

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CURSO ESPECIAL TRANSITORIO PARA OBTENER EL
GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



Z y.
(9)

FRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION VERBAL ENTRE EL PERSONAL DE UN CENTRO DE SALUD Y LA POBLACION QUE ASISTE EN DEMANDA DE SERVICIOS

**TRABAJO DE TESIS PRESENTADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

GLORIA TRUJILLO MORENO

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

AGRADECIMIENTO.

ESQUEMA DE TRABAJO.

PAGINA

I. -	INTRODUCCION.....	1
II. -	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
III. -	HIPOTESIS.....	3
IV. -	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	4
V. -	MARCO TEORICO.....	5
	1. - Situación de Salud en México.....	
	2. - Conclusiones sobre la Situación de Salud.....	20
	3. - Tendencias en la Atención de la Salud.....	22
	4. - Situación Educativa de la Población y Educación para la Salud.....	24
	5. - El Proceso de la Comunicación en la Educación para la Salud.....	30
VI. -	METODOLOGIA DE TRABAJO.....	
	1. - Planeación.....	38
	2. - Desarrollo del Estudio.....	39
	2.1. Ensayo de los Instrumentos.....	40
	2.2. Reajustes del Plan.....	41
	2.3. Recolección Formal de Datos.....	42
VII. -	RESULTADOS OBTENIDOS Y ANALISIS DE LOS MISMOS.....	43
VIII. -	DEFINICION DE TERMINOS.....	73
IX. -	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	76
X. -	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	

RELACION DE CUADROS Y GRAFICAS

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

RELACION DE CUADROS

	Página
1.- Crecimiento de la Población. Estados Unidos Mexicanos. 1960 - 1975.	7
2.- Mortalidad General. Estados Unidos Mexicanos. 1968 - 1975.	10
3.- Mortalidad por Grupos de Edad. Tasa por 1000 Habitantes. 1960 - 1975.	11
4.- Mortalidad por las Diez Principales Causas. Estados Unidos Mexicanos. 1975.	12
5.- Principales Causas de Mortalidad Infantil. 1975.	13
6.- 5 Causas Principales de Mortalidad General y por Grupos de Edad. Estados Unidos Mexicanos. 1975.	14
7.- Principales Causas de Mortalidad Materna. Estados Unidos Mexicanos. 1975.	16
8.- Datos preliminares de las Estadísticas Básicas - del Sistema Educativo Nacional. México. 1974.	27
9.- Resumen de la Eficiencia de la Enseñanza Primaria. México. 1977 - 1978.	28
10.- Asistencia de Pacientes por Servicio en el Tiem- po Total Observado y Porcentaje de Casos en los- que se Registraron Comunicaciones.	41

	Página
11.- Frecuencia y Contenido de la Comunicación Oral en el Tiempo Total Observado.	44
12.- Frecuencia y Contenido de la Comunicación según Donde se llevó a cabo.	46
13.- Frecuencia y Contenido de la Comunicación según Con Quienes se llevó a cabo.	47
14.- Porcentaje de Tiempo Empleado en los Diversos Propósitos de Comunicación estudiados según Donde se estableció.	49
15.- Porcentaje de Tiempo empleado en los Diversos Propósitos de Comunicación estudiados, según Con Quien se llevó a cabo.	51
16.- Porcentaje de Tiempo utilizado por el Personal en Comunicación con el Propósito de dar Ordenes.	52
17.- Porcentaje de Tiempo utilizado por el Personal dando Ordenes, según donde se estableció la Comunicación.	53
18.- Porcentaje de Tiempo utilizado dando Ordenes, según Con Quien se llevó a cabo la Comunicación.	54
19.- Porcentaje de Tiempo utilizado por el Personal, en Comunicación con fines de Enseñanza.	56
20.- Porcentaje de Tiempo utilizado en Comunicación con fines de Enseñanza, según con Quien se llevó a cabo.	57

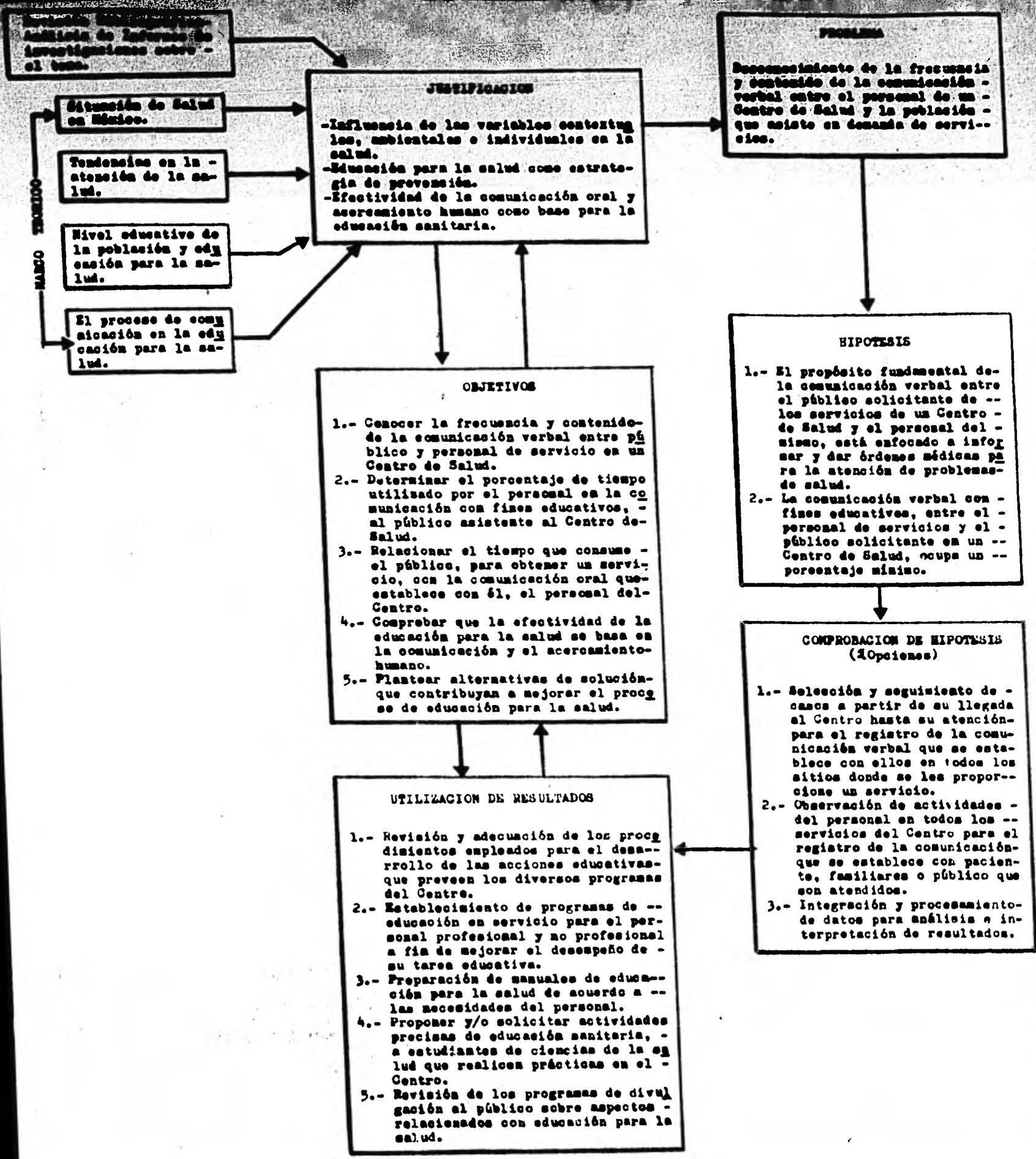
	Página
21.- Porcentaje de Tiempo utilizado en Comunicación con fines de Enseñanza, según donde se llevó a cabo.	58
22.- Porcentaje de Tiempo utilizado por el Personal en Comunicación con fines de Acercamiento Personal.	59
23.- Porcentaje de Tiempo utilizado en Comunicación con fines de Acercamiento Personal, según Donde se llevó a cabo.	60
24.- Porcentaje de Tiempo utilizado en Comunicación con fines de Acercamiento Personal, según Con Quien se llevó a cabo.	61
25.- Nivel Educativo de la Población Con Quien se estableció Comunicación en el Tiempo total observado. (Consulta Individual).	
26.- Porcentaje de Tiempo que consumió el Público - Observado, para obtener un servicio en el Centro de Salud.	66
27.- Promedio de Tiempo utilizado con cada uno de los Casos observados, según donde se estableció la Comunicación.	67
28.- Promedio de Tiempo utilizado con cada uno de los Casos observados, según Con Quien se estableció la Comunicación.	68

RELACION DE GRAFICAS

	Página
1.- Porcentaje de Tiempo utilizado por el Personal - en Comunicación Verbal y sin hablar con el Público, en los 3,640 minutos de tiempo total observado.	62
2.- Tipo de Pacientes y de Consulta proporcionada a los 237 casos observados.	65
3.- Frecuencia y Propósito de las charlas sobre Educación para la Salud impartidas a grupos.	69
4.- Porcentaje de Tiempo empleado según propósitos - de la Comunicación establecida con el Público -- durante las charlas de Educación para la Salud a grupos.	70
5.- Frecuencia y personal responsable de impartir las charlas sobre Educación para la Salud.	71
6.- Distribución porcentual de los 338 participantes a las charlas de Educación para la Salud según - tipo de asistencia al Centro.	72

RELACION DE ANEXOS

1. - ESQUEMA DE TRABAJO PARA ELABORACION DE TESIS.
2. - HOJA DE REGISTRO DE COMUNICACIONES.
3. - CLAVE PARA LA CLASIFICACION Y RECUENTO DE DATOS.
4. - INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DE LA HOJA DE REGISTRO DE COMUNICACIONES.
5. - CLASIFICACION DE LA COMUNICACION VERBAL, SEGUN SU CONTENIDO.
6. - MATRICES PARA COMPUTO Y TABULACION DE DATOS.
7. - SOLICITUD PARA EL ESTUDIO A LA DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL.
8. - AUTORIZACION PARA LA INVESTIGACION.
9. - AGENDA PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.
10. - CALENDARIO DE CHARLAS DE EDUCACION PARA LA SALUD.
11. - CUADRO NO. 29 PORCENTAJE DE TIEMPO EMPLEADO SEGUN PROPOSITOS DE COMUNICACION VERBAL CON EL PUBLICO, DURANTE LAS CHARLAS DE EDUCACION PARA LA SALUD.
12. - CUADRO NO. 30 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ASISTENTE A LAS CHARLAS DE EDUCACION PARA LA SALUD.



Revisión de la literatura de investigaciones sobre el tema.

PROBLEMA

Desconocimiento de la frecuencia y contenido de la comunicación verbal entre el personal de un Centro de Salud y la población que asiste en demanda de servicios.

HIPOTESIS

- 1.- El propósito fundamental de la comunicación verbal entre el público solicitante de los servicios de un Centro de Salud y el personal del mismo, está enfocado a informar y dar órdenes médicas para la atención de problemas de salud.
- 2.- La comunicación verbal con fines educativos, entre el personal de servicios y el público solicitante en un Centro de Salud, ocupa un porcentaje mínimo.

COMPROBACION DE HIPOTESIS (Opciones)

- 1.- Selección y seguimiento de casos a partir de su llegada al Centro hasta su atención para el registro de la comunicación verbal que se establece con ellos en todos los sitios donde se les proporciona un servicio.
- 2.- Observación de actividades del personal en todos los servicios del Centro para el registro de la comunicación que se establece con paciente, familiares o público que son atendidos.
- 3.- Integración y procesamiento de datos para análisis e interpretación de resultados.

JUSTIFICACION

- Influencia de las variables contextuales, ambientales e individuales en la salud.
- Educación para la salud como estrategia de prevención.
- Efectividad de la comunicación oral y acercamiento humano como base para la educación sanitaria.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer la frecuencia y contenido de la comunicación verbal entre público y personal de servicio en un Centro de Salud.
- 2.- Determinar el porcentaje de tiempo utilizado por el personal en la comunicación con fines educativos, al público asistente al Centro de Salud.
- 3.- Relacionar el tiempo que consume el público, para obtener un servicio, con la comunicación oral que establece con él, el personal del Centro.
- 4.- Comprobar que la efectividad de la educación para la salud se basa en la comunicación y el acercamiento humano.
- 5.- Plantear alternativas de solución que contribuyan a mejorar el proceso de educación para la salud.

UTILIZACION DE RESULTADOS

- 1.- Revisión y adecuación de los procedimientos empleados para el desarrollo de las acciones educativas que prevén los diversos programas del Centro.
- 2.- Establecimiento de programas de educación en servicio para el personal profesional y no profesional a fin de mejorar el desempeño de su tarea educativa.
- 3.- Preparación de manuales de educación para la salud de acuerdo a las necesidades del personal.
- 4.- Proponer y/o solicitar actividades precisas de educación sanitaria, a estudiantes de ciencias de la salud que realicen prácticas en el Centro.
- 5.- Revisión de los programas de divulgación al público sobre aspectos relacionados con educación para la salud.

MARCO TEORICO

Situación de Salud en México.

Tendencias en la atención de la salud.

Nivel educativo de la población y educación para la salud.

El proceso de comunicación en la educación para la salud.

I. - INTRODUCCION

Actualmente el cuidado de la salud en México, está enfocado a llevar - sus servicios al mayor número de población; y para ello se plantea la - política de ampliación de cobertura de acción de los planes de salud; - esto implica, además de un servicio continuo y de calidad, accesibili- dad física, cultural y económica, que es en última instancia lo que ha- ce posible el uso de los servicios a la comunidad.

Tomando en cuenta las características de los fenómenos demográficos del país; así como los recursos necesarios para la extensión de servi- cios propuesta, la operacionalización de la política esbozada, exige de la participación activa y consciente de los beneficiarios ya que ello per- mitiría, además de concientizar al público sobre la responsabilidad -- que le compete en el cuidado de sí mismo; utilizar racionalmente los - medios disponibles entre la propia población, para llevar a cabo deter- minadas acciones de salud.

Esta situación a su vez, requiere del reconocimiento y comprensión - por parte de quienes laboran en el área de las ciencias de la salud, de las causas que originan los principales problemas de la misma; así - también de sus implicaciones sociales y culturales; y de como afectan el nivel de vida individual, familiar y colectivo, con el propósito de - prevenir, atender y controlar cada uno de los problemas de salud.

Se comprenderá la importancia que cobra la educación sanitaria en es- te proceso, para conseguir el compromiso de la gente consigo misma - en la atención de sus necesidades básicas de salud, a través de sus pro- pios recursos; y el papel que juegan los recursos humanos que propor- cionan o tienen que ver con el ejercicio de los servicios de salud; pues son ellos quienes con sus conocimientos, interrelaciones y formas -- de comunicación, hacen factible que la población

adquiera o modifique actitudes en relación con el cuidado de su salud.- Por lo anterior, se decidió investigar, la frecuencia y contenido de la comunicación verbal entre el personal de un centro de salud y la población que asiste a él, en demanda de servicios, para contribuir a la determinación de procedimientos que faciliten y/o refuercen el proceso de educación para la salud; de tal modo, que el público pueda tener una -- participación real en dicho proceso.

El análisis de los resultados obtenidos, se realizó a partir de un marco teórico, que constituyó el núcleo integrador de la pesquisa; en él, - se intentó vincular la situación de salud y las tendencias para su atención; con formas de relación y comunicación verbal, que posibiliten el acercamiento humano entre la población y el personal de los servicios, - como base del aprendizaje que se propone.

Aún cuando las consecuencias del estudio en los servicios del centro, - no pueden predecirse, se considera que constituyen un aporte más, en la búsqueda de alternativas que permitan ofrecer un servicio de mayor calidad a la población.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La delimitación del problema, requirió llevar a cabo una serie de visitas al Centro de Salud, para observar algunos de los casos que acudieron a los servicios; éstos se tomaron desde su contacto inicial, hasta el fin del proceso que llevó a atenderlos. El hecho permitió valorar - que no siempre se establecía una comunicación con el público que favoreciera su participación en la atención de su salud. De donde se derivó la necesidad de conocer:

¿Cuál es la frecuencia y el contenido de la comunicación verbal, entre el personal de un Centro de Salud y la población que asiste en demanda de servicios ?

III.- HIPOTESIS.

- 1.- El propósito fundamental de la comunicación verbal entre el público-solicitante de los servicios de un Centro de Salud y el personal del mismo, está enfocado a informar y dar órdenes médicas para la atención de problemas de salud.
- 2.- La comunicación verbal con fines educativos, entre personal de servicios y público solicitante en un Centro de Salud ocupa un porcentaje mínimo.

IV.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

A través de los resultados de la investigación se espera:

- 1.- Conocer la frecuencia y contenido de la comunicación verbal entre el público y personal de servicios en un Centro de Salud.
- 2.- Determinar el porcentaje de tiempo utilizado por el personal en la comunicación con fines educativos, al público asistente al Centro de Salud.
- 3.- Relacionar el tiempo que consume el público para obtener un servicio, con la comunicación oral que establece con él, el personal del Centro de Salud.
- 4.- Comprobar que la efectividad de la educación para la salud se basa en la comunicación y el acercamiento humano.
- 5.- Valorar la repercusión de la comunicación verbal entre público y personal del Centro de Salud.
- 6.- Estimar el proceso de comunicación como base para la introducción de cambios de conducta en relación con la salud.
- 7.- Plantear alternativas de solución que contribuyan a mejorar la comunicación verbal en el proceso de educación para la salud.

V.- MARCO TEORICO.

1.- SITUACION DE SALUD EN MEXICO.

Tomando en cuenta que las condiciones físicas, ecológicas sociales y demográficas del país, son factores de gran repercusión en la salud individual y colectiva, la descripción de sus condiciones para fines de planeación, (educación para la salud) incluye el planteamiento de los aspectos que a continuación se reseñan:

1.1. Características del Medio Físico.

La República Mexicana tiene una superficie total de 2 022 056 Km²; la altitud sobre el nivel del mar varía de menos de 900 m., (46.56%) a 2100 m., (42.90%), por arriba de esta cifra se encuentra el 10.56% de poblaciones.

Hay una gran variedad de climas originados por la diferencia de alturas, así como por la hidrografía y la orografía del país, - sin embargo se pueden señalar como predominantes áreas templadas hacia el norte y tropicales en el sur. Hay desigualdad, en la cantidad de lluvias que se registran, siendo mayores para el Golfo que para la costa del Pacífico y el centro de la República; en general las lluvias son mayores durante el segundo y tercer trimestre del año.

La población es dispersa; los 67 millones 250 mil habitantes -- calculados para 1979, (Atlas de la Salud. Sección de Demografía Dirección de Biostatística de la U.S.A.) se encuentran distribuidos de la siguiente forma: 41% en localidades de menos de -- 2,500 habitantes; el 36% en comunidades de más de 2,500, 29% en poblaciones de más de 10,000 y el 3% restante en congregaciones muy por arriba de 50,000 habitantes; hay 28.2 habitantes por -- Km² de área territorial, como promedio; sin embargo vale la pe-

na hacer notar que mientras en el D.F. se reportan 4,585.7 habitantes por KM^2 ; hay entidades como el Estado de México con 178.6, Puebla con 73.9, Campeche con 4.9 y Quintana Roo con 1.8; lo que hace pensar en la irregularidad de la distribución real de los habitantes, y en la problemática de salud que implica.

1.1.1. Vivienda.

(1)

En 1970 existían 8,286,369 viviendas. El 69% de ellos contaba con uno o dos cuartos donde residían el 67% de la población; (49 millones) lo que se traduce en un déficit — habitacional.

Hay diferencias entre la vivienda rural y urbana en cuanto a servicios y condiciones sanitarias; pero en estas últimas es necesario considerar los cinturones de miseria — de las grandes ciudades donde los problemas de salud se reproducen y multiplican y de donde proviene generalmente la gente que acude a los Centros de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Especial importancia adquiere para la salud, lo referente a la disponibilidad del agua y drenaje en las viviendas.— El 61% tiene agua entubada, de las cuales únicamente el 49% le llega al interior, y el resto son tomas públicas.— Solo el 41.5% tienen drenaje.

(1)

1.1.2. Contaminación Ambiental.

Por lo que respecta a la contaminación del medio, estudios recientes han demostrado lo que afectan a la salud los humos y gases de la industria, medios de transporte (automóviles, camiones, aviones, ferrocarriles) deshechos (industriales y humanos), basuras de origen doméstico y especial importancia tiene la contaminación bacteriana del agua y de los alimentos ya que están en estrecha relación con las principales causas de mortalidad.

1.2. Ambiente Social.

1.2.1. Aspectos Demográficos.

El ritmo de crecimiento se ha sostenido, como resultado de la disminución de tasas de mortalidad y altas en las tasas de natalidad, estas alcanzan el 40.4 x 1000 anualmente. (2) Por otra parte en este renglón deben también considerarse los movimientos de migración interna ocasionados por el gran número de personas que abandonan el campo para concentrarse en las grandes urbes, en busca de mejores condiciones de vida; donde contribuyen a la creación de zonas marginadas aumentando el hacinamiento, la insalubridad, el desempleo, la escasez de servicios públicos, el desgaste físico y emocional y el hambre; todos graves problemas de salud.

(2) Campillo Sainz Carlos. La Situación de la Salud y sus Relaciones

CUADRO No. 1
CRECIMIENTO DE LA POBLACION
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1960 - 1975

AÑOS	POBLACION	TASA DE CRECIMIENTO ANUAL
1960	34,923 129	2.8
1970	48,225 238	3.4
1974	56,246 938	3.5
1979	67,250 000	3.4

FUENTE: Censo General de Población
S.I.C.

Nótese que la tasa de crecimiento, casi se sostuvo en la década de los 70s; es posible que el cambio dependa de factores que actualmente inciden en la fecundidad, como son: el papel de la mujer en la sociedad, - el aumento de la edad en el matrimonio, la elevación de la escolaridad para ambos sexos, la publicidad en relación con los medios para el control natal, todo esto hace esperar un descenso de la fertilidad; sin embargo cabe considerar lo siguiente:

1.2.2. Estructura por Grupos de Edad y Sexo.

En lo que atañe a la composición por edades, es un hecho importante el rejuvenecimiento de la población a partir de 1940; don de la población menor de 15 años representaba el 42.2%; para -- 1978 se incrementa al 46.6%. (13.26% entre 10 y 14 años; 16.02% entre 5 y 9 años; 16.94% de 0 a 4 años). El que los porcentajes mas elevados de la población se encuentren en los grupos mas bajos de edad, tiene repercusiones directas sobre las variables -

demográficas, pues el rejuvenecimiento de la estructura, propicia la continuidad del rápido crecimiento poblacional con el aumento del número de personas en los grupos de edades reproductivas; por otra parte, al ejercer sus funciones sociales estos grupos, afectan las estructuras socio-económicas, acrecentando, el grupo de edades inactivas; y con ásto, el incremento de la dependencia económica y la restricción de la calidad del nivel de vida; pues se hacen cada vez más crecientes las demandas de educación, salubridad, habitación, empleo, esparcimiento, alimentación, servicios, etc.(3)

Es necesario recalcar que el potencial de crecimiento, está en relación directa con la estructura de la población; y que este hecho coloca al país en una situación crítica; ya que aún cuando se lograra abatir la tasa de crecimiento al 1%, no sería posible dejar de crecer, solo por el efecto de la estructura de su población.

1.2.3. Ocupación e Ingreso.(4)

En relación a la ocupación y al ingreso se aprecia que en 1940 años, (1930-1970) las actividades primarias han descendido en un 32% en cambio las secundarias de un 11.1% han pasado a ocupar el 23%.

De igual manera las terciarias tienen el 37.6% cuando alcanzaban apenas un 18%. En cuanto a la población económicamente activa en 1970, había una persona por cada tres que no producían; los ingresos menores de \$ 1,000.00 mensuales constituían el ---

(3 y 4) Campillo Sainz y Col. Op.Cit., pp.9-44

71.7% y únicamente el 2.6% declaro percepciones mayores de \$ 5,000.00. Del 25.7% se ignoran los ingresos.

De 1970 a 1977 la fuerza de trabajo creció en 3.6% y la tasa - de sub-empleo en 4.2%.

1.3. Daños a la Salud. (5)

Están constituidos fundamentalmente por los índices de mortalidad y morbilidad; sin embargo, se incluyen también algunos de los indicadores de desarrollo que han sido abordados en los puntos anteriores.

1.3.1. Mortalidad.

De 1968 a 1972 la mortalidad general, permaneció a un nivel casi constante, a partir de 1971 hay un descenso que puede observarse en el siguiente cuadro.

(5) Campillo Sainz y Cl. : Op. Cit, p9

CUADRO No. 2
MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1968 - 1975

AÑO	TASA POR 1000 HABITANTES	DEFUNCIONES
1968	9.6	452910
1969	9.7	458886
1970	9.9	485656
1971	9.0	458323
1972	9.1	476206
1975	7.2	435888

FUENTE: Dirección General de Estadística
S.I.C.

Esta disminución obedece básicamente a descensos en la mortalidad infantil sobre todo entre los menores de 1 año ya que ha sido el grupo más susceptible a las acciones de prevención primaria. De 1968 que alcanzaba una tasa de 9.6 x 1000, en 1975 descendió un 2.4.

En cuanto a la mortalidad por grupos de edad, nótese en el cuadro No. 3- el abatimiento que han tenido, sobre todo en los dos primeros grupos de edad, dato que coincide con la información anterior.

CUADRO No. 3
MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD
TASA POR 1000 HABITANTES
1960 - 1970 - 1972 - 1975

GRUPOS DE EDAD	1960	1970	1972	1975
Menores de 1 año	74.2	68.5	60.9	49.0
De 1 a 4 años	14.5	11.6	9.2	4.2
De 5 a 14 años	2.1	1.6	1.5	0.9
De 15 a 44 años	4.2	3.5	3.3	--
De 45 a 64	14.2	13.5	12.2	--
De 65 y más	66.8	62.9	57.8	--

FUENTE: Dirección General de Estadística
S.I.C.
Subsecretaría de Planeación de la S.S.A.

1.3.1.1. Mortalidad por Causas.(6)

Las enfermedades infecciosas representan el 39% del total de causas de mortalidad; cabe hacer notar que la influenza y neumonías con una tasa de 13 x 1000; así como las enteritis y otras enfermedades diarreicas (13 x 1000 habitantes) continúan siendo los problemas mas graves. Sin embargo nótese en el cuadro No. 4 que hay enfermedades no transmisibles como las del corazón, tumores malignos y accidentes cerebrovasculares, consideradas como problemas de salud característicos de poblaciones con mayor desarrollo industrial y técnico, dentro de las primeras causas de mortalidad.

(6) Campillo Sainz y Col.sOp.Cit.,p 13

CUADRO No. 4
MORTALIDAD POR LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1975.

ORDEN	CAUSAS DE DEFUNCION	NUMERO DE - DEFUNCIONES	TASA x 1000 HABITANTES .
	Todas las causas	476,206	9.8
1	Influenza y neumonía	69,087	1.3
2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	66,864	1.3
3	Enfermedades del corazón	38,854	0.7
4	Accidentes, envenenamientos y- violencias.	36,765	0.7
5	Causas de morbilidad y mortali- dad perinatales.	25,147	0.5
6	Tumores malignos	19,217	0.4
7	Enfermedades cerebrovasculares	12,809	0.2
8	Sarampión	11,504	0.2
9	Cirrosis Hepática	11,236	0.2
10	Infecciones respiratorias agu- das.	9,661	0.2

FUENTE: Dirección General de Estadística
S.I.C.

Especial mención merecen los accidentes y violencias que ocupan el 4º lugar--
/ que posiblemente obedecen al desproporcionado crecimiento del sector urba--
no y la falta de educación para la salud, en el hogar, la escuela, los si---
tios de trabajo y la vía pública; (educación vial) así como a las condiciones
de salud mental, alteradas por sobre estímulos y carencias en la satisfacción
de las necesidades básicas.

Por lo que respecta a la mortalidad infantil, en el cuadro siguiente podrán apreciarse las frecuencias y causas por las que ocurre:

CUADRO No. 5
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
1975

CAUSAS	NUMERO DE DEFUNCIONES	TASA POR 100 000 NACIDOS VIVOS REGISTRADOS	%
Influenza y neumonía	35 830	1 527.3	25.05
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	35 340	1 506.4	24.71
Ciertas causas de mortalidad - perinatal	25 147	1 071.9	17.58
Bronquitis	6 745	287.5	4.72
Anomalías congénitas	3 588	152.9	2.51
Sarampión	2 527	107.7	1.77
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	2 321	98.9	1.62
Enfermedades del corazón	1 773	75.6	1.24
Tosferina	1 609	68.6	1.12
Accidentes	1 358	57.9	0.95
Todas las demás	26 786	1 141.8	18.73
TOTAL:	143 024	6 096.5	100.00

FUENTE: Dirección General de Estadística
S.I.C.

En el cuadro No. 6, se resumen las 5 principales causas de mortalidad general y por grupos de edad, para hacer notar que salvo los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares que se presentan a partir de los 65 años, el resto, constituyen problemas de salud, que pueden prevenirse.

CUADRO Nº 6

5 CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD GENERAL Y POR GRUPOS DE EDAD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1975

Orden de CAUSA	POBLACION GENERAL	GRUPOS DE EDADES						
		Menores de 1 año	1-4 años	5-14 años	15-24 años	25-44 años	45-64 años	65 años y más
1	Influenza y Neumonías	Influenza Neumonías	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	accidentes	accidentes	accidentes	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Influenza y Neumonías	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Homicidios	Enfermedades del corazón	Tumores malignos	Influenza y neumonías
3	Enfermedades del corazón	Ciertas causas de mortalidad perinatal	Sarampión	Influenza y Neumonías	Enfermedad del corazón	Homicidios	Cirrosis Hepáticas	Tumores Malignos
4	Accidentes	Bronquitis, en todas formas	Accidentes	Sarampión	Influenza y Neumonías	Cirrosis Hepática	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares
5	Ciertas causas de mortalidad y morbilidad perinatales	Anomalías Congénitas	Bronquitis en todas formas	Tifoideas, paratifoideas y otras salmonelosis	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Influenza y Neumonía	Influenza y Neumonía	Enteritis y otras enfermedades diarreicas

Compendio de Estadísticas Vitales de México 1975

FUENTE:

Subsecretaría de Planeación de la S.S.A.

CUADRO N° 6

5 CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD GENERAL Y POR GRUPOS DE EDAD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1975

Orden de CAUSA	POBLACION GENERAL	GRUPOS DE EDADES						65 años y más
		Menores de 1 año	1-4 años	5-14 años	15-24 años	25-44 años	45-64 años	
1	Influenza y Neumonias	Influenza Neumonias	Enteritis y otras enfermedades diarrreicas	accidentes	accidentes	accidentes	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Enteritis y otras enfermedades diarrreicas	Enteritis y otras enfermedades diarrreicas	Influenza y Neumonias	Enteritis y otras enfermedades diarrreicas	Homicidios	Enfermedades del corazón	Tumores malignos	Influenza y neumonias
3	Enfermedades del corazón	Ciertas causas de mortalidad perinatal	Sarampión	Influenza y Neumonias	Enfermedad del corazón	Homicidios	Cirrosis Hepáticas	Tumores Malignos
4	Accidentes	Bronquitis, en todas formas	Accidentes	Sarampión	Influenza y Neumonias	Cirrosis Hepática	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares
5	Ciertas causas de mortalidad y morbilidad perinatales	Anomalías Congénitas	Bronquitis en todas formas	Tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis	Enteritis y otras enfermedades diarrreicas	Influenza y Neumonias	Influenza y Neumonias	Enteritis y otras enfermedades diarrreicas

FUENTE: Compendio de Estadísticas Vitales de México 1975
Subsecretaría de Planeación de la S.S.A.

Notese que las enfermedades infecciosas predominan para el grupo de 1 a 4 años: sin embargo se aprecia también la presencia de accidentes, posiblemente originados en el hogar.

Llama la atención que la primera causa de mortalidad para los grupos de 5 a 44 años sean los accidentes, situación que se relaciona con el inicio de la vida activa del hombre, la escuela, la vida hogareña y el trabajo. Específicamente cada grupo de edad encuentra la muerte como sigue:

Entre los escolares de 5 a 14 años, son dignas de considerarse las enfermedades infecciosas.

El grupo de 15 a 24 años, diversifica las causas de defunción; cabe mencionar las enfermedades del corazón e infecciones; así como problemas relacionados con violencia y stress. Estos problemas, se continúan presentando en los individuos de 25 a 44 años, donde se agrega la cirrosis hepática, que tal vez inicia los trastornos degenerativos.

La edad madura entre 45 y 64 años de edad encuentra la muerte por enfermedades degenerativas, el resto de problemas pasan a segundo término.

En el grupo de más de 65 años se elevan las enfermedades degenerativas y vuelven a ocupar los primeros lugares las enfermedades infecciosas del aparato digestivo y respiratorio.

En general puede decirse que ningún problema de salud desaparece sino que de acuerdo a la edad presentan diferente distribución y frecuencia.

Es necesario señalar que el sexo femenino en edad productiva se ve afectado por riesgos propios entre los que destacan, complicaciones del parto, hemorragias y eclampsia: por la importancia que adquiere la madre en la integración familiar, los fallecimientos por estas causas deben ser considerados como problemas de salud separadamente. (cuadro No. 7)

(7) Campillo Salnz y Col. :Op. Cit. , p19

CUADRO No. 7
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1975

CAUSA	DEFUNCIONES	TASA POR 1000 NACIDOS VIVOS REGISTRADOS
Complicaciones del parto no especificados.	1170	51.1
Hemorragias postpartum (tipo de parto no especificado).	370	1.6
Eclampsia.	364	1.6

FUENTE: Dirección General de Estadística
S.I.C.

1.3.2. Morbilidad.

Constituye el indicador que permite valorar la magnitud de los problemas y aún cuando puede deducirse de las causas de mortalidad ya descritas, requiere de información específica y confiable. Únicamente se dispone de la proporcionada por las autoridades sanitarias, en relación a enfermedades transmisibles de notificación obligatoria; igualmente de la que ofrecen los hospitales, sobre problemas no transmisibles, como accidentes y violencias, así también los relacionados con la salud mental.

1.3.2.1. Enfermedades Transmisibles.

En general su letalidad ha disminuído, la blenorragia es casi inexistente, la hepatitis infecciosa, parotiditis y varicela permanecen estacionarias; el sarampión ha iniciado notable descenso, como consecuencia de -- los programas de vacunación masiva; igualmente la brucelosis, difteria, paludismo, sífilis, tétanos, tuberculosis y tos ferina.

1.3.2.2. Enfermedades no Transmisibles. (8)

Constituyen un serio problema, el cáncer en todas sus formas, la diabetes mellitus, (2, millones de enfermos en 1974) hipertensión arterial (10% de la población total), enfermedades cardiovasculares y fiebre reumática, (9 x 1000 habitantes de edad escolar).

1.3.2.3. Problemas de Salud Mental. (9)

Puede citarse, la psicosis con un índice que va de 5- a 10 personas por cada 1000, el alcoholismo y la epilepsia que tienen mas o menos esta misma proporción - y las deficiencias mentales en las que se presumen doce enfermos por cada 1000 habitantes.

En este núcleo, es necesario considerar el desempleo, ya mencionado; así como la nutrición, cuyas carencias imprimen rasgos de personalidad y comportamiento dignos de ser considerados en el área de salud mental.

(8) y (9) Campillo Guinz y Col.: Op.Cit., p 23

1.3.2.4. Accidentes y Violencias.

Los primeros se presentan frecuentemente en los dos extremos de la vida, sobre todo heridos, caídas y quemaduras. Hay también un elevado número de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; en la vía pública se registran los producidos por vehículos de motor. En estrecha relación con la salud mental están los homicidios y suicidios, aún cuando sus tasas se han abatido en los últimos años.

1.3.2.5. Enfermedades por Carencias Nutricionales.

Sorprende la severidad de las avitaminosis, anemias, infecciones, enfermedades de los dientes, y baja resistencia a las enfermedades. Se estima que más de la mitad de población está sub-alimentada.

La frecuencia de la desnutrición severa está en estrecha relación con la mortalidad pre-escolar.

1.3.2.6. Enfermedades Degenerativas.

Vinculadas al aumento de esperanza de vida, vienen a constituir otra causa de morbimortalidad frecuente.

1.3.2.7. Problemas de Invalides.(10)

Pueden ser somáticos, psicológicos y sociales. Para 1975 se estimó en 3,700 000 la población de inválidos, fundamentalmente del aparato locomotor, invidentes y débiles-visuales, sordos, débiles mentales y alcohólicos.

(10) Campillo Sainz y Col.:CP.cit.,p.7

1.4. Recursos para la Atención de la Salud.

El diagnóstico de la situación de la salud, quedaría incompleto, sin abordar los recursos de que se dispone para su atención, ellos están constituidos -- por Instituciones, unidades de servicio, personal y presupuesto.

1.4.1. Instituciones. (11)

Ofrecen atención a través del subsistema de salud SSA, IMSS, SNDIF, ISS-STE, SDN, SMN, DDF, e Instituciones privadas y descentralizadas.

Oficialmente las Instituciones de seguridad social protegen al 20.5% de habitantes; (estadísticas de 1976) del 47.82% se encargan los servicios gubernamentales 14.5% es atendido por la medicina privada. Y el resto de la población, se encuentra desprotegido.

1.4.2. Unidades de Servicio.

En 1970, se contaba con 5,572 establecimientos, 1909 para hospitalización, con un total de 71,318 camas; el resto era para la atención de pacientes ambulatorios.

En 1976, se cuenta con 6,052 hospitales y 52,000 camas para el total de la población.

1.4.3. Personal.

Para 1977, la Secretaría de Programación y Presupuesto reporta la existencia de 70,000 médicos, uno por cada mil habitantes; 15,000 odontólogos, uno por 4,666 habitantes y 90,000 elementos de enfermería, de los que el 33% es personal profesional y el resto no profesional.

Por lo que respecta a la distribución de los recursos, es bien conocido, -- que se encuentran centralizados en las zonas urbanas y prestan sus servicios mas del 50%, en Instituciones de seguridad social.

(11) Secretaría de Programación y Presupuesto, Coordinación General de los Servicios Nacionales de Estadística, Geografía e Informática. Manual de Estadísticas Básicas. Sector de Asentamientos Humanos. Tomo 11 México 1980. pp 518-529

1.5. Conclusiones Sobre la Situación de la Salud.

1.5.1. La situación geográfica, el clima, el suelo, la hidrografía la -- flora y la fauna del país, determinan la forma de distribución y concentración de la población y permiten identificar algunas de -- las características psicosomáticas típicas de determinadas regiones; así también la forma de satisfacer necesidades básicas de -- alimentación, vestido, habitación, ocupación y modo de comunicarse y de establecer relaciones.

Este conocimiento es básico para proporcionar servicios de salud, en los que pueda hacerse partícipe a la gente.

1.5.2. El hecho de que en nuestro medio, predomine la población dispersa de núcleos reducidos y con escasas vías de comunicación, plantea en sí, un reto al servicio que puede prestarse, por la dificultad de llegar a ellos, los escasos recursos de que se disponen, - sus hábitos y costumbres relacionados con la salud y su bajo nivel educativo.

1.5.3. Es significativo para la salud, el hecho de que cerca del 70% del total de la población habiten en viviendas que no pasan de 2 cuartos, que solo la mitad de ellas tiene agua intradomiciliaria y que generalmente conviven con 4 o 6 personas como promedio y no en pocas ocasiones con animales domésticos.

1.5.4. El ritmo de crecimiento ha ido en ascenso por disminución de las tasas de mortalidad y la alta natalidad, así como por la migración hacia las zonas urbanas de la población rural, en busca de mejores formas de vida, que crea serios problemas de vivienda -- ocupación, educación y mutación de patrones culturales en zonas -

marginadas de las grandes ciudades, agravando los problemas de salud.

- 1.5.5. En la composición de la población casi el 65% es menor de 25 años lo que ocasiona por una parte un porcentaje considerable de dependientes económicos, serias necesidades de educación a todos los niveles y concentración de las tasas de natalidad y morbimortalidad materno infantil en este grupo.
- 1.5.6. Las principales causas de morbimortalidad general y por grupos de edad, obedecen a problemas que pueden ser prevenibles y objeto de educación para la salud.
- 1.5.7. Las tasas de mortalidad infantil aún cuando han descendido, continúan siendo muy considerables.
- 1.5.8. La magnitud de los problemas de salud existentes, exceden a los recursos disponibles para atenderlos y resulta evidente la urgencia de revisar en ellos: la organización, las políticas, la estructura y los procedimientos de trabajo con miras a mejorar el rendimiento de los recursos humanos; a ampliar la cobertura de acción para llevar a mayor número de población, las operaciones preventivas y de promoción de salud; ya que actualmente la prestación de servicios de salud, llega solo a un grupo reducido, en función de su clase social y su grado de productividad.
- 1.5.9. Las acciones de salud, deben encaminarse hacia la prevención primaria, al desarrollo de comunidad y protección materno infantil, tomando en cuenta las características y distribución de la población.

1.5.10. De acuerdo a la situación de salud del país, los principales problemas a ser atendidos, se pueden agrupar en:

- A.- Educación para la salud con especial énfasis en los aspectos de nutrición y de las formas de prevención de enfermedades.
- B.- Atención materno infantil; incluyendo la planificación familiar.
- C.- Formación de recursos humanos socialmente sensibles y científicamente preparados. Lo que exige, mejorar la calidad de los que egresan y de los que están en servicio, para que concientes de la realidad, contribuyan a transformarla con la participación activa de la población.

2.- TENDENCIAS EN LA ATENCION DE LA SALUD. (12)

A raíz de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud - verificada en Alma-Ata, U.R.S.S. durante 1978, se examinaron las relaciones existentes entre salud y desarrollo social y económico, concluyendo -- que, hay una interdependencia que coloca el cuidado de la salud, como integrante del proceso de desarrollo de un país. Considerando la dimensión y trascendencia de los problemas, así como el desequilibrio en la distribución de los recursos para atenderla, la conferencia solicitó que todos los países del mundo trabajaran por conseguir que los ciudadanos de cada uno de ellos, alcanzaran un nivel de salud que les permitiera una vida social y económica productiva. (6).

De aquí que nuestro país adoptara como política, que al finalizar el presente siglo, no haya un solo mexicano que no tenga la atención mínima para su salud, a través de Atención Primaria, como un medio práctico para -

(12) OMS/UNICEF: Atención Primaria de Salud.

Informe de la Primera Conferencia Internacional sobre desarrollo Alma-Ata, U.R.S.S. 1978 Ginebra, Suiza 1978

hacer llegar a los individuos, familias y comunidades, hasta donde se encuentren (hogares y sitios de trabajo) asistencia necesaria como punto de contacto con el sistema de salud para: (13)

- Contribuir a un crecimiento demográfico más equilibrado con las condiciones biológicas, económicas y socio-culturales de la población del país, por medio de los programas de atención materna infantil y planificación familiar.
- Contribuir a la disminución de los daños a la salud, mediante el control de las enfermedades profesionales, de las transmisibles; de la detección y tratamiento oportuno de casos y la prevención de accidentes.
- Elevar la capacidad de la población para participar en el cuidado de su salud y bienestar.
- Disminuir los niveles crecientes de contaminación ambiental, mejorar la calidad del agua y lograr la adecuada disposición de los desechos.

El desarrollo de las acciones requiere además de la participación consciente e informada de la población, la del personal que realiza funciones de salud en la comunidad, médicos, comadronas, curanderos, etc. Así también, de los grupos organizados, padres de familia, jóvenes, asociaciones y otros.

Actuarán en segundo lugar el personal profesional de salud para asesorar en problemas más complejos y/o para apoyar las acciones; a su vez, este personal, contará con el apoyo de otro de mayor preparación, ya que tendrá funciones técnicas, administrativas y docentes para resolver problemas de salud y contribuir al desarrollo de la comunidad, para que ésta, se responsabilice de las actividades sanitarias que requiere.

(13) Martínez Manautou, Emilio. 1975 Higiene de la Salud.

Como parte del servicio, existirá un sistema de consulta y envío de casos, atendido por personal más capacitado; ya que es quien valorará, instituirá tratamientos y decidirá sobre la canalización de los individuos a instituciones hospitalarias, o su retorno a la comunidad con información precisa acerca de su asistencia.

La complejidad de los programas que se derivan de la política planteada, trae consigo la necesidad de que intervengan en forma coordinada, múltiples organismos oficiales y privados de los sectores de desarrollo social y económico para la implementación de las tareas, como parte de las tendencias en la atención de la salud.

3.- SITUACION EDUCATIVA DE LA POBLACION Y EDUCACION PARA LA SALUD. (14)

3.1. Generalidades.

La educación en México, es parte integrante de los planes sexenales de gobierno; así como resultado de la política de expansión originada en la época de los 60; el sistema escolar cuenta para la educación primaria, con 9 millones de plazas en 1970; y 12 en 1977, en las que se incluye población urbana y rural. Es necesario recalcar que según datos estadísticos de la SEP, existen más de 25 mil escuelas en el sector rural del país, que no ofrecen los 6 grados de primaria. El nivel medio tiene 1.4 millones en 1970; y 2.85 para 1977. Por lo que se refiere a la educación superior, alcanza para 1970, -- 270 mil estudiantes que casi se duplican para 1977; 560 mil. (Fuentes Molinar, 1979, p. 30)

En estrecha relación con estos datos es necesario señalar que hay -- cerca de 2 millones de niños en edad escolar que no tienen acceso a la escuela y que el 35% de los que ingresan, desertan sin haber alcanzado el 4º grado; y únicamente el 46% de los que continúan, llegan a terminar la primaria.

(14) Gonzalez Cuzynova Pablo y Col. México Hoy. Editorial Siglo XXI
3a. Edición México 1979 pp 220-222

En cuanto a la enseñanza media, alcanzan el nivel, 30 de cada 100 -- que terminaron la primaria y cerca de la mitad (13) no continúan estudios superiores.

Por lo que se refiere al nivel superior, es todavía privilegio de un núcleo reducido de personas; así lo demuestran algunas indagaciones hechas por el Instituto de Investigaciones Sociales de la U.N.A.M. - en 1970. "...en promedio el ingreso familiar del alumno de estudios profesionales es de \$ 3,854.00; bastante superior al ingreso familiar medio del país, que es de \$ 1,077.00 y aún al Distrito Federal de \$ 2,750.00 para el año que nos ocupa".

En otra parte de la misma investigación, refiriéndose a la continuidad escolar, los autores apuntan "...Por tanto, para terminar una carrera profesional, se requiere pertenecer a una familia que ocupe el 3 o 4% superior en la pirámide nacional de ingresos".

Relacionado con este planteamiento vale la pena hacer notar que el nivel elemental en las zonas urbanas se nutre de familias económicamente débiles, y con pocas perspectivas de mejorar; provienen del -- proletariado, obreros, empleados eventuales, autoempleados, sub-empleados y desempleados. En las rurales la situación es similar, con el agravante de que en la mayoría de los casos, el Jefe de familia -- es jornalero y los niños de edad escolar contribuyen en el trabajo. En la enseñanza media, los alumnos proceden casi siempre de las clases medias, obreras, de sectores organizados, técnicos calificados, -- profesionistas, comerciantes, empleados públicos, mediana burguesía agraria y un número muy reducido de campesinos, que en ocasiones radican en zonas urbanas o en el campo.

A pesar de la gratuidad de la enseñanza pública, los patrones de acceso a la escuela, en todos sus niveles se caracterizan de igual forma que en el resto de países latinoamericanos: Por una parte, se establece una relación teórica entre las necesidades educativas, y las urgencias de un previsible cuadro ocupacional, dentro de determinados horizontes de desarrollo, (G. Bedoy, 1978) y de acuerdo a ésto se selecciona e ingresa a los estudiantes al sistema. Por otra parte, hay una estrecha relación entre el estrato social y económico de la población estudiantil; y el éxito y continuidad educativa; situación que favorece simultáneamente, la movilidad social para unos y la reafirmación de status para otros.

3.2. Nivel Educativo de la Población.

El panorama expuesto; dá una idea clara del nivel educativo de la población y del gran número de gentes que quedan sin ser atendidas. Sin embargo los siguientes datos del cuadro No. 6, objetivizan la situación con mayor precisión; ya que puede apreciarse que el porcentaje de satisfacción de la demanda educativa deja aún mucho que desear.

CUADRO No. 8

DATOS PRELIMINARES DE LAS ESTADISTICAS BASICAS DEL
SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL 1974

DEMANDA SOCIAL EDUCATIVA
(Personas)

NIVEL	1970	1975*	1980*
PRIMARIA	10 038 286	12 200 388	14 908 984
SECUNDARIA	3 494 653	4 266 367	5 233 886
PREPARATORIA	3 967 044	4 777 103	5 788 626
SUPERIOR	4 042 573	4 777 295	5 683 008

* Datos estimados.

Fuente: S.I.C.

POBLACION ESCOLAR
(Alumnos)

NIVEL	1970	1975*	1980*
PRIMARIA	8 530 192	10 460 915	12 354 161
SECUNDARIA	984 056	1 442 057	1 890 362
PREPARATORIA	233 197	379 143	517 755
SUPERIOR	211 602	366 221	587 247

* Datos estimados.

Fuente: S.E.P. y A.N.U.I.E.S.

SATISFACCION DE LA DEMANDA EDUCATIVA *
(Porcientos)

NIVEL	1970	1975	1980
PRIMARIA	84.97	85.74	82.86
SECUNDARIA	28.16	33.80	36.11
PREPARATORIA	5.88	7.93	8.94
SUPERIOR	5.23	7.66	10.33

* Población escolar entre demanda social, multiplicado por 100.

Por la importancia que adquiere para los fines de educación para la salud, la enseñanza elemental, se analiza a continuación el nivel primario en el ciclo 1977-78.

CUADRO No. 9
RESUMEN DE LA EFICIENCIA DE
LA ENSEÑANZA PRIMARIA
MEXICO 1977-1978

INSCRIPCION INICIAL	13 183 193
DESERTORES	715 549
EXISTENCIA FINAL	12 467 644
APROBADOS	11 133 612
REPROBADOS	1 334 032

Fuente: Dirección General de Planeación Educativa, S.E.P. 1979.

Nótese que el porcentaje de desertores es más bajo que el de reprobados, - pues mientras el primero alcanza el 5.42% en relación a la inscripción — inicial; el segundo tiene un 10.7% en relación a la existencia de alumnos. Vale la pena señalar que la distribución de desertores en cada grado escolar es muy similar; lo que no sucede con la reprobación, que en el primer grado alcanza su mayor porcentaje, para disminuir progresivamente hasta el sexto grado. El hecho de tener actualmente un porcentaje de analfabetas que sobrepasa el 50% en el total de la población, aunado al encuentro en la vida diaria de analfabetas por desuso de lo aprendido, hace pensar, en que un buen número de los reprobados también desertan del sistema educativo.

3.3. Influencia del Nivel Educativo de la Población en la Educación para la Salud.

Partiendo de la idea de que la práctica educativa se encamina a transmitir los valores que han producido los diversos grupos sociales, de acuerdo a la época, los instrumentos y medios para el conocimiento e interpretación de la realidad; de tal modo que se logre el desarrollo armónico del individuo para que pueda ejercer todas sus capacidades con satisfacción. Se comprende el significado del proceso educativo en las acciones del hombre sobre la naturaleza, sus formas de relación, la conciencia de sí mismo y de los demás, que son en última instancia, los elementos que le permiten vivir en sociedad, crear, transformar o adaptarse tanto a situaciones naturales, como sociales. La educación así, se convierte en una necesidad para la subsistencia y un instrumento para el desarrollo. Es aquí donde encuentra sus vínculos con la salud, si se piensa en ella como un medio para el logro de mejores niveles de existencia. Por lo que el nivel educativo de la población, (15) cubre un sentido tan amplio; pues por una parte — constituye un indicador de las posibilidades de la población en materia de salud; y por otra representa un reto para los trabajadores de la misma; quienes deben hacer copartícipes a los individuos, en la atención de sus necesidades de salud, a partir de su nivel educativo, el que se encuentra en íntima relación con sus tradiciones y creencias.

3.4. Educación para la Salud. (16)

La Organización Mundial de Salud, la señala como... "El proceso por el cual los individuos o grupos, aprenden a fomentar, proteger o ---

(15) Secretaría de Educación Pública 1975 Estadísticas de la Educación Nacional. México 1975-77.

(16) C. F. S. (1976) Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Informe Oficial de la Asociación Americana de Salud Pública una edición. Washington, D.C. 1974 p. 369

restablecer la salud, para lograrlo, es necesario que las técnicas y los métodos empleados tengan en cuenta los hábitos de vida de las personas, los factores que las inducen a conservarlos o modificarlos, y la manera como adquieren y aplican conocimientos. (17)

Por lo tanto, la educación para la salud, debe considerar a las personas como son; así también los intereses que puedan tener en mejorar sus condiciones de vida, procurando inculcarles a partir de lo que saben, un sentido de responsabilidad hacia la salud, como individuos y como miembros de una familia y una colectividad por lo que incluye una evaluación de lo que pueda saber la gente en relación a su salud; así también los hábitos y actitudes en lo que se refiere a la propagación y frecuencia de las enfermedades; y la divulgación de los medios específicos para remediar las deficiencias observadas"...

La educación para la salud debe ser permanente y responder a las demandas de transformación del hombre y su ambiente; a la vez que lo motiva a instruirse continuamente para la identificación y trato de sus problemas relacionados con su bienestar y por lo tanto con su salud. Conduce al hombre a entender que en la medida en que él y los suyos vivan plenamente un período de la vida, estarán capacitados para disfrutar el siguiente. Lo que implica tener que adaptarla a las exigencias propias de cada una de las etapas de la existencia, para que una vez iniciada, se convierta en una manera de vivir.

4.- EL PROCESO DE LA COMUNICACION EN LA EDUCACION PARA LA SALUD.

4.1. La Comunicación como Base de la Relación.

Las especializaciones surgidas a raíz de los avances técnicos y científicos, así como la aparición continua de nuevas áreas de actividad

(17) E. Camp, Jorralo. El diagnóstico y educación de la salud en los individuos. Editorial del IAGE. México 1970 pp 12-13

des y procedimientos de trabajo, dificultan cada vez más la posibilidad de comunicarse, ocasionando desajustes en el entendimiento de las cosas y la comprensión entre los seres; pues el conocimiento se va circunscribiendo a una extensión determinada, que conduce a la pérdida de intereses y lenguaje comunes, que hagan posible la relación entre los hombres.

La comunicación es pues, un proceso de ajuste, de entendimiento o actitud, que permite definir acuerdos o desacuerdos entre los seres humanos; constituye la base para la cooperación, la comprensión y la acción, por lo que es posible cuando hay intereses y vivencias significativas comunes, además de, el mismo lenguaje y cierto grado de entendimiento mutuo entre los que la establecen; esto se refiere básicamente a la comunicación externa o verbal, que será a la que se hará referencia en este estudio; es sin embargo necesario hacer notar la importancia que cobra para la relación humana, la naturaleza íntima de la comunicación, que se manifiesta en expresiones de alegría, rechazo, angustia, aburrimiento, vergüenza y otros estados anímicos que hacen posible o dificultan el acercamiento y la interacción. De igual manera debe ser considerada en este sentido, la influencia del medio en el que se lleva a cabo la comunicación; ya que es más efectiva cuando se lleva a cabo en un clima de confianza.

En toda comunicación simple o compleja, la secuencia puede graficarse de la siguiente manera: (18)

(18) E.Kemp.:Op.Cit.,pp 14-17



El modelo señala que el mensaje es originado en una fuente o comunicador, (cerebro del emisor) quien lo codifica en forma transmisible; (verbalización del pensamiento o signos escritos) codificado, pasa a través de un transmisor, utilizando un canal, (aire, onda sonora, papel, etc.) a un receptor, que lo decodifica, convirtiéndolo en símbolos mentales para llevarlo a su destino final (cerebro del receptor).

Para que la comunicación sea efectiva es necesario que el receptor, tenga una respuesta activa, ésto es una actividad mental o física que retroalimente al emisor confirmando o negando, a fin de corregir cualquier elemento externo o interno que interfiriera en el proceso de la comunicación alterando el significado del mensaje, elemento que se conoce como "ruido".

Se comprenderá que en el establecimiento de la relación humana, -- tienen especial significación los elementos que toman parte en el proceso de comunicación, fundamentalmente el emisor y el receptor, ya que ambos poseen características muy propias, determinadas tanto por el nivel educativo como por la edad, sexo, experiencias previas, hábitos, actitudes y valores; así también por el contexto social en el que se desenvuelven.

A pesar de poseer un lenguaje común, por las razones mencionadas, -
tienen expresiones y palabras que codifican de diferente forma, mu-
chas veces los mismos asuntos.

Debe agregarse además, la influencia que cobra el concepto o preju
cio que comúnmente se forma una persona de otra, (emisor de recep-
tor y viceversa) y que por regla general, se manifiesta de alguna-
manera, pasando a formar parte de la comunicación, lo que provoca-
distorciones o interrupciones en ella.

Por otra parte es necesario señalar que muchas veces el contenido,
la forma como se construye un mensaje, el medio que se emplea para
transmitirlo y el sitio donde se dé, pueden afectar su marcha, pro-
vocando serios problemas de relación.

4.2. Comunicación en la Educación para la Salud.

Es pues innegable que la comunicación, por una parte implica un --
compromiso entre quienes la establecen y por otra, determina el ti
po de vínculos entre los seres humanos; de aquí su importancia en-
la educación para la salud, proceso en el que interactúan el perso-
nal dedicado a prestar un servicio y la población que lo recibe; -
ambos protagonistas con su propia historia social y sus vivencias-
previas, que sirven de referencia a sus percepciones e interpreta-
ción de la realidad pueden actuar positivamente, concediéndose res
peto y la facultad de discernir, de decidir y de ser responsables -
de sus actos; o bien, forjarse una imagen de aquellos con quienes-
interactúan; y enmarcarlos de acuerdo a sus prejuicios, ideas y --
comprensión de la realidad; lo que ocasiona, pasar desapercibidos-
muchos de los problemas y de las inquietudes de emisores y recepto-
res dificultando la comunicación.

Aún cuando en el primer caso, los beneficiarios de los servicios de salud pudieran tomar parte activa; cabe valorar la efectividad de la misma, ya que el personal no siempre está preparado para hacer conciencia de sus propios marcos referenciales ni para entender que lo que cuenta no es lo que se dice a la gente, sino lo que ésta acepta. Es decir, pierde de vista por una parte, los elementos básicos de la comunicación efectiva, (1).-El planteamiento de las ideas claras y concretas de lo que se pretende transmitir; 2).-Determinación de la verdadera finalidad de la comunicación; 3).-Atención de los temores y esperanzas de los receptores; 4).-El tono de voz y la expresión; 5).-La verificación de la comunicación; 6).-Apoyo de comunicaciones con acciones; 7).-Saber oír al receptor y aprovechar sus experiencias para hacerle llegar el mensaje que se desea⁽¹⁹⁾ por otra parte, las bases psicológicas y los principios que guían el proceso de enseñanza-aprendizaje en materia de salud. Esto dificulta la autenticidad de su comunicación y acercamiento humano. En el segundo caso, la actitud prejuiciosa del personal determina un modelo de relación de dominio-sumisión, que se ve reforzada con la receptividad de los individuos que acuden a él en demanda de atención; los que tradicionalmente se concretan a recibir indicaciones, sin siquiera verificar su comprensión; bloqueando con ello, toda posibilidad de una verdadera participación, (conciente, informada y responsable) en la búsqueda de soluciones a sus problemas de salud.

4.3. Principios y Valores de la Educación para la Salud.

La experiencia ha demostrado que ninguna acción para la salud, por muy bien diseñada y apoyada que se encuentre, puede lograr su realización, sin que la población a quien va dirigida esté dispuesta y -

(19) Doohar M. Joseph. Comunicación Efectiva en el Trabajo.

quiera participar en ella.

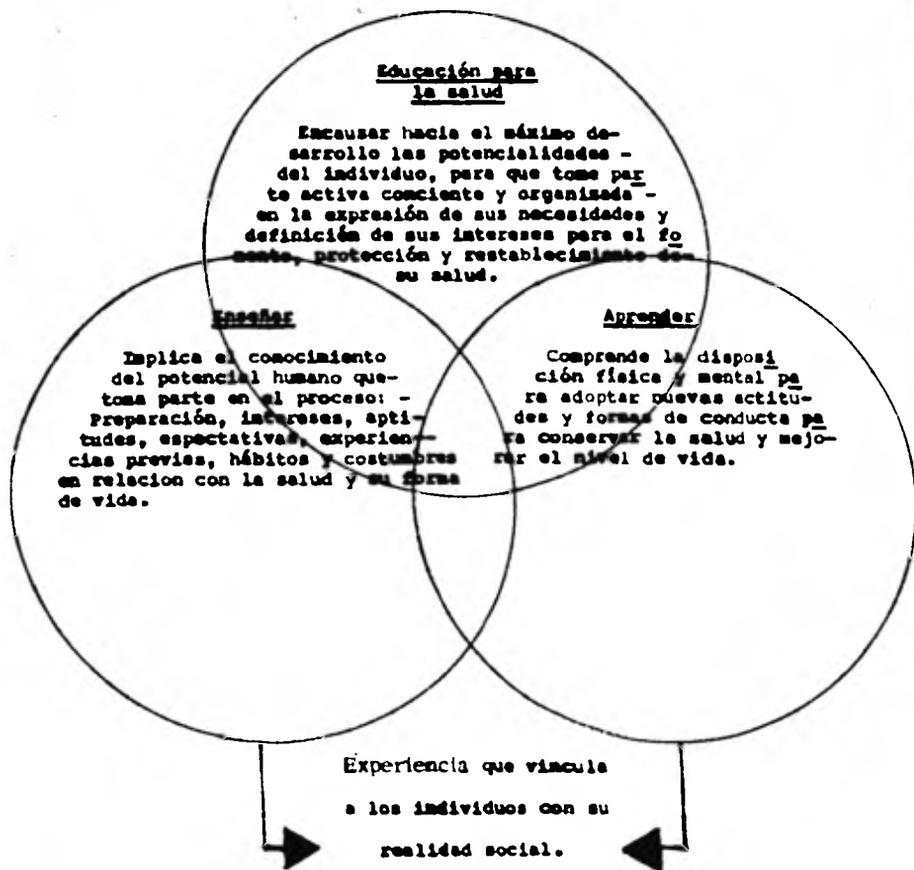
- (20) No obstante, rara vez se estimula una participación organizada, -- que dé lugar al análisis de las necesidades sentidas y a las causas que las originan; así como al conocimiento de las repercusiones -- que tienen cuando se convierten en problemas presentes; y mucho menos en las medidas que pueden tomarse de acuerdo a los recursos -- disponibles para atenderlos y evitar su propagación. Frecuentemente se señala el desinterés de la población en sus propios problemas y en los de la colectividad, olvidándose que hay muy poca información real a su alcance y que históricamente la población ha sido marginada en las decisiones para atender necesidades que le permitan mejorar no solo su salud, sino también su nivel de vida. De aquí que el personal de salud, consciente de que cada una de las acciones sanitarias que realiza, implica educación, en primer término debe determinar si desea contribuir realmente a que la población salga de su ignorancia y se mantenga informada con espíritu crítico; lo que significaría el compromiso de trabajar contra el conformismo de la gente y coordinar las acciones educativas con dependencias políticas y de desarrollo a fin de lograr una salud integral; en la que se considere mejorar los hábitos y costumbres relacionadas con el bienestar, la vivienda, el estado nutricional y el nivel de educación. Significaría también, cambiar el modelo de relación de dominio-sumisión, por el de igualdad, para lograr que la población identifique sus necesidades y vea concretamente cómo se beneficia y cómo puede contribuir a satisfacerlas.
- En segundo término considerar sus propias actitudes: la reflexión, que le permite no precipitar juicios ni generalizaciones sobre ba

ses insuficientes; la objetividad, para reconocer los hechos como son, independientemente de las propias creencias o deseos; la amplitud de criterio, manifestada en la apertura y disposición para entender y considerar puntos de vista diferentes a los propios; capacidad de observación y análisis de los hechos, para destacar lo importante y relacionarlo con el fenómeno salud.

Finalmente el personal de salud no perderá de vista que los propósitos en la vida de todos los hombres hayan su origen en las necesidades vitales y en las originadas por su vida de relación: reunirse y convivir con los demás; sentirse a salvo de los peligros, amenazas o preocupaciones; ser respetado, sentirse útil y considerar que sus ideas son importantes y valiosas de alguna manera. Las necesidades pues, constituyen la fuerza interna que hace actuar y esforzarse a los individuos para encontrar satisfactores.

Con el propósito de actuar en forma positiva, el personal reflexionará constantemente sobre las interacciones de la educación para la salud y el proceso enseñar-aprender en esta disciplina.

INTERSECCIONES E IMPLICACIONES DE LOS PROCESOS:
EDUCACION PARA LA SALUD Y ENSEÑAR-APRENDER



VI.- METODOLOGIA DE TRABAJO.

1.- PLANEACION.

Como actividad preliminar que permitiera redondear la idea a ser investigada, sobre una base real, se examinaron informes sobre investigaciones hechas en la Escuela de Enfermería y Obstetricia del I.P.N. entre ellas:

"Frecuencia y Contenido de la comunicación entre el personal de enfermería y de éste, con otro personal"

"Relaciones humanas del personal de enfermería - en un Hospital General".

"Necesidades del paciente Hospitalizado".

"Análisis de la utilización del tiempo del personal de Enfermería de los servicios de Gineco-Obstetricia elaborado por el personal dirigente de Gineco-Obstetricia No. 1 I.M.S.S."

"Estudio de Recursos de Enfermería y Obstetricia en México. Elaborado por el Colegio Nacional de Enfermería y la Dirección de Enfermería de la S.S.A. México 1979"

Así también se revisó bibliografía relacionada con el proceso de comunicación, método científico, investigación de campo, situación de salud en el país, problemas de educación en México y educación sanitaria; con el propósito de determinar algunos de los aspectos más importantes del marco teórico.

Se llevaron a cabo una serie de visitas al Centro de Salud B.V.A., para hacer algunas observaciones que permitieran precisar el problema, determinar el universo de trabajo y obtener material para la construcción de los instrumentos necesarios para la recolección de datos.

Estas visitas favorecieron, la sensibilización del personal y permitieron su colaboración en el estudio.

Con todos estos elementos de juicio y de acuerdo a las indicaciones de la E.N.E.O., se elaboró un Proyecto de Trabajo presentado para su aprobación. (anexo 1 Esquema de Trabajo para elaboración de Tesis.)

Una vez asentido el proyecto, se procedió a afinar los instrumentos para la recolección de datos, así como a la preparación de los faltantes: Hoja de registro de comunicaciones; clave para la clasificación y recuentos de datos; instructivo para el manejo de la hoja de registro; instructivo para clasificar el contenido de la comunicación verbal; matrices para el cómputo y tabulación de datos y definición de los términos en que se expresarían los resultados obtenidos. Anexos 2, 3, 4, 5, 6 y 7 respectivamente. Simultáneamente se hicieron los trámites administrativos a la Dirección General de Salud Pública en el D.F., para realizar el estudio en el Centro de Salud B.V.A. (anexos 8, 9 y 10 solicitud, autorización para el estudio y agenda para la ejecución del mismo).

2.- ENSAYO DE LOS INSTRUMENTOS.

Previa información a las autoridades y personal del Centro de Salud, el ensayo se llevó a cabo en 20 horas de trabajo. Una vez interpretados sus resultados dieron lugar a modificaciones en la forma y terminología empleada para la clasificación de la comunicación verbal; así también a ajustes de tiempo y a los siguientes cambios del proyecto inicial:

2.1. Universo de Trabajo.

Se proyectó estudiar la comunicación que se establecía entre -

el 40% del público asistente por día, y el personal que le — prestara alguna atención en los diversos servicios por donde— tuviera que pasar de acuerdo a sus requerimientos. La unidad de observación era el paciente en todo su tránsito por el centro para la obtención de un servicio. Sin embargo el promedio de tiempo empleado por cada caso osciló entre 60 y 120 minutos, lo que se valoró dificultaba cubrir el porcentaje mínimo necesario para una muestra representativa de la comunicación establecida. Por lo que se decidió estudiar la comunicación entre el 50% del personal, del turno matutino distribuido en los distintos servicios del centro y la población atendida por ellos, en 4 horas de trabajo diario, durante 16 días.

La unidad de observación fué el personal de los servicios; lográndose cubrir el 13.13% de la población atendida en forma individual y el 100% de la población que asistió a las 19 charlas de educación para la salud programadas durante el tiempo de la observación por los distintos servicios (cuadro No. 10).

CUADRO No. 10

ASISTENCIA DE PACIENTES POR SERVICIO EN EL TIEMPO TOTAL OBSERVADO Y -
PORCENTAJE DE CASOS EN LOS QUE SE REGISTRARON COMUNICACIONES.

S E R V I C I O S	1a. VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL
Pediatría	166	326	492
Gineco-Obstetricia	93	230	323
Planificación Familiar	76	294	370
Dental	117	101	218
Consulta General	152	250	402
T O T A L:	<u>604</u>	<u>1201</u>	<u>1805</u>
%	33.46	66.54	100
Casos en los que se registró comunicación.	115	122	237
% Sobre el total correspondiente.	19.03	10.15	13.13

Fuente: Censo diario de pacientes proporcionado por el Archivo.

2.2. Tipo de Investigación Empleada.

Se planeó la observación directa en el "seguimiento de casos" desde su llegada al centro, hasta su atención; para registrar la comunicación que se establecía con ellos, en cada servicio al que asistían. Aún cuando los resultados del ensayo fueron muy positivos para el logro de los objetivos del estudio, ya se ha señalado que la cantidad de tiempo que consumió cada "caso" en el centro, hizo que únicamente pudieran seguirse dos casos por día, que representaban el 2.32% de la asistencia del primer día y el 1.36% del segundo; por lo ---

cual, sobre la marcha, se ensayó la observación de "Actividades del Personal", para registrar la comunicación que se establecía con el paciente y/o su familiar, mientras las ejecutaba; tanto a nivel de atención individual, como en trabajo con grupos en las salas de espera del Centro de Salud. Finalmente este fué el procedimiento de trabajo que se adoptó para la recolección formal de datos, previa reorganización del tiempo disponible, se rotaron los diferentes servicios del Centro como sigue:

3.- PLAN PARA LA RECOLECCION FORMAL DE DATOS.

Observaciones y Registros en:

S E R V I C I O	FECHA	HORARIO	TOTAL DE HORAS	OBSERVACIONES
Pediatría	14 de mayo	De 8:00 a- 12:00	4	Se observará la actividad del servicio de educación - higiénica.-
Ginecología y Obstetricia	15 de mayo		4	Observación de charlas- de Educación Higiénica en las salas de espera de acuerdo al- calendario- (anexo 11).
Planificación Familiar	16 de mayo		4	
Dental	17 de mayo		4	
Consulta General	18 de mayo		4	
Inmunizaciones	19 de mayo	De 8:00 a- 13:00	5	
Pediatría	21 de mayo	De 8:00 a- 12:00	4	
Ginecología	22 de mayo	De 8:00 a- 12:00	4	
Planificación Familiar	23 de mayo		4	
Dental	24 de mayo		4	

S E R V I C I O	FECHA	HORARIO	TOTAL DE HORAS	OBSERVACIONES
Nutrición	25 de mayo	De 8:00 a- 12:00	4	
Inmunizaciones y- DCC	26 de mayo	De 8:00 a- 13:00	5	DOC = Detec- ción oportuna de cáncer.
Trabajo Social y- Archivo	28 de mayo	De 8:00 a- 12:00	4	
Archivo y DOC	29 de mayo		4	
Neumología y Con- sulta General	30 de mayo		4	Constituyen - una unidad de trabajo.
Laboratorio, es- critorio de info- ración y salas de espera.	31 de mayo		4	Para observar recepción del público y em- pleo del <u>tiem</u> po de espera.
TOTAL DE TIEMPO:			66 Horas	

VII.- RESULTADOS OBTENIDOS.(21)

Es indiscutible que de acuerdo a los programas de trabajo del Centro de Salud y tal como lo prevén sus objetivos, entre el personal que labora en él y el público que asistió en demanda de atención durante el período del estudio, se estableció una corriente de comunicación -- que adquirió diferentes proporciones; de acuerdo al nivel educativo, - experiencias previas, grado de aceptación o rechazo, y estado anímico entre otros elementos, tanto de receptores como de emisores. Esto tra-
jo consigo algunas veces comprensión y acercamiento humano; otras ob-
stáculos de tipo semántico, psicológico, fisiológico e inclusive adminis-
trativo, que constituyeron una barrera para la aproximación entre el -
personal y la gente.

Aún cuando se valora que el lenguaje hablado y comprendido por las personas que toman parte en el proceso de comunicación, no es aislado, sino que se acompaña de una actitud que es determinante para el establecimiento de la relación humana, la dificultad que implica el estudio de actitudes de esta naturaleza, hizo que la investigación se enfocara exclusivamente al número de veces que hubo comunicación verbal, cual fué el contenido de esta; de acuerdo a códigos preestablecidos y donde y con quién se llevó a cabo. En los siguientes cuadros se resumen los resultados.

CUADRO No. 11

FRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION ORAL EN EL TIEMPO TOTAL OBSERVADO.

ATENCION INDIVIDUAL

PROPOSITO DE LA COMUNICACION	FRECUENCIA	TIEMPO EN MINUTOS	%
Información	125	696	40.32
Ordenes	75	551	31.88
Enseñanza	23	209	12.09
Acercamiento	22	190	10.99
Quejas	7	33	1.90
Represión	9	30	1.73
No Clasificada	7	19	1.09
TOTAL	268	1728	100.00

(21)

Apréciase que los datos del cuadro en general, responden a la problemática planteada; ya que en 3840 minutos de observación, hubo oportunidad de registrar 268 comunicaciones, que como puede estimarse, se llevaron-

(21) La fuente de todos los cuadros que se presentan en este capítulo la constituyen los datos registrados durante el estudio.

a cabo en menos del 50% del tiempo total observado, (1728 minutos) lo que da una idea clara de la frecuencia con que se habla con el público y el contenido de la conversación.

Nótese que el mayor porcentaje de tiempo 40.32 % es consumido en informaciones relacionadas con la orientación sobre los servicios que se solicitan y asuntos de interés para la salud; sin embargo, se apreció que esta comunicación es unidireccional y por tanto carece de verificación de la comprensión del mensaje. El segundo porcentaje con 31.88% es tiempo destinado a dar órdenes, invariablemente para seguir indicaciones sobre el tratamiento que implica la atención que el público requiere; y tampoco incluye una respuesta motivada por la captación de la comunicación hecha. La enseñanza y el acercamiento, como propósitos de la comunicación, ocuparon poco más del 10% cada uno y el resto de propósitos ocurrieron en proporciones mínimas y en forma similar.

Vale la pena señalar que en un gran número de estas comunicaciones se emplea lenguaje técnico; lo que hizo más difícil el establecimiento de una relación entre público y personal.

Por lo que respecta a la frecuencia y contenido del total de la comunicación establecida, según donde y con quien se llevó a cabo, en los cuadros 12 y 13 se resumen los resultados.

CUADRO No. 12

FRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION SEGUN DONDE SE LLEVO A CABO.

D O N D E	Contenido de la Comunicación							TOTAL
	Infór- mación	Ense- ñanza	Orde- nes	Acerca- miento	Que- jas	Repre- sión	No Clesi- ficadas	
Consultorio	37	18	52	16	1	2		126
Escritorio de- Informes	16	4		3				23
Sala de Nutri- ción	8			1	1	2	4	16
Sala de inmu- nizaciones	45	1	19					65
Sala de espera	3		1	2				6
Pasillo			3		1			4
Archivo	16				4	5		25
Sala de Traba- jo Social							3	3
TOTAL:	125	23	75	22	7	9	7	268

Es notable que el mayor porcentaje de la frecuencia de la comunicación se hizo en consultorio y según su contenido, dando órdenes; en todos los demás sitios donde ocurrió, se refiere predominantemente a información.

El siguiente lugar donde ocurrió la comunicación con más frecuencia es-- la Sala de Inmunización y respecto al contenido de ésta, fué también dando información (45) y órdenes (19).

La enseñanza como propósito de la comunicación ocupa un tercer lugar con 23 ocurrencias que representan el 8.5% del total de comunicaciones.

Archivo y escritorio de información, son lugares que se emplearon para la comunicación con una frecuencia muy similar y predominando el rubro de Información.

Los datos obtenidos revelan la comprobación de la hipótesis respecto a -- que la comunicación verbal con fines educativos entre el personal del -- servicio y el público solicitante, ocupan un porcentaje mínimo; y que -- predomina la comunicación con fines informativos y de órdenes relaciona-- das con la atención de problemas de salud.

CUADRO No. 13

FRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION SEGUN CON QUIEN SE LLEVO A CABO

PROPOSITO DE LA COMUNICACION	M.	A.E.	TAS.	P.A.	E.J.	OD.	E.M.	TOTAL
Información	19	84	4	16	1	1		125
Ordenes	28	44				2	1	75
Enseñanza	11	5	2			5		23
Acercamiento	12	5	2			3		22
Quejas	1		2	4				7
Represión		4		5				9
No Clasificada		4	3					7
TOTAL:	71	146	13	25	1	11	1	268

El cuadro muestra en forma sobresaliente que es la Auxiliar de Enferme-- ría la persona que mayor número de comunicaciones establece con el públi-- ce solicitante y el propósito de la misma es prioritariamente informa-- ción y posteriormente órdenes.

El médico estableció 71 comunicaciones destinadas también a dar órdenes-- en 58 casos y a ofrecer información en 19. Enseñanza y acercamiento per-- sonal ocurrieron casi en la misma proporción.

En forma general se aprecia que el contenido de la comunicación entre -- los siete ^{Tipos de} personal registrado y el público, en primer lugar es informar;

enseguida ordenar y en tercer lugar Enseñanza y Acercamiento personal es las últimas con ocurrencias mínimas, que representan únicamente el 8.2% del total de las comunicaciones.

Respecto a enseñansa, destaca el hecho de que el médico establece mayor-comunicación con este fin.

El personal administrativo representa en la muestra, el tercer lugar en-comunicación informativa; llama la atención el hecho de que la Enfermera Jefe solo tuvo una comunicación con el público, con fines informativos - durante todo el estudio.

Los datos anteriores nuevamente apoyan que el propósito fundamental de - la comunicación verbal entre el público y el personal de servicios está- enfocado a informar y dar órdenes médicas para la atención de los proble- mas de salud.

En cuanto al tiempo que consumió el personal para establecer la comunica- ción verbal según sus propósitos y donde la realizó, se resume en los -- cuadros 14 y 15.

CUADRO No. 14
 PORCENTAJE DE TIEMPO EMPLEADO EN LOS DIVERSOS PROPOSITOS DE COMUNICACION ESTUDIADOS,
 SEGUN DONDE SE ESTABLECIO.

D O N D E	CONTENIDO DE LA COMUNICACION							TOTAL DE TIEM- PO EN - MINUTOS	%
	INFOR- MACION	ENSE- ÑANZA	ORDE- NES	ACERCA MIENTO	QUE- JAS.	REPRE- SION	NO CLA- SIFICA- DA		
Consultorio	316	183	449	149	10	5		1112	64.35
Escritorio de Información	61	21		11				93	5.38
Sala de Nutrición	62		20	15	10	13	12	132	7.63
Sala de Inmunización	184	5	53					242	14.04
Sala de Espera	25		12	15				52	3.00
Pasillo			17		3			20	1.15
Archivo	48				10	12		70	4.05
Sala de Trabajo Social							7	7	0.40
TOTAL:	696	209	551	190	33	30	19	1728	100.00

Nótese que el mayor porcentaje de tiempo empleado en la comunicación fué en Consultorio, (64.35%) posteriormente aunque con un marcado descenso, en Sala de Inmunizaciones (14.04%) y en tercer lugar la Sala de Nutrición (7.63%).

Respecto al propósito de la comunicación, se comprueba en orden prioritario la información con 696', después las órdenes con 551' y la Enseñanza en tercer lugar con 209'; seguida por 190' consumidos en acercamiento personal.

Del total del tiempo empleado en comunicación, en el Consultorio, corresponden, el 40% a órdenes, el 28% a Información y el 16% a Enseñanza.

Se emplearon para acercamiento 190' de los cuales el 78%, fué consumido en consultorio.

Hay un porcentaje mínimo de tiempo empleado en Consultorio, Sala de Nutrición y Archivo para quejas del público.

CUADRO No. 15

PORCENTAJE DE TIEMPO EMPLEADO EN LOS DIVERSOS PROPOSITOS DE COMUNICACION ESTUDIADOS, SEGUN CON QUIEN SE LLEVO A CABO.

CON QUIEN	CONTENIDO DE LA COMUNICACION							TOTAL DE TIEMPO EN MINUTOS	%
	INFORMACION	ENSEÑANZA	ORDENES	ACERCA MIENTO	QUEJAS.	REPRE- SION	NO CLA SIFICA DA		
Médico	152	92	368	82	10			704	40.74
Auxiliar de Enfermería	404	26	159	26	13	18	12	658	38.07
Trabajadora Social	72	22		50			7	151	8.74
Personal de Archivo	48				10	12		70	4.05
Enfermera Jefe	3							3	0.17
Odontólogo	17	69	19	32				137	7.95
Est. de Medicina			5					5	0.28
TOTAL:	696	209	551	190	33	30	19	1728	100.00

Los datos demuestran que el médico es quien se lleva el porcentaje de tiempo más alto en comunicación y el contenido de la misma vuelve a referirse a órdenes, información y enseñanza en orden de prioridad.

La Auxiliar de Enfermería ocupa el segundo lugar respecto al tiempo empleado en comunicación y el mayor número de minutos fué en información, después en órdenes y en tercer lugar enseñanza, y acercamiento con la misma proporción.

La Trabajadora Social y el Odontólogo ocupan tercero y cuarto lugar en el tiempo empleado, pero su porcentaje es notablemente menor en comparación con los dos anteriores, sin embargo es de hacer notar que proporcionalmente, es el Odontólogo quien consume más tiempo en comunicación con fines de enseñanza; la Trabajadora Social, tal vez por la naturaleza de su trabajo ocupa más tiempo en comunicación con el propósito de acercamiento.

Por la predominancia que tuvo la comunicación con el propósito de dar órdenes; en los cuadros 16, 17 y 18 se desglosa el porcentaje de tiempo empleado con este fin, por sub-códigos; atendiendo a Donde y con Quienes se estableció la comunicación.

CUADRO No. 16

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO POR EL PERSONAL EN COMUNICACION CON EL PROPOSITO DE DAR ORDENES

PROPOSITOS DE LA COMUNICACION	FRECUENCIA	TIEMPO EN MINUTOS	%
SUB-CODIGOS			
a)- Interrogatorio para la Historia Clínica.	7	140	25.40
b)- Exploración física y verificaciones durante la misma.	6	42	7.62
c)- Indicaciones y prescripciones médicas.	21	215	39.05
d)- Reforzamiento de indicaciones médicas.	12	57	10.34
e)- Disposiciones relacionadas con la somatometría.	10	31	5.62
f)- Observaciones para la sujeción y/o posición del paciente.	19	66	11.97
T O T A L:	75	551	100

CUADRO No. 17

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO POR EL PERSONAL DANDO ORDENES, SEGUN DONDE SE ESTABLECIO LA COMUNICACION.

<u>PROPOSITO DE LA COMUNICACION</u>	<u>CONSULTORIO</u>	<u>SALA DE INMUNIZACIONES</u>	<u>SALA DE MUT.</u>	<u>PASILLO.</u>	<u>SALA ESPERA</u>	<u>TOTAL</u>	<u>%</u>
SUB-CODIGOS							
a)- Interrogatorio para la Historia Clínica.	6					6	1.08
b)- Exploración física y verificaciones durante la misa.	10					10	1.6
c)- Indicaciones y prescripciones médicas.	370	3		6		379	68.78
d)- Reforzamiento de indicaciones médicas.	15	9	20	3	12	59	10.70
e)- Disposiciones relacionadas con la somnometría.	29	2				31	5.57
f)- Observaciones para la sujeción y/o posición del paciente.	19	39		8		66	11.97
T O T A L:	449	53	20	17	12	551	100

CUADRO No. 18

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO DANDO ORDENES SEGUN CON QUIEN SE LLEVO A CABO LA COMUNICACION.

PROPOSITO DE LA COMUNICACION.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MEDICO	ODONT.	EST. DE MED.	TOTAL	%
SUB-CODIGOS						
a)- Interrogatorio para la Historia Clínica.		68			68	12.34
b)- Exploración física y verificaciones durante la misma.	10	40	19		69	12.55
c)- Indicaciones y prescripciones médicas.	13	260		5	278	50.45
d)- Reforzamiento de indicaciones médicas.	39				39	7.07
e)- Disposiciones relacionadas con la somatometría.	31				31	5.62
f)- Observaciones para la sujeción y/o posición del paciente.	66				66	11.97
TOTAL :	159	368	19	5	551	100

Per los datos registrados en los últimos tres cuadros, se advierte que el mayor porcentaje de tiempo es gastado en comunicación para indicaciones y prescripciones médicas que suceden en el consultorio y que son el Médico, la Auxiliar de Enfermería y el Odontólogo, quienes las ejecutan con más frecuencia.

Tomando en cuenta la importancia que se ha dado en el presente estudio a la comunicación con fines de enseñanza y acercamiento personal, como base para el cambio de conductas relacionadas con la salud, en los siguientes seis cuadros se desglosa nuevamente el porcentaje de tiempo empleado con los fines antes mencionados para hacer notar, que tanto la Enseñanza como el Acercamiento, se enfocan a explicaciones e interpretaciones que se dan al público sobre sus problemas de salud y la forma en que serán tratados; así también para promover la participación del paciente o su familiar en el tratamiento, esto se sucede en consultorios y es también el médico, el odontólogo y la auxiliar de enfermería quienes consumen el mayor porcentaje de tiempo en estas tareas. Llame la atención que en ningún caso se observó la enseñanza de medidas de promoción para la salud y prevención de enfermedades, aún cuando se presentaron oportunidades tales como: niños que se les cayó el biberón al suelo y fué recogido por la madre para volvérselo a dar; accidentados en el hogar por causas que podían prevenirse, niños con cuadros gripales severos a los que se les administraron vacunas, aplicación de vacunas sin ninguna indicación sobre posibles reacciones y cuidados, pacientes adultos muy deprimidos, cuyo estado anímico pasó desapercibido; preguntas de pacientes sobre las complicaciones de su enfermedad, que quedaron sin respuesta, etc.

Es necesario hacer notar que en el renglón de acercamiento vuelve a re saltar el tiempo empleado por la trabajadora social.

CUADRO No. 19

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO POR EL PERSONAL EN COMUNICACION CON FIRMES DE ENSEÑANZA

PROPOSITO DE LA COMUNICACION	FRECUENCIA	TIEMPO EN MINUTOS	%
SUB-CODIGOS			
a)- Indagación y uso de información relacionada con aspectos que el paciente o su familiar saben <u>so</u> bre su problema de salud.	4	41	19.62
c)- Explicaciones sobre el problema de salud y forma en que será <u>—</u> tratado.	5	67	32.06
e)- Interpretación de la importan— cia y forma en que se adminis— traran medicamentos y tratamien— tos.	6	23	11.00
f)- Recomendaciones acerca de medi— das higiénicas relacionadas con alimentación, vivienda, aseo <u>—</u> personal, ejercicio y reposo.	2	11	5.26
i)- Promoviendo que el paciente o <u>—</u> su familiar tomen decisiones re— lacionadas con su problema y <u>—</u> atención de salud.	6	67	32.06
T O T A L:	23	209	100

CUADRO No. 20

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO EN COMUNICACION CON FINES DE ENSEÑANZA, SEGUN CON QUIEN SE LLEVO A CABO.

PROPOSITO DE LA COMUNICACION	CON QUIEN				TOTAL	%
	TRABAJADORA SOCIAL	MEDICO	AUXILIAR EN ENFERMERIA	ODONTOLOGO		
SUB-CODIGOS						
a)- Indagación y uso de información relacionada con aspectos que el paciente o su familiar saben sobre su problema de salud.	22	19			41	19.61
c)- Explicaciones sobre el problema de salud y forma en que será tratado.		3	20		23	11.03
e)- Interpretación de la importancia y forma en que se administrarán medicamentos y tratamientos.		40		27	67	32.05
f)- Recomendaciones acerca de medidas higiénicas relacionadas con alimentación, vivienda, aseo personal, ejercicio y reposo.		5	6		11	5.26
i)- Promoviendo que el paciente o su familiar tomen decisiones relacionadas con su problema y atención de salud.		25		42	67	32.05
TOTAL:	22	92	26	69	209	100

CUADRO No. 20

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO EN COMUNICACION CON FINES DE ENSEÑANZA, SEGUN CON QUIEN SE LLEVO A CABO.

PROPOSITO DE LA COMUNICACION	COM QUIEN				TOTAL	%
	TRABAJO RA SOCIAL	MEDICO	AUXILIAR EN ENFERMERIA	ODON TOLOGO		
SUB-CODIGOS						
e)- Indagación y uso de información relacionada con aspectos que el paciente o su familiar saben sobre su problema de salud.	22	19			41	19.61
c)- Explicaciones sobre el problema de salud y forma en que será -- tratado.		3	20		23	11.03
e)- Interpretación de la importancia y forma en que se administrarán medicamentos y tratamientos.		40		27	67	32.05
f)- Recomendaciones acerca de medidas higiénicas relacionadas con alimentación, vivienda, aseo -- personal, ejercicio y reposo.		5	6		11	5.26
i)- Promoviendo que el paciente o -- su familiar tome decisiones relacionadas con su problema y -- atención de salud.		25		42	67	32.05
T O T A L:	22	92	26	69	209	100

CUADRO No. 21

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO EN COMUNICACION CON FINES DE ENSEÑANZA SEGUN DONDE SE LLEVO A CABO.

PROPOSITO DE LA COMUNICACION	D O N D E			TOTAL	%
	CONSUL TORIO.	SALA - INFORMA ZACIONES.	ESCRITORIO DE INFORMACION		
SUB-CODIGOS					
a)- Indagación y uso de información relacionada con aspectos que el paciente o su familiar saben sobre su problema de salud.	41			41	19.62
c)- Explicaciones sobre el problema de salud y forma en que será tratado.	3	5	15	23	11.00
e)- Interpretación de la importancia y forma en que se administrarán medicamentos y tratamientos.	67			67	32.06
f)- Recomendaciones acerca de medidas higiénicas relacionadas con alimentación, vivienda, aseo personal, ejercicio y reposo.	5		6	11	5.26
h)- Promoviendo que el paciente o su familiar tomen decisiones relacionadas con su problema y atención de salud.	67			67	32.06
T O T A L s	183	5	21	209	100.

CUADRO No. 22

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO POR EL PERSONAL EN COMUNICACION CON FINES DE ACERCAMIENTO PERSONAL.

PROPOSITO DE LA COMUNICACION	FRECUENCIA	TIEMPO EN MINUTOS	%
SUB-CODIGOS			
a)- Utilización de información que el paciente o familiar proporcionan en relación con su salud, en el momento de dar un servicio.	2	20	10.52
b)- Interpretación de las comunicaciones que el paciente o su familiar muestran no comprender.	6	70	36.84
d)- Información sobre recursos internos o externos de los que el público puede hacer uso.	2	18	9.50
e)- Promoción para la participación del público, paciente o su familiar en acciones directas sobre su tratamiento.	3	26	13.68
f)- Preparación psicológica del paciente o familiar antes de efectuar cualquier procedimiento.	5	26	13.68
g)- Información sobre los progresos de un tratamiento y la evolución del problema de salud.	3	20	10.52
i)- Conversación con el paciente para identificación de sus necesidades.	1	10	5.26
T O T A L:	22	190	100

CUADRO No. 23

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO EN COMUNICACION CON FINES DE ACERCAMIENTO PERSONAL, SEGUN DONDE SE LLEVO A CABO.

PROPOSITO DE LA COMUNICACION	CONSULTORIO	ESCRITORIO DE INF.	SALA DE NUT.	SALA ESPERA	TOTAL	%
b)- Utilización de información que el paciente o familiar proporcionan en relación con su salud, en el momento de dar un servicio.	5			15	20	10.52
c)- Interpretación de las comunicaciones - que el paciente o su familiar muestran no comprender.	65		5		70	36.84
d)- Información sobre recursos internos e- -externos de los que el público puede ha cer uso.	15	3			18	9.50
e)- Promoción para la participación del pú blico, paciente o su familiar en accio nes directas sobre su salud.	26				26	13.68
f)- Preparación psicológica del paciente o familiar antes de efectuar cualquier - procedimiento.	18	8			26	13.68
g)- Información sobre los progresos de un tratamiento y la evolución del proble ma de salud.	20				20	10.52
i)- Conversación con el paciente para iden tificar sus necesidades.			10		10	5.26
T O T A L:	149	11	15	15	190	100

CUADRO No. 24

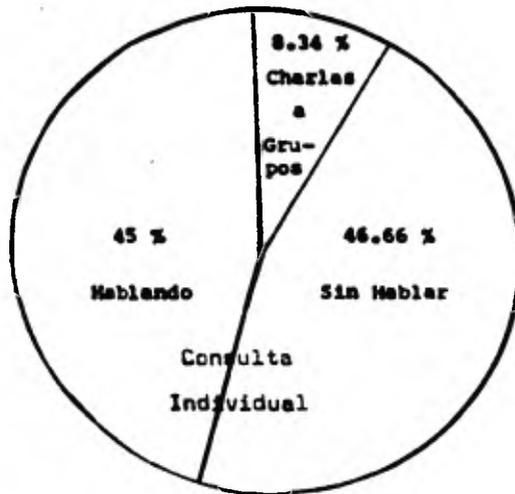
PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO EN COMUNICACION CON FINES DE ACERCAMIENTO PERSONAL, SEGUN CON QUIEN SE LLEVO A CABO.

PROPOSITO DE LA COMUNICACION	AUX. EMP.	MED.	ODONT.	Ta. S.	TOTAL	%
b)- Utilización de información que el paciente o familiar proporcionan en relación con su salud, en el momento de dar un servicio.		5		15	20	10.52
c)- Interpretación de las comunicaciones - que el paciente o su familiar muestran no comprender.	5	13	17	35	70	36.84
d)- Información sobre recursos internos o- -externos de los que el público puede - -hacer uso.	3	15			18	9.50
e)- Promoción para la participación del público, paciente o su familiar en acciones directas sobre su salud.		18	8		26	13.60
f)- Preparación psicológica del paciente o familiar antes de efectuar cualquier procedimiento.	8	11	7		26	13.68
g)- Información sobre los progresos de un tratamiento y la evolución del problema de salud.		20			20	10.52
i)- Conversación con el paciente para identificar sus necesidades.	10				10	5.26
T O T A L:	26	82	32	50	190	100

En general el tiempo total observado fue utilizado de la siguiente forma:

GRAFICA No. 1

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO POR EL PERSONAL EN COMUNICACION VERBAL Y - SIN HABLAR CON EL PUBLICO, EN LOS 3,840 MINUTOS DE TIEMPO TOTAL OBSERVADO.



FUENTE: Tarjetas de visita empleadas para la tabulación de los datos de la investigación.

Los porcentajes obtenidos, llevan a reflexionar sobre la gran cantidad de servicios que se ofrecen al público en los que se desaprovecha la oportunidad para establecer comunicación directa con fines educativos.

CUADRO No. 25

NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION CON QUIEN SE ESTABLECIO COMUNICACION EN EL TIEMPO TOTAL OBSERVADO.

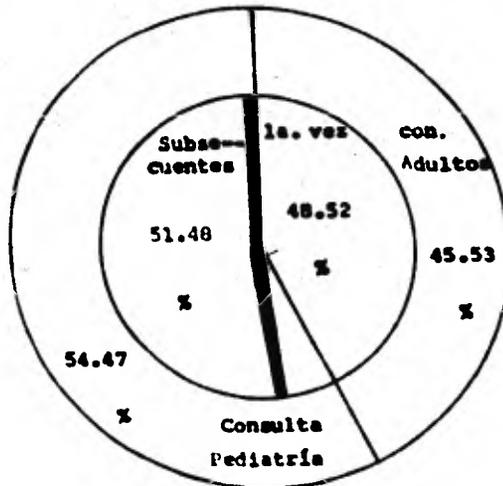
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
Analfabeta	51	21.55
Sabe leer y escribir	22	9.29
Primaria:		
1º	13	5.48
2º	25	10.55
3º	25	10.55
4º	30	12.65
5º	8	3.37
6º	30	12.65
Secundaria:		
1º	10	4.21
2º	3	1.26
3º	7	2.95
Técnica	8	3.37
Bachillerato		
1º	1	0.44
2º	3	1.26
Profesional	1	0.42
T O T A L:	237	100

En cuanto al nivel educativo de la población con quien se estableció alguna comunicación, durante la atención individual en el tiempo total observado, en el cuadro No. 25 puede apreciarse que el mayor número de casos con quienes se habló eran analfabetas (51) dato que — adquiere importancia si se suma a los 22 que únicamente leen y escriben sin haber asistido nunca a la escuela, ya que entre ambos representan el 30.80% de población casi analfabeta. Aunado a este dato — puede observarse que mas del 50% del total de los asistentes corresponde al nivel de educación primaria con un marcado predominio en — los primeros 4 años; datos que dan idea clara del nivel educativo de la población que acude en demanda de servicios; pues cerca del 85% — varía entre analfabeta y 6º año de primaria; el 15% restante en general, son personas que han cursado de primero de secundaria, los primeros años de bachillerato a una carrera técnica.

Vale la pena hacer notar que de los 237 casos observados, cuyo nivel educativo ha sido descrito, 115 correspondieron a consulta de primera vez y 122 a subsecuentes. Así mismo que el 45.53% de ésta población se presentó "solo"; hecho que se interpreta como consulta de — adultos; mientras que el 54.47% corresponde a pacientes que se presentaron con familiar; situación que concernió a la consulta de pediatría y que demuestra la predominancia de este tipo de atención en el Centro.

GRAFICA No. 2

TIPO DE PACIENTES Y DE CONSULTA PROPORCIONADA A LOS 237 CASOS OBSERVADOS.



FUENTE: Tarjetas de visita empleadas para la tabulación de los datos investigados.

Por lo que respecta al tiempo que la población asistente consumió para obtener el servicio solicitado, en el cuadro No. 26 puede apreciarse que la espera varió de 5 a más de 181 minutos; y que de los 7 rangos establecidos el de 5 a 30' ocupó el 48.10% acontecimiento que hace pensar que hubo un considerable número de personas que fueron atendidas casi inmediatamente a su llegada, al Centro. Hay un porcentaje menor, 17.74% que esperó de 30 a 60 minutos, que también podría estimarse dentro de límites aceptables de espera; sin embargo el 34.16% tuvo que esperar tiempos muy considerables; hecho que cobra suma importancia para los fines del estudio si se relaciona con el tiempo y contenido de la comunicación que se estableció con ellas. (las personas)

CUADRO No. 26

PORCENTAJE DE TIEMPO QUE CONSUMIO EL PUBLICO OBSERVADO PARA OBTENER UN-SERVICIO EN EL CENTRO DE SALUD.

TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS	FRECUENCIA	%
5 a 30	114	48.10
31 a 60	42	17.74
61 a 90	31	13.03
91 a 120	21	8.86
121 a 150	14	5.90
151 a 180	9	3.79
181 a más	6	2.53
TOTAL: 237		100

CUADRO No. 27

PROMEDIO DE TIEMPO UTILIZADO EN CADA UNO DE LOS CASOS OBSERVADOS SEGUN-
DONDE SE ESTABLECIO LA COMUNICACION.

D O N D E	TOTAL DE MINUTOS EMPLEADOS PARA - COMUNICARSE EN - TODOS LOS PROPO- SITOS ESTUDIADOS	PROMEDIO DE TIEMPO EN - MINUTOS EM- PLEADO PARA CADA CASO.
Consultorio	1112	4.7
Escritorio de Información	93	0.39
Sala de Nutrición	132	0.55
Sala de Inmunizaciones	242	1.02
Sala de Espera	52	0.21
Pasillo	20	0.08
Archivo	70	0.29
Sala de Trabajo Social	7	0.02
T O T A L: 1728		7.26

FUENTE: Cuadro No. 5 Tiempo empleado en los diversos propósitos -
de la comunicación estudiadas, según donde se estableció.

CUADRO No. 28

PROMEDIO DE TIEMPO UTILIZADO CON CADA UNO DE LOS 237 CASOS OBSERVADOS SEGUN CON QUIEN SE ESTABLECIO LA COMUNICACION.

CON QUIEN	TOTAL DE MINUTOS- EMPLEADOS PARA CO- MUNICARSE EN TO- DOS LOS PROPOSI- TOS ESTUDIADOS.	PROMEDIO DE TIEMPO EMPLEADO PARA CADA CASO
Médico	704	2.15
Auxiliar de Enf.	658	2.6
Trab. Social	151	1.4
Personal de Archivo	70	0.29
Enf. Jefe	3	0.01
Odontólogo	137	0.58
Est. de Medicina	5	0.03
T O T A L: 1728		7.26

FUENTE: Cuadro No. 6.

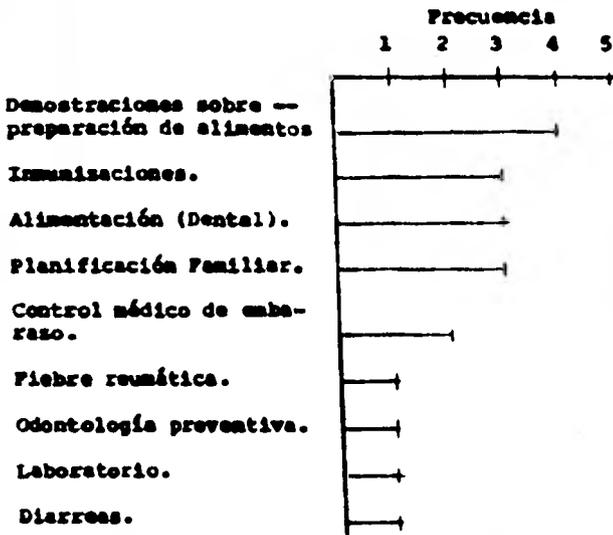
Al describir los cuadros de páginas anteriores, ya se habían señalado Quié- nes y Donde se estableció con mas frecuencia la comunicación verbal; así -- también el tiempo que se consumió en cada uno de los propósitos que se estu- diaron en ella, no obstante se ha creído pertinente promediar el total de -- tiempo empleado en la comunicación en todos sus propósitos, para tener una- idea de lo que se tardó el personal hablando con los casos observados en --

los diferentes servicios estudiados. (Cuadros 27 y 28).

Por lo que respecta a las observaciones hechas durante los 320' que ocuparon las charlas de Educación para la Salud, programadas a grupos por el Centro, (anexo 11) puede notarse en la gráfica 3 que los objetivos de cada una de ellas eran diferentes; no obstante, vuelve a predominar igual que en la atención individual, la comunicación con el propósito de informar, - gráfica No. 4. Sin embargo es necesario recalcar, que aquí se dieron en un porcentaje significativo los propósitos de Enseñanza y Acercamiento, ya que casi una décima parte de los participantes en 7 de las 19 charlas, tuvieron oportunidad de tomar parte activa y ser consideradas durante las exposiciones.

GRAFICA No. 3

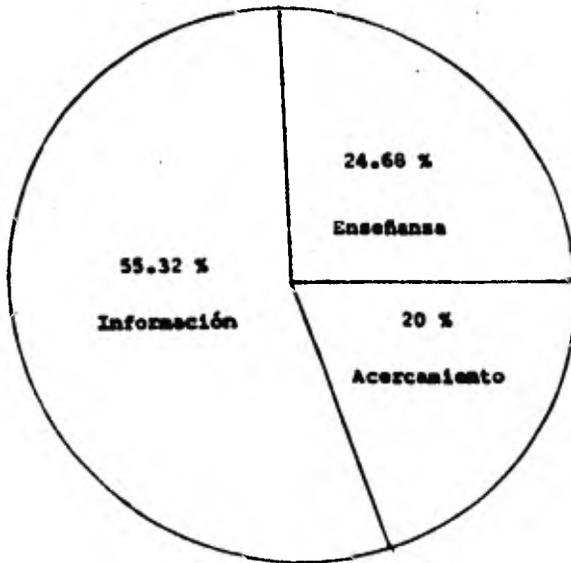
FRECUENCIA Y OBJETIVO DE LAS CHARLAS SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD INDIVIDUAS A GRUPOS.



FUENTE: Cuadro No. 29
Anexo 12.

GRAFICA No. 4

PORCENTAJE DE TIEMPO EMPLEADO SEGUN PROPOSITOS DE LA COMUNICACION ESTABLECIDA CON EL PUBLICO DURANTE LAS CHARLAS DE EDUCACION PARA LA SALUD A GRUPOS (320').



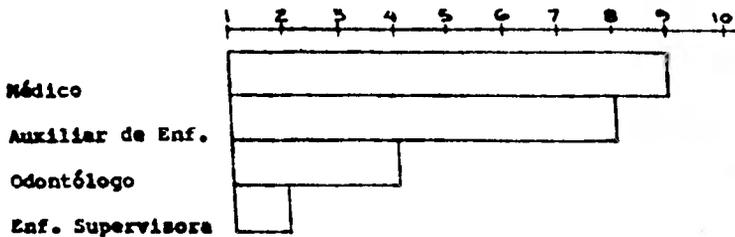
FUENTE: Cuadro No. 29
Anexo 12

Por lo que atañe al nivel educativo de los asistentes a las charlas, vuelve a darse el mismo fenómeno observado en los casos individuales, ya que poco más del 80% va de analfabeta a 6º año de primaria, predominando el número de personas con ésta última terminada. (Anexo 13, cuadro No.- 30 nivel de escolaridad de la población asistente a las charlas de Educación para la Salud).

En cuanto a Con Quien se estableció la comunicación durante las charlas, en la gráfica No. 5 puede apreciarse el dato.

GRAFICA No. 5

FRECUENCIA Y PERSONAL RESPONSABLE DE IMPARTIR LAS CHARLAS SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD.

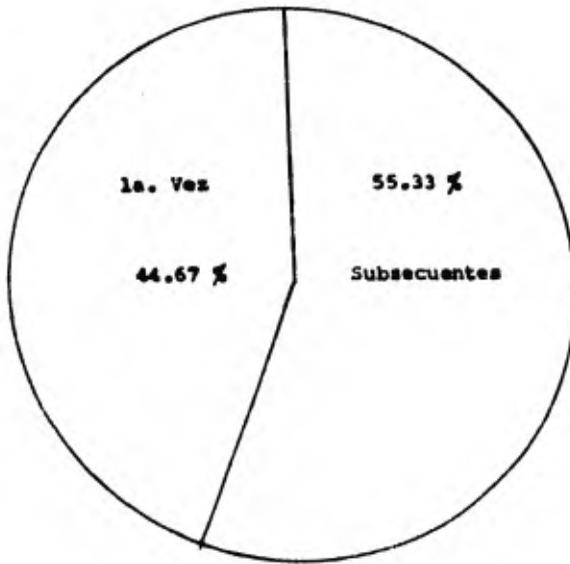


FUENTE: Tarjetas perforadas para la tabulación de datos.

Nótese que una vez más es el médico y la auxiliar de enfermería quienes se comunicaron más frecuentemente con el público. Las charlas se desarrollaron en los pasillos en 3 ocasiones y en las salas de espera 16 veces. Es también notorio, que el mayor número de asistentes ya ha estado presente en charlas sobre el mismo tema en ocasiones impartidas por la misma persona; este dato se registró como asistencia subsecuente. Gráfica No. 6.

GRAFICA No. 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS 338 PARTICIPANTES A LAS CHARLAS DE EDUCACION PARA LA SALUD SEGUN TIPO DE ASISTENCIA AL CENTRO.



FUENTE: TARJETAS PERFORADAS EMPLEADAS PARA COMPUTO Y TABULACION DE DATOS EN CHARLAS Y DEMOSTRACIONES A GRUPOS.

VIII.- DEFINICION DE TERMINOS

Con el propósito de facilitar el manejo y la interpretación de resultados, se definen algunos de los términos de acuerdo a la forma en que -- son utilizados en el presente estudio.

1.- Comunicación Verbal.- Lenguaje expresado oralmente a través de símbolos convencionales, (palabras) por dos o más personas con un propósito definido.

2.- Propósito de la Comunicación:

2.1. Información.

Incluye las comunicaciones verbales con el público, relacionadas con la orientación sobre los servicios que solicita, e informaciones sobre asuntos de interés para su salud, en las que no se verifica la comprensión del mensaje.

2.2. Enseñanza.

Implica las comunicaciones verbales tendientes a producir un cambio o un reforzamiento de conducta en aspectos relacionados con la salud, en las que toma parte activa el público, paciente o familiar y se verifica la comprensión del mensaje.

2.3. Ordenes.

Se refiere a las comunicaciones verbales relacionadas con las indicaciones para el tratamiento del problema de salud, sin -- considerar la participación del paciente o familiar.

2.4. Acercamiento Personal.

Comprende las comunicaciones verbales que aproximan a la atención de los aspectos emocionales y personales del público, paciente o familiar. Incluye la consideración de lo que la gente comunica para establecer el diálogo.

2.5. Quejas.

Se refiere a las comunicaciones verbales que atienden asuntos relacionados con reclamaciones de público a personal de servicios ó de personal a público.

2.6. Represión.

Incluye las comunicaciones verbales relacionadas con llamadas de atención, reprimendas y faltas de respeto al público.

3.- Observación de Actividades del Personal.

Procedimiento que permitió escuchar, estudiar y registrar el propósito de la comunicación que estableció, el personal de los servicios con el público, mientras desempeñaba una acción directa con él.

4.- Personal de Servicios.

Personas profesionales y no profesionales que realizan funciones técnico-administrativas en el Centro de Salud, inherentes a su preparación y bajo una percepción económica.

5.- Educación para la Salud.

Proceso por el cual, los individuos o grupos aprenden a fomentar, proteger o restablecer la salud. Implica el reconocimiento de las formas de vida de las personas; así también de los valores y creencias en relación con la salud y de los factores que permiten conservar o modificar éstos.

6.- Verificación.

Hacer acopio de pruebas que demuestran que el mensaje emitido fue captado por el receptor.

7.- Problema de Salud.

Estado caracterizado por la ruptura del equilibrio interno del organismo, ocasionado por un proceso patológico; que para su recuperación precisa de ayuda médica.

8.- Reforzamiento.

dar mayor fuerza a una idea, conocimiento o sentimiento.

9.- Sabe Leer y Escribir.

Conocimiento adquirido por sí mismo sin haber ido nunca a una escuela.

10.- Público Solicitante de Servicios.

Personas que asisten al centro de salud, para recibir alguna atención requerida, por parte del personal técnico, profesional y administrativo que en él labora.

IX.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Las limitaciones más importantes, identificadas para la realización del presente estudio, surgieron en la etapa de recolección de datos, pues aún cuando se había previsto que el problema a estudiar por sí mismo podría constituir una limitante y se intentó superarla con la preparación de instrumentos de trabajo que permitieran el registro preciso y objetivo de la comunicación verbal, en el transcurso del desarrollo de la investigación, se valoró:

- 1.- La dificultad de separar la comunicación verbal con un propósito definido, por parte del emisor, de su naturaleza íntima, manifestada en expresiones anímicas y corporales que hacen posible o dificultan el acercamiento y la interacción.
- 2.- Pese al esfuerzo que significó la elaboración de un instrumento para objetivizar los propósitos de la comunicación, hubo subjetividad en un momento dado para el registro de la comunicación verbal, sobre todo cuando se llevó a cabo con varios propósitos en un mismo sujeto.
- 3.- La naturaleza de la investigación requería de más de una persona para llevarla a cabo; a fin de poder comentar la crítica e interpretación de los datos y reducir posibles subjetividades y prejuicios en los registros y valoraciones.
- 4.- El tiempo destinado al procesamiento de datos, se prolongó a casi un año; y aún cuando esté dentro de límites aceptables para la presentación de un informe de investigación, se corre el riesgo de que la situación estudiada haya podido cambiar en el Centro de Salud.

- 5.- En el instructivo I, preparado para clasificar el contenido de la comunicación verbal, hizo falta ampliar los asuntos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, sobre todo, en el Código 31 que, se refiere a Enseñanza; considerando el enfoque de Educación para la Salud que se dió al trabajo.
- 6.- En las matrices para el cómputo y la tabulación de datos, se omitió el registro del número de veces en que se utilizó lenguaje técnico para cualquiera de los propósitos de la comunicación, lo que dá un carácter subjetivo a la información que se ofrece sobre este aspecto en el estudio. Así mismo, el número de personal del Centro por categoría que fué investigado, ya que ello hubiera permitido precisar algunas de las necesidades de aprendizaje específico para cada cargo, en relación con el manejo de la Educación para la Salud.
- 7.- Aun cuando se valoró la importancia de las experiencias previas y la preparación de emisores y receptores, en el establecimiento de la comunicación, estos aspectos se dejaron implícitos en el cargo que desempeñaba el personal, omitiendo su estudio; hecho que dificultó precisar la cantidad y calidad de Educación para la Salud, que de acuerdo a su función le correspondía impartir.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES.

1. Los resultados del estudio, tanto en los registros de atención individual, como en las charlas a grupos, - constituyen una muestra, que refleja claramente la - frecuencia con que se habla al público que asiste a - los servicios de un Centro de Salud, mientras se le - atiende y el contenido de la comunicación verbal que se establece con él.
2. Del total de tiempo observado, 3,840 minutos, en - atención individual únicamente se empleó el 45% ha -- blando, (1,728 minutos.) el 8.34% (3,20') en charlas a grupos y el resto del tiempo, se atendió al público sin dirigirle la palabra.
3. Del 100% del tiempo que se habló en atención indivi - dual, (1,728') se destacan 3 aspectos.
 - 3.1. El 40.32% se consumió en informaciones relaciona -- das con orientación sobre los servicios que se - solicitan y otros asuntos de interés para la sa - lud, (Puntualidad, cambios de citas, promoción de servicios).
 - 3.2. El 31.88% se destinó a dar órdenes, invariable - mente para seguir indicaciones sobre el trata -- miento que implicaba la atención de problemas de salud, por los que asistía el público.

Se apreció que estas dos comunicaciones fueron unidireccionales y por lo tanto carentes de verificación en la comprensión del mensaje.

- 3.3. La enseñanza ocupó el 12.09% y se enfocó a dar explicaciones e interpretaciones sobre los problemas de salud que llevaban al público; así como de la forma en que serían tratados. También se promovió la participación del paciente o su familiar en el tratamiento de que iba a ser objeto. Llama la atención que en ningún caso se observó la enseñanza, de medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
4. Del 100% del tiempo que se empleó en charlas a grupos, (320') el 24.68% se destinó a enseñanza relacionada con la prevención de diarreas y medidas higiénicas sobre la preparación y manejo de alimentos. Casi en el mismo porcentaje se registró el acercamiento personal, es decir, comunicaciones en las que se atendió la parte afectiva del público y éste pudo tomar iniciativas de acuerdo a sus posibilidades. Los mensajes en general se enfocaron a indagar lo que la gente sabía respecto a sus problemas de salud, como base para introducir nuevas ideas; la comprensión fué verificada y hubo una respuesta activa por parte de los receptores.

5. El uso de lenguaje técnico, ajeno a las posibilidades de comprensión del público, dado su nivel educativo predominante; (analfabeta y 40. año de primaria) fué frecuente en los diálogos establecidos. Aún cuando el porcentaje de comunicaciones, no clasificadas, donde se pretendía detectar esta situación, alcanzó únicamente el 1.09% en consulta individual y el 0% en charlas a grupos.
6. El mayor porcentaje de comunicaciones, se llevó a cabo en consultorios, sala de Inmunizaciones y Sala de Espera; siendo la auxiliar de enfermería y el médico, quienes la establecieron mas frecuentemente y en ese orden. No obstante fué el médico, quien empleó mayor cantidad de tiempo hablando. Esto se explica, porque el tipo de pacientes que acudió en demanda de servicio durante el estudio fueron en su mayoría enfermos y por el hecho de que el mayor número de charlas de educación, se realizaron en salas de espera y fueron impartidas por personal médico.
7. Fueron el médico, el odontólogo y la auxiliar de enfermería en este orden, quienes consumieron el mayor porcentaje de tiempo en la tarea de comunicarse con fines educativos.
8. La comunicación con el propósito de enseñanza se dió con mas frecuencia en consultorios, sala de Inmunizaciones y Sala de Espera, en esta última en mayor porcentaje; su

mándosele además la comunicación con fines de acerca -
miento personal, hecho que corresponde a las charlas a
grupos.

Por lo anterior, se comprueba la veracidad de las hipó -
tesis planteadas respecto a que el propósito fundamental
de la comunicación entre personal del Centro y público -
que asiste en demanda de servicios se enfoca fundament
almente a dar información y órdenes para la atención de -
problemas de salud. Así también, de que el porcentaje -
destinado a la comunicación con fines educativos es míni
mo.

9. Del total de casos observados, el 48.10% esperó entre 5
y 30 minutos; el 17.74% de 30 a 60 minutos y el resto -
(34.16%) esperó de 60 a mas de 181 minutos; este último
dato, adquiere relevancia si se considera que el médico,
que fué quien consumió mas cantidad de tiempo comunicán-
dose, utilizó como promedio, 2.15" por paciente, el -
Odontólogo que le siguió, 0.58" y la auxiliar de Enfer -
mería en tercer lugar 2.8"
10. Tomando en cuenta los propósitos que predominaron duran-
te las comunicaciones establecidas con el público, y el
lenguaje utilizado para hacerlo, se valora que no hubo -
congruencia entre el tiempo de espera de la gente, para
recibir un servicio y el tiempo que se destinó para hablar
con ella. Por otra parte el hecho de que haya predomina-
do la consulta subsecuente, trajo consigo el caso de que

los mensajes educativos enviados por el personal, mas frecuentemente durante las charlas, resultaron repetidos para el público y en ocasiones escuchados a la misma persona.

11. Mas del 80% de la población asistente al Centro, durante el periodo del estudio, tuvo un nivel educativo que fué de analfabeta a 6o. año de primaria, predominando los primeros 4 años de esta; situación que dificultó el establecimiento de una comunicación efectiva, en muchos de los casos observados por la imposibilidad de comprender con claridad algunos mensajes.
12. El estudio proporcionó elementos de juicio que hacen pensar en que el personal del Centro de Salud, al proporcionar un servicio, perdió de vista el nivel educativo de la población a la que atendió, pues a excepción hecha del servicio de planificación familiar, casi siempre se dirigieron a ella, sobre todo en consulta individual, utilizando un lenguaje no adaptado a las posibilidades de comprensión de la gente y no hubo verificación de la captación de los mensajes que se enviaron.
13. La comunicación con fines de acercamiento personal, ocupó un porcentaje muy reducido, (10.99%) del tiempo total, observado en consulta individual y 20% en charlas a grupos. Lo que hace pensar que la parte emocional de pacientes y público no fué muy tomada en cuenta al hablar con él.

14. El tipo de consulta predominante, se refirió a Pediatría en casos subsecuentes; e invariablemente los casos se presentaron acompañados de mas de un familiar; situación que se desaprovecho para establecer comunicación con propósitos de enseñanza en los aspectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

RECOMENDACIONES

1. Tomando en cuenta que los resultados de la investigación demuestran que la comunicación con fines de enseñanza - es mínima, predominando la que se refiere a la atención de problemas de salud; así como el objetivo fundamental del Centro, que persigue promover la salud y prevenir - la enfermedad; se valora la necesidad de una labor educa - tiva que requiere del establecimiento de comunicación - frecuente y efectiva con el público que asiste en demanda de servicios, con el propósito de lograr su participación real, en el cuidado de su salud. Por lo que se recomienda estudiar el sistema de Educación para la Salud del Cen - tro, a fin de reorientar su funcionamiento hacia el lo - gro del objetivo que se señala y la superación del pro - blema encontrado.
2. Considerando la necesidad de contar con suficientes ele - mentos de juicio que validen la urgencia de reorganizar el sistema de Educación para la Salud, que el Centro - tiene establecido, se sugiere:
 - 2.1. Llevar a cabo investigaciones similares a ésta, am - pliando sus límites y, superando las limitaciones - que surgieron en el presente estudio. Así también - podría ser aplicado en otros Centros de Salud.
 - 2.2. Detectar las necesidades reales de Educación para

la salud del público asistente, relacionándolas con los principales problemas que acuden al Centro y la frecuencia con que se presenta un mismo caso a consulta.

2.3. Coordinar con las escuelas que envían estudiantes - al Centro en plan de prácticas, la elaboración de - estudios longitudinales de familia, que permitan de - tectar cambios de actitudes en relación con la - salud, propiciados por los programas de Educación de la Institución.

2.4. Identificar las necesidades de aprendizaje del personal de los servicios; para la operación de acciones educativas, que conlleven a la solución de los problemas inherentes a este proceso.

3. Aún cuando se valora que el alfabetismo no garantiza una apertura al cambio en relación con la salud, se considera un medio para que el individuo tenga acceso a la información escrita y llegue a comprender mejor su situación, y sus problemas de salud, por lo que de acuerdo a los hallazgos del estudio se propone:

3.1. Incluir en las actividades del club familiar del - Centro, un grupo de alfabetización funcional, relacionado con hábitos higiénicos y prevención de enfermedades.

- 3.2. Se incluyan también, programas sobre primeros auxilios, cuidado del embarazo, puericultura, relaciones familiares, nutrición etc. para intentar el logro del primer nivel de atención en el grupo familiar, utilizando sus propios recursos.
 - 3.3. Adecuar al nivel educativo de la población, las comunicaciones escritas que el Centro emplea para difundir mensajes en relación a la salud. Esto es, hacerlas más gráficas, empleando mayor cantidad de dibujos y menos escritura en cada comunicación.
4. Partiendo de la idea de que la comunicación implica un compromiso entre quienes la establecen y determina el tipo de vínculos, los resultados del estudio, hacen evidente la necesidad de que el personal revise los elementos básicos de la comunicación efectiva: Uso de lenguaje apropiado al nivel educativo de la población, verificación del mensaje, atención de los temores y esperanzas del receptor y escuchar y aprovechar sus experiencias entre otros; por lo que se recomienda:
- 4.1. Planear e implementar programas de Educación en Servicio para el personal, sobre comunicación y relaciones humanas, en los que se incluyan aspectos que conlleven a la identificación de los propios marcos referenciales, con el propósito de hacer su interag

ción mas positiva y favorecer el establecimiento de comunicaciones de apoyo, comprensión y respeto hacia el público.

4.2. Al desarrollar los programas de Educación en Servicio, utilizar técnicas vivenciales que permitan la ruptura del modelo de relación dominio-sumisión, con el propósito de que el personal incorpore realmente al público en el equipo de salud, venciendo su receptividad, y otorgándole la responsabilidad que le corresponde en la atención de su salud.

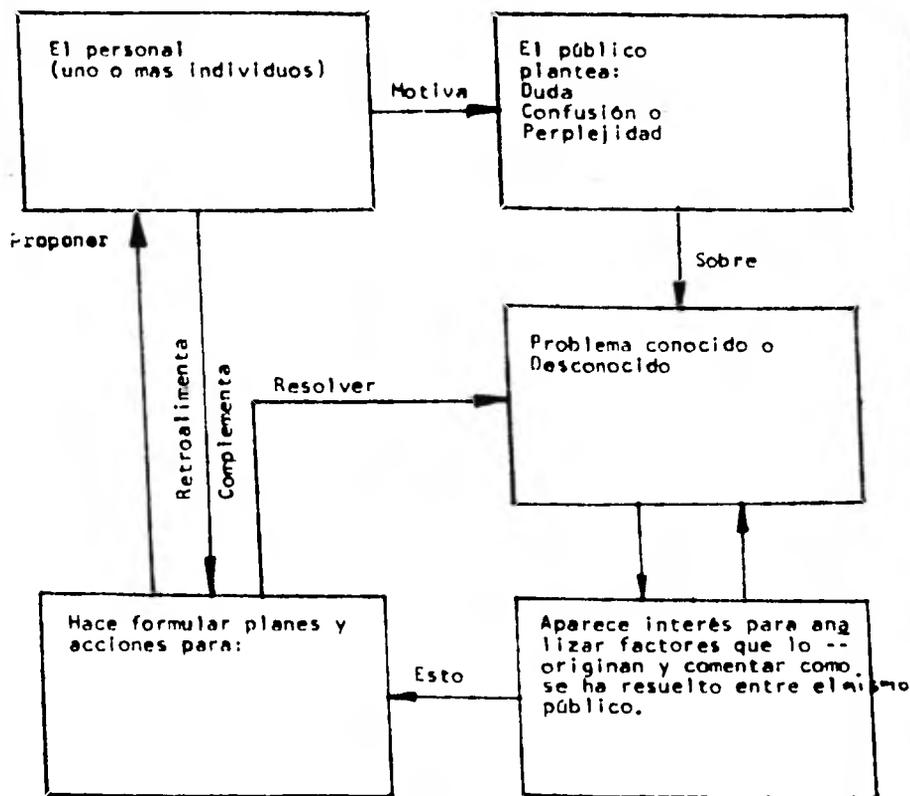
4.3. Sistematizar la Educación para la salud en todos los servicios del Centro, concientizando al personal, en cuanto a las implicaciones educativas que tiene cada una de las acciones que realiza; a fin de que aproveche todas las oportunidades que se presenten, intentando involucrar a pacientes y público en este proceso.

5. Considerando que el proceso de educación para la salud, implica por una parte, el aprendizaje para fomentar, proteger y restablecer la salud y el bienestar; y por otra, el reconocimiento de lo que sabe la gente en cuanto a la salud y sus hábitos, intereses y costumbres en relación a ella, se propone para el trabajo con grupos:

- 5.1. Evaluar el actual modelo de Enseñanza que se emplea en las actividades de educación para la salud en el Centro; donde el público generalmente es saturado de información que determina el personal que la proporciona; lo que favorece la repetición de los temas, en ocasiones para la misma población.
- 5.2. Evaluar los procedimientos de trabajo, que se utilizan para el desarrollo de las actividades de educación, incluyendo los auxiliares didácticos y el manejo que se hace de ellos; ya que actualmente, propician la pasividad del público, colocando al personal como único elemento activo en el proceso.
- 5.3. Adoptar un modelo de enseñanza-aprendizaje en el que se conjuguen objetivos de educación para la salud bien definidos, con las necesidades e intereses de la gente por aprender; así mismo se atiendan sus expectativas y se tomen en cuenta sus experiencias previas, hábitos y costumbres; ya que esto la dispondrá física y mentalmente a modificar sus actitudes.

Para atender este punto se sugiere el siguiente modelo:

MODELO DE ENSEÑANZA - APRENDIZAJE EN EDUCACION PARA LA SALUD



El Modelo permite que:

- 5.3.1. El público constituya el centro del proceso educativo.
 - 5.3.2. El público participa en la selección de los aspectos que requiere aprender.
 - 5.3.3. Personal y público están activos.
 - 5.3.4. El público con su participación determina la velocidad del proceso enseñar-aprender.
 - 5.3.5. El personal se ve obligado a resolver diversas dudas y por tanto, a revisar continuamente la temática de la Educación para la Salud.
 - 5.3.6. El público tiene oportunidad de intercambiar sus experiencias y conocimientos.
 - 5.3.7. El público tiene posibilidades de aprendizajes cognoscitivos, afectivos y psicomotrices en materia de salud.
 - 5.3.8. El personal tiene oportunidad de conocer las necesidades sentidas y las actitudes hacia la salud, del público asistente al Centro.
6. Tomando en cuenta que la sistematización de la Educación para la Salud en todos los servicios del Centro; así como la adopción de un modelo distinto para el proceso educativo a grupos requiere del adiestramiento de personal y sensibilización del público se recomienda:

- 6.1. Introducir en los programas de educación en servicio, laboratorios de microenseñanza, en los que los elementos del personal tengan la oportunidad de preparar y presentar sesiones de trabajo con el modelo propuesto, ante un pequeño grupo de sus mismos compañeros; para ser retroalimentados por ellos, a fin de mejorar la dinámica del proceso educativo.
- 6.2. Detectadas las necesidades del personal, en cuanto al manejo del proceso de Educación para la Salud preparar un manual, que favorezca la sistematización de esta actividad, bajo un criterio común, que puede hacerse extensivo a los grupos de estudiantes que llegan al Centro en vía de prácticas.
- 6.3. Que el Departamento de Educación Higiénica se aboque a la tarea de preparar pequeñas unidades de auto enseñanza para el público en relación con aspectos de saneamiento ambiental, nutrición, puericultura, higiene personal etc. a fin de sensibilizarlo a participar activamente; a la vez que el proceso educativo se convierte en una actividad continua que se revisa en el seno familiar y se retroalimenta en el Centro.

BIBLIOGRAFIA

BEDOY G. HUMBERTO. 1979 CRITICA AL PENSAMIENTO DE JOSE MEDINA ECHAVARRIA SOBRE EL PAPEL SOCIAL DE — LA EDUCACION EN AMERICA LATINA. REVISTA LATINO AMERICANA DE ESTUDIOS EDUCATIVOS. VOL. IX NO. 1 MEXICO 1979

BENITEZ ZENTENO RAUL. POLITICA DE POBLACION. EL PERFIL DE MEXICO EN 1980 VOL. 3 EDIT. SIGLO XXI MEXICO 1973

BRAMELD THEDDORE. BASES CULTURALES DE LA EDUCACION. EDIT. EUDELA, BUENOS AIRES 1974

CAMPILLO SAINZ, CARLOS. Y COL. LA SITUACION DE SALUD EN EL PAIS Y SUS TENDENCIAS. S.S.A. SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA MEXICO 1975

CIE/OMS: INFORME DE TRABAJO SOBRE LA FUNCION DE LA ENFERMERIA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD. NAITOBI, KENIA 1979

COLEGIO NACIONAL DE ENFERMERAS A.C. Y DIRECCION DE ENFERMERIA DE LA S.S.A. ESTUDIO DE RECURSOS DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN MEXICO. MEXICO 1979

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION. MEXICO DEMOGRAFICO. BREVIARIO 1978 MEXICO 1978

DDOHER M. JOSEPH. COMUNICACION EFECTIVA EN EL TRABAJO
EDIT. REVERTE S. A.
BARCELONA-MEXICO 1973

GONZALEZ CAZANOVA PABLO, FUENTES MOLINAR OLAC Y COL.
MEXICO HOY.
EDIT. SIGLO XXI
3a. EDICION MEXICO 1979

GUZMAN TEODULO JOSE.
ALTERNATIVAS PARA LA EDUCACION EN MEXICO.
EDICIONES GERNIKA MEXICO 1979

HERRERA Y MONTES LUIS.
BASES PSICOLOGICAS DE LA DIDACTICA.
MEXICO 1972

KEMP E. JERROL
PLANIFICACION Y PRODUCCION DE MATERIALES AUDIOVISUALES
EDIT. DEL ILCE
MEXICO 1973

KRAUS D. MIGUEL.
TECNICAS DE COMUNICACION ADMINISTRATIVA
TEXTOS UNIVERSITARIOS
MEXICO 1975

LABOURCADE D. PEDRO
PLANTEAMIENTO, CONDUCCION Y EVALUACION DE LA ENSEÑANZA
EDIT. KAPELUZ
BUENOS AIRES 1974

LEYVA PUENTE JESUS
EL PROBLEMA HABITACIONAL
EL PERFIL DE MEXICO EN 1980
VOL. 2 EDIT. SIGLO XXI
MEXICO 1978

LOPEZ ROSADO DIEGO
PROBLEMAS ECONOMICOS DE MEXICO
TEXTOS UNIVERSITARIOS
MEXICO 1975

MARTINEZ MANAUTOU EMILIO
POLITICAS DEL SECTOR SALUD
HIGIENE, REVISTA DE LA SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PUBLICA
ENERO-FEBRERO 1979

OMS/UNICEF: ATENCION PRIMARIA DE SALUD. INFORME
PRIMERA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE DESARROLLO,
GINEBRA, ZUIZA 1978

RODRIGUEZ G. PEDRO Y COL.
LA ENSEÑANZA PRIMARIA EN MEXICO
CICLO 1977-1978
ESTADISTICAS DEL SISTEMA EDUCATIVO MEXICANO
REVISTA LATINO AMERICANA DE ESTUDIOS EDUCATIVOS.
VOL. IX-2
MEXICO 1979

ROJAS SORIANO RAUL
GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
MEXICO 1979

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
ATLAS DE LA SALUD DE LA REPUBLICA MEXICANA
SECCION DE DEMOGRAFIA
PRIMERA CONVENCION NACIONAL DE SALUD
MEXICO 1973

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
SUBSECRETARIA DE PLANEACION 1975
COMPENDIO DE ESTADISTICAS VITALES
SERIE BIOESTADISTICA NO. 1
MEXICO 1975

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO
COORDINACION GENERAL DE LOS SERVICIOS NACIONALES
DE ESTADISTICAS, GEOGRAFIA E INFORMATICA.
ESTADISTICAS BASICAS.
SECTOR DE ASENTAMIENTOS HUMANOS
TOMO II
MEXICO 1980

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO
PLAN GLOBAL DE DESARROLLO
RESUMEN Y PLANTEAMIENTO GENERAL
MEXICO 1979

WIONCZEK S. MIGUEL
LA SOCIEDAD MEXICANA: PRESENTE Y FUTURO
EDIT. FONDO DE LA CULTURA ECONOMICA
MEXICO 1974.

A N E X O S

México, D. F., a 9 de Abril de 1979.

C. LIC. MARINA GUZMAN VANMEETER,
DIRECTORA DE LA ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA,
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO.

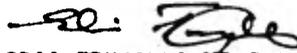
P r e s e n t e .

Me permito solicitar a usted, tenga a bien -
autorizarme como tema de tesis para obtener el grado de --
Lic. en Enfermería y Obstetricia un estudio sobre la "Fre-
cuencia y contenido de la comunicación oral entre el perso-
nal de un Centro de Salud y la Población que asiste a los
servicios"; con el propósito de utilizar los resultados, pa-
ra la proyección de programas de educación para la salud en
los mismos centros.

Para tal fin solicito también, permita a la C.
Enfermera Guadalupe Maldonado, asesorar este trabajo. Anexo
a usted el esquema de acción, al que sujetaría el desarro-
llo de la tesis, una vez aprobado el tema.

Agradaciendo la atención que se sirva prestar
a mi solicitud, quedo de usted.

A t e n t a m e n t e .



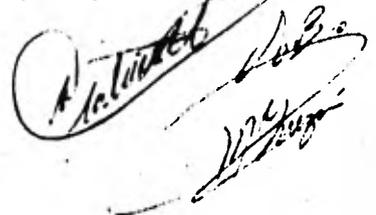
GLORIA TRUJILLO MORENO.

C.C.P. La C. Enfermera Guadalupe Maldonado.-Presente.



116 B


24-IV-79



ESQUEMA DE TRABAJO PARA ELABORAR LA TESIS

I.- REVISION DE LITERATURA.

Como actividad preliminar que permita redondear las ideas se ha revisado bibliografía relacionada con el proceso de comunicación, método científico, investigación de campo, situación de salud en México, problemas de educación y educación sanitaria; con el propósito de determinar algunos de los aspectos más importantes del marco teórico.

Con este mismo fin y para elaborar el protocolo de trabajo, bajo una referencia real, se examinaron informes sobre investigaciones hechas en la Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional tales como:

1.- "Frecuencia y contenido de la comunicación entre el personal de enfermería y de éste, con otro personal".

2.- "Relaciones humanas del personal de enfermería en un Hospital General".

3.- "Necesidades del paciente Hospitalizado".

4.- "Análisis de la utilización del tiempo del personal de Enfermería de los servicios de Gineco-Obstetricia". Elaborado por el personal dirigente de Gineco-Obstetricia No. 1 — I.M.S.S.

Se recurrirá a otras fuentes de información relacionadas con el tema durante el desarrollo de la tesis.

II.- MARCO TEORICO.

Implicará el planteamiento de la situación de salud en México, ésto es, la descripción de los problemas, frente a los recursos de que se dispone para atenderlos, haciendo hincapié en la importancia que cobran por la relación que guardan con la prevención de enfermedades, cuestiones sobre el nivel educativo de la población.

Se abordará también la concepción, principios y valores de la educación para la salud y la relación humana como base de esta actividad. Así mismo, se tratará el proceso de comunicación en relación al acercamiento humano, que permita atender y empatizar con otros seres, dentro de las limitaciones de los propios marcos referenciales.

III.- JUSTIFICACION.

En este renglón se abordarán aspectos que hagan evidente la influencia de las variables contextuales y ambientales en la salud, con especial énfasis en el problema de la educación básica en el país, para justificar el hecho de que el mayor porcente de la población carece de los conocimientos esenciales para comprender y actuar sobre la prevención de sus problemas de salud. Esta situación a su vez trae aparejado el planteamiento de la necesidad de un acercamiento más humano hacia las personas a las que se les brinda un servicio de salud, a fin de comunicarse efectivamente con ellos de acuerdo a su nivel de preparación, como base para el establecimiento de un Sistema de Educación Sanitaria.

IV.- PROTOCOLO DE LA INVESTIGACION.

La delimitación del problema así como la determinación del universo de trabajo, ha requerido de una serie de visitas al centro de salud para observar algunos de los casos que acuden a solicitar atención; a los que se ha tenido oportunidad de acompañar desde el contacto con el filtro hasta que se les presta el servicio y abandonan el centro; lo que ha dado algunos elementos de juicio para plantear por una parte el número de casos a observar esto es el universo de trabajo y por otra la necesidad de estudiar el siguiente problema:

1.- Problema.

¿Cuál es la frecuencia y contenido de la comunicación verbal entre el personal de un centro de salud, y la población que asiste en demanda de servicio.?

2.- Hipótesis.

2.1. El propósito fundamental de la comunicación oral entre el público solicitante de los servicios de un centro de salud y el personal del mismo está enfocado a informar y dar órdenes médicas para la atención de problemas de salud.

2.2. La comunicación oral con fines educativos, entre personal de servicios y público solicitante en un centro de salud ocupa un porcentaje mínimo.

3.- Objetivos.

A través de los resultados de la investigación se espera:

3.1. Conocer la frecuencia y contenido de la comunicación -

oral entre público y personal de servicio en un Centro de Salud.

- 3.2. Determinar el porcentaje de tiempo utilizado por el personal en la comunicación con fines educativos, al público asistente al centro de salud.
- 3.3. Relacionar el tiempo que consume el público para obtener un servicio, con la comunicación oral que establece con él, el personal del centro de salud.
- 3.4. Comprobar que la efectividad de la educación para la salud se basa en la comunicación y el acercamiento humano.
- 3.5. Valorar la repercusión de la comunicación oral entre público y personal del centro de salud.
- 3.6. Estimar el proceso de comunicación como base para la introducción de cambios de conducta en relación con la salud.
- 3.7. Plantear alternativas de solución que contribuyan a mejorar la comunicación en el proceso de educación para la salud.

4.- Límites del Estudio.

- 4.1. Universo de trabajo: 40% del público asistente por día, en 4 semanas y todo personal de los servicios que le preste alguna atención.
- 4.2. Tiempo.
55 días distribuidos de acuerdo al esquema de organización de la investigación que se presenta.

4.3. Area Geográfica.

Centro de Salud "Beatriz Velasco de Alemán". Peluque—
ros y Eduardo Molina. Colonia Michoacana.

4.4. Participantes.

1 Responsable del estudio.

4 Colaboradoras.

1 Secretaria Administrativa.

Unidad de observación = solicitante de un servicio con
o sin familiar y personal que lo (s) atiende.

4.5. Recursos Económicos.

\$ 5,000.00 para gastos por concepto de:
Papelería.

Secretaría.

Transporte.

5.- Tipo de Investigación Empleada.

Tomando en cuenta los objetivos trazados, así como la infor-
mación que se requiere para lograrlos, se utilizará la ob-
servación directa, en el seguimiento de casos desde el fil-
tro hasta su atención.

6.- Definición de Términos.

Para disponer de una referencia sobre la conceptualización—
que se dará en la investigación a algunos términos emplea—
dos, que faciliten la interpretación y análisis de resulta-
dos, se definirá:

6.1. Seguimiento de caso...

6.2. Comunicación oral...

- 6.3. Acercamiento humano...
- 6.4. Ordenes médicas...
- 6.5. Comunicación educativa...
- 6.6. Educación para la salud...
- 6.7. Personal de servicio...
- 6.8. Comunicación...

7.- Selección y Elaboración de Instrumentos.

Implicará precisar la información requerida en cuanto a tipo y volumen, con el propósito de justificar su uso, de acuerdo al problema que se pretende abordar.

VII.- PREVISION DE LIMITACIONES.

- 1.- El planteamiento del problema en sí, puede constituir una limitación ya que ofrece la necesidad de registrar cuestiones que exigen objetividad y retención mental por parte de quien hace la observación.
Sin embargo, la preparación de un instrumento de trabajo que permita codificar las observaciones adecuadamente puede solucionar la limitante.
- 2.- El tiempo disponible para la investigación, en relación al tipo de indagación que se pretende, a través del seguimiento de casos puede también limitar la muestra de trabajo; aún cuando se prevé ampliar el tiempo de observación vertical y horizontalmente a fin de lograr el 40% de la asistencia diaria.
Para el registro, crítica, tabulación y análisis de datos, se utilizará una hoja de registro de observaciones (Anexo 1)

y una clave para la clasificación y recuento de los mismos (Anexo 2).

V.- PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS.

La información se tabulará, resumirá y presentará en tarjetas de visita y tablas estadísticas que permitan analizar y relacionar las variables investigadas; para ello cada tabla encontrará su propósito en los diferentes objetivos que se desean alcanzar.

MATRIZ PARA TARJETA DE VISITA

The diagram shows a visiting card matrix with the following fields:

- FECHA
- EDAD
- TIPO CASO
- VERIFICACION
- PRIMERO
- SUBSECUENTE
- SOLO
- CON FAMILIAR
- DONDE
- TIEMPO
- ESCOLARIDAD
- SIN HABLAR
- CON QUIEN

FECHA	EDAD	TIPO CASO	VERIFICACION	TIEMPO
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		PRIMERO	SUBSECUENTE	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		SOLO	CON FAMILIAR	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		DONDE		
SIN HABLAR				ESCOLARIDAD
CON QUIEN				

CUADRO No 2

PRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION
SEGUN DONDE SE LLEVO A CABO

DONDE	PROPOSITO DE LA COMUNICACION	TIEMPO	
		MINUTOS	SEG

FUENTE:

CUADRO No 3

FRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION
ORAL SEGUN CON QUIEN SE LLEVO A CABO.

CON QUIEN	PROPOSITO DE LA COMUNICACION.	TIEMPO	
		MINUTOS	%

FUENTE:

CUADRO No 4

PORCENTAJE DE TIEMPO UTILIZADO SIN
HABLAR SEGUN CON QUIEN ESTABA EL SOLICITANTE

CON QUIEN.	TIEMPO UTILIZADO	
	MINUTOS	¢

FUENTE:

VI.- ORGANIZACION DE LA INVESTIGACION.

1.- Ensayo del manejo de instrumentos.	3 días
2.- Revisión de instrumentos.	2 días
3.- Entrevistas al personal para <u>sensibilización</u> .	3 días
4.- Determinación del plan para recolección, tabulación y análisis de datos.	2 días
5.- Recolección de datos.	20 días
6.- Crítica, clasificación y recuento de datos.	2 días
7.- Análisis e interpretación de datos.	8 días
8.- Conclusiones y recomendaciones.	5 días
9.- Elaboración de informe.	10 días
	<hr/>
	55 días

ANEXO 1

ESQUEMA DE TRABAJO

HOJA DE REGISTRO DE OBSERVACIONES POR CASO

FECHA. _____

SE PRESENTA SOLO

EDAD. _____

SE PRESENTA CON FAMILIAR

TIEMPO	HORA	ESCOLARIDAD	PROP. DE LA CONSUL	DESCRIPCION DE LA COMUNICACION (QUE ESTAN DICHIENDO)	DONDE	COM QUIEN

ANEXO 2

ESQUEMA DE TRABAJO

INVESTIGACION SOBRE FRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION VERBAL ENTRE EL PERSONAL DE UN CENTRO DE SALUD Y LA POBLACION QUE ASISTE EN DEMANDA DE SERVICIOS.

CLAVE PARA LA CLASIFICACION Y RECUESTO DE DATOS

VARIABLE	Nº Y CATEGORIA	CODIGO	
I.- Tipo de caso	1.- Pediatría	11	
	2.- Niño sano	12	
	3.- Consulta general	13	
	4.- Ginecología	14	
	5.- Obstetricia	15	
	6.- Planificación familiar	16	
	7.- Salud dental	17	
	8.- Inmunización	18	
	9.- Nutrición	19	
II.- Escolaridad	10.- Primaria	20	
	20 40 60		
	30 50		
	11.- Secundaria	21	
	10 20 30		
	12.- Profesional	22	
	13.- Técnica	23	
	14.- Analfabeta	24	
	III.- Propósito de la comunicación	20.- Información	30
		21.- Enseñanza	31
		22.- Ordenes	32
		23.- Acercamiento personal	33
		24.- Quejas	34
		25.- Represión	35
26.- No clasificada		36	

IV.- Sin hablar	30.- Silencio	40
V.- Donde	40.- Archivo	50
	41.- Consultorio	51
	42.- Laboratorio	52
	43.- Pasillos	53
	44.- Sala de espera	54
	45.- Trabajo social	55
	46.- Farmacia	56
	47.- Escritorio de quejas	57
VI.- Con quien	50.- Enf. Jefe del Depto.	60
	51.- Enf. supervisora	61
	52.- Enfermera	62
	53.- Prof. de enfermería	63
	54.- Auxiliar de enfermería	64
	55.- Estudiante de enfermería	65
	56.- Médicos	66
	57.- Director del Centro	67
	58.- Trabajadora social	68
	59.- Higienista dental	69
	60.- Odontólogo	70
	61.- Laboratoristas	71
	62.- P. intendencia	72
	63.- Otro paciente	73
	64.- Grupo de personas	74
	65.- P. de archivo	75
	66.- Otro personal	76

ANEXO 3

INVESTIGACION SOBRE FRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION VERBAL ENTRE EL PERSONAL DE UN CENTRO DE SALUD Y LA POBLACION QUE ASISTE EN DEMANDA DE SERVICIOS.

CLAVE PARA LA CLASIFICACION Y RECUENTO DE DATOS

VARIABLE	NUMERO Y- CATEGORIA	CODIGO DE REGISTRO
I.- TIPO DE CASO	1.- PEDIATRIA	PED.
	2.- DOC.	DOC.
	3.- CONSULTA GENERAL	C.G.
	4.- GINECOLOGIA	GIN.
	5.- OBSTETRICIA	OB.
	6.- PLANIFICACION FAMILIAR	P. F.
	7.- SALUD DENTAL	DEN.
	8.- IMMUNIZACIONES	IMM.
	9.- NUTRICION	NUT.
	10.- NIÑO SANO	N.S.
	11.- NEUMOLOGIA	NEU.
II.- ESCOLARIDAD	12.- PRIMARIA	P. Y EL GRADO CORRESPONDIENTE
	20. 40. 60.	
	30. 50.	
	13.- SECUNDARIA	S. Y GRADO CORRESPONDIENTE
	10. 20. 30.	
	BACHILLERATO	B. Y EL GRADO CORRESPONDIENTE
14.- PROFESIONAL	P.	
15.- TECNICA	T.	
16.- ANALFABETA	AN.	

	17.- SABE LEER Y ESCRIBIR	LE.
III.- CONTENIDO DE LA COMUNICACION	18.- INFORMACION	30
	19.- ENSEÑANZA	31
	20.- ORDENES	32
	21.- ACERCAMIENTO PERSONAL	33
	22.- QUEJAS	34
	23.- REPRESION	35
	24.- NO CLASIFICADA	36
	IV.- DONDE	25.- ARCHIVO
26.- CONSULTORIO		CON.
27.- LABORATORIO		LA.
28.- PASILLOS		PA.
29.- SALA DE ESPERA		S. E.
30.- TRABAJO SOCIAL		T.S.
31.- SALA DE INMUNIZACIONES		S. IMI.
32.- ESCRITORIOS DE INFORMACION		E. I.
33.- SALA DE NUTRICION		S. N.
34.- OTROS		O.
V.- CON QUIEN		35.- ENF. JEFE DEL DEPTO.
	36.- ENF. SUPERVISORA	E. S.
	37.- ENFERMERA	E.
	38.- PROF. DE ENFERMERIA	P. E.
	39.- AUXILIAR DE ENFERMERIA	A. E.
	40.- ESTUDIANTE DE ENFERMERIA	E. E.
	41.- MEDICOS	M.

42.- DIRECTOR DEL CENTRO	DIR.
43.- TRABAJADORA SOCIAL	TA. S.
44.- HIGIENISTA DENTAL	H. D.
45.- ODONTOLOGO	OD.
46.- LABORATORISTAS	L.
47.- P. INTENDENCIA	P. I.
48.- OTRO PACIENTE	O. P.
49.- GRUPO DE PERSONAS	G. P.
50.- P. DE ARCHIVO	P. A.
51.- OTRO PERSONAL	O. PE.
52.- PACIENTE	P.
53.- PAREJA	PAR.
54.- EDUCADOR SANITARIO	E. S.
55.- FAMILIAR	F.
56.- ESTUDIANTE DE MEDICINA	E. M.

INVESTIGACION SOBRE LA FRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION VERBAL ENTRE EL PERSONAL DE UN CENTRO DE SALUD Y LA POBLACION QUE ASISTE EN --- DEMANDA DE SERVICIOS.

INSTRUCTIVO No. 2

INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DE LA HOJA DE REGISTRO DE COMUNICACIONES.

La hoja consta de dos partes, la primera esta constituida por datos que permiten ubicar los casos observados y deberá llenarse, anotando la fecha del día, la edad con el número correspondiente y una "a" delante --- (56 a) cuando se reporten meses, se colocará un punto decimal (8.4 a). - Tipo de caso, se registrará de acuerdo al código atribuido en la clave para clasificación de datos. Respecto a la verificación, forma en que se presenta el caso y secuencia de la consulta, se marcará con una ---- equis (X) el dato correspondiente.

La segunda parte está integrada por 7 columnas que incluyen los siguientes datos, a ser cubiertos como se indica.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Tiempo: | Esta columna se dejará en blanco para computar el tiempo hasta el final de los registros de cada día. Se anotará el número de minutos precedido por un cero y punto decimal e.j. 0.27. |
| Horario: | Se anotará la hora de inicio y fin de cada comunicación, para obtener el tiempo de la misma. |
| Escolaridad: | Se preguntará la escolaridad al cliente, registrándola con el código acordado; en el caso de niños de 0 a 6 años se anotará la escolaridad de la madre, que es con quien se establece la comunicación. |
| Propósito de la Comunicación: | En esta columna se asentará el número del código a que se refiere el contenido de la comunicación. |

Quando el propósito de la comunicación sea de enseñanza, órdenes o acercamiento, se agregará delante del código correspondiente la letra que se refiere al subcódigo del contenido de la comunicación (ej. 31 a)

Descripción de la Co
municación:

Se describirá en forma breve y precisa, la idea que se expresa en el contenido de la comunicación verbal. En cada hoja de registro de comunicaciones, puede anotarse un máximo de 6 comunicaciones.

Donde:

De acuerdo al sitio donde se haya verificado la comunicación, se señalará el código correspondiente.

Con Quién:

Se registrará el código correspondiente, según con quien se haya establecido la comunicación.

Nota: A cada caso se preguntará la hora de llegada al Centro, registrándose abajo del renglón de "verificación", con el propósito - valorar el tiempo empleado por el público, en la obtención de un servicio.

INVESTIGACION SOBRE FRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION VERBAL ENTRE EL--
PERSONAL DE UN CENTRO DE SALUD Y LA POBLACION QUE ASISTE EN DEMANDA DE SERVI---
CIOS.

EJEMPLO PARA EL MANEJO DE LA
HOJA DE REGISTRO DE COMUNICACIONES

FECHA 18 - V - 79

SE PRESENTO SOLO X

EDAD 56 a

SE PRESENTA CON FAMILIA _____

TIPO DE CASO C. G.

PRIMERA VEZ X

VERIFICACION X

SUBSECUENTE _____

(HORA DE LLEGADA) 9 hs.

TIEMPO	HORA	ESCOLA RIDAD	CONT.DE LA COM.	DESCRIPCION DE LA COMUNIC. (QUE ESTA DICIENDO)	DONDE	CON QUIEN
	10.25	An	32 a	Señala que va a pedirle datos para su expedien- te	Con	M
0.30'			32 a	Interroga condiciones - de saneamiento del ho-- gar, alimentación, an- cedentes patológicos, - molestias actuales.		
	10.55		32 a	Indaga el motivo que -- hizo asistir al pacien- te a la consulta.		
0.3'			31 e	Explica la necesidad de enviarla a otro Centro- de Salud para que se lo haga un estudio que re- quiere. Toma en cuenta- lo que expresa la pa- ciente.		
0.2'	11		31 c	Explica el tratamiento- y donde comprar los me- dicamentos ordenados.	Con	A E
0.3'			33 d			
	11.3		31 e	Verifica si la persona entendió lo que tiene que hacer y refuerza la información con pala- bras al alcance de la comprensión de la pa- ciente.		

INVESTIGACION SOBRE FRECUENCIA Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION VERBAL
ENTRE EL PERSONAL DE UN CENTRO DE SALUD Y LA POBLACION QUE ASISTE EN
DEMANDA DE SERVICIOS

INSTRUCTIVO I

CLASIFICACION DE LA COMUNICACION VERBAL SEGUN SU CONTENIDO

CODIGO No. 10 INFORMACION

Incluye las comunicaciones verbales con el público, relacionadas con la orientación sobre los servicios que solicita, e informaciones sobre asuntos de interés para su salud, en las que no se verifica la comprensión

- a) Comunicaciones para asistencia, cambio ó cancelación de citas.
- b) Instrucción y registro en el escritorio de información, para canalizar los casos al servicio correspondiente.
- c) Canalización del cliente a otros servicios dentro del propio centro ó fuera de él.
- d) Explicación al cliente de la necesidad de su puntualidad y asistencia al Centro de Salud para economía de tiempo.
- e) Entrega de ficha y registro de consulta del día al cliente.
- f) Promoción de los servicios que el centro ofrece.
- g) Transmisión de información relacionada con el problema de salud - por el que asiste, al cliente o familiar.
- h) Transmisión de información sobre salud de interés del público, paciente o familiares que asisten.
- i) Demostraciones y charlas a grupos, en las que el público no toma parte activa.

CODIGO No. 31 ENSEÑANZA

Implica las comunicaciones verbales tendientes a producir un cambio o un reforzamiento de conducta en aspectos relacionados con la salud, en las que toma parte activa el público paciente o familia y se verifica la comprensión del mensaje. Abarca los subcódigos:

- a) Indagación y uso de información relacionada con aspectos que el paciente ó su familiar saben sobre el problema que los lleva al Centro de Salud.
- b) Relación que hace quién proporciona el servicio, de lo que el paciente ó su familia saben sobre su enfermedad y lo que pretenden enseñarle.
- c) Explicaciones sobre el problema de salud y forma en que será tratado.
- d) Explicaciones sobre utilidad de las pruebas de laboratorio, formas de recolectar las muestras y resultados obtenidos.
- e) Interpretación de la importancia y forma en que se administrarán medicamentos y tratamientos.
- f) Recomendaciones acerca de medidas higiénicas relacionadas con alimentación, vivienda, aseo personal, ejercicio y reposo.
- g) Demostraciones y charlas al público, al paciente ó familiar, relacionadas con su problema específico ó de interés para la salud.
- h) Coordinación de la atención domiciliaria con la de la clínica en el Centro de Salud.
- i) Promoviendo que el paciente ó su familiar tomen decisiones, relacionadas con su problema y atención de salud.
- j) Estimulando al paciente ó familiar para asistir a la consulta en estado de salud.

CODIGO No. 32 ORDENES

Se refiere a las comunicaciones verbales relacionadas con las indicaciones para el tratamiento del problema de salud, sin considerar la participación del paciente ó familiar. Incluye los subcódigos:

- a) Interrogatorio para la historia clínica.
- b) Exploración física y verificaciones durante la misma.
- c) Indicaciones y prescripciones médicas.
- d) Reforzamiento de indicaciones médicas.
- e) Disposiciones relacionadas con la somatometría.
- f) Observaciones para la sujeción y/o posición del paciente.

CODIGO No. 33 ACERCAMIENTO PERSONAL

Comprende las comunicaciones verbales que aproximan a la atención de aspectos emocionales y personales del público, paciente ó familiar. Incluye la consideración de lo que la gente comunica para establecer el diálogo. Abarca los subcódigos:

- a) Relación de la última cita, con la presente, reforzando el bienestar del paciente.
- b) Utilización, de la información que el paciente ó familiar proporcionan en relación con su salud, en el momento de darles un servicio.
- c) Interpretación de las comunicaciones que el paciente o su familiar muestran no comprender.
- d) Información sobre recursos internos ó externos de los que el público puede hacer uso.
- e) Promoción para la participación del público, paciente ó su familiar en acciones directas sobre su tratamiento.
- f) Preparación psicológica del paciente ó familiar antes de efectuar cualquier procedimiento.

- g) Información sobre los progresos de un tratamiento y la evolución— de la enfermedad ó de la salud.
- h) Explicación de las razones por las que se sigue determinado trata— miento.
- i) Conversación con el paciente para identificar sus necesidades.
- j) Orientación al paciente ó familiar sobre DX, pronóstico y trata— miento de un problema de salud.

CODIGO No. 34 QUEJAS

Se refiere a las comunicaciones verbales que atienden asuntos rela— cionados con reclamaciones de público a personal de servicio ó de per— sonal a público. Señala los subcódigos:

- a) Protestas del público, porque se le hizo esperar mucho tiempo.
- b) Protestas del personal, porque los pacientes no siguieron las indi— caciones dadas.
- c) Reclamaciones del personal de archivo, porque el público no se pre— sentó media hora antes de la cita.
- d) Acusaciones del público por malos tratos por parte del personal.
- e) Quejas del público porque no se le dió un servicio.

CODIGO No. 35 REPRESION

Incluye las comunicaciones verbales relacionadas con llamadas de - atención, reprimendas y faltas de respeto al público. Como las que - se señalan en los siguientes subcódigos:

- a) Centrar la comunicación en el interés del personal, sin escuchar - lo que el paciente ó público exterioriza.
- b) Ignorar la información del paciente ó familiar en relación al pro— blema de salud.
- c) Llamar la atención del paciente ó familiar cuando estos no compren— den la indicación.

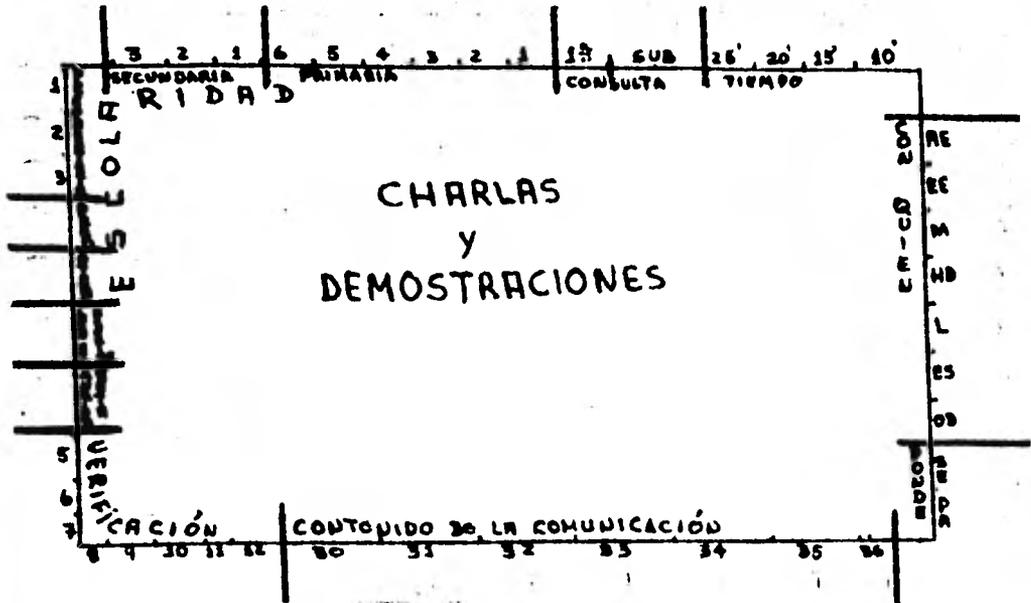
- d) Regañar al paciente ó familiar, porque no siguió las indicaciones dadas.
- e) Proporcionar orientación higiénica, sin tacto hacia el paciente ó familiar.
- f) Responder con evasivas a preguntas planteadas por el paciente, familiar ó público.

CODIGO No. 36 NO CLASIFICADAS

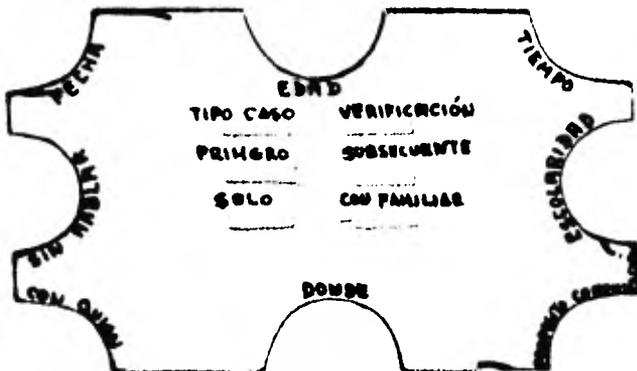
Abarca las comunicaciones verbales que se presenten y que no puedan ser identificadas dentro de las clasificaciones anteriores. Como los subcódigos:

- a) Comunicaciones no comprensibles para paciente, familiar ó público, por el uso de lenguaje técnico.
- b) Indicaciones de trabajo social para establecimiento de cuotas y/o dotación de leche.

MATRICES PARA COMPUTO Y TABULACION DE DATOS



TARJETA DE VISITA PARA COMUNICACION INDIVIDUAL

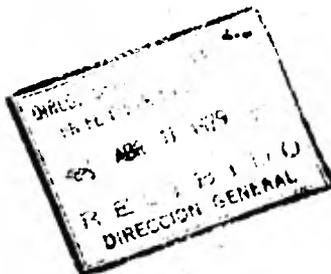


ANEXO B
México, D.F., a 10 de Abril de 1979.

C. Dr. HUBERTO NAVA CONTRERAS.
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA
EN EL DISTRITO FEDERAL.

P R E S E N T E.

Estimado Dr. Nava:



Con el propósito de acreditar el curso complementario para obtener el grado de Lic. en Enfermería y Obstetricia que imparte la Universidad Nacional Autónoma de México, he planeado llevar a la práctica un estudio sobre la "Frecuencia y Contenido de la Comunicación Verbal entre el Personal de un Centro de Salud y la Población que asiste en demanda de Servicios; con el fin de utilizar los resultados, en la proyección de programas de Educación para la Salud en el mismo Centro.

Por tal motivo, solicito a usted muy atentamente, autorizar las facilidades necesarias para desarrollar el mencionado estudio, en el Centro de Salud "Beatriz Velasco Alemán", durante el mes de mayo del año en curso. En la inteligencia de que le informaré sobre los resultados de la investigación oportunamente.

Agradeciendo la atención que se sirva prestar a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para saludarle cordialmente.


Gloria Trujillo Moreno

c.c.p. Alicia Maldonado Escamilla.
Jefe de Enfermería de la Dirección General de Salud Pública.

Gloria Trujillo Moreno.- Almacenes 74-306
Edif. Chihuahua "B"
Tlalteolote México 3, D.F.,



SECRETARIA
DE
SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

ESTADO DE
GUERRERO Y
MEXICO
FRENTE

ABR 26 11 49 AM '79

RECEPCION

ANEXO 9

CC-1

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA	
DEPENDENCIA EN EL D. F.	
DELITO DE ATENCION MEDICA	
OFICINA DE ENFERMERIA	
SECCION	
MESA	
NUMERO DEL OFICIO	40- 3443
SABEQUINTE	935/45

ASUNTO: Se autoriza estudio en Centro de Salud.

24 ABR. 1979

México, D.F., a 19 de abril de 1979.

C. GLORIA TRUJILLO MORENO
ALMACENES 74-306
EDIFICIO CHIRIQUERIA "B"
Tlalteolco Mexico 3, D. F.

De acuerdo a su solicitud de fecha 10 de abril del año en curso para realizar un estudio sobre la "Frecuencia y Contenido de la Comunicación verbal entre el personal de un Centro de Salud y la población que asiste en demanda de servicios", comunico a usted que esta Dirección General autoriza que se realice en el Centro de Salud "Beatriz Velasco de Alemán" del 2 al 31 de mayo de 1979.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION
EL DIRECTOR GENERAL

DR. HUMBERTO HAVA CONTRERAS

AL CONTRARIO DE LO QUE SE ENSEÑA EN EL
LIBRO DE LA COMUNICACION EN EL CUERPO DEL
HOMBRE, EL SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION

DIRECTO

C. Dr. Alejandro Plascencia Rivera.-Director del Centro de -
Salud.-Beatriz Velasco de Alemán.-Presente.

WGA:ANE:rir.

AGENDA PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

ACTIVIDADES	FECHA	HORARIO	TOTAL DE HORAS	OBSERVACIONES
1. Reuniones con personal <u>di</u> rectivo del Centro de Sa- lud y Dirección General - de Salud Pública en el -- Distrito Federal.	Del 9 al 28 de - Abril	De 8:00 a 12:00 horas	20 Horas	Se realizaron <u>vi</u> sitas previas al Centro de Salud- para precisar -- problema y uni-- verso de trabajo, así como para -- ubicarse en el - campo.
2. Sensibilización del perso- nal y adaptación al campo.	Del 4 al 9 de - Mayo	De 8:00 a 12:00 horas	20 Horas	
3. Ensayo del manejo de los- instrumentos.				
4. Reajuste de los instrumen- tos, adecuación al proto- colo de investigación y - determinación del plan <u>pa</u> ra recolección, tabula- ción y análisis de datos.	Del 9 al 13 de- Mayo	De 8:00 a 12:00 horas	20 Horas	

ACTIVIDADES	FECHA	HORARIO	TOTAL DE HORAS	OBSERVACIONES
5. Determinación del plan - para recolección formal- de datos. Observaciones- y registros en:				
- Pediatría	14 de Mayo	De 8:00 a 12:00 horas	4 Horas	La primera hora -- se empleará para-- observar la acti- vidad del Servi- cio de Educación- Higiénica. Observación de -- charlas de Educa- ción Higiénica en las salas de espu- ra, de acuerdo al calendario. (Ane- xo II: Calendario- de Charlas.)
- Ginecología y Obstetri- cia	15 de Mayo		4 Horas	
- Planificación Familiar	16 de Mayo		4 Horas	
- Dental	17 de Mayo		4 Horas	
- Consulta General	18 de Mayo		4 Horas	
- Inmunizaciones	19 de Mayo	De 8:00 a 13:00 horas	5 Horas	
- Pediatría	21 de Mayo	De 8:00 a 12:00 horas	4 Horas	
- Ginecología y Obstetri- cia	22 de Mayo	De 8:00 a 12:00 horas	4 Horas	
- Planificación Familiar	23 de Mayo		4 Horas	
- Dental	24 de Mayo		4 Horas	
- Nutrición	25 de Mayo	De 8:00 a 12:00 horas	4 Horas	

ACTIVIDADES	FECHA	HORARIO	TOTAL DE HORAS	OBSERVACIONES
- Inmunizaciones y DOC	26 de Mayo	De 8:00 a 13:00 horas	5 Horas	DOC- Detección oportuna de cáncer.
- Trabajo Social y Archivo	28 de Mayo	De 8:00 a 12:00 horas	4 Horas	
- Archivo y DOC	29 de Mayo		4 Horas	
- Neumología y Consulta General	30 de Mayo		4 Horas	Constituyen una unidad de trabajo.
- Laboratorio, escritorio de información y salas de espera.	31 de Mayo	De 8:00 a 12:00 horas	4 Horas	Para observar recepción del público y empleo del tiempo de espera.
		Total de Tiempo:	<u>126 Horas</u>	

CENTRO DE SALUD "BEATRIZ VELAZCO DE ALEMÁN"

CALENDARIO DE CHARLAS SEMANALES DE EDUCACION PARA LA SALUD

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8	Dr. Chávez Rosas (Pediatria)	Dra. Angeles (Pediatria)	Demostración (Enfermería)	Dra. Matsumura (Ginecología)	Dr. Morga (Ginecología)
8	Laboratorio		Dra. Mendoza (Odontología)	Charla (Enfermería)	Laboratorio
9	Charla (Enfermería)	Laboratorio	Dr. López Salazar (Pediatria)	Laboratorio	Demostración (Enfermería)
9			Dra. Gómez Paralta (Laboratorio)		
12	Dr. Pérez Pimenta (Pediatria)				
14		Dra. Juárez (Consulta General)	Dr. Fuentes Muñoz (Consulta General)		

-CUADRO No. 29-

PORCENTAJE DE TIEMPO EMPLEADO SEGUN PROPOSITOS DE COMUNICACION VERBAL CON EL PUBLICO,
DURANTE LAS CHARLAS DE EDUCACION PARA LA SALUD A GRUPOS.

CHARLA	No. de charlas	Num. asistencias	CONTENIDO DE LA COMUNICACION							Total de minutos
			In - for - ma - ción	Ense - ñan - za.	Orde - nes	Acer - ca - mien - to.	Que - jas	Re - pre - sión	No - cla - sifi - cado	
Planificación Fam.	3	23	5	5		5				15
Planificación Fam.		19	5	5		5				15
Planificación Fam.		13	8	8		9				25
Fiebre Reumática.	1	30	5	5						10
Odontología Preventiva.	1	11	7	8						15
Laboratorio.	1	21	25							25
Inmunizaciones.	3	13	8			7				15
Inmunizaciones.		23	8			7				15
Inmunizaciones.		21	7	8						15
Alimentación (dental)	3	8	10	10						20
Alimentación (dental)		9	10							10
Alimentación (dental)		19	20							20
Control Médico del embarazo.	2	16	10							10
Control Médico del embarazo.		13	10							10
Diarreas	1	18	5	5		5				15
Demostraciones	4									
Biberones		15	10			10				20
Alimentación		18	8	8		9				25
Alimentación		35	6	7		7				20
Alimentación		13	10	10						20
TOTAL.	19	338	177	79		64	0	0	0	320
			55.32	24.62		20	-	-	-	100

CUADRO No. 30

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ASISTENTE A LAS CHARLAS DE EDUCACION PARA LA SALUD.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
Analfabeta	56	16.56
Sabe leer y escribir	20	5.91
Primaria		
1º	10	2.95
2º	25	7.39
3º	32	9.46
4º	19	5.62
5º	18	5.32
6º	93	27.55
Secundaria		
1º	2	0.59
2º	13	3.86
3º	28	8.20
Bachillerato		
1º		
2º		
3º	6	1.77
Profesional	3	0.88
Otra	13	3.86
T O T A L:	338	100