

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXX

EPOCA V

Núms. 131-132

TOMO II

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE

1981

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO  
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS  
DE SEGURIDAD SOCIAL

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

## INDICE

	<i>Pág.</i>
VII CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL . . . . .	7
INFORMATICA Y ESTADISTICA APLICADAS A LA INVESTIGACION PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS.	
Documento preparado por la Comisión Americana Médico Social	9
MODELO DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL AREA MEDICA.	
Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social . . . . .	29
EXTENSION DEL CAMPO DE APLICACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL A SECTORES MARGINADOS, URBANOS Y RURALES.	
Documento preparado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social . . . . .	59
CRITERIOS DE ENFOQUE DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Documento preparado por la Comisión Americana Jurídico Social . . . . .	83
IX REUNION DE LA COMISION AMERICANA DE ACTUARIA Y ESTADISTICA . . . . .	127
TEMARIO . . . . .	129
MESA DIRECTIVA DE LA COMISION . . . . .	131
PROGRAMA . . . . .	133

**VII CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

En este Tomo II se publican las ponencias presentadas en la tercera y en la cuarta sesiones plenarias.

**MODELO DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL  
DEL AREA MEDICA**

**COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO  
DE SEGURIDAD SOCIAL**

*Dr. Eduardo Cesarman Vitis*

Titular de la Jefatura de Supervisión  
y Control del Area Médica del IMSS

Colaboradores:

*Ing. Manuel Prieto*

*Dr. Germán Riva Cajigal*

*Dr. Nicolás Arias Elenes*

*Dra. Cecilia Treviño*

*Lic. Miguel Contreras*

*Arq. María de la Paz Becerril*

*Lic. Enrique Moreno Cueto*

Instituto Mexicano del Seguro Social

## Introducción

La dificultad principal en el diseño de un sistema de supervisión, evaluación y control está en la concepción de un modelo que comprenda tanto al objeto como a la realidad a la que sirve, al propio sujeto de supervisión y a las múltiples y complejas relaciones entre todos ellos.

Pero no sólo eso. Se trata igualmente de un modelo formal, analítico; una representación de la realidad concreta que vaya más allá de lo descriptivo, cualitativo, para internarse en lo cuantitativo, en la posibilidad de medir, comparar, verificar.

En el campo de los fenómenos sociales y biológicos la medicina se desenvuelve en ambos por excelencia, la formalización de los procesos es una tarea problemática dada la complejidad de éstos. Se suele hablar de índices y de indicadores, de producción y de productividad, de eficacia y de eficiencia de la atención médica, y cada uno se llega a cuantificar con alto grado de precisión.

Esta es una tendencia eminentemente administrativa que desembocaría en la línea de producción en cadena, es la despersonalización del paciente y del médico, del sistema en su conjunto, que en la práctica no sucede y que al revertirse hace fracasar todo intento de racionalización: por la esquematización de los servicios médicos, por la pretensión de explicar al hombre mediante un reduccionismo mecanicista.

¿Se puede medir, entonces, la calidad del acto médico? Sí, por la evolución del estado de salud de la población, como resultado de la actividad médica misma; a condición de tener los recursos precisos, en el lugar y en el momento necesarios.

Hablar de realidad de salud es hablar de historia; de desarrollo científico, tecnológico y cultural; de sistema y de relaciones de producción.

La medicina actual posee el instrumental teórico necesario para resolver, en conjunto, todos los problemas de salud que acortan los plazos de vida. Pero esto no sucede en igual medida en relación a los contenidos de dichos plazos: a la calidad de vida.

En este contexto, ¿es suficiente hablar de daños a la salud, y de población y ambiente físico, socioeconómico y cultural, para la elaboración de un diagnóstico de salud? Formalmente sí, a condición de redefinir los términos, de ir más a fondo en los nuevos problemas de salud y más a futuro en sus condicionantes. Previsiones de largo alcance, para resolver los problemas de mediano y de corto plazo. Uno de los objetivos sería adelantarse al daño y a su tratamiento, hacer mayor énfasis, por ejemplo, en la medicina preventiva, con todas sus consecuencias.

Una de las virtudes del sistema que se ha seleccionado consiste en que los diversos parámetros que se miden se han reducido a términos estrictamente comparativos, lo cual permite el seguimiento en el tiempo de cada uno de los diversos parámetros y la evaluación comparativa de los diversos parámetros entre sí.

Los índices fundamentales para medir la eficiencia de un Sistema de Salud en todos sus aspectos, preventivo y asistencial, a todos sus niveles, son los de morbilidad y los de mortalidad. Sin embargo, el estudio de estos dos grupos de índices solamente no nos permitiría obtener la información

necesaria para resolver los problemas concretos. Por ello, la supervisión que hace esta Jefatura se dirige a la identificación de todo tipo de problemas:

Verificar en forma permanente la existencia y la calidad de los diagnósticos locales de salud y sus nexos con la planeación. Verificar la programación de las actividades médicas con base en esos diagnósticos, su aplicación y los resultados en la población mediante su seguimiento sistemático.

Analizar los planes y programas de enseñanza e investigación, su adaptación, aplicación e impacto en cada caso.

Supervisar continuamente la cantidad y la oportunidad de los suministros de medicamentos y de materiales de curación, el servicio de dietología y los laboratorios de análisis clínicos.

Verificar, contra demanda de corto y de mediano plazo, la existencia en cantidad y calidad de las instalaciones hospitalarias, su equipamiento e instrumental, además del mantenimiento especializado son, en fin, los campos de acción práctica de este modelo.

Finalmente, habrá que señalar que este modelo se aplica a una población de más de 24 millones de derechohabientes y 20 mil médicos, distribuidos en 37 delegaciones y 125 zonas, que cuenta, en total, con 886 unidades de medicina familiar, 131 hospitales generales de zona y 8 grandes centros médicos.<sup>1</sup>

Si, además, anotamos 3 024 unidades de medicina rural y 14 millones de beneficiarios del programa IMSS-COPLAMAR, elevamos la cifra a más de 38 millones de seres: el 56% de la población total del país.

Un proyecto de supervisión de un sistema, en este caso el sistema del IMSS que proporciona salud, requiere —como marco de referencia— una normativa completa a todos los niveles de funcionamiento, una organización y una precisa identificación de las áreas de responsabilidad a todos los niveles de la jerarquía.

En realidad los grandes problemas de la Institución pueden reducirse a un universo de detalles por resolver, que deben quedar en una memoria para ser identificados por las diversas áreas de responsabilidad.

Dentro de este contexto ha de plantearse como necesaria la participación de la ciencia social en los procesos de evaluación, considerando la influencia que pueden ejercer en la calidad y en el desarrollo del acto médico, factores históricos, sociales, económicos, políticos e inclusive psicológicos, como una forma de lograr que las acciones de evaluación, supervisión y control de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, puedan ubicarse dentro de los esquemas generales que señalan los planes y políticas de desarrollo social, económico y político del país.

No obstante todas las virtudes del sistema que proporciona atención médica y de los procedimientos que se utilizan para proporcionarla, sin el auxilio de un estudio de la realidad socioeconómica de la población beneficiada, muy difícilmente se logrará obtener información de la eficiencia del sistema en relación a la satisfacción de necesidades, exigencias y demandas que trascienden los aspectos netamente médicos de la enfermedad.

<sup>1</sup> Datos actualizados a febrero de 1981.

## 1. Modelo de supervisión, evaluación y control

Se describe un modelo de Supervisión, Evaluación y Control (SEC) basado en un circuito elemental de retroalimentación de información, cuyo objetivo es la correlación de las desviaciones del comportamiento de un sistema de conocimiento y modificación del estado de salud de su medio ambiente.

Para lo anterior se tomó como base (cuadro N° 1).

El modelo conceptual de un sistema cibernético básico, en donde:

- a) S. Representa el Area Operativa Médica Institucional, que es la unidad transformadora del estado de salud del medio ambiente específico.
- b) B. Es la Unidad de Supervisión, Evaluación y Control (SEC) de la Dirección General del Instituto.

En el mismo modelo, pero ampliado (cuadro N° 2), tiene el propósito de señalar lo que entendemos para cada uno de los siguientes conceptos:

**Supervisión.** Tiene como objetivo principal la captación de información orgánica y operativa de la Unidad S.

**Evaluación.** Tiene como objetivo principal evaluar el comportamiento de la Unidad S, sus incidencias y desviaciones, en comparación con la información recabada en un tiempo anterior.

**Control.** Tiene como objetivo la realización de los ajustes necesarios en la Unidad S para mantener su estado de equilibrio.

En esta unidad se produce la interfase analítica-decisoria del sistema. Es decir, por una parte el conocimiento del comportamiento, incidencias y desviaciones a la prestación del servicio médico, cuyo efecto pueda traducirse en deficiencias en el otorgamiento del servicio, en la utilización poco adecuada de los recursos o en el deterioro de la imagen institucional, y por otra la toma de decisión dirigida a producir las modificaciones necesarias en el comportamiento del sistema para su racionalización.

Por supuesto, este último nivel cuenta, además, con otros canales de información analítica.

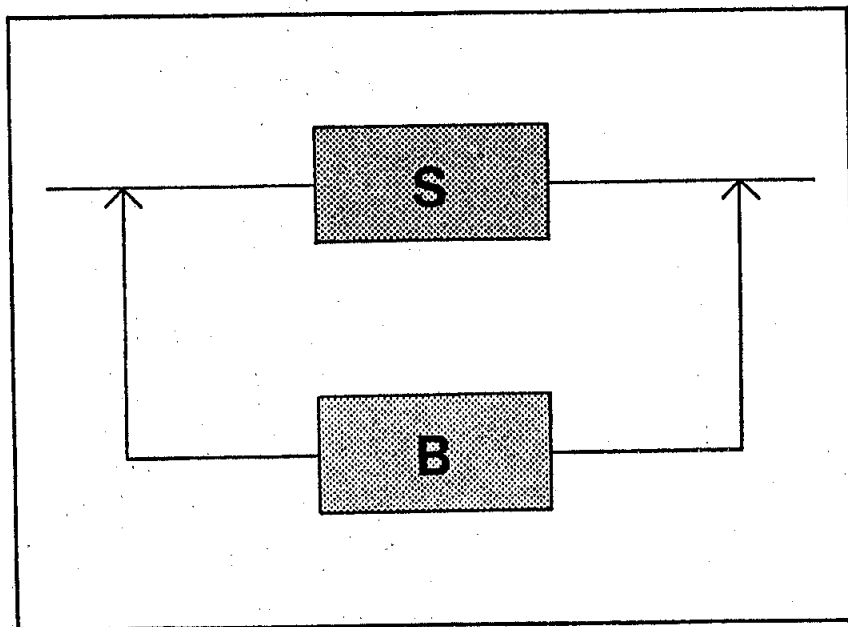
(Cuadro N° 3)

En el diagrama se presenta, además de las unidades y circuitos descritos anteriormente:

- a) Un circuito interno de control, que se origina en la interfase analítico-decisoria, y
- b) Un circuito adaptativo, en el que cabe destacar:
  - 1) La Unidad de Estudios Prospectivos, cuyo objetivo es proporcionar una visión global, totalizadora del medio ambiente



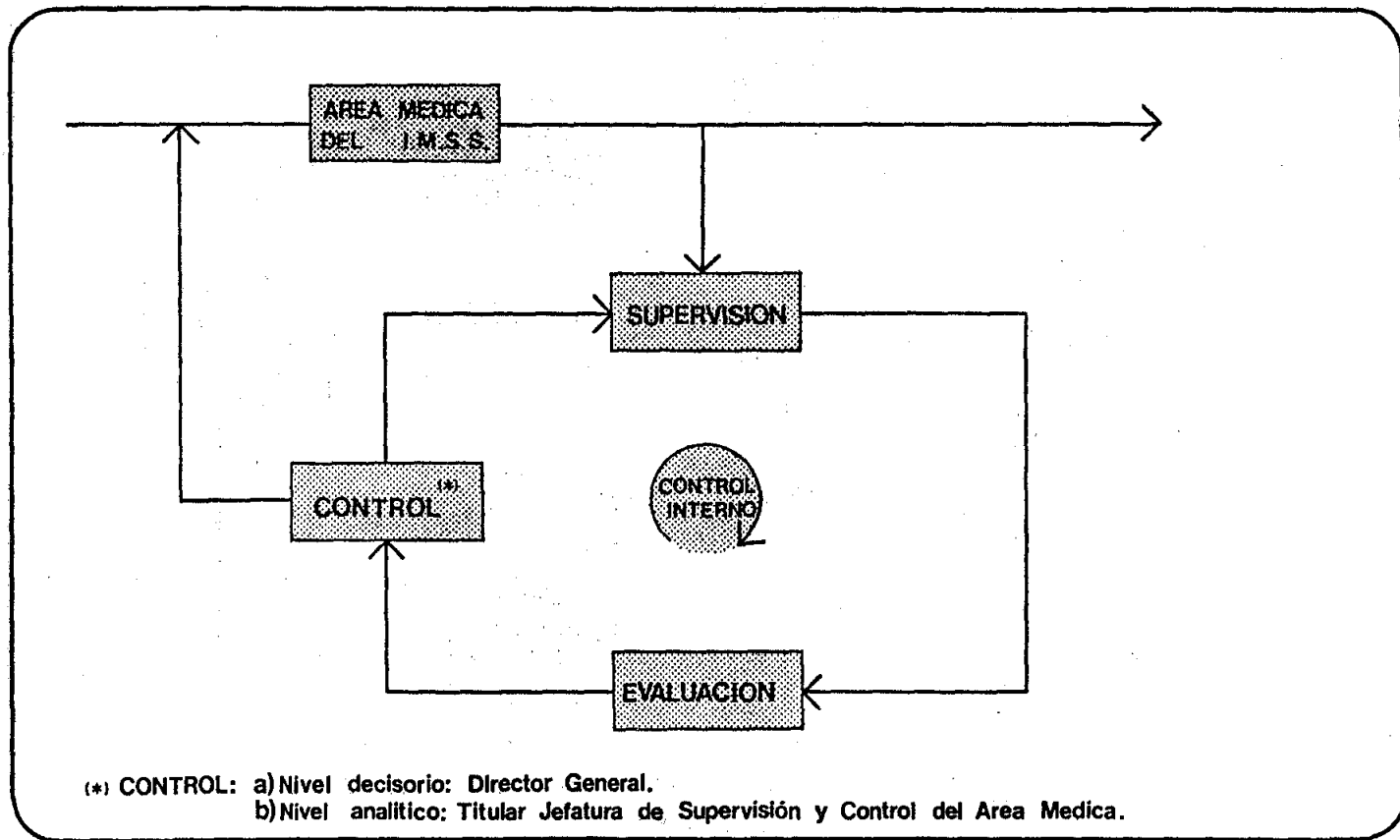
CUADRO N° 1  
MODELO CONCEPTUAL



medio ambiente específico.

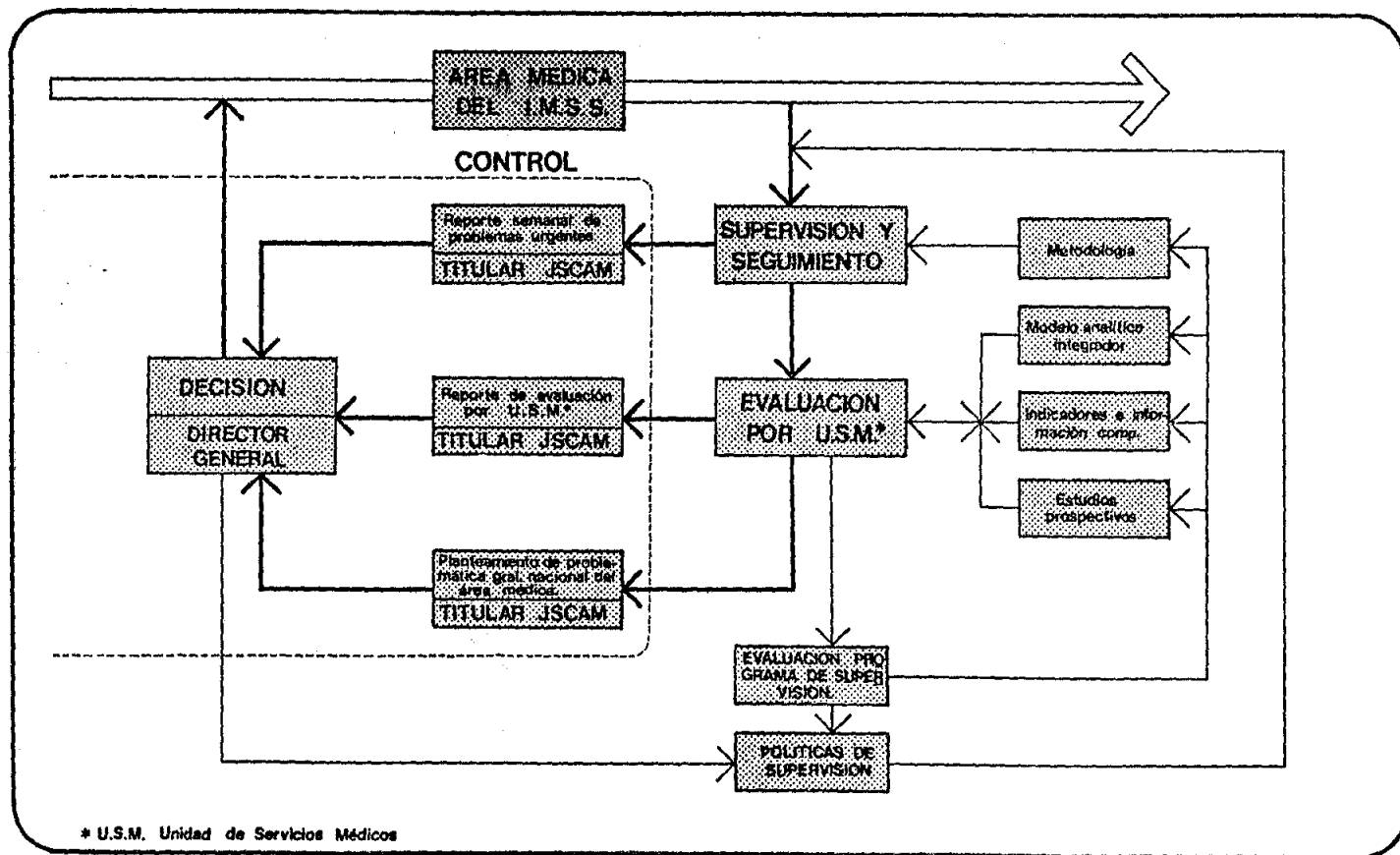
CUADRO N° 2

MODELO CONCEPTUAL (ampliado)



CUADRO N° 3

ESQUEMA GENERAL DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL



pecífico, tanto del área médica como del Sistema de Supervisión, Evaluación y Control.

- II) El programa de Indicadores e Información Complementaria, para el conjunto de departamentos que conforma el SEC.
- III) El Modelo Analítico Integrador, que conduce la reestructuración de información especializada a niveles superiores de abstracción.
- IV) Un proceso de revisión y adaptación de las metodologías de Supervisión y Evaluación.

(Cuadro N° 4)

Se elaboró un Modelo Análogo, el que conforma, en el sistema SEC, los niveles analítico y decisorio:

Es un proceso continuo de diagnóstico, abarcativo de los distintos campos y niveles estructurales y sus diversas operaciones e interacciones, que evoluciona en decisión e instrucciones de control, propiamente dichas, y cuyos resultados serán sometidos a un análisis comparativo en un tiempo posterior.

En el cuadro N° 5 se esquematizan las acciones de Supervisión, Evaluación y Control sobre el proceso continuo que se da en el área médica, diferenciada en tres acciones básicas: diagnóstico, programación y operación.

El Departamento de Supervisión y Evaluación de Organización y Normas busca obtener información suficiente para conocer el estado actual de la aplicación de las normas generales y programas autorizados sobre el funcionamiento y otorgamiento de los servicios médicos.

(Cuadro N° 6)

Lo anterior se logra al dividir la tarea en dos grandes áreas, la Observación de la Organización, por un lado y, por el otro, el Conocimiento de las Normas en Operación.

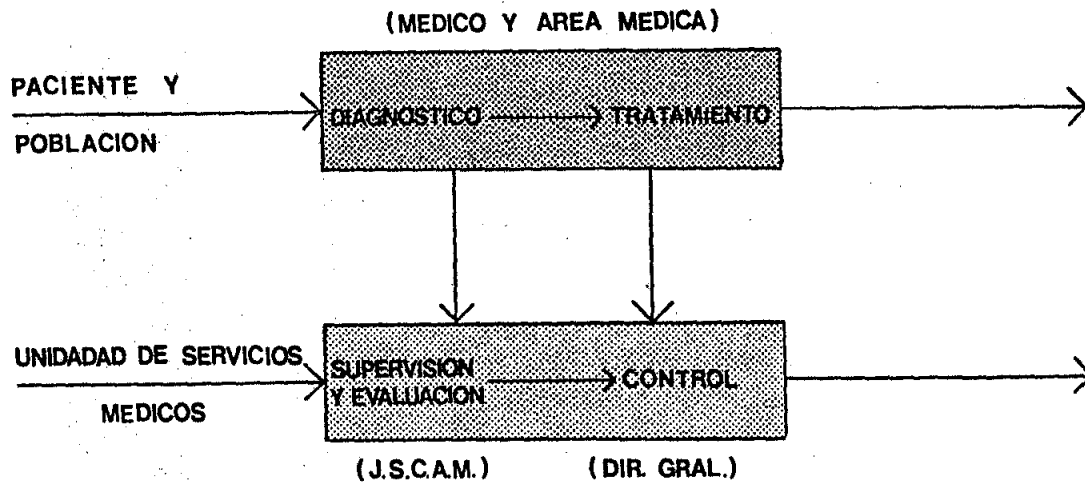
(Cuadro N° 7)

Los instrumentos que utiliza el Departamento permiten recabar información sobre Manuales de Organización, Coordinación, Programas de Supervisión y Control, adecuación de la información generada y registrada en las Unidades. Registran también la capacitación administrativa y rotación de los directivos, recursos generales e indicadores de productividad.

(Cuadro N° 8)

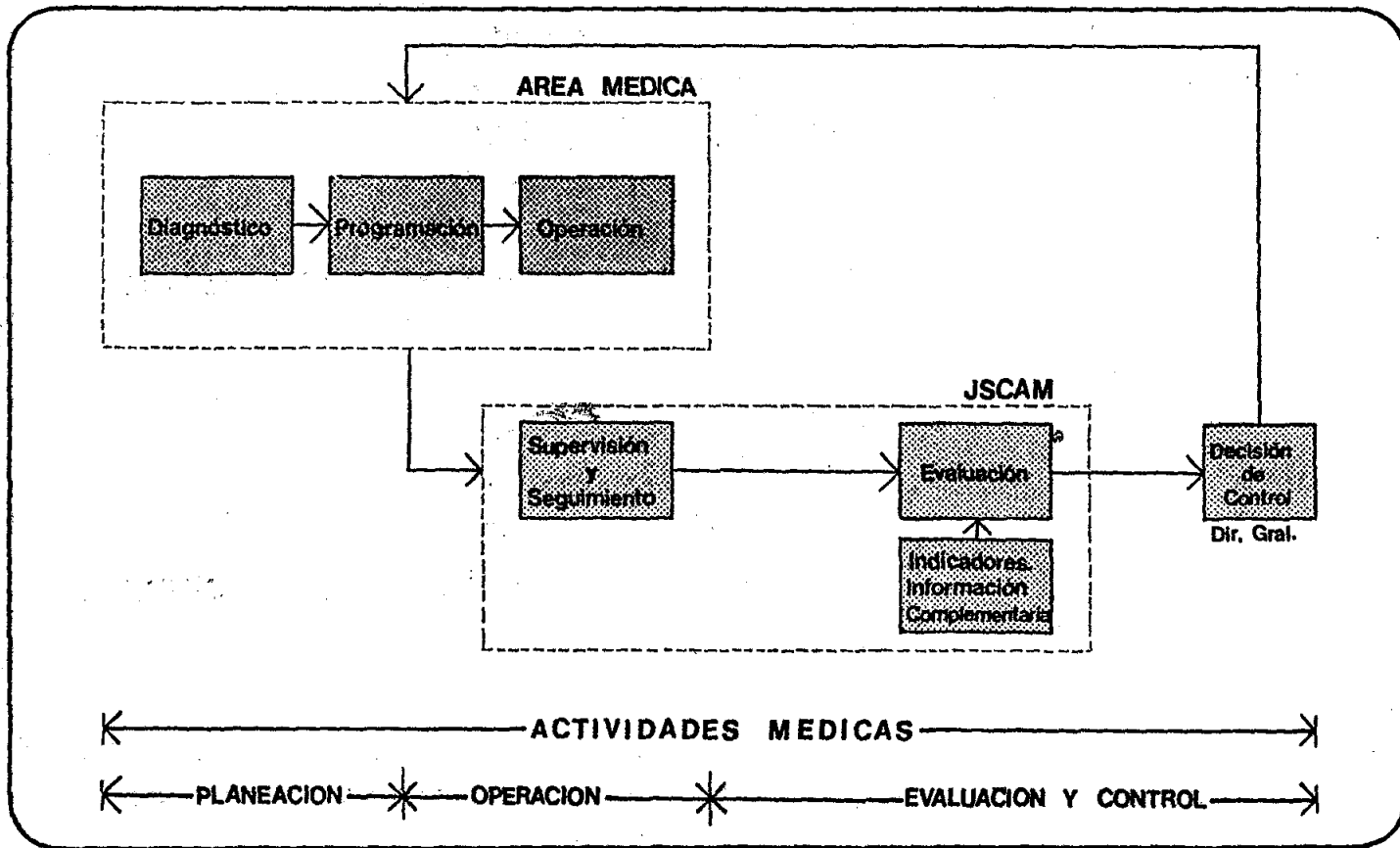
En relación a normas, se verifica su existencia tanto en las áreas médicas como paramédicas, niveles de los que emanan las normas, se verifica su difusión y cumplimiento, se constata la existencia de guías para supervisiones locales y la utilidad que han redituado las normas tanto a las Unidades de Atención Médica como a los derechohabientes.

CUADRO N° 4  
MODELO ANALOGICO (operativo)



CUADRO N° 5

PROCESO DE LA PLANEACION, OPERACION, EVALUACION Y CONTROL DEL AREA MEDICA EN EL IMSS



CUADRO NÚM. 6

PRIMER NIVEL DE DIFERENCIACION EN LOS PROCESOS DE PLANEACION Y OPERACION

**PLANEACION:** Capacidad instalada

- Necesidad USM
- Autorización
- Instalada real

Desviación → ¿Por qué?

**OPERACION:** ¿Cómo están administrando  
la capacidad instalada  
real?

- Diagnóstico y programa
- Resultados de la  
operación

Desviación → ¿Por que?

CUADRO N° 7  
INSTRUMENTO DE CAPTACION E INFORMACION  
ORGANIZACION

ORGANIZACION

COORDINACION

PROGRAMA DE SUPERVISION Y CONTROL

INFORMACION

CAPACITACION ADMINISTRATIVA DE LOS DIRECTIVOS

ROTACION DE DIRECTIVOS

RECURSOS

INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y COSTOS

CUADRO N° 8  
INSTRUMENTO DE CAPTACION E INFORMACION  
NORMAS

NORMAS TECNICO-ADMINISTRATIVAS Y MEDICAS VIGENTES

NIVELES DE LOS QUE EMANAN LAS NORMAS  
(S.G.M. J.S.M. DELEGACION)

NORMAS LOCALES DE CADA UNIDAD

DIFUSION

CUMPLIMIENTO

FUNCIONALIDAD

SUPERVISION LOCAL

UTILIDAD QUE HAN REDITUADO LAS NORMAS

El documento en que se concreta la información contiene los conceptos ya mencionados de organización y normas, consignándose en por ciento su existencia, actualización, funcionamiento, cumplimiento, vigencia, etc., y dándose las sugerencias de solución del caso según la urgencia.

(Cuadro N° 9)

El Departamento de Supervisión y Control de las Actividades Médicas proporciona información por área programática (zonas de servicios médicos) en los siguientes capítulos sustantivos:

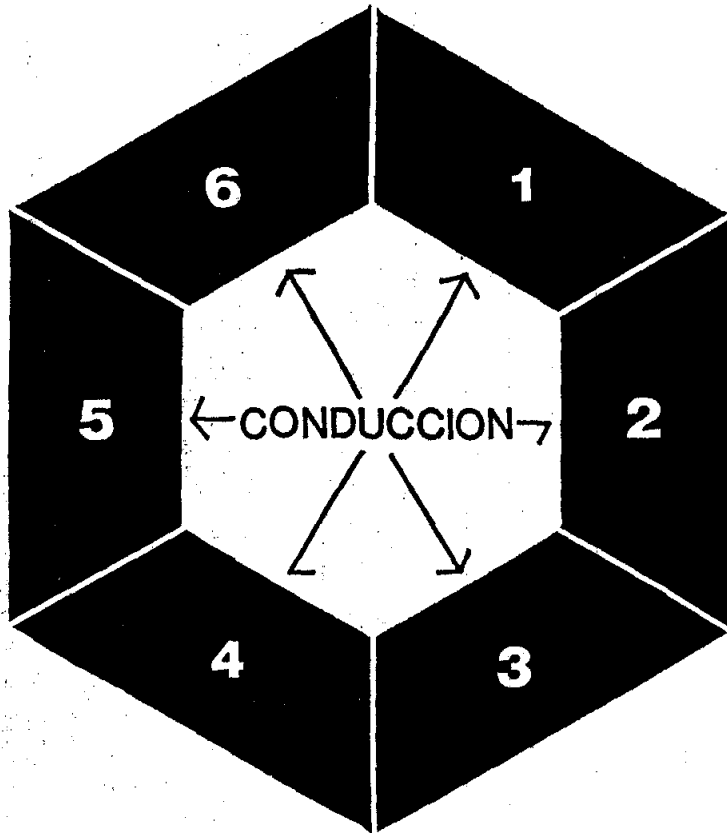
- ◆ Diagnóstico de salud;
- ◆ Programación médica;
- ◆ Actividades médicas, y
- ◆ Resultados de los programas.

Para poder señalar el estado de cada una de ellas es necesario conocer sus componentes principales.



CUADRO N° 9

EVALUACION DE ACTIVIDADES MEDICAS



1. RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS
2. ACTIVIDADES MEDICAS
3. REGIONALIZACION
4. PROGRAMACION
5. DIAGNOSTICO DE SALUD
6. POBLACION

(Cuadro N° 10)

En lo relativo al Diagnóstico de Salud, se sabe que la población de un país se ve influida por factores específicos, los que van a condicionar la aparición o severidad de los daños.

Los problemas que presenta la población de una zona costera no son similares a los que padece la población del altiplano. Se requiere el conocimiento de algunos condicionantes de la relación salud-enfermedad, tales como:

Las características de la población que demanda los servicios, al través de su composición (pirámide de población), crecimiento, migración, natalidad, esperanza de vida, etc.

Los factores socioeconómicos que se presentan en ellas, como son: ingreso, educación, ocupación, vivienda, alimentación. Información sobre: saneamiento ambiental, tal como: disponibilidad de agua potable, drenaje, etc., y por último los daños a la salud obtenidos de las necesidades sentidas y expresadas por la demanda de consulta, motivos de egreso hospitalario y causas de defunción.

(Cuadro N° 11)

La información recabada de las áreas de la población, daños y condicionantes socioeconómicos se analiza integrándose un diagnóstico de salud; este diagnóstico deberá ser tanto descriptivo como analítico, mismo que previa jerarquización de cada uno de los problemas permita la programación.

(Cuadro N° 12)

En base a la información de los daños que padece una población y al comportamiento de los mismos se establecen los programas.

Los enfoques de la programación podrán ser basados en:

Programación a primeras causas de demanda o a últimas, basadas en criterios de magnitud o trascendencia.

El objetivo puede ser prevenir un daño, limitarlo (enfoque curativo) o acelerar la recuperación del individuo o de la función (enfoque rehabilitatorio).

Pueden existir programas que mejoren el proceso, pero éstos por lo general no se traducen en modificación de los daños, sino en cambios en la eficiencia y eficacia de la utilización de los recursos.

(Cuadro N° 13)

En la práctica se hace necesario regionalizar los servicios de salud, cuyo objetivo fundamental es adecuar los recursos a las necesidades de la población, con un criterio de eficiencia. Es en este rubro donde la evaluación se enfoca al aspecto administrativo, midiendo eficiencia y eficacia del proceso, así como de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, lo que se complementa con información sobre las actividades médicas.

CUADRO N° 10

## **5. DIAGNOSTICO DE SALUD**

Análisis de la información sobre:

- factores demográficos
- factores socioeconómicos
- daños a la salud
- recursos

## 6. POBLACION

- Factores demográficos
  - . pirámide de población
  - . crecimiento
  - . natalidad
  - . migración, etc.
- Factores socioeconómicos
  - . ingreso
  - . escolaridad
  - . ocupación
  - . vivienda
  - . saneamiento, etc.
- Daños a la salud
  - . morbilidad
  - . mortalidad
  - . agrupamientos de morbi-mortalidad



6

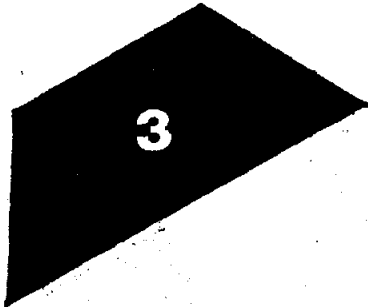
## **4. PROGRAMACION**

Cubrir los daños de la población  
con enfoque:

- . a primeras o últimas causas
- . preventivo, curativo, rehabilitatorio
- . centrado en los procesos
- . etc.

### **3. REGIONALIZACION**

Adecuación de recursos a  
necesidades con criterio de  
eficiencia



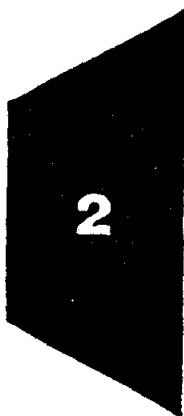
(Cuadro N° 14)

De las áreas de Medicina Preventiva, Odontología, Medicina del Trabajo y Medicina Asistencial se obtienen datos que permiten medir cuantitativa y cualitativamente el volumen de acciones y su enfoque, permitiendo estructurar juicios de valor que los califiquen.

Las actividades médicas son los medios para lograr resultados de la programación.

CUADRO N° 14

## **2. ACTIVIDADES MEDICAS**

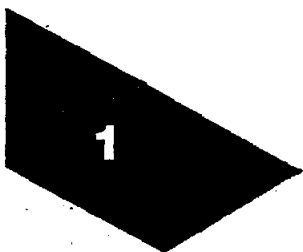


- Medicina Preventiva
- Odontología
- Medicina del Trabajo
- Medicina Asistencial

(Cuadro N° 15)

Al final de un año se revisan los logros de los programas en relación con los objetivos (modificación de los daños de la población), practicándose validación científica para estimar si los logros observados se deben a las acciones del programa.

CUADRO N° 15



## **1. RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS**

Validación de la relación entre acciones de los programas y los resultados.

**De esta manera se cierra el ciclo: planeación-evaluación-planeación.**

A nivel de este Departamento se obtiene información de cada uno de los rubros anteriores, se procesa y se compara con los indicadores ya elaborados en base a información previa, pudiendo establecerse objetivamente en qué medida las acciones realizadas por el área médica consiguen modificar los daños.

Los resultados de la observación se reportan en una forma concentrada en la que se califican de SUFICIENTE o insuficiente cada uno de los rubros mencionados.

PARA MANTENER PERMANENTEMENTE EL NIVEL DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA Y CUMPLIR SU COMETIDO TANTO ASISTENCIAL COMO EDUCATIVO ES NECESARIO ESTABLECER UN ORGANO DE SUPERVISION Y EVALUACION DE LAS AREAS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION, CUYO OBJETIVO PRIMORDIAL SERA EL DE APORTAR ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA RETROINFORMACION UTIL EN LA TOMA DE DECISIONES.

La primera fase de este proceso se concibió como el establecimiento de un diagnóstico situacional en donde se identificaron los diversos elementos que confluyen e integran el fenómeno educativo, para estudiar e identificar los problemas más relevantes que en ese momento estén obstaculizando el adecuado desarrollo de los programas para cumplir los objetivos propuestos en ellos.

La obtención de dicho diagnóstico se hace a partir de los siguientes elementos:

- La identificación de los recursos humanos, físicos y materiales con los que cuentan las áreas operativas.
- El análisis del modo organizativo de los programas vigentes en cada uno de los niveles de enseñanza que se imparten en la institución (pregrado, postgrado, capacitación continua) en cuanto a su planeamiento, programación, calendarización, estructura didáctica, supervisión y evaluación interna, etc.
- La identificación de los trabajos de investigación, tanto clínica como básica que al momento presente se estén realizando.

Todo lo anterior contribuye a la evaluación de la investigación así como de la formación y capacitación del personal médico y paramédico en los diferentes niveles, a corto, mediano y largo plazo.

Para la obtención de la información requerida se usan dos técnicas principalmente:

- 1) La observación directa en las áreas operativas, visitando las unidades que tengan un mínimo de dos niveles de enseñanza y las áreas en donde estén concentrados los funcionarios delegacionales de enseñanza.
- 2) La encuesta a través de la aplicación de un cuestionario dirigido al Jefe Delegacional de Enseñanza e Investigación o a la persona bajo cuya responsabilidad queden las actividades propias del área de enseñanza e investigación.



El cuestionario se estructuró con 23 cuadros esquemáticos y 20 preguntas. Se diseñaron los cuadros de tal forma que se facilite anotar la información requerida en forma clara y precisa.

Las preguntas están encaminadas para abundar sobre la información requerida en algunos cuadros, por lo que aparecen intercaladas en los mismos.

**POR SU PARTE, EL DEPARTAMENTO DE SUPERVISION Y EVALUACION DE INSTALACIONES, INSTRUMENTAL Y EQUIPO, CON SU PERSONAL TECNICO Y MEDICO, ESTA DESARROLLANDO SUS ACTIVIDADES DE SUPERVISION INTEGRANDOSE AL RESTO DE LOS DEPARTAMENTOS QUE CONSTITUYEN LA JEFATURA.**

Los aspectos que supervisa el Departamento son:

- La adecuación de la relación oferta-demanda actual y proyectada por delegación y zona.
- Si existe planeación de los recursos materiales.
- El estado actual del edificio y la integración de recursos de las unidades en operación.

Como elementos básicos para supervisar los puntos mencionados se utilizan dos cuestionarios: uno que se aplica a nivel delegacional y con él se obtiene información que permite conocer en forma general si los recursos materiales existentes (unidades médicas, instrumental y equipo) son suficientes para satisfacer la demanda actual de servicios que genera la población derechohabiente.

Se capta también, a través de este instrumento, información sobre el proceso de planeación de los recursos materiales para demanda futura, ya sea por crecimiento natural como por nuevas incorporaciones.

En las unidades médicas, además de la supervisión directa de cada una de las áreas de servicios que la integran, también se aplica un cuestionario con el cual se recaba información sobre la suficiencia y funcionalidad del edificio, sobre la existencia, calidad y necesidades de instrumental y equipo médicos y lo relativo al cumplimiento y efectividad de los programas de conservación y mantenimiento de dichos recursos.

Toda la información recabada se analiza y procesa, informando al titular de la jefatura en forma concentrada y resumida los resultados generales y específicos de la supervisión.

El concentrado que constituye el informe principal consta de 18 columnas; las primeras seis contienen los datos relativos a la demanda (población amparada y usuaria) y a los recursos actuales (unidades, consultorios y camas); en las columnas intermedias se informa en porcentajes la existencia y calidad del instrumental y equipo médicos, calificándose en bueno, regular o malo al mantenimiento de los recursos físicos; en las últimas cinco columnas se reporta lo correspondiente a la demanda proyectada y sobre la suficiencia o necesidades de los recursos para satisfacerla.

Finalmente, para cada una de las unidades supervisadas se rinde un informe sobre los problemas relevantes por cada una de ellas, destacando aquellos que por su magnitud y trascendencia estén interfiriendo en la funcionalidad de la unidad, o, lo que es más importante, en la prestación de servicios que ameriten solución inmediata.

El resto de los recursos son supervisados por el Departamento de Supervisión y Evaluación de Medicamentos, Material de Curación, Dietología y Laboratorios de Patología Clínica. Este Departamento tiene por objetivo obtener el diagnóstico en lo que se refiere a las necesidades y consumo de los medicamentos, del material de curación y de la alimentación, para el aprovechamiento óptimo de los derechohabientes, en las cantidades y calidad adecuadas, requeridas para la prestación de los servicios médicos. Asimismo, la suficiencia de bancos de sangre y laboratorios de análisis clínicos, así como que los recursos, tanto materiales como humanos, resulten óptimamente empleados. (Cuadros N° 16, N° 17 y N° 18.)

Todo ello da por resultado un conocimiento adicional, a saber: la posibilidad de evaluar la capacidad de mejoramiento de estos servicios.

Para lograr el objetivo mencionado, este Departamento requiere supervisar y posteriormente evaluar la información obtenida mediante instrumentos de trabajo elaborados ex profeso.

Los instrumentos consisten en cuestionarios, divididos según los requerimientos; éstos pueden ser de entrevista directa o indirecta. Los primeros se aplican a los encargados de las áreas supervisadas —y se van— comprobando “in situ” las respuestas; los segundos sirven para redondear la información en lo referente a cifras y datos de carácter estadístico en general. Posteriormente, la evaluación se lleva a cabo mediante instrumentos que permiten el análisis crítico de los resultados obtenidos, los cuales se califican en tanto por ciento con base a un ideal de 100.

Los cuestionarios, pues, contienen preguntas concretas que abarcan toda la posible problemática que pueda afectar el objetivo, con lo que se está en condiciones de establecer un diagnóstico exacto tanto de los aspectos correctos como de los que muestren deficiencias. En suma: logramos captar a qué tanto por ciento de su capacidad real trabaja la unidad supervisada y cuáles son sus problemas específicos.

(Cuadro N° 19)

El proceso general es el siguiente: el Departamento —igual que los demás que conforman la Jefatura— cuenta con personal cuya tarea consiste en visitar, mediante una programación, a las Delegaciones, Zonas y Unidades, en donde reciben, mediante entrevistas, toda la información correspondiente a los aspectos enumerados en el objetivo.

(Cuadro N° 20)

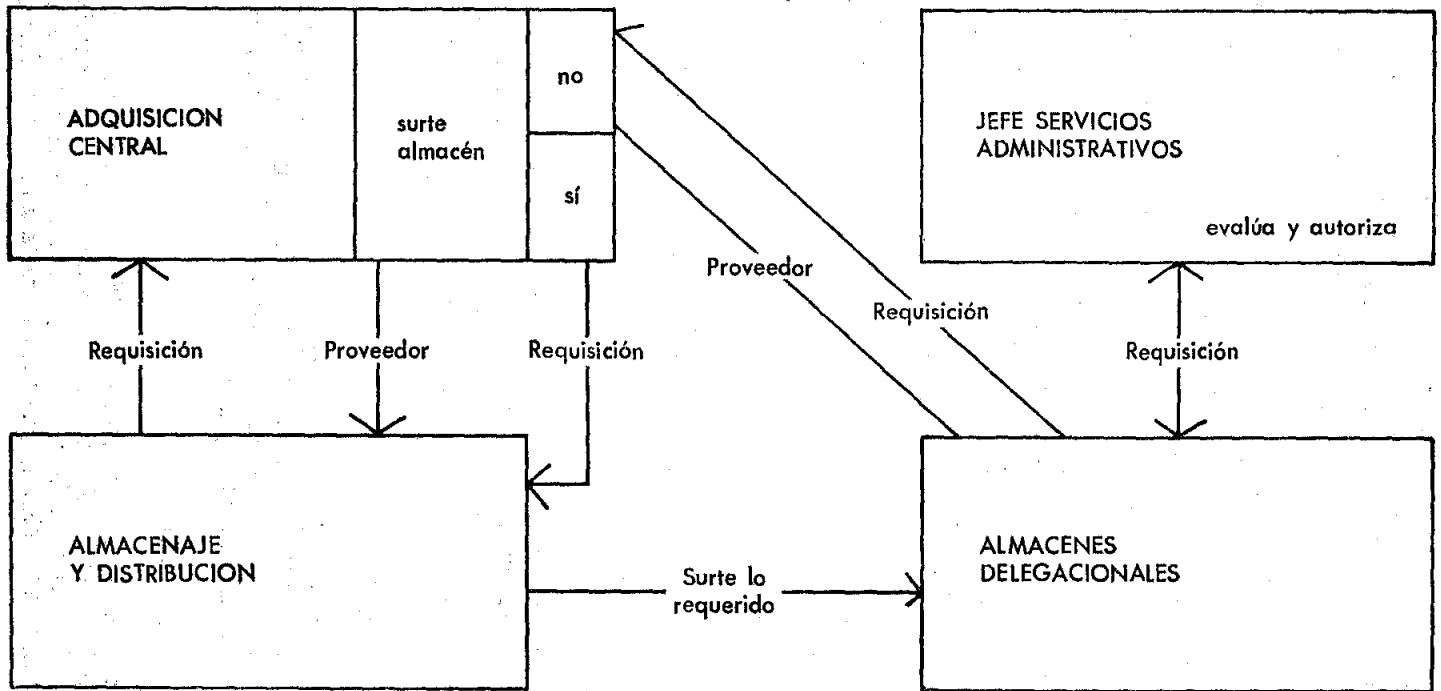
Una vez recibida la información, el Supervisor se aboca al análisis de los datos obtenidos, a la depuración de los mismos y a su concentración, es decir, pasará a la fase final, que es la de evaluación, para establecer el diagnóstico buscado como objetivo.

(Cuadros 21 y 22)

Finalmente, los resultados obtenidos pasan, para ser analizados, al Comité de Evaluación, el cual los conjunta con los de las demás áreas que conforman la Jefatura. Una vez conjuntados, se someten a la consideración del Titular de la misma, quien los tramita a las Autoridades Superiores.

CUADRO N° 16  
 PROCESO DE ABASTECIMIENTO

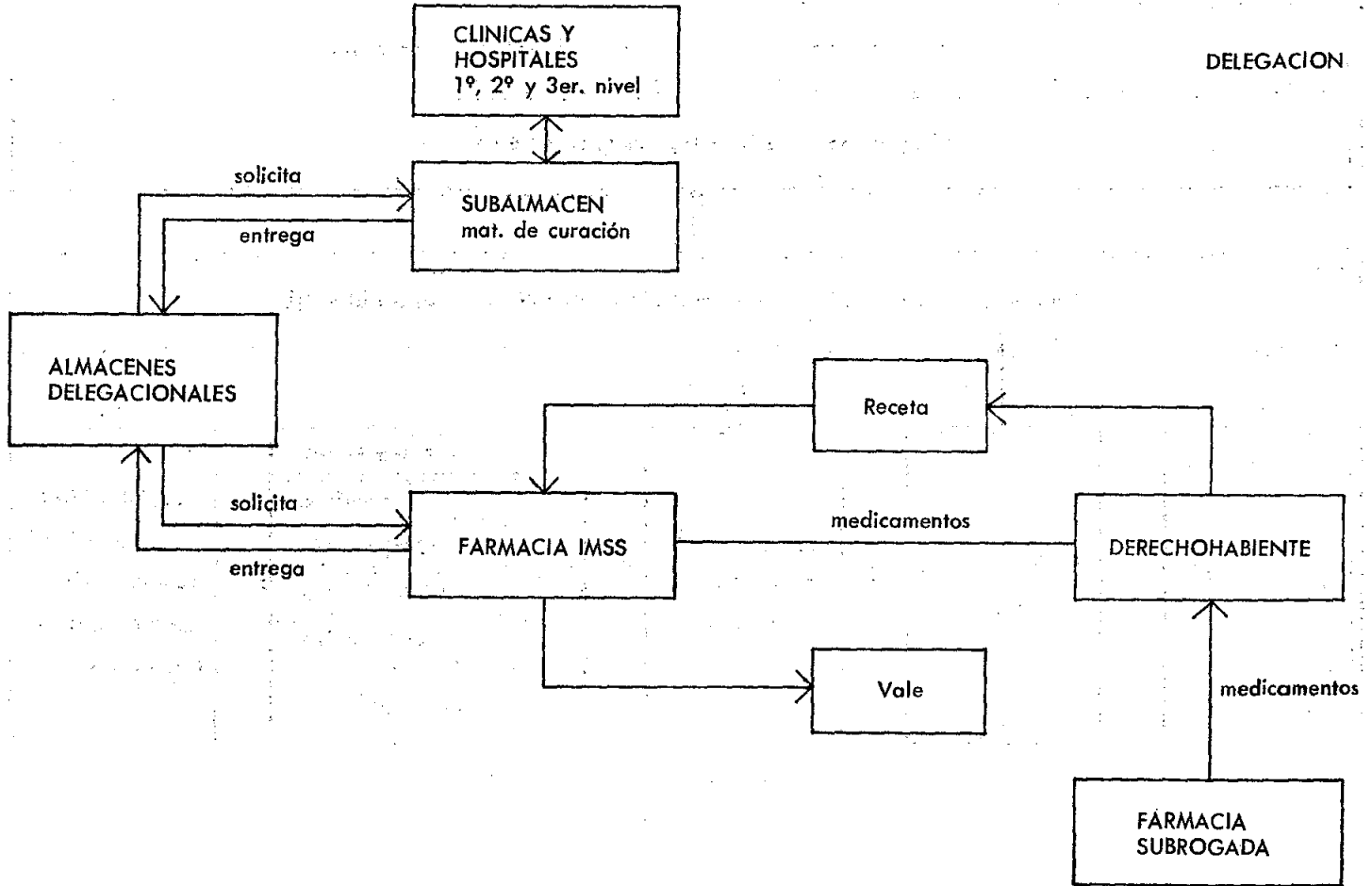
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ABASTECIMIENTO



PROCESO DE ABASTECIMIENTO

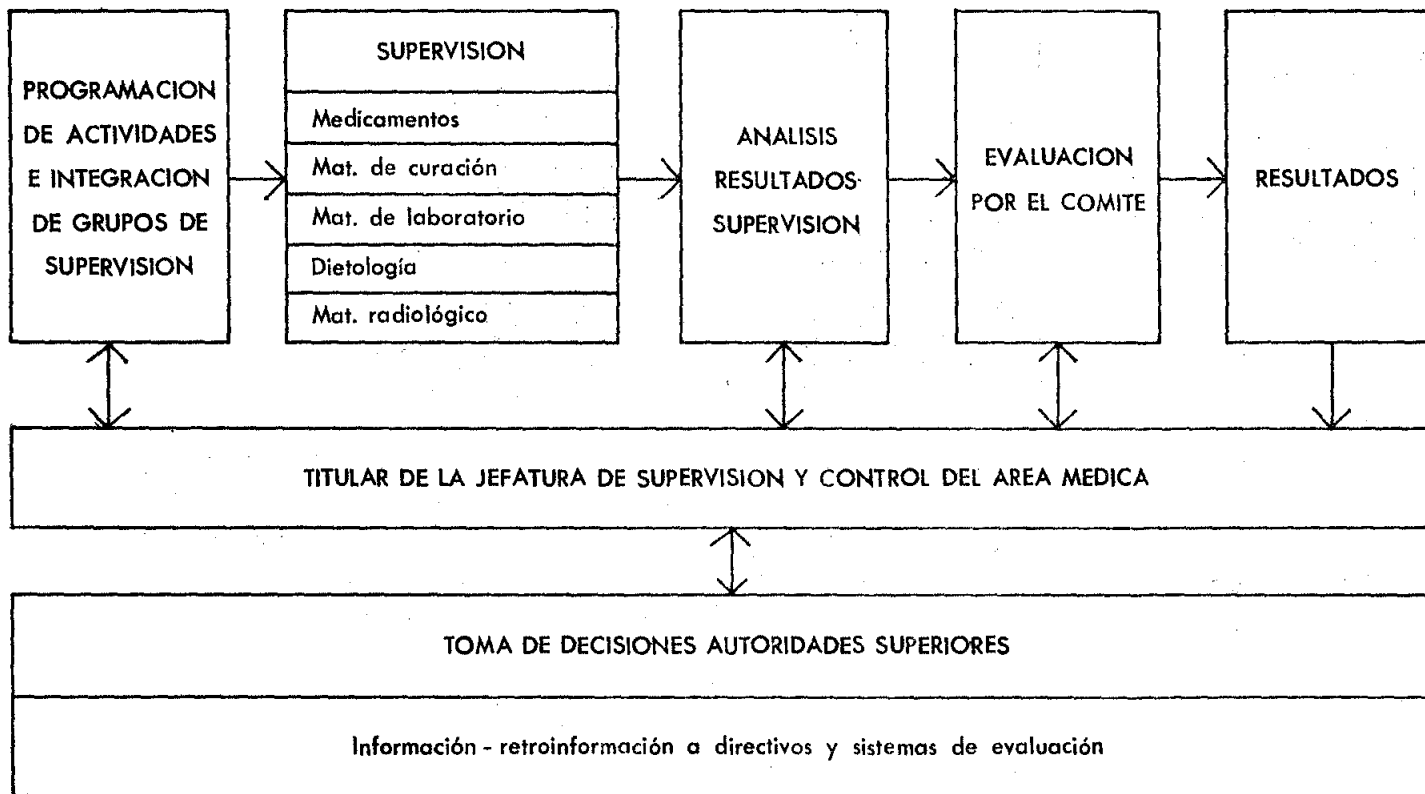
DELEGACION

53



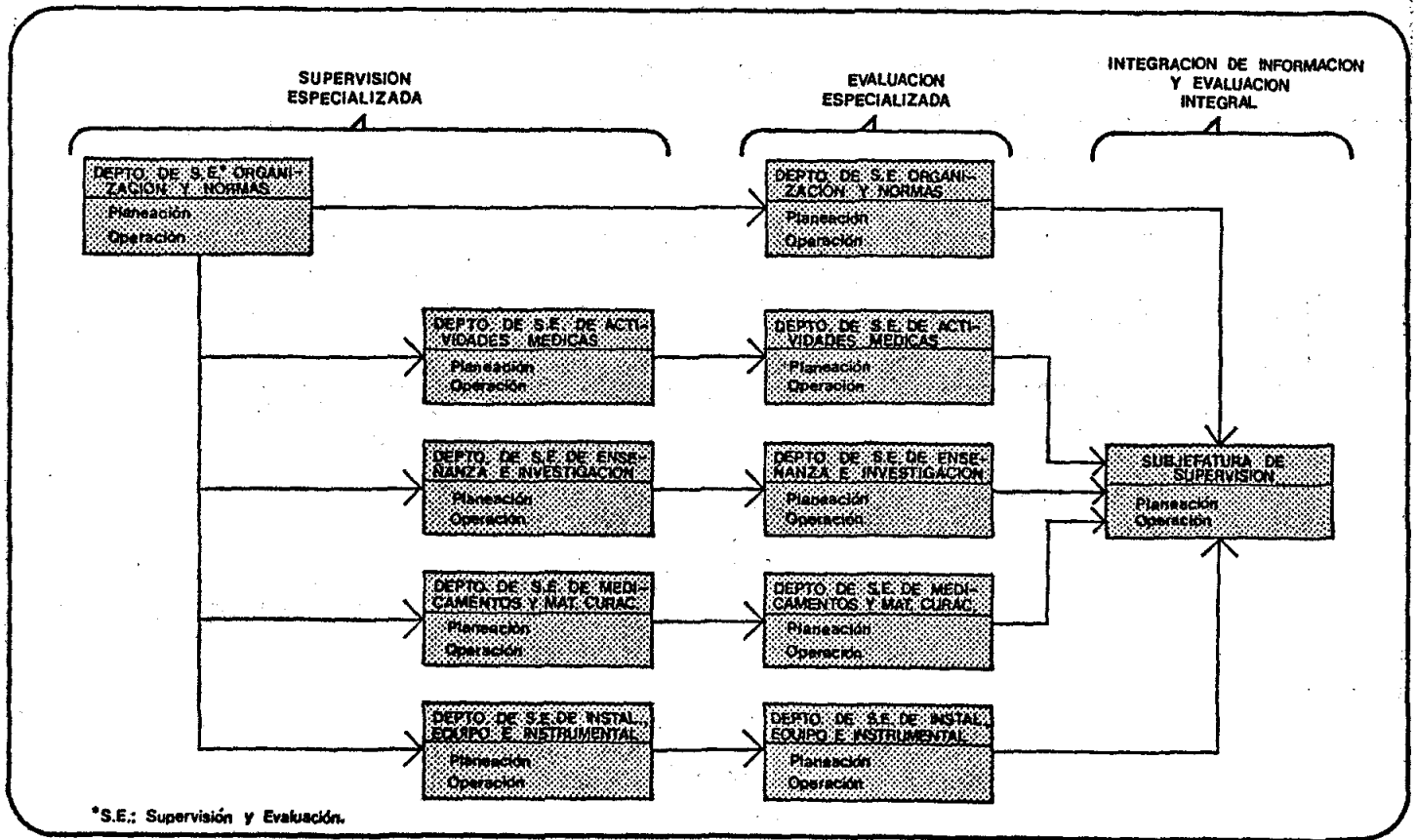
CUADRO N° 18

DIAGRAMA DE FUNCIONAMIENTO



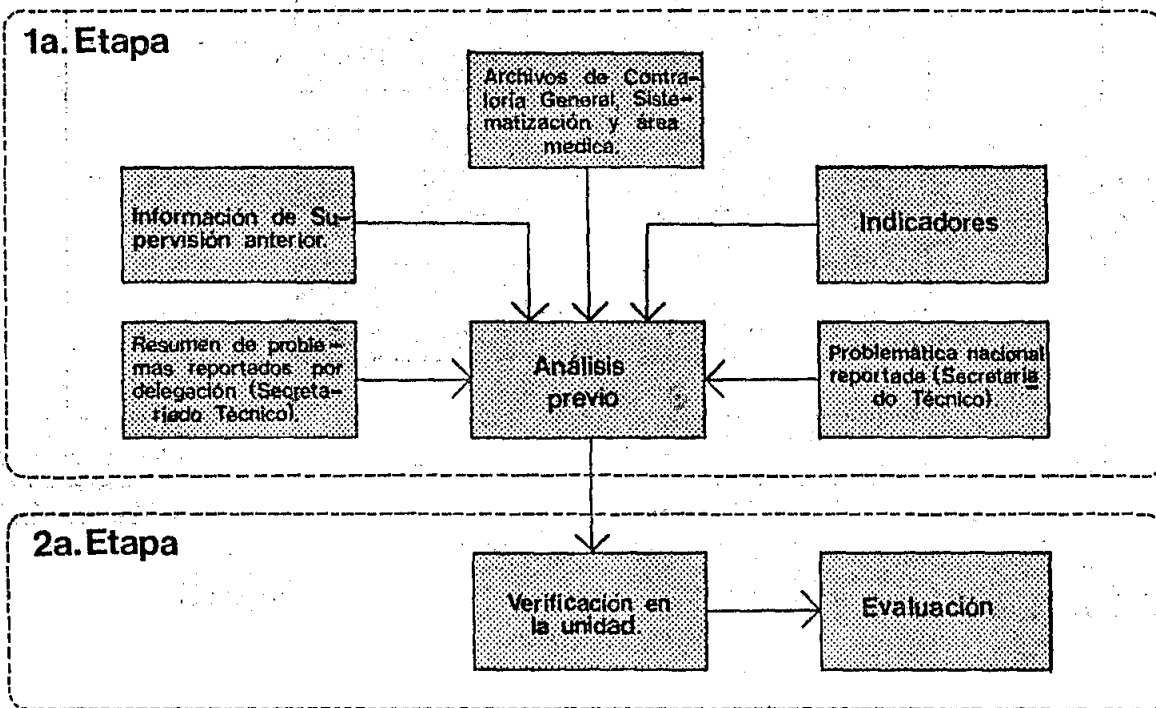
CUADRO N° 19

PROCESO DE SUPERVISION Y EVALUACION DE UNA UNIDAD DE SERVICIOS



\*S.E.: Supervisión y Evaluación.

CUADRO N° 20  
ETAPAS DE SUPERVISION



CUADRO N° 21

DIAGRAMA DE FUNCIONAMIENTO

