauradas al final del mismo año.

5.4 Número de estrategias propuestas al inicio del año 1998 en la coordinación de investigación; epidemiología y estadística, para lograr sus metas propuestas, comparada con el número de estrategias instauradas al final del mismo año.

6. - METAS³ DE LA UNIDAD DURANTE 1998.

6.1. - Metas propuestas el principio del año de 1998 por la unidad administrativa de la Ssa y la UNAM, comparadas con las alcanzadas durante el mismo año.

6.2. - Metas propuestas por programas, el principio del año de 1998 por la coordinación de atención médica por programas prioritarios, comparadas con las alcanzadas durante el mismo año.

6.3. - Metas propuestas el principio del año de 1998 por la coordinación de enseñanza, comparadas con las alcanzadas durante el mismo año.

6.4. - Metas propuestas el principio del año de 1998 por la coordinación de investigación; epidemiología y estadística, comparadas con las alcanzadas durante el mismo año.

7. -RECURSOS DE LA UNIDAD DURANTE 1998.

7.1 Número de recursos utilizados para las tareas de la unidad administrativa de la Ssa y la UNAM comparada con el número de productos realizados durante el año de 1998.

7.2 Número de recursos utilizados para las tareas de la coordinación de atención médica por programas prioritarios, comparada con el número de productos realizados durante el año de 1998.

7.3 Número de recursos utilizados para las tareas de la coordinación de enseñanza comparada con el número de productos realizados durante el año de 1998.

7.4 Número de recursos utilizados para las tareas de la coordinación de investigación; epidemiología y estadística comparada con el número de productos realizados durante el año de 1998.

8. – LIDERAZGO

Para definir este ítem se diseñó el siguiente instrumento que se aplicó a los 3 coordinadores y la unidad administrativa (Ssa-UNAM) de las distintas áreas del Centro de salud Dr. José Castro Villagrana.

- 1.- ¿Considera usted que en el centro de salud Dr. José Castro Villagrana hay autoridad?
 - a.- Si (Pase a la pregunta 2)
 - b.- No (Pase a la pregunta 3)

- 2.- La autoridad que hay en el centro de salud, según usted, es:
 - a.- Legítima
 - b.- Ilegítima (Pase a la pregunta 4)

- 3.- Usted cree que no hay autoridad porque:
 - a.- No se obedece las ordenes específicas dictadas por la autoridad
 - b.- La autoridad no tiene poder

- 4.- La autoridad que hay en el c. de s. es ilegítima porque:
 - a.- No es aceptada
 - b.- Quien la nombro no esta facultado para ello.

- 5.- La autoridad que hay en el c. de s. es por Ud. :
 - a.- aceptada
 - b.- no aceptada

- 6.- ¿a quien obedece usted:
 - a.- al director
 - b.- al subdirector
 - c.- Otro, es decir ninguno de los dos anteriores

- 7.- ¿Cree usted que la autoridad, que es la persona a quien usted obedece, tiene el poder?
 - a.- Si
 - b.- No

- 8.- ¿Cree usted que hay relación de obediencia entre la persona que usted obedece y el personal del c. de s.?
 - a.- si
 - b.- no

- 9.- ¿Quiénes según usted constituyen el aparato administrativo del c. de s.? Menciónelos.

³ Son los objetivos mensurables, uno de los elementos que describe la estrategia. (Idem).

9. - CONTROL

9.1 Porcentaje de seguimiento de las metas u objetivos alcanzadas durante el año de 1998 o las causas que ocasionaron retraso u omisión en la unidad administrativa de la Ssa y la UNAM.

9.2 Porcentaje de seguimiento de las metas u objetivos alcanzadas durante el año de 1998 o las causas que ocasionaron retraso u omisión en la coordinación de atención médica por programas prioritarios.

9.3 Porcentaje de seguimiento de las metas u objetivos alcanzadas durante el año de 1998 o las causas que ocasionaron retraso u omisión en la coordinación de enseñanza.

9.4 Porcentaje de seguimiento de las metas u objetivos alcanzadas durante el año de 1998 o las causas que ocasionaron retraso u omisión en la coordinación de investigación, epidemiología y estadística.

PLAN DE ADMINISTRACION DEL PROYECTO

Para llevar a buen fin este proyecto de investigación, es necesario aclarar que para su buena administración y supervisión:

- ◆ No fue necesario compra ni adquisición de equipos.
- ◆ No fue necesario conseguir fondos para realizarlo
- ◆ No se necesito de un administrador para que tenga la autoridad de recibir y administrar fondos.

Recursos físicos:

Solo se requirió del espacio que ocupa usualmente el investigador desde que ingresó a la unidad: una oficina con buena iluminación, dos escritorios, 3 sillas y un archivero.

Recursos humanos:

Para llevara buen termino esta labor se requirió solamente del investigador que diseño y ejecuto el proyecto.

Recursos materiales:

El centro de salud además de autorizar el protocolo, de proporcionar facilidades para obtener la documentación necesaria, puso a su disposición el centro de computo, impresora, papel, asesoría técnica, amén de elementos de papelería propios de este menester.

Recursos financieros:

No se necesitó de una partida presupuestal extra, ya que los recursos utilizados se encontraron disponibles en la institución; el investigador principal y realizador del proyecto labora en la unidad como trabajador de base de la rama administrativa, por lo que no percibirá salario por esta actividad, ni recibió ninguna beca o ayuda económica, ni parte de la UNAM ni de la Ssa.

Supervisión:

El proceso continuo por el cual se recopilará la información relativa a la ejecución y a la evolución del trabajo presentado, estará a cargo del investigador principal al igual que el volumen y calidad de los datos registrados, lo mismo que de la comunicación con las autoridades de la institución involucrada.

Capítulo 4

En la vida real:

- ✓ estado actual de la unidad médica.

EL ESTADO ACTUAL DE LA UNIDAD MÉDICA

En este capítulo se reportan los resultados hallados a partir del instrumento que se diseñó y con las fuentes complementarias, cuando no se proporcionó información; estos contrastan a su vez con el modelo actual de funcionamiento que existe en nuestro centro de salud para atender la población abierta de la JST (ver **CAPITULO II: EN LA TEORÍA**), tenemos entonces, como debería ser el funcionamiento de la unidad y cómo realmente es; la teoría y la practica de las instituciones que poco coincide.

Resultados de la actividad de atención médica durante el año 1998

Como se mencionó con anterioridad, este proyecto de investigación se enfocará principalmente sobre el área de la atención médica porque es la actividad que nos permite "medir" resultados en los usuarios de la unidad al accederles productos sanitarios precisos (consultas, pruebas de laboratorio, terapia, vacunas, certificados oficiales, entre otros), las actividades de enseñanza, investigación y epidemiología son igualmente importantes pero requerirían el diseño de otro protocolo.

El centro de salud Dr. José castro Villagrana (CSDJCV), es una organización sanitaria, que durante el año de 1998 estuvo compuesta por 106 empleados de base (**Cuadro 1**), además de 44 pasantes a nivel técnico (**anexo 1**), de 48 alumnos de nivel pos-técnico (**anexo 2**), de 145 alumnos de pre-grado (**anexo 3**) y 36 alumnos de posgrado (**anexo 4**), que en total sumaron 379 y rotaron por la unidad ese año (Ssa-UNAM, 1998:98-100).

Durante el año de nuestra investigación, 1998, los trabajadores basificados pertenecían al Instituto de Servicios de Salud del Distrito federal (ISSADF), un órgano

Cuadro 1

RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO DE SALUD

DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA *

JURISDICCION SANITARIA DE TLALPAN

ISSDF-UNAM 1998

<i>Personal</i>	<i>Cantidad</i>
Médicos	17
Odontólogos	7
Enfermería	27
Laboratorio	7
Rayos X	2
Trabajo social	6
Salud mental	2
Nutrición	1
Administrativos	31
Coordinadores/Directivos	6
Total	106

Fuente: Administración ISSDF del CS D.J.C.V. 1998.

*No se incluye un médico y una enfermera de la unidad T-I del c. de s.

desconcentrado del Gobierno del Distrito Federal (GDF), es importante señalar que en 1997 se formalizó, en el contexto de la descentralización de los servicios de salud a nivel nacional, la transferencia de los Servicios de Salud Pública del D.F. al GDF.

Cuando miramos el organigrama del CSDJCV, (**Cuadro 2**) debemos ubicar mentalmente a 379 personas trabajando anualmente en diferentes actividades durante dos turnos, la mayoría en la mañana, de lunes a viernes de todas las semanas del año y distribuidos en cinco niveles jerárquicos (**cuadro 3**).

Cuadro 3	
PERSONAL QUE LABORA DURANTE 1998 EN EL CENTRO DE SALUD DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA	
Personal basificado	106
Estudiantes y pasantes	273
Total	379

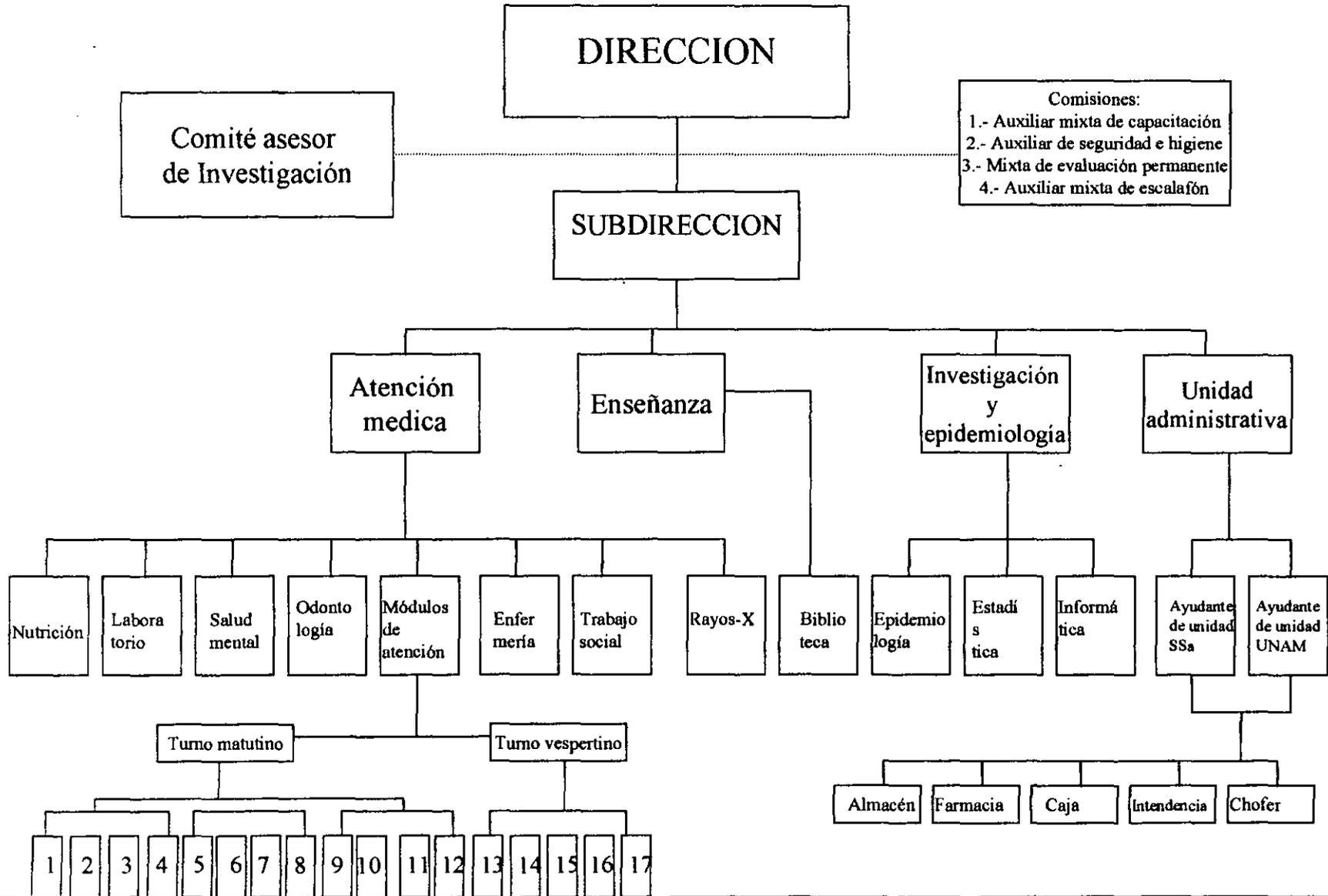
Fuente: datos de información recabada en la unidad médica.

Esta estructura organizacional corresponde al llamado por los estudiosos de la administración a el “modelo burocrático de organización” que esta basado en los estudios del sociólogo alemán Max Weber (1864-1920), en el que mandos medios y altos –primer y segundo nivel jerárquico- controlan y toman todas las decisiones; aclararemos aquí que nuestra unidad no es independiente de la estructura llamada ISSADF, pero para poder cumplir nuestro objetivo metodológico debemos “aislarla”.

El organigrama es una estructura piramidal con 4 niveles jerárquicos; en el 4 se observan el fenómeno llamado departamentalización, que no es sino especialización y puede ser vertical o horizontal para constituir formas diferentes de la división del trabajo; el primero, que es el que nos interesa, ocurre cuando se verifica la necesidad de aumentar la calidad de la supervisión o dirección incrementando los niveles jerárquicos de la estructura. Se hace a costa de un aumento de niveles jerárquicos, es un desdoblamiento de autoridad. Es también denominado proceso escalar y se refiere al crecimiento de la cadena de mando, se caracteriza siempre por el crecimiento vertical del organigrama, esto es, el

Cuadro 2

Organigrama del centro de salud Dr. José Castro Villagrana. Ssa-UNAM. Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan 1998



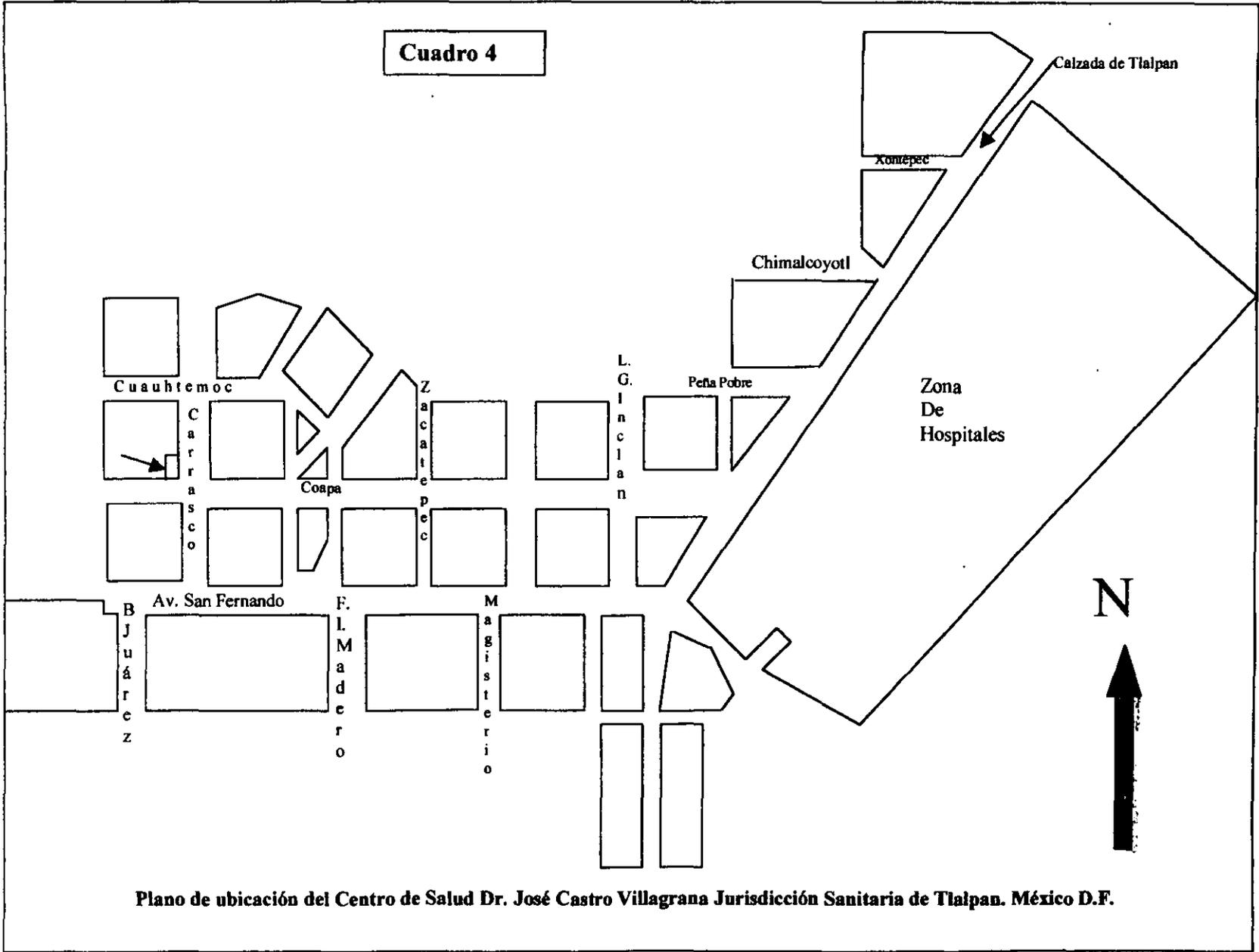
aumento del número de niveles jerárquicos. La departamentalización es una característica típica de las grandes organizaciones (Chiavenato, 1989:241-243).

Esta manera de distribuir nuestra unidad médica , también llamada organización tradicional, cuyo esfuerzo dirigido hacia la dirección y no hacia los usuarios/clientes/pacientes que son al final, la razón de ser de la institución. Los 3 principales y mas importantes niveles jerárquicos (Director, Subdirector y Coordinadores) están asignados a personal de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), merced a un convenio firmado entre la misma universidad y la Secretaria de Salud en el año de 1981, en el que se establece que además de ser un centro de atención médica, se asume la formación de recursos humanos para la salud (docencia) y el desarrollo de investigación; dicho de otra manera, la organización es dirigida, administrada y controlada por la UNAM.

El CSDJCV se fundó durante el mes de octubre del año de 1960. Cuarenta años después, se encuentra plenamente establecido en medio de colonia clasemediera llamada Toriello Guerra, rodeada a su vez de colonias populares, que caracteriza tan bien el México contemporáneo con su contraste social, en el que una calle asfaltada, divide la opulencia de la marginalidad; la mansión de la vecindad (cuadro 4). El cuarentón centro de salud, hace esquina con las calles Carrasco y Coapa; la primera desemboca después de una cuadra en la avenida San Fernando, frente al abandonado y desvencijado cine Tlalpan que tuvo mejores tiempos; la otra calle, confluye a la denominada "Zona de Hospitales", que es la mayor concentración de unidades de segundo y tercer nivel de atención hospitalaria de toda la ciudad y del país y son estas:

- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)
- Instituto Nacional de Cardiología
- Hospital General "Manuel Gea González"
- Instituto Nacional de Psiquiatría "Fray Bernardino de Sahagún"

Cuadro 4



Plano de ubicación del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan. México D.F.

- Instituto Nacional de Cancerología
- Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán"
- Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP)

Esta cercanía de oferta sanitaria y tecnología para la salud y sus implicaciones marcó y seguirá marcando el destino del centro de salud indagado(**cuadro 4**).

El centro de salud tiene un área de influencia en alrededor de 70 AGEBs (Áreas Geoestadísticas Básicas), cifra que representa casi la mitad de todo el espacio territorial la jurisdicción sanitaria de Tlalpan, a pesar de que hasta 1988, tenía 22 unidades medicas más (**cuadro 5**).

Cuadro 5	
TIPO DE UNIDADES MEDICAS	
JURISDICCION SANITARIA DE TLALPAN	
1998	
T-I	14
T-II	3
T-III	5
TOTAL	22

Fuente: Jurisdicción sanitaria de Tlalpan.

Del año del estudio no se tiene datos sobre la población total, los mas cercanos son de 1995 eran, según conteo rápido realizado por INEGI de 198.694 habitantes de los cuales 127.959 estaban inscritos a instituciones médicas de seguridad social y el resto, 70.735 personas carecían de esta, como se puede apreciar en las pirámides poblacionales (**anexo 5 y 6**).

Durante nuestro año se realizaron en la unidad médica un total de 46.520 consultas generadas por médicos y odontólogos (**Cuadro 6**); los resultados de este cuadro son de gran importancia para demostrar varios aspectos fundamentales de este trabajo investigativo:

Cuadro 6		
CONSULTA MÉDICA		
CENTRO DE SALUD DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA		
CONSULTA MÉDICA A SANOS Y ENFERMOS. 1998		
Sanos	14 684	36%
Enfermos	26 499	64%
Total	41 183	100%
CONSULTAS MÉDICA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES		
Ira. Vez	28 514	69%
Subsecuentes	12 669	31%
Total	41 183	100%
CONSULTA MÉDICA POR SEXO		
Hombres	13 031	32%
Mujeres	28 152	68%
Total	41 183	100%
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICA Y ODONTOLÓGICA:		
46.520		
CONSULTA ODONTOLÓGICA POR PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE		
Primera vez	2.179	40.8%
Subsecuente	3.158	59.2%
Total	5.337	100%

Fuente: Anuario Estadístico 1998. CSDJCV

1.- Que en el CSDJCV se puede “medir” la sub-utilización de la atención médica de dos maneras:

a).- Respecto a la capacidad instalada (CI).

La capacidad instalada del área médica basada en 17 médicos que se encuentran en dos turnos con 6 horas diarias debió haber sido en el año de 1998 de 108.780 consultas, sin embargo solo se realizaron 46.520 la CI en el área odontológica basada en 3 odontólogos con unidad odontológica (de un total de 8) para este mismo año debió haber sido de 8.820, no obstante solo se realizaron 5.337 consultas odontológicas. Ambas áreas médicas dan un total de 46.520, de las 108.780 que permitía ofrecer la organización sanitaria; entonces concluimos que solamente se utiliza el 42.7% de la CI (**cuadro 7**).

Es necesario aclarar que para poder medir y tratar de obtener resultados del área de atención médica, hemos hecho una equivalencia en la cual tomamos el número total de consultas por igual número de usuarios que consumen productos sanitarios del centro de salud; esto no es así estrictamente, ya que los subsecuentes pueden venir a la unidad varias veces al año.

b).- Respecto a la población controlada.

Cada centro de salud urbano y rural debe controlar una cantidad establecida con anterioridad de personas y/o familias, a nuestra unidad le corresponde al según cifras del INEGI de año 1995, de

Cuadro 7	
CAPACIDAD INSTALADA DEL	
CENTRO DE SALUD DR. JOSE CASTRO	
VILLAGRANA. 1998	
Capacidad instalada teórica	
108.780 consultas (100%)	
Capacidad instalada real	
46.520 consultas (42.7%)	

Fuente: A partir de los datos recabados.

70 735 personas. Si el número de consultas anuales durante 1998 fue de 46.520, quiere decir que solamente se controla el 65.7% de la población (**cuadro 8**).

Cuadro 8	
POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	
DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA. 1998	
Población asignada	70.735 (100%)
Población controlada	46.520 (66.3%)

Fuente: A partir de los datos recabados.

De estas dos formas elegiremos medir la sub-utilización del 42.7% porque el énfasis de nuestro trabajo esta dirigido a la atención médica porque que se relaciona directamente con la capacidad instala.

2.- De la "consulta a sanos y enfermos", llama la atención los pocos enfermos a los que se le dan consulta, que es el 64%, un poco mas de la mitad; mientras que el 36% son "sanos" y solo van por inmunizaciones o certificados médicos durante los meses de junio, agosto y septiembre (**anexo 7**).

3.- Otro dato que resulta preocupante en el área médica es el de "Consulta por primera vez y subsecuente", ya que se utiliza solo es el 42.7% de la capacidad instala, y esta cifra que corresponde a 46.520 consultas, el 69% viene al centro de salud por primera vez y nunca regresó a continuar su tratamiento, mientras que solamente la tercera parte (31%) es usuario "controlado" y asiste mas de una vez al año.

4.- El dato de consulta por sexo, nos da un perfil muy aproximado del usuario que asiste a consulta: en el área médica 68% son mujeres y solo 32% son hombres; esto tiene diversas explicaciones:

a.- El horario no les permite asistir a la población adulta masculina porque la mayoría trabaja en la mañana.

b.- No se extienden constancias de incapacidades como lo hace el ISSSTE y el IMSS.

c.- El patrón cultural pone al usuario hombre en minusvalía respecto a su masculinidad, cuando busca ayuda médica porque se siente débil e inferior al manifestar dolor o enfermedad; por otro lado el mismo patrón cultural hace responsable a la mujer de la educación y el cuidado de la salud de la familia.

Ante la contundencia de estas reveladoras cifras se puede reflexionar varias cosas. La primera de ellas es que México a pesar de lo que se dice, es un país inmensamente rico con recursos financieros infinitos, reflejo de esto es el resultado de unidades médicas como la estudiada, a la que asiste menos de la mitad de los usuarios que deberían ir, y de estos, los que asisten nunca regresan. La segunda reflexión es que a ninguna autoridad sanitaria local ni jurisdiccional, ni del nivel central y menos a las autoridades del gobierno estatal ni federal, les importa los recursos desperdiciados y la última, es que las ciencias administrativas como paradigmas teóricos que permiten a las organizaciones tener objetivos comunes y racionalizar sus actividades, aún no hacen su aparición en el sur de la ciudad mas grande del mundo.

Rendimiento de la actividad médica del CSDJCV.

El modelo de funcionamiento que existe para atender a la población no asegurada en la Ciudad de México produce, por lo menos en un centro de salud del tipo III de la Delegación de Tlapan, subutilización de sus recursos. Hay disfunción entre una planta laboral muy grande para la escasa producción de un productos sanitarios llamado "consulta", en 1998 debió hacer 108.780 y solo hizo 46.520. Por lo tanto el rendimiento del personal médico y el ausentismo, estuvo acorde al modelo existente.

En este apartado utilizaremos los resultado del formato "Determinación del rendimiento hora médico" que utilizan las jurisdicciones sanitarias como indicador de productividad (**cuadro 9**) en el año de 1998, encontramos los siguientes datos relevantes:

Cuadro 9

INDICADOR RENDIMIENTO HORA MEDICO
Centro de salud Dr. José Castro Villagrana. 1998.

Medico	Nº de consultas	Horas de consulta	Tiempo laborable		Tiempo laborado		Ausentismo		Rendimiento				Tiempo justificado en la consulta	
			Días	horas	Días	Horas	Días	horas	Programado		real		Días	Horas
									Día	Hora	Día	hora		
1	2560	6	245	1470	202	1212	43	258	24	4	12	2.1	106	640
2	2064	6	245	1470	191	1146	54	324	24	4	10	1.8	86	516
3	235	6	114	684	98	588	16	96	24	4	2	.3	9	58
4	2060	6	245	1470	212	1272	33	198	24	4	9	1.6	85	515
5	3180	6	245	1470	221	1326	24	144	24	4	14	2.3	132	795
6	2797	6	245	1470	214	1284	31	186	24	4	13	2.1	116	699
7	2269	6	251	1506	192	1152	59	354	24	4	11	1.9	94	567
8	3957	6	245	1470	245	1470	-	-	24	4	16	2.6	164	989
9	2191	6	245	1470	168	1008	77	462	24	4	13	2.1	91	547
10	462	6	245	1470	64	384	181	1086	24	4	7	1.2	19	115
11	1375	6	245	1470	139	834	106	636	24	4	9	1.6	57	343
12	1376	6	245	1470	123	738	122	732	24	4	11	1.8	57	344
13	2750	6	251	1506	229	1374	22	132	24	4	12	2.0	114	687
14	2609	6	245	1470	323	1392	13	78	24	4	11	1.8	108	652
15	1545	6	245	1470	168	1008	77	462	24	4	9	1.5	64	386
16	1265	6	245	1470	119	714	126	756	24	4	10	1.7	52	316
17	2704	6	245	1470	208	1248	37	222	24	4	13	2.1	112	676
18	164	6	43	258	43	258	-	-	24	4	3	.6	6	41
19	2065	6	225	1350	161	966	64	384	24	4	12	2.1	86	516
20	1436	6	130	780	130	780	-	-	24	4	11	1.8	59	359
21	37	6	19	114	19	114	-	-	24	4	1	.3	1	9
22	1882	6	144	864	144	844	-	-	24	4	13	2.2	78	470
Total	40.983		X=209.4		X=164.2		X=60.2		X=24	X=4	X=10.1	X=1.7		

Fuente: Formato determinación del rendimiento hora médico. CSDJCV. JST. 1998.

1.- El formato tiene datos ligeramente diferentes a los reportados, por ejemplo en vez de 17 médicos aparecen 22 y el total de consultas es de 40.983.

2.- Según el documento proporcionado, 1998 tuvo 245 días hábiles. Ese año todos los médicos del CSDJCV dedicaron 6 horas diarias a consulta y debieron trabajar 4.607 días con un promedio de 209 días al año; sin embargo solo laboraron 3.522 días con un promedio de 160 días al año, con una diferencia de 1085 que representa los días no laborados.

3.- El ausentismo, ese grave y costoso problema que afecta a las instituciones públicas, hizo su impacto en la unidad y lo determinamos con 18 y no con los 22 médicos que aparecen en el documento. Esto indica que el año de la investigación los médicos del centro de salud faltaron en promedio 60.2 días al año, casi dos meses seguidos.

4.- Cada uno de los médicos del CSDJCV durante 98, tuvieron un rendimiento programado de 24 consultas diarias con 4 pacientes por hora; sin embargo el rendimiento real promedio fue de 10.36 consultas diarias con promedio de 1.7 pacientes por hora. En otras palabras el rendimiento en general del centro de salud, estuvo muy por debajo de la mitad.

5.- De acuerdo al número de consultas que los médicos hicieron en 1998, tenemos 4 grupos de profesionales:

a.- Los que hicieron de una a 500 consultas: 4 médicos

b.- Los que hicieron de 1001 a 1500: 6 médicos

c.- Los que hicieron de 2001 a 2500: 10 médicos

d.- Los que hicieron de 3001 a 4000: 2 médicos.

Para darnos una idea de este cuadro de rendimiento, tomaremos al primer médico de cada uno de los 4 grupos, bajo las variables del formato:

a.- Este médico realizó 37 consultas al año; laboró 19 días o 114 horas; de las 24 consultas que debió haber programada al día a ritmo de 4 por hora, solo hizo una a un ritmo de 0.3 por hora.

b.- Esta médica realizó 1265 consultas al año; de los 245 laborales, solo asistió a 208 y tuvo un ausentismo de 37 días; de los 24 pacientes programados por día su rendimiento fue de solo 10 que representa menos de la mitad.

c.- Aquel trabajador de la salud hizo 2064 consultas al año. De los 245 días laborables, asistió 191 y se ausentó durante 54 días.

d.- Ese galeno hizo 3957 consultas al año. El tiempo laborable es el mismo del laborado y significa que no faltó ni un solo día (!).

Planes, estrategias y metas en la unidad médica durante 1998.

En este apartado, el investigador aclara que el instrumento que diseñó, tuvo varios tropiezos, que fueron resueltos durante la marcha; dentro de esta organización sanitaria las funciones administrativas que queríamos evaluar (planeación, organización, liderazgo y control) no existen como tal, la JST tiene otro esquema organizacional y aplica programas de trabajo a los diversos servicios. Tuvimos que recurrir a otras fuentes y hacer algunas inferencias para medir las actividades, ya que lo solicitado no aparecía como tal (**anexo 8**).

Coordinación de atención médica

La coordinación no proporcionó información de ese año, sin embargo suministró el programa de trabajo del año 2000 diseñado por la Jurisdicción sanitaria (SSa, DGSPDF 2000:2-9) que, según la coordinadora fue similar al solicitado. De los objetivos generales y específicos, inferimos las estrategias y las metas que evaluamos bajo 4 criterios: SE CUMPLE, SE CUMPLE PARCIALMENTE, NO SE CUMPLE Y SE DESCONOCE. La coordinación no utiliza la figura de “planes”.

Objetivos generales a manera de metas:

1.- Otorgar atención integral, continua y oportuna a la población del área de influencia con servicio de alta calidad en el que el compromiso mas que con un grupo de enfermedades y técnicas sea con la persona y con la familia a la que debe atender sin diferencia de sexo o edad o que estén sanos o enfermos. **SE CUMPLIO PARCIALMENTE**, ya que solo se otorga atención al 65.7% de la población controlada.

2.- Contribuir a la disminución de las tasas de morbilidad de la zona de influencia . **NO SE CUMPLIO**, las tasas de morbilidad permanecieron muy altas ese año, por ejemplo, la primera causa de morbilidad fue infecciones agudas por vías respiratorias superiores con una tasa de 7218 por cada 100 000 habitantes; en otras palabras había un enfermo por cada 13 habitantes (**anexo 9**).

3.- Participar en la vigilancia epidemiológica del área de influencia. **SE CUMPLIO**, de manera expedita y pronta.

4.- Fomentar la integración de los equipos de salud. Si se refería a eficiencia y eficacia, **NO SE CUMPLIO**.

5.- Capacitar al personal para el conocimiento y ejecución de programas prioritarios. **NO SE CUMPLIO**. La capacitación en general fue poca en 1998 de los 113 empleados de base solamente 31, cerca de la cuarta parte, recibieron cursos de capacitación (**anexo 10**).

6.- Involucrar a los grupos organizados de la comunidad en el cumplimiento de programas específicos. **NO SE CUMPLIO**, ni en 98 ni ahora existe ningún vinculo entre institución y comunidad, menos organizada.

7.- Aplicar las acciones del paquete básico de servicios de salud. **SE DESCONOCE**.

Por los resultados hallados hasta el momento, se infiere que las metas de los programas prioritarios fueron bajas, para darnos una idea de metas que se debieron cumplir, mencionaré los programas: de atención materno infantil, de consulta a enfermos, de planificación familiar, detección y control de cánceres cervicouterino y mamario, detección y control de la diabetes mellitus, prevención y control

de enfermedades respiratorias, prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación, prevención y control de tuberculosis, programa de salud bucodental y programa de salud mental.

Objetivos específicos a manera de estrategias

Que calificaremos bajo los mismos criterios: SE CUMPLE, SE CUMPLE PARCIALMENTE, NO SE CUMPLE Y SE DESCONOCE.

1.- Mantener el personal mínimo necesario en los consultorios y reforzar la integración de los equipos de salud. NO SE CUMPLE porque lo que caracteriza a la unidad es el exceso de personal en los consultorios de la unidad.

2.- Promover los servicios que otorga el centro de salud en la población que asiste a la unidad y la del área de influencia a través de plática y spots con la participación de las trabajadoras sociales. NO SE CUMPLE ya que en 98 trabajo social no reporto ni platicas ni realización de spots (**anexo 11**).

3.- Incrementar la participación de enfermería en la realización de detecciones. SE CUMPLE PARCIALMENTE; ya durante 98 el 22% de las actividades de enfermería era detecciones y se distribuían así: hipertensión arterial (80%), diabetes mellitus (13%), cáncer de mama (4%) y cáncer cervico uterino (3%)

4.- Incrementar las actividades del paquete básico de salud. SE DESCONOCE.

5.- Elaborar un programa de supervisión de los diferentes servicios que dependen de atención médica para detección de desviaciones y su corrección oportuna. SE DESCONOCE

6.- Evaluar trimestralmente el avance de los programas e identificar los problemas que dificultan su desarrollo estableciendo las alternativas de solución y llevar a cabo el seguimiento de las acciones emprendidas para su solución. SE DESCONOCE.

7.- Supervisar el llenado adecuado de la “hoja diaria del médico” y llevar a cabo reuniones mensuales con el personal para corrección de los errores detectados. SE DESCONOCE.

8.- Incrementar las actividades de capacitación del personal de salud en los programas prioritarios. NO SE CUMPLIO porque la capacitación en general fue poca durante 1998, de los 105 empleados de base solamente 31 recibieron cursos de capacitación (**anexo 12**).

9.- Favorecer el ingreso del personal médico, enfermería y de odontología al programa de estímulos a la eficiencia y calidad. SE DESCONOCE.

Coordinación de enseñanza

Aunque esta coordinación no proporcione información sobre los tópicos, sabemos por informes de otras fuentes que realizó diversas actividades docentes; por su aula, auditorio y diversos servicios rotaron 44 pasantes de nivel técnico que rotaron por laboratorio, enfermería, rayos-X y optometría (**anexo 1**); 48 alumnos de nivel postécnico que hicieron cursos de enfermería psiquiátrica y pediátrica (**anexo 2**); 145 alumnos de medicina de pregrado de medicina de 4 y 5 año, pasantes de optometría de pedagogía y odontología (**anexo 3**) y 36 alumnos de posgrado de la especialidad de medicina familiar, psiquiatría y trabajo social psiquiátrico (**anexo 4**).

Tenemos 273 alumnos ubicados en 4 grupos que rotaron en 1998 por la unidad médica:

- Grupo 1, 44 pasantes técnicos
- Grupo 2, 48 pasantes postecnicos
- Grupo 3, 145 alumnos de pregrado de 4 y 5 año de la carrera de medicina
- Grupo 4, 36 alumnos de posgrado de la especialidad de medicina a familiar.

Para nuestro análisis solo tomamos el grupo 3, porque en su enseñanza médicos familiares que trabajan para el centro de salud y reciben salario de la UNAM. Recordemos que la mayoría de los galenos (12 de 17) tuvo contrato de 8 horas, de las cuales 2 fueron de clase frente a grupo; en un día debieron impartir 24 horas-maestro y al año un total de 5.880 horas-maestro. Aunque nuestra prioridad es el área

de atención médica, no deja el investigador de preguntarse ¿se dará tal cantidad de clases a los alumnos de pregrado ?

Coordinación de Investigación y epidemiología

La Coordinación se crea en mayo de 1992, su primera tarea fue la elaboración de un diagnóstico situacional en el que se detectó lo siguiente:

1. Falta de sistematización en la recolección, proceso y análisis de la información que cotidianamente se genera en la unidad
2. Falta de capacitación del personal que capta los datos primarios sobre el sistema de información y la vigilancia epidemiológica
3. Falta de supervisión en la captura y procesamiento de datos
4. Falta de conocimientos básicos del personal sobre estadística, epidemiología y metodología de la investigación
5. Desconocimiento de los trabajadores del potencial que tienen en su labor cotidiana para realizar investigaciones cuyos resultados redundarán en un servicio de mayor calidad e impacto para la población bajo su responsabilidad (SSDF-UNAM 2000).

Esta instancia a 6 años de su creación se ha convertido en una pieza clave para el funcionamiento del centro de salud en aspectos como investigación y docencia y ha logrado avances medibles en sus procesos a través de la implementación de un programa de calidad.

Para medir las metas de la coordinación, utilizamos el documento llamado

"Plan estratégico. Centro de salud Dr. José Castro Villagrana. Coordinación de investigación y epidemiología. México, 2000" que usamos retrospectivamente como 1998; utilizamos porcentaje y SE DESCONOCE cuando no hay fuente, son estas:

1. Realizar al 100% los estudios de casos y de brotes que se presentaron durante 1998. SE DESCONOCE.
2. Supervisar los programas de las enfermedades sujetas vigilancia epidemiológica de cuerdo a lo establecido en el programa. SE DESCONOCE.
3. Realizar y mantener actualizada las tendencias de 18 padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica. SE DESCONOCE.
4. Realizar y revisar las actividades de vigilancia epidemiológica. 100%.
5. Incluir en bases de datos el 100% de la información generada al día siguiente de su registro. 100%
6. Elaborar y entregar oportunamente 24 informes de SISPA mensuales. 100% (**anexo 13**).
7. Crear 3 bases de datos para control de los programas de hipertensión arterial, diabetes mellitus y embarazadas. 100%.
8. Iniciar 4 proyectos de investigación por año. 100%.
9. Asesorar el 100% de los proyectos generados por el centro de salud. 100%.
10. Elaborar un manual para realizar informes. 0%.
11. Actualizar el catalogo de fuentes de difusión. 100%.
12. Elaborar un anuario epidemiológico. 100%. Es lo que el investigador utiliza como fuente secundaria.
13. Elaborar un catalogo de artículos publicados. 100%
14. Publicar 3 trabajos al año. Se publicaron 4 trabajos en 1998. 100%

La coordinación de investigación y epidemiología contrasta por sus resultados con las demás áreas de la unidad estudiada.

Unidad Administrativa (Ssa y UNAM)

Los dos administradores solamente manejan información sobre recursos humanos y respondieron el instrumento sobre liderazgo.

Recursos humanos

Coordinación de atención médica.

En el organigrama se observa dividido en 3 niveles, el primero lo ocupa la encargada, el segundo estuvo compuesto por 9 sub-áreas y su respectivo personal operativo (**Cuadro 10**); este cuadro quiere decir que en 1998, 17 médicos y 3 de los 8 odontólogos, hicieron 46.520 consultas con un promedio de 189, cifra muy parecida al número de personal que laboraba ese año en el centro de salud. Estas 189 consultas diarias, se lograron con la ayuda de un equipo de 48 personas, lo que quiere decir que por cada empleado de la institución había 2.6 usuarios de consultas.

Cuadro 10	
RECURSOS HUMANOS DE LA COORDINACIÓN	
DE ATENCIÓN MÉDICA. CSDJCV.1998	
Nutricionista	1
Laboratorio	7
Salud mental	2
Odontología	8
Módulos de atención	17
Enfermería	27
Trabajo social	6
Rayos X	2
Administrativo	3
Coordinadora	1
Total	74

Fuente: Unidad administrativa. CSDJCV. 1998.

Unidad de administración SSA-UNAM.

El organigrama lo divide en 2 sub-áreas: ayudante de unidad SSA y ayudante de unidad UNAM y de estos depende almacén, farmacia, caja, intendencia y chofer (**cuadro 11**).

Cuadro 11	
RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACION. CSDJCV.1998	
Administradores	2
Almacenista	1
Farmacia	1
Intendencia	1
Chofer	1
Total	6

Fuente: Unidad administrativa. CSDJCV. 1998

Coordinación de enseñanza médica

En el organigrama solo presento una sub-área: biblioteca; sin embargo la información disponible reporta otras:

A.- 12 de los 17 médicos familiares que conforman la unidad médica deben dar 2 horas de clase frente al grupo de los médicos internos de pregrado (MIP) debido a que tienen contratos por 8 horas al día (**cuadro 12**); esto indica que son 5.880 horas-maestro al año, es decir, 2.940 sesiones con dos horas de duración cada una o equivalentes a 12 sesiones diarias durante los 245 días hábiles de 1998, que recibieron los 145 alumnos de pregrado mas los 36 de posgrado para un total de 181.

El investigador debe aclarar que estas cifras no aparecen en ningún documento, ni siquiera son sugeridos; pareciera que esta coordinación también funciona bajo el esquema de capacidad instalada}

Cuadro 12	
HORAS CONTRATADAS DEL PERSONAL MÉDICO DEL CSDJCV. 1998	
Numero de médicos	Número de horas contratadas
12	8
3	7
2	6
Total 17	Promedio 7 hrs.

(CI) verificado en el área de atención médica, entonces ¿los resultados de subutilización serán los mismos? **(cuadro 13).**

Cuadro 13	
RECURSOS HUMANOS DE LA COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA MÉDICA. 1998. CSDJCV	
Coordinadora	1
Secretaria	1
Médicos o tutores	12
Total	14

Fuente: Unidad administrativa. CSDJCV. 1998

B.- En actividades de educación continua, se realizaron 20 capacitaciones a programas prioritarios, 82 sesiones bibliográficas, 40 sesiones clínicas, 10 temáticas y 10 culturales. En total fueron 162 actividades o sesiones y cada una de ellas duro 2 horas para dar un total de 324 horas **(anexo 12)**; esto nos indica que de las 2940 sesiones o actividades de 2 horas de duración que se podrían proporcionar, solamente se dieron 162 que corresponde al 5.5%; los 12 médicos familiares realizaron 162 sesiones en 245 días hábiles del año, es decir, casi media sesión al día.

Coordinación de investigación y epidemiología.

Esta compuesta por 3 sub-áreas: epidemiología, estadística e informática con su respectivo personal operativo, además de la coordinadora, una secretaria y un antropólogo (**cuadro 14**).

Cuadro 14	
RECURSOS HUMANOS DE LA COORDINACION DE INVESTIGACIÓN Y EPIDEMIOLOGIA. 1998.	
CSDJCV	
Coordinadora	1
Secretaria	1
Epidemiología	1
Estadística	1
Antropólogo	1
Total	5

Fuente: Unidad administrativa. CSDJCV. 1998

Liderazgo

Como se diseñó otro instrumento para este fin, un cuestionario compuesto por 8 preguntas cerradas y una abierta, de esta forma es mas fácil medir algunos aspectos del liderazgo (**anexo 14**).

1. Este apartado es de gran importancia para comprender el aspecto administrativo y las relaciones de poder en el centro de salud.
2. El liderazgo es uno de los fenómenos mas estudiados en los últimos 40 años; las ciencias administrativas lo registraron principalmente en la empresa privada que es donde funciona y se puede observar como rápido ascenso de posiciones laborales. Un ya clásico ejemplo es el actual Presidente de la República electo, del Partido de Acción Nacional (PAN), el Lic. Vicente Fox, que llegó a ocupar la presidencia de la empresa transnacional Coca Cola-México. En la empresa pública

- el ascenso laboral a través de liderazgo esta restringido a).- La pertenencia de un grupo de poder dentro de un partido político; b).- a la meritocracia, c).- al amigismo, d).- a la suerte.
3. Continuando con la teoría burocrática de Weber, nuestra organización sanitaria indagada, pertenece al tipo de sociedad llamada legal, racional o burocrática en cuyo interior predomino las normas impersonales y racionalidad en la escogencia de los medios y los fines; esta sociedad burocrática tiene un tipo de autoridad denominada a su vez, burocrática porque los subordinados aceptan ordenes de los superiores como justificación porque están de acuerdo con un conjunto de preceptos o normas que se consideran legítimas y de las cuales deriva el mando. Es el tipo de autoridad técnica, meritocrática y administrada (**ver capítulo 3: TEORÍA DE LA BUROCRACIA**).
 4. Que el centro de salud pertenezca a dos instituciones produce algunas disfunciones administrativas como: a).- La línea de mando queda rota, cuando la Jurisdicción sanitaria de Tlalpan (JST) que es la instancia superior administrativa, no puede poner a sus directivos que es más que dirección, también son políticas sanitarias y continuidad en los programas, b).- problemas en el ejercicio de liderazgo ya que el personal se divide en la preferencia de la institución de pertenencia (UNAM y SSA). Esto contribuye a que disminuya la cohesión en los distintos servicios y la posibilidad de trabajar como un equipo con objetivos comunes, c).- acciones de represalia por parte de la institución que no pudo controlar la dirección, en este caso la JST cuyo pleito puede entorpecer o enturbiar la relación institucional que se espera con el centro de salud, d).- Roces entre personal por diferencia salarial pues una paga más que la otra o que algunos trabajaron para las dos, e).- Roces por más escolaridad de los integrantes de una sobre la otra institución. f).- Duplicación de funciones en las unidades administrativas
 5. Los coordinadores de las 4 áreas que forman el centro de salud consideran que si hay autoridad entendida como "la posibilidad de que una orden específica sea obedecida". La autoridad es legítima cuando es aceptada, sin embargo una de las cinco personas indagadas respondió que la

autoridad era ilegítima porque quien la nombro no esta facultado para ello. Es una respuesta significativa porque cada uno de ellos representa al grupo de pertenencia que representa varios empleados. La autoridad representa el poder institucionalizado y oficializado, poder implica potencial para ejercer influencia sobre otras personas. Todos obedecen, mas al subdirector que al director; la autoridad proporciona poder, tener autoridad es tener poder, pero puede ser al revés: tener poder no significa tener la autoridad y esto ocurre en el centro de salud; los coordinadores dividen su criterio entre los que consideran que quien tiene poder tiene autoridad y lo contrario. El poder conduce a la dominación, dice Weber, pero en nuestro caso se cuestiona quien tiene el poder y por lo tanto la relación de obediencia entre quien tiene el poder (mas no la autoridad) y el resto del personal no es tan sólida.

6. La imagen del líder, que es el encargado de llevar a la organización a objetivos y metas establecidos, se desdibuja y se hace confusa; no se identifica al líder, las respuestas dicen de dos lideres (3 mencionan al director y 5 al subdirector). La autoridad es aceptada por todos, sin embargo, uno de los entrevistados la considera ilegítima, otros consideran que aunque la tenga –la autoridad- no tiene el poder y los terceros, afirman que quien tiene la autoridad no son obedecidos por todos. Cuando se les preguntó sobre la conformación del aparato administrativo, varios eliminaron una buena parte de los actuales directivos a quienes no consideran parte de la misma. El liderazgo es una función administrativa que permite a los niveles jerárquicos inferiores trabajar armónicamente ya que cada uno de los responsables representa al grupo que “liderean”.

A lo largo de este capítulo tratamos de hallar la relación entre las funciones administrativas, las que hemos medido con información proporcionada por las 5 personas responsables de las áreas del centro de salud, y por otro lado, la capacidad que tiene la organización sanitaria de proporcionar a los usuarios de la población abierta, productos sanitarios; hicimos énfasis en consultas médicas y odontológicas porque generan la mayoría de actividades en los demás servicios.

No descuidamos presentar o sugerir resultados en áreas como enseñanza médica, investigación o epidemiología. El cruce de estas dos variables, una gran capacidad instalada y los problemas generados por el deficiente proceso administrativo con un liderazgo acotado, con poco control de los procesos, con poca organización y relación entre servicios, pone en peligro la existencia de la institución como organización que funciona con fondos públicos para población con escasos recursos. Este es un perfil de unidad sanitaria que está condenado a desaparecer ante la poca eficiencia, su alto costo y la competencia del mercado que ya permitió la entrada de empresas médicas privadas al primer nivel de atención del país.

Capítulo 5

Propuesta:

- ✓ el nuevo modelo.
- ✓ conclusiones.
- ✓ comentarios finales

EL NUEVO MODELO

El Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana es una organización que puede asumir potencialmente diversas funciones (Atención médica, investigación, epidemiología, formación de recursos humanos para la salud, entre otros). Es un islote repleto de infraestructura sanitaria, cuenta con profesionistas de gran experiencia y técnicos capacitados, académicos reconocidos, personal y estudiantes con deseos de cambio y pocos usuarios en medio de un mar de inmovilidad, de procedimientos administrativos arcaicos, estructuras políticas ambiguas y simuladas.

Un islote que navega en medio de un régimen político que ni se empieza a morir, ni permite bosquejar el nuevo horizonte. Lo que ocurre en la unidad médica que hemos estudiado, es el débil reflejo, si se quiere, de lo que pasa en el país. México debe cambiar, el rezago no es solo en materia de salud como actividad de gobierno. Hay muchos pendientes. Antes de hablar de la reforma del sector salud, se debe renovar el Estado mismo.

Cuando elaboramos nuestra propuesta no se pudo borrar de tajo el entorno al modelo de atención que rodeo al anterior; la propuesta esta basada en tres ejes:

1. El administrativo,
2. El factor humano, y
3. El entorno político.

I.- EJE ADMINISTRATIVO

Nuestra propuesta parte de la ultima etapa de la administración médica en América Latina que señala Yepes (1988), llamada Gerencia en salud que orienta las acciones sanitarias en el marco de una visión prospectiva (Merello 1973:18). Aquella esta enfocada al reconocimiento de los sistemas de salud como empresas productivas que requieren de una gerencia adecuada y un manejo empresarial para lograr sus objetivos con efectividad, eficiencia calidad y equidad; esta basada en la confluencia de los mas

modernos avances en las ciencias de la gerencia y los mas recientes desarrollos en la concepción de salud-enfermedad y de los sistemas de salud.

A lo largo del siglo XX, los teóricos de la administración han observado cambios al interior de las organizaciones, no solo en sus estructuras, sino sobretodo, orientadas hacia el consumidor.

De la vieja estructura piramidal, vertical y muy jerarquizada se ha cambiado a una organización mas horizontal, en la que el consumidor/usuario/cliente se sitúa en el nivel jerárquico superior y de donde parte la comunicación. Las acciones se orientan hacia el consumidor, hay pocos niveles jerárquicos, los mandos medios y la dirección no impone decisiones, actúan de facilitadores; esto es la organización moderna (Priego 1996: 9-11).

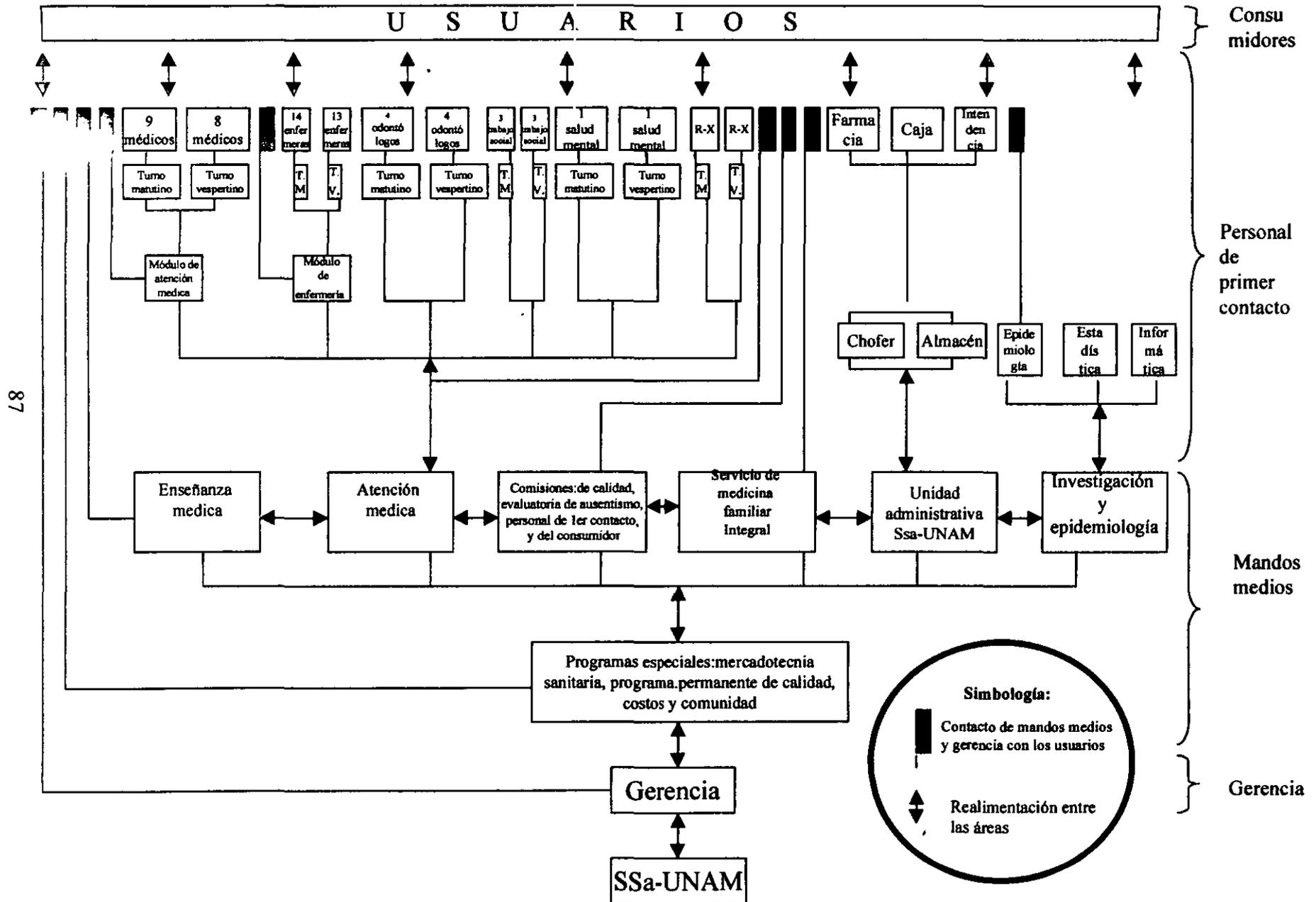
En la organización burocrática o tradicional, como nuestro centro de salud y objeto de investigación (**cuadro 2**), se le resta importancia al personal de primer contacto y las líneas de mando se conectan siempre con la jerarquía superior, nunca con el usuario.

Nuestro organigrama (**cuadro 15**) esta diseñado para servir a aquel desconocido tan poco mencionado por la organización tradicional: el usuario o consumidor de nuestro mercado sanitario, como se observa en el organigrama, cada uno de los niveles jerárquicos, como se observa en el esquema, tiene contacto personal con aquel. Orientar la estructura de la organización hacia el usuario/consumidor obliga a redefinir la existencia de cada departamento que existía hasta 1998.

Empezamos por invertir, mas metafórica que figura, la antigua pirámide organizacional. El gerente (**cuadro 15**), ocupa el ángulo inferior de la nueva estructura; el cargo debe ocuparlo un profesional de la administración en Sistemas de Salud o similar que debe mantener el énfasis de la nueva organización por sobre los intereses de las dos instituciones (UNAM-Ssa) que permiten la existencia de la unidad médica.

Cuadro 15

ORGANIGRAMA DEL MODELO PROPUESTO PARA EL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA 2001



Entre el primer y tercer nivel jerárquico, se halla uno intermedio que es de gran importancia en el inicio de la implantación del este nuevo modelo, se llama área de "Programas especiales" que son varios y describiremos a continuación:

- ✓ La implementación de la mercadotecnia sanitaria, entendida esta como la orientación que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionistas, con el objeto de solventar necesidades o satisfacer deseos y expectativas en materia de salud (Priego 1996: 15); recordemos que el primer problema detectado en la revisión del anterior modelo era la poca asistencia al centro por parte de los usuarios. Esta metodología se divide en a).- mercadotecnia externa (mejor imagen de la salud, atraer recursos y personas, regula el nivel de demanda) y, b).- la mercadotecnia interna (emplear mejor los recursos existentes, desarrollar nuevos servicios y programas y motivar y comprometer los empleados). Luego de captar nuevos segmentos poblacionales que son muchos y cuyo modelo actual de funcionamiento en poco o en nada toma en cuenta,; en tanto que el inventario de los inmuebles privados y públicos dentro del área de influencia revelará docenas de escuelas públicas y privadas, comercios establecidos y ambulantes, mercados públicos y tianguis, fabricas pequeños negocios, pollerías, recaudarías y unos cientos de familias marginales, desempleados, subempleados e indigentes, todos potenciales usurarios de los servicios que brinda la unidad médica.
- ✓ Un programa permanente de mejora continua de calidad que aunque está estipulado en el modelo actual de funcionamiento, no se lleva a cabo en la totalidad de la unidad, produciendo que unas áreas destaquen sobre otras por el hecho de haber aplicado correctamente el programa. La única alternativa de sobrevivir ante la competencia que auspicia el mercado es la convertirse en eficiente y eficaz, lo que implica cambiar la actitud de una manera determinante. Es un compromiso de todos que debe ser consensado por la gerencia, el personal basificado, la UNAM, los pasantes, la Ssa y el sindicato. Es fundamental que un marco juridico-administrativo avale este compromiso, de lo

contrario no dejaría de ser buenas intenciones. Esto es difícil para las partes. La gerencia debe comprometerse con que el destino de la unidad estará orientado hacia el usuario/consumidor; el personal de base debe cambiar su cultura laboral del "trabajar con el menor esfuerzo" y comprender que la seguridad del empleo es cosa del pasado; el sindicato debe dejar atrás su antiguo papel de defensor de flojos e ineptos para trabajar y adquirir el papel que le corresponde en tiempos de globalización, que es contribuir a eficientar las organizaciones con compromiso y firmeza; y también los pasantes que hasta ese año era el doble del personal de base del centro de salud.

- ✓ El tercer proyecto es para conocer los costos de los diferentes sanitarios y de los procesos que realiza la unidad. Esta información que se publicara, servirá para darle valor a las actividades de cada servicio; además de que conocer el costo ayuda a mejorar el proceso.
- ✓ Establecer vínculos con la comunidad. Ningún programa o servicio tendrá éxito si no es apoyado por la comunidad, este es uno de los principales problemas para que el primer nivel no tenga impacto en la población. Uno de los grandes logros de las instituciones de salud que operan bajo el esquema burocrático, es el de aislar las unidades de la comunidad y de no permitir ningún contacto.

Orientar la organización hacia el usuario/consumidor implica mejorar y poner en evidencia aspectos como;

- 1) La revisión del sistema de referencia y contrareferencia, no es secreto que cuando un paciente del centro de salud se refiere nunca regresa.
- 2) Cuando se logra referir a la instancia médica correspondiente, es bateado a otras unidades.
- 3) El desabasto de la farmacia que es causa de malestar por parte del usuario.
- 4) El ausentismo del personal médico, que como ocurre en todas las instituciones publicas, es un grave problema que deja grandes pérdidas económicas.
- 5) Los largos tiempos de espera; el usuario paciente llega desde la 7 de la mañana y es atendido 3 o 4 horas después.

- 6) Maltrato e indiferencia, salvo pocas excepciones del personal de la unidad hacia el usuario
- 7) La poca continuidad en el tratamiento de las enfermedades agudas de los usuarios.

El marco jurídico-administrativo que da viabilidad a nuestra propuesta es la desconcentración de los servicios de salud que inicio el Gobierno de la Ciudad de México (GDF) en 1999. Desconcentrar es una forma jurídico administrativa en la que la administración centralizada con organismos o dependencias propios, presta servicios o desarrolla acciones en diferentes regiones del territorio del país. Su objeto es doble: acercar los prestadores de servicios en el lugar o domicilio del usuario, con economía para esta y descongestionar el poder central. Queda claro que la administración desconcentrada representa los intereses del centro, pero a su vez debe interpretar los intereses locales y crear causas de participación de la sociedad civil en las decisiones de la autoridad (GDF 1999: 17-18).

Bajo es esquema propuesto por el GDF, el investigador se permite, sino cambiar, cuestionar que:

- A. Que la finalidad de los programas prioritarios que se aplican en el primer nivel de atención tiene énfasis sobre los daños causados y no sobre los factores de riesgo que son los que se debieran suprimir. Esto coincide con que el modelo existente se basa en el aspecto curativo y no en el preventivo y esto coincide con la asignación presupuestal anual sea tan baja (7%). Nuestra propuesta no puede cambiar esto así que funciona con la aplicación de los programas prioritarios.
- B. Que la importancia de esta nueva organización no estará basada en la capacidad instalada, sino que estará basado en las necesidades expresadas en la información generada en la unidad y en el resultado de los proyectos del área de mercadotecnia sanitaria y en la experiencia del personal.

El siguiente nivel jerárquico se compone por las sub áreas de:

- 1) Atención médica que tiene bajo su cargo la mayor parte del personal de primer contacto (médicos, odontólogos, enfermeros, trabajadoras sociales, R-x, nutricionista y salud mental) y la encargada del área durante los dos turnos que permitirá repartir la exagerada cantidad de personal que esta

ubicado en el turno matutino, cuyas actividades ya fueron descritas minuciosamente en el capítulo anterior. Para el grupo de los médicos y las enfermeras hay un encargado responsable de cada turno y se ocupará por rotación y en su actividad diaria y cotidiana, mejora el proceso.

- 2) Enseñanza médica a cuyo cargo están los 12 médicos contratado por el centro de salud y que proporcionan 2 horas de clase frente a grupo, además de los profesores de la UNAM que forman a los residentes de la especialidad de medicina familiar. Esta área tiene prioridad sobre en la enseñanza para formar profesionistas que será personal de primer contacto. La encargada deberá supervisar que se cumpla este objetivo.
- 3) Investigación y epidemiología. Fue la única área que mostró, bajo el análisis del capítulo anterior, congruencia entre los recursos humanos y los productos realizados; además de tener un equipo con alto grado de profesionalismo y caracterizarse por complementar otras actividades como docencia, administración y solución de conflictos. Esta área funcionará en dos turnos con personal de la unidad que capacitada cubrirá epidemiología (pasante de especialidad en medicina familiar de tercer año), estadística e informática.
- 4) La Unidad administrativa, que tiene dos administradores, se fusionaría y cada uno sería responsable de un turno y trabajaría con la suma de labores de las dos instituciones Ssa-UNAM.
- 5) El comité asesor en investigación, se compone por personal de Ssa y la UNAM, esta encargado que la investigación actividad fundamental del desarrollo, tenga énfasis en la solución de problemas del primer nivel de atención. Sesionará en sesiones públicas y cada institución tendrá la mitad de integrantes del comité con capacidad de vetar una propuesta que no cumpla con los requisitos.
- 6) El subárea de comisiones. Se eliminará las anteriores que tienen poca utilidad y se creará las siguientes: a).- Comisión de calidad, que representará el avance de los trabajadores en aspecto de calidad, evaluará los obstáculos y las necesidades para implantarla, b).- Comisión evaluatoria sobre ausentismo, encargada de analizar y hacer recomendaciones sobre ausencias justificadas o no del

personal de la unidad y la comparación con otras unidades de la JST, c).- Comisión de personal del primer contacto, encargada sobre todo al principio de la implantación del modelo para evaluar desempeño, ubicar los cuellos de botella y recomendar soluciones, d).- Comisión del consumidor del producto sanitario, es la única comisión conformada por personal externo al centro de salud, por un usuario, es la instancia de enlace entre la unidad y el área de influencia, e).- Servicio de medicina integral familiar. Es una subarea compuesta en su totalidad por estudiantes de la residencia de medicina familiar y por los médicos internos de pregrado (MIP) y se convierte en la primer propuesta a nivel local y tal vez nacional de hacer un servicio integral para la familia capitalina. Las clínicas familiares de instituciones como el ISSSTE y el IMSS no se diferencian mucho de la consulta generalista (sin agravio para los médicos generales, que tiene excelentes profesionistas, por cierto), caracterizada por largo tiempo de espera, indiferencia del prestador, farmacia en desabasto y consultas masivas. Es un gran reto este servicio que partiría de cero, porque sencillamente nunca se ha hecho en esta ciudad capital; de tiene que diseñar desde el espacio físico para el consultorio, la interacción médico-familiar, la dinámica del interrogatorio, el plan de manejo, el pronóstico familiar entre muchas cosas. Se propone que funcione el turno vespertino como una opción muy atractiva para las familias, ya sea por accesibilidad de horario o como una manera innovadora de involucrar toda la familia en la solución de los problemas de salud. Funciona con pasantes que participaran en el diseño, dirección y administración.

Para terminar la descripción y funciones de nuestro organigrama , tenemos todo el personal de primer contacto con el usuario/consumidor. El investigador sabe que orientar una organización hacia le consumidor llevará al trabajador a cambiar su relación con su trabajo y mas aún con el usuario; es muy diferente reportar al “jefe” que al usuario, que nunca ha ocupado ningún lugar en la cadena de mando. Todo este personal ha estado en contacto con aquel, pero no bajo este esquema.

El usuario de este tipo de institución es visto por el prestador como alguien fundamentalmente “paciente”, “aguantador”, con poca escolaridad, que exige poco y eminentemente femenino (por lo menos ocurre en este centro de salud) con toda la carga devaluatoria que implica; cambiar este entorno por la idea de que el que asiste a consulta o a algún servicio de la unidad es un consumidor que comprar un producto, no cualquiera, sino que tiene que ver con salud y bienestar o enfermedad y muerte, y que ese producto debe llevar calidad y calidez *per se*, es la diferencia entre competir en el mercado y no competir y desaparecer del panorama laboral.

Tener una organización orientada al consumidor, con una estructura menos jerarquizada implica que el personal tenga poder de decisión; de poder solucionar problemas –en la proporción justa– significa ahorro de tiempo, que de otra manera se gasta en buscar al superior jerárquico para buscar la solución.

II.- FACTOR HUMANO

Llama la atención la concentración de personal en el turno matutino. Esta dinámica no es exclusiva del sector salud; tiene que ver con el desarrollo histórico del país: se llama centralismo o control absoluto del poder y se puede rastrear desde la mesoamérica del Tlatoani hasta la institución presidencial, pasando por el virreinato y la audiencia, en el cual se ejerce un férreo control sobre las decisiones políticas (como es la salud); es una forma de gobernar basada en el control autoritario sobre las instituciones.

Nuestra propuesta rompe este esquema tradicional, aunque pretende conservar toda la plantilla laboral y los pasantes existente hasta 1998. Recordemos que la solución planteada por los teóricos del libre mercado es el “adelgazamiento” de la plantilla laboral, el recorte presupuestal del gasto social y la escasa creación de empleos (aunque contradiga los otrora candidatos presidenciales que prometían

crear un millón de empleos por año, durante la pasada campaña electoral por la Presidencia de la república).

Nuestra propuesta requiere de una nueva relación entre usuarios, sindicato, planta laboral, UNAM, Ssa, autoridades y pasantes en sus modalidades, explicaremos un poco esto:

- ⌘ Sindicato, se debe convertir en un elemento fundamental para el cambio de la cultura laboral sanitaria del “ahí se va” por la cultura de la calidad para garantizar la sobrevivencia del primer nivel de atención (en lo relativo al menos en la JST). Los nuevos tiempos políticos amerita un nuevo sindicalismo (o desaparece también).
- ⌘ Empleados, deben cambiar la idea del trabajo basada en la seguridad del empleo, eterna y permanente. Si algo ha demostrado el modelo económico en los últimos 18 años del país, es en la eliminación masiva de fuentes de empleo. Nuestra propuesta necesita personal administrativo capaz y comprometido con el cambio; de personal operativo (médico y paramédico) con contratos que les permita, cuando menos, salir al campo con la comunidad, la mitad de las horas contratadas. Sabemos que las necesidades están fuera y no dentro del centro de salud.
- ⌘ La gerencia. Les corresponde ser la punta de lanza que guiará la organización hacia el consumidor; tiene una formación administrativa en salud como requisito primordial, debe tener liderazgo y mantener el equilibrio entre las dos instituciones que permiten a la unidad existir.
- ⌘ Usuarios, que de mantener una actitud pasiva y paciente pasan a ser demandantes y consumidores de los productos que el centro hace. Cambian de seres pasivos a demandantes.
- ⌘ Pasantes. Hemos llamado genéricamente así a todo y nada la despreciable cantidad de estudiantes de pre y posgrado de medicina; de nivel técnico y postécnico que durante 1998 fueron 273 de un total de 379 personas. Este grupo tiene un espacio, bien ganado, en el modelo, ya que su formación docente es para tener contacto directo con el usuario. Además tienen la responsabilidad de crear “el servicio de medicina familiar integral”, un producto novísimo, atractivo y único en el país.

Existe también, algo que caracteriza al personal de los centros de salud y que nuestra propuesta toma en cuenta. Curiosamente y a pesar de esta cualidad, la familia del prestador de servicios tiene poca información sobre los procesos de salud-enfermedad, asiste como la mayoría, cuando se deben curar o detectan gravedad. Si el primer nivel de atención es curativo y ataca los daños y no los factores de riesgo y su asignación presupuestal del sector salud apunta esto; el carácter preventivo lo podemos difundir entre la familia del trabajador

III.- EJE POLITICO

Esta es una propuesta viable para su implantación en cualquier centro de salud urbano. En el nuestro con su ubicación en Tlapan y con sus características particulares descritas en el capítulo anterior, el modelo existente produce subutilización; lo más probable es que en otras jurisdicciones sanitarias con otras características y más densidad poblacional produzca el efecto contrario: sobre-explotación; resultado que viene a ser el mismo, el modelo de atención se queda corto o se sobrepasa en cobertura. Algo ocurre que no funciona bien en una actividad que involucra recursos públicos y población marginada del desarrollo.

El orientar hacia el consumidor la organización sanitaria, la obliga a revertir el dispendio de recursos no aprovechados; tiene en el marco jurídico-administrativo de la desconcentración/decentralización que lo hace viable, sigue aplicando los programas prioritarios establecidos para el primer nivel de atención; sin embargo el investigador no puede dejar de mencionar algunos aspectos que el modelo no puede incorporar, pues la viabilidad se sale de la perspectiva científica y se instala en el entorno político que a su vez es consecuencia del económico.

El mercado se ha convertido en ese espacio social donde se produce el bienestar para los ciudadanos de cualquier país y en él opera las fuerzas de la oferta y la demanda. El bienestar era un

atributo de los estados nacionales , pero su ineficacia, ineptitud, corrupción, crisis económicas mundiales y la globalización, lo alejan cada vez mas de este objetivo.

Así mismo hay un mercado sanitario que opera con instituciones públicas o privadas que ofertan servicios o productos y personas familias o instituciones que demandan atención médica. El mercado permite que sus integrantes sean muy competitivos y las reglas son estrictas, requieren procesos costosos; tienen aceptación internacional e implican calidad; dentro de esta nueva competencia, se permite que los sectores que producían servicios o bienes exclusivamente públicos como la salud, las telecomunicaciones o los recursos estratégicos (electricidad o petróleo), puedan ser carácter particular o privado. Esta realidad económica hace muy confusa la frontera entre lo público y lo privado.

En la actualidad Estados Unidos exporta hacia América Latina, el llamado modelo de Medicina Administrada, "estos modelos conocidos previamente como O.A.S. (Organizaciones Administradas de Salud) en México; ISAPRES en el cono sur del continente; H.M.O's (Health Maintenance Organizations) y otros en los USA han sido organizadas como negocios por inversionistas privados, en su gran mayoría, con el objeto fundamental de generar ganancias, que han ido a parar a los bolsillos de unos cuantos empresarios, haciendo de ellos grandes millonarios. Estos excelentes resultados económicos se ha logrado a través de afiliar únicamente al segmento joven y sano de la sociedad con bajo riesgo de enfermedad; disminuir y/o defender la oferta necesaria se servicios médicos quirúrgicos; limitar el acceso oportuno a diversos exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos; organizar redes de médicos integrada no por los mejores y mas capaces, sino por aquellos que están dispuestos a regir su practica clínica acatando sus políticas, que incluyen la ley del silencio y aceptan, para sobrevivir, las bajas remuneraciones económicas (Fernández 1999:12).

Actividades como la salud para población abierta y derechohabiente dejó de ser exclusiva del estado mexicano; a nivel de medicina familiar institucional (IMSS e ISSSTE) ya tenemos algunas empresas privada que compiten desde hace varios años en este nuevo mercado.

El mercado en general y el mercado sanitario en particular pone especial cuidado en los costos; por ejemplo, el centro de salud que investigamos es un buen ejemplo. La cuota de recuperación es el "costo social" que el estado hace por el producto, sin embargo el costo real puede estar entre 10 y 20 veces mas. Desde el punto de vista del mercado no puede existir sobre el planeta una organización mas anti-económica y poco competitiva como nuestro objeto de estudio. Repetimos, el primer nivel de atención, cuando menos en la JST, se hace competitivo, eficiente o desaparece ante la competencia que ya se desarrolla en el país.

El entorno político que afecta el éxito de nuestro modelo propuesto exige hacer algunas precisiones:

1. Se debe continuar la reforma del sector salud que arrancó en el año de 1983, continuo en 1995 con el diagnostico y las reformas a la ley del Seguro Social y llegó hasta 1996 con el programa del sector salud (Ssa).
2. Antes, se debe realizar de manera inaplazable la reforma del estado, cuya alternancia política del poder permitirá su avance a partir del año 2001.
3. Aceptar implícitamente, que el modelo económico con el que funcionamos desde hace como 18 años, expulsa trabajadores y familias con servicio de derechohabencia, hacia el sector población abierta; de la seguridad en el empleo y la salud hacia el desamparo y el subempleo. Aceptar esta realidad de una manera trasparente, justificaría la necesidad de asignar mas presupuesto y hacer eficiente los servicios. Pareciera que permitir su operación en condiciones desfavorables, asegura su desaparición y posterior entrega el mercado privado.
4. Orientar la nueva organización sanitaria, llámese de primero, segundo o tercer nivel de atención, hacia el usuario/consumidor, cambiar el paradigma de atención e implementar calidad es muy costoso. Además de reasignar presupuesto, debe haber mejoras salariales significativas, homologar y actualizar sueldos y mejorar las condiciones de trabajo en general.

5. Reevaluar algunas actividades del primer nivel de atención como la aplicación del paquete básico que, cuando menos en la JST, solo existe en el papel, recordemos que fue el intento de aumentar la cobertura a principios del sexenio del Dr. Zedillo, cuando se enteró de que había cerca de 10 millones de mexicanos sin acceso a servicios de salud.
6. Cuando se establecieron las reglas para establecer un mundo globalizado con una economía de mercado, México y muchos otros países se quedaron fuera. Insertar al país en la nueva realidad económica esta costando la desaparición de miles empresas y pequeños negocios poco competitivos; la privatización del sector institucional de la salud es un hecho irreversible, a pesar de la opinión de los políticos. Lo mínimo que se permite exigir ante esta desigual competencia, es que la privatización sea gradual, progresiva y paulatina mientras se le da la última oportunidad a instituciones como la nuestra, de ser competitivas y evitar la desaparición de miles de empleos de los cuales dependen miles de familias.

CONCLUSIONES

En este apartado se presentan las conclusiones a las que se llegan en este trabajo Y que tienen que ver con los interrogantes planteados, los objetivos expuestos y la hipótesis. Se han presentado de forma numerada como una manera de presentarlas.

1.- Para visualizar los resultados obtenidos a partir de nuestra investigación con el actual modelo de atención y el propuesto, hemos agrupado en el siguiente cuadro (**Cuadro 16**) y por columna la siguiente información:

- ✓ Los indicadores , normas o criterios que usamos a lo largo de la investigación.
- ✓ Los datos del modelo teórico/ideal recopilados durante el año en que se tomaron los datos, 1998.
- ✓ Los datos de lo que observamos, que fueron obtenidos aplicando el instrumento diseñado y,
- ✓ En la columna se observan las diferencias del modelo teórico y de lo observado en la unidad
- ✓ En las siguientes columnas aparecen las cifras que se obtendrán para el año 2002, después de la instrumentación de nuestra propuesta.
- ✓ En las siguientes tres columnas se presentan las proyecciones para los años 2003, 2004 y 2005, respectivamente, y serían los resultados óptimos del modelo propuesto y presentado.

2.- El modelo para atender a la población abierta en el que se adscribe el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana (CSDJCV) que pertenece la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan (JST), es insuficiente ya que propicia la sub-utilización de los recursos que se invierten en el área de atención médica, donde se hizo énfasis, durante el año de 1998. El modelo que se diseñó para que operen los centros de salud, en su contexto administrativo, se encuentra distanciado de la realidad, parecen eventos distintos; mientras uno es el modelo teórico escrito en el papel, el otro es su simulación cuando se aplica en la

Cuadro 16							
COMPARATIVO DE LOS MODELOS IDEAL, REAL, DIFERENCIA Y PROPUESTO CON PROYECCIONES							
Centro de salud Dr. José Castro Villagrana. 1998-2005							
<i>Indicador, norma o criterio</i>	<i>Modelo Teórico/ideal</i>	<i>observado Modelo/real 1998</i>	<i>Diferencia de Modelos</i>	<i>Modelo Propuesto** 2002</i>	<i>Modelo Propuesto 2003</i>	<i>Modelo Propuesto 2004</i>	<i>Modelo Propuesto 2005</i>
Capacidad médica instalada	108 780 consultas 100%	46 520 consultas 42.7%	57.3% -62 260 consultas	65 268 consultas 60%	76 146 consultas 70%	87 024 consultas 80%	97 902 consultas 90%
Número de pacientes controlados	70 735 pacientes 100%	46 520 * pacientes 65.7%	-24 215 pacientes 34.3%	53 051 pacientes 75%	58 922 pacientes 83.3%	64 793 pacientes 91.6%	70 664 pacientes 99.9%
Rendimiento médico programado de 4 pacientes por hora	4 pacientes 100%	1.7 pacientes 42.5%	-2.3 pacientes 57.7%	1.99 pacientes 59.3%	2.16 pacientes 69.8%	2.3 pacientes 79.8%	2.5 pacientes 89.8%
Número de pacientes atendidos por cada odontólogo en una hora	2 pacientes	2 pacientes	0	2 paciente	2 pacientes	2 pacientes	2 pacientes
Promedio de tiempo laborable de los médicos ***	209.4 días 100%	164.2 días 78.4%	45.2 días -21.6%	170.2 días 81.3%	176.3 días 84.2%	182.3 días 87.1	188.4 días 90%
Promedio de ausentismo médico	-----	60.2 días ****	-----	54.1 días -10%	51.9 días	47.7 días	43.6 días
Rendimiento médico programado de consultas por día	24 consultas 100%	10.1 consultas 42%	13.9 consultas -58%	11.8 consultas 59.3%	12.8 consultas 69.3%	13.8 consultas 79.3%	14.8 consultas 89.3%

* Hemos tomado arbitrariamente este gran total de consultas de primera vez y subsecuente de médicos y odontólogos como el número total de pacientes controlados por la unidad médica.

** Esta proyección se hace afectiva a partir del año 2002, después de la aplicación de los programas especiales: Mercadotecnia, Programa Permanente de Calidad, Costos y Comunidad.

***Días hábiles durante 1998: 245

****En este promedio se incluyen: faltas, vacaciones, días económicos, incapacidades, licencias, cursos, etc.

cotidianidad sanitaria . Los resultados del **CAPITULO 4 EN LA VIDA REAL**, dan generosa cuenta de la sub-utilización sobretodo en el área de atención médica; recordemos que sus actividades en consultas médicas y odontológicas en el año de 1998 la unidad realizó 46.520 (42.7% del total) consultas en general (41.183 médicas y 5.337 odontológicas), sin embargo la oferta basada en la capacidad instalada es de 108.780 consultas anuales que corresponden al 100%, con sus características particulares de esta sub-utilización, como el hecho de que casi el 70% de las consultas fueron de primera vez y que no regresan o que los pacientes subsecuentes o controlados solo sea menos de la tercera parte. Y que aunque se trata de un centro de salud de primer nivel donde la mayoría de los galenos son médicos familiares, y se debe exaltar la prevención, el 64% de la consulta es de "enfermos" y solo 36% de "sanos"

3.- En el capítulo mencionado en el punto anterior, también se demuestra la sub-utilización en el área de enseñanza médica que se encarga de las actividades de enseñanza de Médicos Internos de Pregrado de quinto año y estudiantes de la residencia en medicina familiar que rotan por la unidad, los primeros dos meses y los segundos cuatro (**anexos 3 y 4**). En esta labor intervienen gran cantidad de docentes: 12 de los 17 médicos contratados, debieron dar 2 horas diarias en actividades de enseñanza, es decir, unas 5880 horas-maestro, amén de que la Facultad de Medicina por medio de su Departamento en Medicina Familiar de la UNAM paga salarios para que la mayoría de los médicos familiares adscritos sean tutores y maestros de los estudiantes; aunque esto no se midió específicamente, el investigador percibe que hay demasiados profesores y tutores, miles de horas-maestro y pocos estudiantes que reciben clases.

4.- El modelo vigente, sub-utiliza los recursos invertidos y necesita de mucho personal para realizar lo que hace, por ejemplo para realizar las 46 520 consultas anuales durante 1998, se requirió de 74 recursos humanos, sin embargo debieron hacer 107 780 consultas, en otras palabras, con menos de la

mitad lo hubieran logrado; en las actividades de administración, 6 y en enseñanza médica, 14. Pareciera que una característica de este modelo es la acumulación de recursos, ¿para que? No lo sabemos.

5.- Sub-utilizar la unidad estudiada requiere de muchos recursos humanos que, a su vez tienen bajo rendimiento. Para medirlo, utilizamos el formato "Indicador rendimiento médico", que para nuestro asombro, incluía más médicos; en vez de ser 17 eran 22 médicos los que trabajaron durante 1998. Ese año tenía 245 días laborales, sin embargo el promedio del tiempo laborable de los galenos fue de 209.4 días con un promedio de tiempo laborado de 164.2 días; el promedio de ausentismo fue de 60.2 días incluyendo el programado y el no programado. El rendimiento estuvo acorde a la sub-utilización y al ausentismo. Del rendimiento programado que se traduce en que cada médico que trabaja en la unidad debe atender a cuatro pacientes por hora, es decir, 24 por jornada de 6 horas diarias (recordemos que 2 son para docencia), el rendimiento real fue de un promedio de 10.1 pacientes por día, que quiere decir menos de la mitad programada y un promedio de 1.7 pacientes por hora, y no de 4 que era lo programado.

6.- La sub-utilización de recursos de un centro de salud como el nuestro, es un problema estructural del modelo de atención que lo rige, porque no corresponde ni a la realidad de la Ciudad de México, ni a sus cambios demográficos, climáticos ni epidemiológicos, ni mucho menos a la nueva realidad del mercado sanitario, laboral y financiero que ocurre al interior de los sistemas de salud de la mayor parte de los países del país y del mundo; ni a la alternancia política que incluye para el Distrito Federal un Jefe de gobierno perredista, y a nivel nacional un el Presidente de la república panista, ni corresponde a la nueva dinámica descentralizadora del poder, los recursos y las decisiones. La subutilización, se enmarca en una estructura político-administrativa rebasada por los cambios de los últimos años.

7.- El concepto de capacidad instalada es muy contradictorio en la operación de nuestra unidad. Mientras el texto impreso del "Modelo de atención a la salud para población abierta en el D.F." afirma que un centro de salud del tipo III, debe atender hasta 8000 familias, en la vida real, el centro de salud

atiende hasta 11000, aproximadamente (tomando 4 integrantes por familia); pero si calculamos el número de familias que podría atender, basados en que son 14 médicos que deberían atender 4 pacientes por hora, arroja una cifra de 25000 familias, aproximadamente.

8.- El énfasis que le da la organización a la capacidad instalada (CI), que en nuestro caso propicia en gran medida la sub-utilización de sus recursos, es un importante elemento que le proporciona coherencia al modelo de funcionamiento que “gobierna” los centros de salud urbanos del Distrito Federal distribuidos en las 16 jurisdicciones sanitarias.

9.- Existen varios motivos por los que el CSDJCV durante 1998, otorgó menos consultas médicas y odontológicas que las que su Capacidad Instalada indicaba, su relación con la manera de administrarlo es una muy importante, aunque no es el objetivo de este trabajo buscarlos a todos, podemos mencionar que su ubicación geográfica en una zona residencial y no popular no ayuda mucho, ni las competencias sanitaria de la llamada “zona de hospitales” de la calzada de Tlalpan que concentra la mayor cantidad de hospitales e institutos de todo el país, ni el hecho de que el centro de salud no proporciona incapacidad a sus usuarios, ni mucho menos la cultura médica que los usuarios han creado como tratar una gripe o una faringoamigdalitis en el segundo o tercer nivel de atención, esto es en hospitales generales o institutos, entre otros.

10.- La distribución que la JST hizo durante 1998, del área de influencia que debió cubrir el centro de salud es muy arbitrario, al menos en ese año que tomamos en cuenta para nuestra investigación, ya que se le asignó casi la mitad del total del espacio territorial de la jurisdicción sanitaria, aun cuando ese año había 21 unidades médicas más funcionando que conformaban la jurisdicción (**cuadro 5**) y que dieron atención médica.

11.- Los indicadores que utiliza la JST para medir los resultados de los programas prioritarios con los que la unidad atiende y controla la población abierta, solo mide los daños producidos en la salud de los usuarios y no ataca los factores de riesgo que producen los daños, en otras palabras, ataca la

enfermedad y no las causas que la producen, esto desvirtúa el carácter preventivo del primer nivel de atención ya que lo que se aplica es medicina curativa, pues el usuario asiste a la consulta solamente cuando esta enfermo.

12- El actual modelo de funcionamiento no permite el desarrollo armónico y homogéneo de las áreas que constituyen el centro de salud, como debería esperarse. El crecimiento es desigual, tal es el caso de la Coordinación de Investigación y Epidemiología, que sobresale visiblemente sobre el resto; tiene pocos recursos humanos, elabora productos de gran calidad, trabaja integralmente, tiene reuniones periódicas para discutir su funcionamiento; en otras palabras el centro de salud no funciona como un equipo para lograr objetivos comunes, sino como áreas aisladas.

13.- Los resultados del estado actual de la unidad médica, en el capítulo 4, demuestran que un centro de salud urbano con las características que hemos mencionado, como el nuestro, sub-utiliza sus recursos, acumula personal, tiene bajo rendimiento y alto ausentismo. Es muy probable que en jurisdicciones sanitarias bajo condiciones específicas, se produzca el efecto contrario: la sobreutilización de las unidades, esto es que falten recursos médicos, paramédicos y tengan mucha demanda; esta situación como la otra es grave. Al final la consecuencia sobre o sub-utilización recae en el mismo problema: disfunción en el modelo administrativo y operativo.

14.- Mientras el modelo de atención no exija la existencia de vínculos con la comunidad del área de influencia y mientras esta no participe de manera activa en el diseño de programas y acciones, el primer nivel de atención seguirá teniendo poco impacto en la salud de la población ya que la propuesta de la institución es eminentemente curativa; nuestra propuesta desarrollada en el **CAPÍTULO 5**, toma en cuenta esta carencia e implementa la creación del Programa Especial de Comunidad que permite el acercamiento con los habitantes del área de influencia establecida para la unidad.

15.- En nuestra propuesta desarrollada en el **CAPÍTULO 5**, establecimos dividir la unidad en dos turnos repartidos de forma equitativa, para lo cual nos basamos en el marco de la desconcentración de

funciones y recursos, como una forma de revertir tal concentración de recursos humanos en el turno de la mañana. Es muy importante que antes de repartir los dos turnos, los "programas especiales" como el de Mercadotecnia Sanitaria tenga resultados tangibles que permita el aumento de la cobertura.

16.- Mientras la organización sanitaria no se encuentre orientada hacia el consumidor, tal como lo hace nuestra propuesta, no habrá resultados en implementar la calidad de la atención al usuario; el modelo actual utiliza toda la energía de sus unidades para satisfacer necesidades institucionales de poder frente a los niveles jerárquicos superiores, permitiendo que exista escasa relación con las necesidades de los usuarios. Nuestra propuesta es la "inversión total" del modelo actual de funcionamiento: en vez de estar dirigido a los niveles superiores del poder institucional, se orientan hacia el consumidor de los productos sanitarios que oferta la unidad (**Cuadro 15**).

17.- Nuestro Modelo desarrollado en el **CAPÍTULO 5** se puede aplicar a una unidad médica como la investigada, a pesar de los resultados hallados durante 1998; para lograrlo, proponemos conservar la totalidad de su planta laboral que existía hasta ese año, sin hacer ningún recorte de personal ni de pasantes y estudiantes; en los tiempos que corren la optimización en las organizaciones de los sectores público y privado, se realiza a costa de despidos laborales. En sector público del país, aún no se realizan recortes significativos como una vía para "adelgazar" el Estado, situación que ya ocurrió en la mayoría de los países latinoamericanos.

18.- Estamos conscientes de que la operación de un modelo como el propuesto por nosotros, orientado hacia el usuario, a la larga, requiera de una nueva institucionalidad, necesita de nuevas instituciones diseñadas para tal fin, no hablamos de reformar los marcos jurídicos de las ya existentes, sino elaborar nuevos que permitan su inserción en el sistema nacional de salud.

19.- Nuestro trabajo de investigación, se encuentra ubicado dentro de la llamada administración sanitaria que tiene recorrido casi todo el siglo XX en el mundo y en América latina. Su última tendencia teórica es la denominada "Gerencia en salud"; indudablemente su sustento hipotético se

encuentra en la Teoría General de la Administración, en la cual y a lo largo de su historia, se conformo con muchos modelos teóricos (administración científica, modelo burocrático, teoría de sistemas, de contingencia, etc.); en cada uno de ellos hace diferentes clasificaciones de las funciones administrativas con las que debe operar una organización. Hemos elegido para nuestros fines el modelo administrativo de Robins (1996) en el que las funciones administrativas son la planeación, la organización, el liderazgo y el control; nuestra hipótesis menciona que hay disfunción en aquellas y que esta cualidad potenciara el incremento de la capacidad instalada.

20.- La gerencia en salud es una metodología de la administración sanitaria que hemos propuesto aplicar en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, porque permite orientar el esfuerzo de la organización la unidad hacia el consumidor/usuario y no hacia el superior inmediato, como se puede constatar en el organigrama (**Cuadro 2**). Para hacer este proyecto viable y no presentar una utopía administrativa, se conservaron varios aspectos funcionales y operativos que son los que articulan el actual modelo de funcionamiento con la propuesta nuestra para poder implementarlo. Los principales aspectos son la continuación de los programas prioritarios como actividad fundamental y la existencia de la jurisdicción sanitaria como instancia técnico-administrativa que esta encargada de desconcentrar y organizar las unidades médicas.

21.- En el CSDJCV, fue fundado hacia 1960 en el que se observa una organización administrativa, llamada por los teóricos "modelo burocrático de organización" que tiene varias de las características que señaló Weber en su texto "The Theory of Social and Economic Organization" (1947):

- Carácter legal de las normas y reglamentos
- Carácter formal de las comunicaciones
- Carácter racional y división del trabajo
- Impersonalidad en las relaciones
- Jerarquía de la autoridad

- ❑ Rutina y procedimientos estandarizados
- ❑ Competencia técnica y meritocrática
- ❑ Especialización de la administración separada de la propiedad
- ❑ Profesionalización de los participantes
- ❑ Completa previsibilidad del funcionamiento

22.- Sin embargo, las características de la teoría burocrática, que era la respuesta racional a las grandes organizaciones, como las de salud, presentan fragilidad en su estructura: a) por un lado hay presiones constantes de fuerzas exteriores que obligan al burócrata a seguir otras normas diferentes a las de la organización, como se ve en nuestra investigación, el hecho de que en el funcionamiento administrativo del CSDJCV intervengan a dos instituciones (la UNAM y la Ssa) en aspectos como salarios, docencia, investigación y control administrativo produce conflicto de intereses en la relación entre la base trabajadora y sus directivos. Este conflicto nunca fue tratado y menos solucionado y contribuye en gran medida a los bajos resultados de la unidad y, b) por otro lado, el compromiso de los subordinados con las reglas burocráticas tienden a debilitarse gradualmente, en nuestro caso, los resultados del instrumento que se aplicó, sobre liderazgo, a los coordinadores de las 4 áreas que conforman la unidad médica, permite afirmar que la dirección del centro de salud (director y subdirector) presentan un liderazgo acotado, con poco o escaso control de los procesos, con problemas entre poder y autoridad como factores que no permiten la interacción armónica de las distintas áreas que deben actuar como un equipo de trabajo que persigue objetivos comunes.

23.- La disfunción en la función de planeación se hace evidente en la escasa definición de las metas que pretende expresar resultados cuantitativos, de manera general, el criterio para establecerlas, no está basado en las necesidades de la población usuaria, ni en morbilidad detectadas en la estadísticas periódicas que realizan las áreas de epidemiología, sino en su aumento progresivo en el tiempo (las metas nunca disminuyen, simplemente aumentan cada año, respecto del anterior). La evidencia de esto

es que cuando se solicitaron las metas de las cuatro coordinaciones, una de ellas no la incluían en sus procesos y las restantes no proporcionaron información y se infirieron de otras fuentes (**Anexo 8**). Esto no se debió a que ocultaran la información que cada año se presenta como reporte de actividades a las dos instituciones que intervienen en la administración del centro de salud, UNAM y Ssa , sino al desorden en el manejo de los documentos que existe en las coordinaciones y la dirección. Cuando el investigador la solicito, nunca aparecieron los documentos, ni en los archivos del centro de salud ni en los del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM. Para lograr las metas -en nuestro caso prácticamente desaparecidas- se debe establecer una estrategia global; el resultado de las mencionadas estrategias solicitadas a los coordinadores fue la siguiente, para tres coordinaciones no existen, para la restante no la pudo proporcionar puesto que nunca la encontró en su archivo y se infirió de otra fuente (**Anexo 8**).

24.- Después de definir las metas, de establecer una estrategia global para lograrlas, se debe desarrollar la jerarquización de planes para integrar y coordinar las actividades. Cuando indagamos los planes en las coordinaciones nos enteramos que estos no figuraban, que no estaban entre sus actividades (**Anexo 8**).

25.- La disfunción en la función administrativa de liderazgo, se midió con un instrumento específicamente diseñado (**Anexo 14**) y este es el único apartado del cual se obtuvo información de todas las coordinaciones (**Anexo 8**). Que el centro de salud pertenezca a dos instituciones produce algunas disfunciones administrativas como: a).- La línea de mando queda rota, ya que la Jurisdicción sanitaria de Tlalpan (JST) que es la instancia superior administrativa, no puede nombrar a sus directivos. Esta ruptura afecta el correcto funcionamiento, porque implica interrupción en políticas sanitarias, evaluación, intercambio de información y mayores presupuestos, b).- problemas en el ejercicio de liderazgo ya que el personal se divide en la preferencia de la institución de pertenencia (UNAM y SSA). Esto contribuye a que disminuya la cohesión en los distintos servicios y la posibilidad

de trabajar como un equipo y realizar objetivos comunes, c).- acciones de represalia por parte de la institución que no pudo controlar y nombrar a los funcionarios de la dirección, en este caso la JST cuyo pleito puede entorpecer o enturbiar la relación institucional que se espera con el centro de salud, d).- conflicto entre personal por diferencia salarial pues una paga mas que la otra o que algunos trabajaron para las dos, e).- conflicto por mas escolaridad de los integrantes de una sobre la otra institución. F).- duplicación de funciones en las unidades administrativas.

26.- Los coordinadores de las 4 áreas que forman el centro de salud consideran que si hay autoridad entendida como "la posibilidad de que una orden especifica sea obedecida". La autoridad es l eg itima cuando es aceptada, sin embargo una de las cinco personas indagadas respondió que la autoridad era ilegítima porque quien la nombró no estaba facultado para ello. Esta es una respuesta significativa porque cada de las autoridades mencionadas es representante del grupo de pertenencia que a su vez representa a los empleados de su  rea. La autoridad suple el poder institucionalizado y oficializado, poder implica potencial para ejercer influencia sobre otras personas. Todos obedecen, unas mas al subdirector que al director; la autoridad proporciona poder, tener autoridad es tener poder, pero puede ser al revés: tener poder no significa tener la autoridad y esto ocurre en el centro de salud; los coordinadores dividen su criterio entre los que consideran que quien tiene poder tiene autoridad y viceversa. El poder conduce a la dominación, dice Weber, pero en el caso del centro de salud, se cuestiona quien tiene el poder y por lo tanto la relación de obediencia entre quien tiene el poder (mas no la autoridad) y el resto del personal, no es tan sólida.

27.- La imagen del líder, que es el encargado de llevar a la organización a objetivos y metas establecidos, se desdibuja y se hace confusa; no se identifica al líder, las respuestas mencionan a dos líderes (3 mencionan al director y 5 al subdirector). La autoridad es aceptada por todos, sin embargo, uno de los entrevistados la considera ilegítima, otros consideran que aunque la tenga –la autoridad- no tiene el poder y los terceros, afirman que quien tiene la autoridad no son obedecidos por todos. Cuando

se les preguntó sobre la conformación del aparato administrativo, varios eliminaron una buena parte de los actuales directivos a quienes no consideran parte de la misma.

28.- La disfunción en el control de la organización, como decirlo, es un poco mas grave. Si no hay claridad sobre las metas, si los planes no existen, si las estrategias son casi inexistentes, si el liderazgo se encuentra en duda no puede existir control sobre el destino de la institución, en este caso el centro de salud; cuando se preguntó a los coordinadores este tópico, nos dijeron que no existía como parte del proceso.

29.- Los coordinadores de las cuatro áreas fundamentales del centro de salud, indudablemente son figuras importantes, dirigen de alguna manera las actividades, son depositarios del poder que el líder delega, pero no están capacitados administrativamente y desconocen lo relacionado a las funciones administrativas que trabajan como una unidad donde cada elemento depende del otro, es una labor coherente.

30.- El centro de salud funciona "teóricamente" basado en el "Modelo de atención a la salud para población abierta en el D.F.", que fue descrito en el **CAPÍTULO 2 EN LA TEORÍA**, sin embargo en la vida real, descrito en el **CAPITULO 4 EN LA VIDA REAL**, el diferente. A pesar de las dos formas de operar, teórica y real, ambas se fundamentan en el concepto de capacidad instalada (CI), que quiere decir que lo que la unidad puede ofertar (productos sanitarios como pláticas, consultas, inmunizaciones, terapias familiares, certificados médicos, etc.), esta determinando el resto de las actividades de las otras áreas; estos productos se generan fundamentalmente en el área atención médica que, a su vez producen actividades en Enseñanza, Investigación y Epidemiología y Administraciones. Hasta aquí tenemos una institución sanitaria determinada por la CI; cuando observamos el organigrama, este denota una estructura administrativa burocrática con niveles jerárquicos diferenciados, cuando profundizamos en la forma como se llevan a cabo las funciones administrativas, que es como funciona y se llevan a cabo el buen fin de los objetivos a través de la planeación, el control, el liderazgo y la organización que en

nuestro trabajo de investigación hemos medido con metas, estrategias y planes, sus resultados son mínimos: liderazgo acotado, escasa planeación, limitado control y poca organización. Una organización con estas características de disfunción, limita, restringe y obstaculiza la capacidad que tiene para proporcionar servicios o productos sanitarios a sus usuarios. Ya se demostró en el **CAPITULO 4 EN LA VIDA REAL**, que la CI se expresa como sub-utilización de los recursos que se invierten. La sub-utilización del área de Atención Médica que es la mas importante y genera el resto de actividades del centro de salud, se aprovecha menos de la mitad, el 42.7% de lo que podría brindar; esta poca actividad es acorde con la evaluación que realizamos de las funciones administrativas que fueron escasas, limitadas, pocas y acotadas.

31.- Una unidad médica que funciona bajo estas circunstancias no puede ampliar su cobertura, ni mejorar su calidad de atención médica al usuario, ni controlar su población mientras el énfasis este dirigido al superior jerárquico y no hacia el usuario, que es la razón de ser de su existencia. Por este motivo, nuestra propuesta presentada orienta la organización hacia el usuario, se preocupa por establecer vínculos con la comunidad, se interesa por aplicar metodología como la mercadotecnia sanitaria que le permiten acercarse a otros segmentos poblacionales que necesitan de los servicios, mejorar la calidad, conocer los costos involucrados en los procesos y productos o iniciar novedosos proyectos.

32.- Es de vital importancia que centros médicos urbanos del primer nivel de atención como en el investigado, accedan al cambio, los tiempos de alternancia política y democratización en el país, exigen claridad y transparencia en los recursos que se invierten, que son escasos y destinados a la población mas desprotegida y vulnerable. Sub-utilizar recursos escasos es un lujo que no se puede permitir desde ningún punto de vista por que tiene que ver mas con la ética que con la política.

COMENTARIOS FINALES.

Concluir este trabajo de investigación en una unidad médica como es el centro de salud Dr. José Castro Villagrana, fue la gran oportunidad de observar el primer nivel de atención por dentro; de presenciar su trabajo cotidiano. Permitió al investigador la gran experiencia de convivir con el gremio médico, paramédico, administrativo y de respirar la cultura organizacional que se expresa por pasillos, consultorios, rincones, con dichos, albures y sonrisas. La estancia lo ayudo a comprender las relaciones sindicato-autoridad que se tejen como una maraña laberíntica que se debe transformar para poder construir, entre todos, una organización en la que todos participemos, acorde con los tiempos de cambio que soplan por el país y por el mundo entero.

El trabajo permitió reflexionar sobre el uso de los recursos públicos que se destinan a la población abierta que es la más desprotegida; optimizar estos recursos es obligación de todas las autoridades locales, jurisdiccionales, estatales y federales.

Por otro lado, esta el empresa fue realizado en base al método científico y como toda obra humana, tiene sus yerros. Nos gustaría presentar los mas importantes:

- ❖ La ausencia de un capítulo especial sobre los costos de los procesos realizados para la atención médica; de los productos ofertados; de la operación del servicio; del ausentismo programado y no programado y por último lo programado y no realizado. Estos elementos numéricos hubiera contribuido en gran manera, a medir de modo muy evidente los resultados de la sub-utilización de los recursos de la unidad.
- ❖ El instrumento diseñado como parte de la metodología para recopilar la información resulto insuficiente a la hora de su aplicación; fue necesario utilizar fuentes alternativas e inferir algunas cifras. Posiblemente se debieron cambiar algunos items del instrumento diseñado para recopilar los datos

- ❖ Pensar y proponer una alternativa administrativa factible en una unidad como la elegida es muy difícil, porque la manera como funciona el modelo actual en la vida cotidiana, se aleja cada vez mas del modelo teórico escrito en el papel.
- ❖ Aunque el personal que labora en el centro de salud no eran objetivos metodológicos, consideramos que se debió tomar en cuenta su opinión sobre el problema sobre todo en cuanto a la manera como se podrían afinar muchos detalles operativos al momento de la implementación de la propuesta, es decir debimos explorar un poco la cultura organizacional.
- ❖ Fueron de vital importancia los comentarios de los sinodales que se tomaron la tarea de leer detalladamente el manuscrito, e indicar errores cometidos como la designación equivocada de las variables de la hipótesis, la poca coherencia que había en la discusión de los resultados basados en la hipótesis y errores en la presentación del modelo, espero que estén subsanados.

BIBLIOGRAFIA

Amitae, Etzioni. Organizaciones modernas. Limusa, México. 1979.

Berruecos Villalobos Luis et al. Curso básico sobre adicciones. Centro contra las adicciones, (CENCA),
Fundación Ama la Vida, IAP. Diplomado sobre adicciones. México 1994.

Brodbeck, M. "Models, Meaning and Theories" en Gross (De) N. Symposium Sociological Theories
Harper & Row Pub. New York, 1959.

Cordera A, Bobenrieth M. Administración de sistemas de salud. Tomo I. México, 1983. Editado por
los autores.

Cordera Pastor, Armando. "Modelos de sistemas de atención médica". Salud Pública de México. N° 3
Vol. 28 Marzo-Junio, México. 1986.

Chiavenato, Idalberto. Introducción a la teoría general de la administración. Tercera edición. McGraw-
Hill/Interamericana México. 1989.

Cottle David. El servicio centrado en el cliente: cómo lograr que regresen y sigan utilizando sus servicios.
Madrid: Díaz de Santos, 1991.

DDF. Guía práctica de servicios e infraestructura para la salud, D.F. Secretaría de Salud. Oficialía
mayor. 1995.

Frenk, Julio (Editor). Observatorio de la salud. FUNSALUD, México D.F. 1997, primera edición.

Fernández González, Héctor. "La subrogación de servicios de la seguridad social". Revista CONAMED. Año 4 vol.2 N° 13 oct-dic 1999.

García Jiménez, María Alberta. Modelo de transferencia de pacientes ambulatorios en los tres niveles de atención médica. Tesis de maestría en Administración de la Atención Médica y Hospitales, UNAM, México 1987.

García Romero H., Cordera Pastor A., Vargas Martínez J. "Diagnóstico situacional de unidades médicas de Petróleos Mexicanos". Salud Pública de México. Nov-Dic de 1993 Vol. 35, N° 6.

Gibson, Ivanlevich, Donelly. Organizaciones. Interamericana, México. 1983.

Gobierno del D.F., SSDF, DGSSPDF, JSGAM. Desconcentración de los servicios de salud. México 1999.

Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. Editorial Mc Graw-Hill. 1974.

Hernández, Patricia et al. "Las cuentas nacionales de salud". Capítulo 4: en Observatorio de la Salud de Julio Frenk. México D.F. 1997.

Heyel, Carl (Editor). Enciclopedia de Gestión y Administración de Empresas-Management. Grijalbo, España 1984.

Martínez Valle, Adolfo. "La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud". Capítulo 16: en Observatorio de la salud de Julio Frenk, México D.F. 1997.

Menéndez, E. Centralización o autonomía. La "nueva" política del sector salud en México. Revista Antropología Americana. Boletín de Antropología Americana. Instituto Panamericano de Geografía e Historia. Diciembre 10 de 1984.

Merrello Agustín Mohammad Naghi. Mercadotecnia Social. México: Limusa, 1985.

Miklos T., Tello M. Planeación prospectiva. México: Limusa, 1991.

Mockler Robert J. Situational theory of management. Harvard Bussiness Rev. 1942 May-Jun.

OMS, UNICEF. Atención primaria a la salud. Alma Ata, URSS: OMS, UNICEF 1978.

Priego, Alvarez Heberto. Mercadotecnia en salud. Aspectos Básicos Operativos. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México 1996.

Purcell J, Kaufman S. State and Society in México: must a Stable Polity be Institucionalizer? Word Politics. 1980.

Robbins, Stephen P. Comportamiento Organizacional. 7ª. edición. Prentice Hall, Hispanoamericana S.A. México 1996.

Ssa, Coordinación de Investigación, Epidemiología y Estadística. Anuario Estadístico 1998. Centro de salud Dr. José Castro Villagrana. Ssa-UNAM. México 1998.

Ssa, Coordinación de Investigación, Epidemiología y Estadística. Centro de salud Dr. José Castro Villagrana. Plan estratégico. México. 2000.

Secretaría de Salud, México. Evaluación de las estrategias de salud para todos en el año 2000. Marco de trabajo común, segunda evaluación (CFE/2). Marzo de 1991.

Secretaría de Salud, México. Sistema Nacional de Salud. Perspectivas y avances. Cuaderno 7. 1984.

Ssa. Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal. Programa de trabajo. Coordinación de atención médica, centro de salud Dr. José Castro Villagrana, México 2000.

Sociedad Mexicana de Salud Pública, Sociedad Canadiense de Salud Pública, Secretaría de Salud Pública y Secretaría de Salud Pública de Tabasco. La participación multisectorial en la atención primaria en la salud. Recopilación bibliográfica. México D.F. 1986.

Stoner, James A.F. Administración. 3ra. Edición Prentice Hall Hispanoamericana S.A. México 1993.

Yepes Francisco J. El Estado del arte de la gerencia de salud. Mimeo. Santa Fe de Bogotá. Instituto FES de liderazgo, 1988.

Anexos

- ✓ Índice de cuadros.
- ✓ Índice de anexos.
- ✓ Glosario de iniciales.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Recursos humanos del centro de salud Dr. José Castro Villagrana, JST, 1998.....	59
Cuadro 2. Organigrama del centro de salud Dr. José Castro Villagrana, 1998	61
Cuadro 3. Personal que laboró durante 1998 en el centro de salud Dr. José Castro Villagrana	60
Cuadro 4. Plano de ubicación del centro de salud Dr. José Castro Villagrana	63
Cuadro 5. Tipo de unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan, 1998	64
Cuadro 6. Consulta médica a sanos y enfermos, de primera vez y subsecuentes, por sexo, total de médica y odontológica, odontológica por primera vez y subsecuente; centro de salud Dr. José Castro Villagrana, 1998	65
Cuadro 7. Capacidad instalada del centro de salud Dr. José Castro Villagrana, 1998	66
Cuadro 8. Población del centro de salud Dr. José Castro Villagrana, 1998	67
Cuadro 9. Indicador rendimiento hora médico, centro de salud Dr. José Castro Villagrana, 1998	69
Cuadro 10. Recursos humanos de la Coordinación de atención médica, CSDJCV, 1998	77
Cuadro 11. Recursos humanos de la Unidad de administración , CSDJCV, 1998	78
Cuadro 12. Horas contratadas del personal médico del CSDJCV, 1998	79
Cuadro 13. Recursos humanos de la Coordinación de enseñanza médica, CSDJCV, 1998	79
Cuadro 14 Recursos humanos de la Coordinación y epidemiología, CSDJCV, 1998.....	80
Cuadro 15. Organigrama del modelo propuesto para el centro de salud Dr. José Castro Villagrana ..	87
Cuadro 16. Comparativo de los modelos ideal real y propuesto.....	100

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Pasantes a nivel técnico que rotaron por la unidad en 1998.....	115
Anexo 2. Alumnos de nivel postécnico que rotaron por la unidad en 1998	115
Anexo 3. Alumnos de pregrado que rotaron por la unidad en 1998	116
Anexo 4. Alumnos de postgrado que rotaron por la unidad en 1998	116
Anexo 5. Población total por grupo e edad y sexo del centro de salud Dr. José Castro Villagrana	117
Anexo 6. Población abierta por grupo de edad y sexo del centro de salud Dr. José Castro Villagrana.....	118
Anexo 7. Consulta médica mensual del centro de salud Dr. José Castro Villagrana, JST, 1998	119
Anexo 8. Información recabada a Coordinaciones y Unidad administrativa.....	120
Anexo 9. 10 principales causas de morbilidad general por demanda de atención, centro de salud Dr. José CastroVillagrana, 1998	121
Anexo 10. Capacitación de personal	122
Anexo 11. Actividades de trabajo social	122
Anexo 12. Actividades de capacitación médica continua realizada por la unidad	123
Anexo 13. Actividades de estadística	123
Anexo 14. Concentrado de respuestas al instrumento para liderazgo	125

GLOSARIO DE INICIALES

D.F.	Distrito Federal
CSDJCV	Centro de salud Dr. José Castro Villagrana
JST	Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan
ISSSTE	Instituto de Servicios de Salud de los Trabajadores del Estado
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
C.I.	Capacidad instalada
GDF	Gobierno del Distrito Federal
Ssa	Secretaría de Salud
ISSADF	Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal
APS	Atención Primaria a la Salud
AGEB	Área Geoestadística Básica
SSDF	Servicios de Salud del Distrito Federal
SNS	Sistema Nacional de Salud
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
CEVE	Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica
MIP	Médico Interno de Pregrado
SUAVE	Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica
OAS	Organizaciones Administradas de Salud
HMO's	Health Maintenance Organizations
T.O.	Teoría de las organizaciones
T-III	Centro de salud tipo III
T-I	Centro de salud tipo I
CS	Centro de salud
PIB	Producto Interno Bruto
PROASA	Programas Avanzados

Anexo 1**PASANTES A NIVEL TÉCNICO QUE ROTARON POR LA UNIDAD EN 1998**

<i>ÁREA</i>	<i>Nº DE ALUMNOS</i>	<i>%</i>
Laboratorio	20	45.4
Enfermería	21	47.7
Rayos-X	1	2.3
Optometría	2	4.6
Total	44	100

Fuente: Anuario estadístico 1998. Coordinación de investigación epidemiología y estadística Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana. México D.F.

Anexo 2**ALUMNOS DE NIVEL POSTÉCNICO QUE ROTARON POR LA UNIDAD EN 1998**

<i>CURSO</i>	<i>Nº DE ALUMNOS</i>	<i>%</i>
Enfermería psiquiátrica	21	43.8
Enfermería pediátrica	27	56.2
Total	48	100

Fuente: Anuario estadístico 1998.. Coordinación de investigación epidemiología y estadística Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana. México D.F.

Anexo 3

ALUMNOS DE PREGRADO QUE ROTARON POR LA UNIDAD EN 1998

<i>TIPO DE ALUMNO</i>	<i>Nº DE ALUMNOS</i>	<i>%</i>
Estudiantes de medicina de 4 años. Materia optativa.	3	2.1
Médicos internos de pregrado (MIP)	135	93.2
Pasantes de optometría	2	1.3
Pasante de pedagogía	2	1.3
Pasante de odontología	3	2.1
Total	145	100

Fuente: Anuario estadístico 1998.. Coordinación de investigación epidemiología y estadística Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana. México D.F.

Anexo 4

ALUMNOS DE POSTGRADO QUE ROTARON POR LA UNIDAD EN 1998

<i>TIPO DE ALUMNO</i>	<i>Nº DE ALUMNOS</i>	<i>%</i>
Trabajo social psiquiátrico	10	27.8
Residente de medicina de enlace	3	8.4
Residentes de medicina familiar	19	52.8
Rotaciones de médicos familiares externos	4	11
Total	36	100

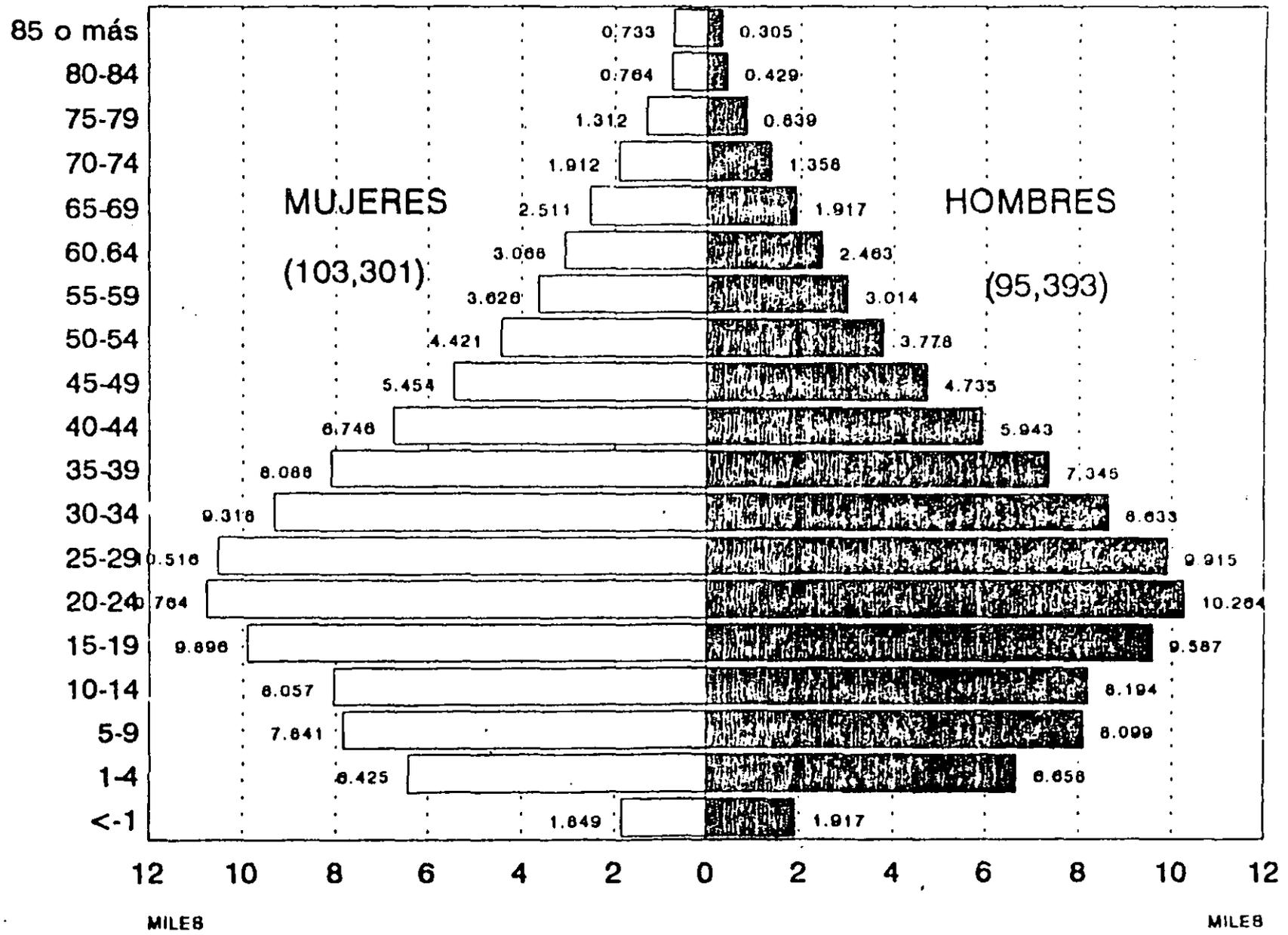
Fuente: Anuario estadístico 1998. Coordinación de investigación epidemiología y estadística Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana. México D.F.

SERVICIO DE SALUD PUBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
 DIRECCION DE PLANEACION
 POBLACION TOTAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
 C.S. DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA

AÑOS

GRUPOS DE EDAD

124



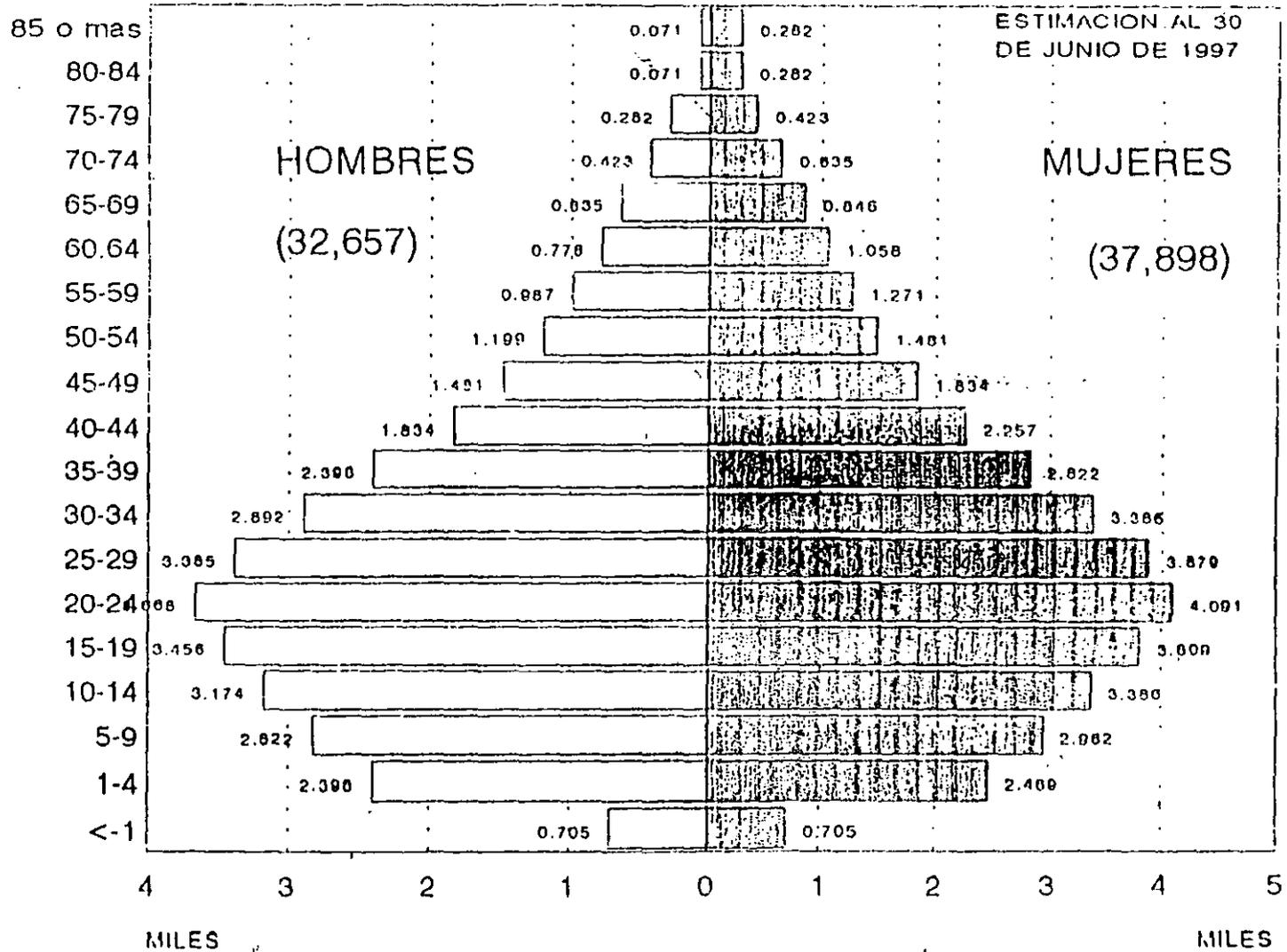
POBLACION TOTAL: 198,694 FUENTE: CONTEO RAPIDO DE POBLACION INEGI 1995 PARA EL C.S. DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA

SECRETARIA DE SALUD
 SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL
 DIRECCION DE PLANEACION
 POBLACION ABIERTA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
 JURISDICCION SANITARIA TLALPAN

AÑOS

C.S.C. DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA

GRUPOS DE EDAD



125

Anexo 7

CONSULTA MÉDICA MENSUAL

CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO

VILLAGARANA

JURISDICCION SANITARIA DE TLALPAN

1998

Mes	Nº	%
Enero	2547	6
Febrero	4007	10
Marzo	3655	9
Abril	3394	8
Mayo	3338	8
Junio	3986	10
Julio	3330	8
Agosto	4191	10
Septiembre	4187	10
Octubre	3188	8
Noviembre	3089	8
Diciembre	2271	5
Total	41 183	100

Fuente: Hoja diaria de consultas. Coordinación de Epidemiología,

Investigación y Estadística. 1998.

Anexo 8

Información recabada a Coordinadores y Unidad administrativa					
<i>A medir</i>	<i>Atención médica</i>	<i>Enseñanza</i>	<i>Investigación y epidemiología</i>	<i>Unidad administrativa UNAM</i>	<i>Unidad administrativa SSa</i>
Planes	NOI	NOI	NOI	NOI	NOI
Estrategias	IOF/✘	NOI	NOI	NOI	NOI
Metas	IOF/✘	IOF/✘	IOF/✘	NOI	NOI
Recursos	✓	✓	✓	✓	✓
Liderazgo	✓	✓	✓	✓	✓
Control	NOI	NOI	NOI	NOI	NOI

Simbología:

- ✓ Proporcionó información
- ✘ No proporcionó información
- NOI No existe información
- IOF Se infiere de otra fuente

Anexo 9

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR DEMANDA DE ATENCION.

1998

Causas	Num.	Tasa *
1. Infecciones agudas de vías respiratorias superiores	510	7218
2. Enfermedades de los tejidos dentarios duros	2212 1096	3127 1549
3. Otras enfermedades del aparato genitourinario	1096	1549
4. Enfermedades inflamatorias de los órganos pelvianos femeninos	983	1389
5. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	777	1098
6. Otros trastornos de la menstruación y otras hemorragias anormales	709	1002
7. Trastornos mentales	702	992
8. Infecciones intestinales	603	852
9. Alteración de la visión	534	754
10. Traumatismos	304	429

Fuente: Anuario estadístico 1998. CSDJCV.

*Tasa por 100.000 habitantes. Población para 1998: 70.735 habitantes.

Anexo 10

CAPACITACIÓN DE PERSONAL

Personal	Nº	Total de cursos	Promedio de curso por persona
Médicos	13	30	2
Enfermeras	5	10	2
Trabajadoras sociales	4	8	2
Otros empleados de salud	8	15	2
Administrativos	1	1	1

Fuente: Anuario estadístico 1998. CSDJCV

Anexo 11

ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL

Estudios socioeconómicos	96	4%
Gestiones	36	2%
Apoyo a tramites	1549	70%
Visitas domiciliarias	538	24%
Total	2219	100%

Fuente: Anuario estadístico 1998. CSDJCV.

Anexo 12

ACTIVIDADES DE CAPACITACION MÉDICA CONTINUA REALIZADAS EN LA UNIDAD

<i>Tipo de eventos</i>	<i>Nº de alumnos</i>	<i>%</i>
Capacitación de programas prioritarios	20	12.3
Sesiones bibliográficas	82	50.6
Sesiones clínicas	40	24.7
Sesiones temáticas	10	6.2
Sesiones culturales	10	6.2
Total	162	100

Fuente: Anuario estadístico 1998. CSDJCV.

Anexo 13

ACTIVIDADES DE ESTADÍSTICA

Informes	Numero
SISPA-SS-01-CM	24
SISPA-SS-1	24
Colaterales	204
Semanales de ira	54
Diarios de ira	234
Total	540

Fuente: Anuario estadístico 1998. CSDJCV

Anexo 14

CONCENTRADO DE RESPUESTAS AL INSTRUMENTO PARA

LIDERAZGO

CSDJCV. 1998

1.- ¿Considera usted que en el centro de salud Dr. José Castro Villagrana hay autoridad?

a.- Si (Pase a la pregunta 2)

b.- No (Pase a la pregunta 3)

Respuestas: Si = 5 No = 0

2.- La autoridad que hay en el centro de salud, según usted, es:

a.- Legítima

b.- Ilegítima (Pase a la pregunta 4)

Respuestas: Si = 4 No = 1

3.- Usted cree que no hay autoridad porque:

a.- No se obedece las ordenes específicas dictadas por la autoridad

b.- La autoridad no tiene poder

Respuestas: Si = 0 No = 0

4.- La autoridad que hay en el c. de s. es ilegítima porque:

a.- No es aceptada

b.- Quien la nombro no esta facultado para ello.

Respuestas: Si = 0 No = 1

5.- La autoridad que hay en el c. de s. Es por Ud. :

a.- aceptada

b.- no aceptada

Respuestas: Si = 4 No = 1

6.- ¿a quien obedece usted:

a.- al director

b.- al subdirector

c.- Otro, es decir ninguno de los dos anteriores

Respuestas: Si = 3 No = 5

7.- ¿Cree usted que la autoridad, que es la persona a quien usted obedece, tiene el poder?

a.- Si

Respuestas: Si = 3 No = 2

8.- ¿Cree usted que hay relación de obediencia entre la persona que usted obedece y el personal del c. de s.?

a.- si

b.- no

Respuestas: Si = 2 No = 2

9.- ¿Quiénes según usted constituyen el aparato administrativo del c. de s.? Mencíónelos.

Respuestas:

1.- Subdirector/administrador UNAM/ administrador Ssa.

2.- Director/subdirector/coordinadores de atención médica, enseñanza, investigación /administradora.

3.- Director/subdirector/Coordinadores de atención médica, enseñanza, investigación/administración.

4.- Administradora Ssa/subdirector.

5.-Director/subdirector/coordinadoras de atención médica/administradores.

Fuente: Respuestas de cuestionario aplicado a coordinadores y administradores (UNAM y Ssa)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES A REALIZAR	RESPONSABLE	CALENDARIZACIÓN
Presentación del proyecto de tesis al Comité de Investigación de la unidad médica, para su aprobación y aplicación.	Investigador	Febrero de 2000
Aprobación del protocolo	Investigador	Julio de 2000
Ajuste del protocolo	Investigador	Agosto de 2000
Recolección de datos y proceso estadístico	Investigador	Octubre de 2000
Análisis de datos	Investigador	Noviembre de 2000
Entrega del documento de tesis	Investigador	Marzo de 2001