



76  
207  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

LA ORGANIZACION DE ENFERMERIA Y LA ATENCION  
COMUNITARIA EN LA POBLACION DEMANDANTE DEL  
PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA JURISDICCION  
SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA EN LA  
CD. DE MEXICO, D. F.

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
**MARIA DE LOURDES VILLAFÑA LAGUNA**

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

MEXICO, D. F.

**U. N. A. M.**  
ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

COORDINACION DE SERVICIO  
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES  
DE TITULACION

1994

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

Forma No. 3

C. DIRECTORA DE LA ESCUELA  
NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DE LA U.N.A.M.  
P R E S E N T E.

Los suscritos, Jefe de la Coordinación de Servicio Social  
y Opciones Terminales de Titulación, así como el Asesor Académico de:

TESIS

cuyo título es: LA ORGANIZACION DE ENFERMERIA Y LA ATENCION COMUNITARIA EN LA POBLACION DEMANDANTE DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION

EN LA JURISDICCION SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA EN LA CD. DE MEXICO, D.F.

que elaboró la tesante: MARIA DE LOURDES VILLAFANA LAJUNA  
manifestamos a usted, que satisface los requisitos académicos y administrativos establecidos en el reglamento de exámenes profesionales en vigor.

A T E N T A M E N T E  
México, D. F. a 2<sup>a</sup> de Mayo de 1994

ASESOR ACADÉMICO

COORDINADOR DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES  
TERMINALES DE TITULACION

MAESTRA. CARMEN L. BALSEIRO  
ALMARIO.

LIC. SUSANA ROSALES BARRERA.

\*cgh.

## AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Carmen L. Balseiro Almario, con respeto y admiración ya que con su valiosa dirección y esfuerzo, logró transmitir los conocimientos necesarios para la elaboración de la presente tesis.

A las autoridades de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal por las facilidades proporcionadas en el área aplicativa.

Al personal de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, y en especial a Enfermería, por el apoyo brindado en la realización de la investigación.

## DEDICATORIA

A mi esposo Miguel Angel Ruiz y a mis hijas Lourdes Ariadna y Monserrat, que con su apoyo y comprensión contribuyeron a la culminación de otra etapa de mi vida.

A mis padres y hermanos con gratitud y cariño por sus palabras de aliento, el apoyo y la confianza que me brindan en mi superación profesional.

A quienes con su ayuda colaboraron en la realización profesional de mi persona: mis familiares, mis maestras, mis compañeras de escuela y mis compañeras de trabajo.

## CONTENIDO

INTRODUCCION . . . . .	1
<b>1. <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION</u> . . . . .</b>	<b>3</b>
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION DEL PROBLEMA. . . . .	3
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA . . . . .	7
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION . . . . .	7
1.4 UBICACION DEL TEMA . . . . .	8
1.5 OBJETIVOS . . . . .	8
1.5.1 General . . . . .	9
1.5.2 Específicos . . . . .	9
<b>2. <u>MARCO TEORICO</u> . . . . .</b>	<b>10</b>
2.1 ORGANIZACION. . . . .	10
2.1.1 Conceptos de Organización . . . . .	10
2.1.2 Objetivos de la Organización. . . . .	12
2.1.3 Elementos de Organización . . . . .	13
2.1.4 Principios de Organización. . . . .	15
- De Joseph L. Massié . . . . .	15
- De Agustín Reyes P. . . . .	17
- De Lasty Balseiro A. . . . .	18
2.1.5 Teorías de la Organización. . . . .	21
- Teoría Neoclásica . . . . .	21
- Teoría Clásica . . . . .	22

- Teoría Tradicional . . . . .	22
- Teoría Moderna . . . . .	23
2.1.6 La Organización como parte del Proceso	
Administrativo . . . . .	25
2.1.7 Tipos de Organización. . . . .	30
- Formal e Informal. . . . .	30
2.1.8 Instrumentos de la Organización. . . . .	35
- Organigrama . . . . .	35
- Objetivo de los organigramas . . . . .	36
- Manuales de organización . . . . .	36
- Funciones de los manuales . . . . .	37
2.1.9 Organización de Enfermería en el Primer Ni	
vel de Atención . . . . .	39
- Puestos de Enfermería por clave presupues	
tal . . . . .	39
. De base. . . . .	39
. De confianza . . . . .	41
- Puestos de Enfermería por función y ope	
ración . . . . .	41
- Otros factores humanos de Enfermería . . . . .	42
- Funciones y actividades de Enfermería	
por niveles jerárquicos . . . . .	42
. Coordinadoras de Enfermería a nivel cen	
tral . . . . .	42
. Supervisora de Enfermería a nivel cen	

tral . . . . .	45
. Jefe de Enfermeras Jurisdiccional . . . . .	46
. Supervisora de Enfermeras Jurisdiccional . . . . .	46
. Coordinadora T III y T II . . . . .	48
. Enfermera de línea . . . . .	48
<b>2.2 ATENCION COMUNITARIA DE ENFERMERIA . . . . .</b>	<b>48</b>
<b>2.2.1 Conceptos básicos . . . . .</b>	<b>48</b>
- De salud . . . . .	48
- De atención primaria de la salud . . . . .	49
- De salud comunitaria . . . . .	50
<b>2.2.2 Antecedentes históricos. . . . .</b>	<b>50</b>
- La Enfermera Sanitarista . . . . .	50
<b>2.2.3 Principios de atención comunitaria . . . . .</b>	<b>53</b>
- Metas de salud para el año 2000 . . . . .	53
- Principios básicos de atención comunitaria . . . . .	54
<b>2.2.4 La salud en la comunidad . . . . .</b>	<b>55</b>
- La comunidad . . . . .	55
- Salud comunitaria. . . . .	58
- Tipos de comunidad . . . . .	58
- Participación de la comunidad. . . . .	59
<b>2.2.5 Enfermería en la atención a la comunidad . . . . .</b>	<b>60</b>
- Enfermería comunitaria . . . . .	60
- Proceso de Enfermería en la atención a	



la salud . . . . .	62
- Funciones en la atención de Enfermería comunitaria . . . . .	65
. Según la Escuela de Salud Pública . . . . .	65
. Según Francisco Gomez Jara . . . . .	66
- Organización de la práctica de Enferme- ría en la comunidad . . . . .	68
- Proceso de evaluación de Enfermería en salud . . . . .	71
<b>3. <u>METODOLOGIA</u></b> . . . . .	75
<b>3.1 HIPOTESIS</b> . . . . .	75
3.1.1 General . . . . .	75
3.1.2 De trabajo. . . . .	75
3.1.3 Nula . . . . .	75
<b>3.2 VARIABLES E INDICADORES</b> . . . . .	75
3.2.1 Independiente . . . . .	75
- Indicadores . . . . .	75
3.2.2 Dependiente . . . . .	76
- Indicadores . . . . .	76
3.2.3 Definiciones operacionales. . . . .	77
3.2.4 Modelo de la relación causal de las varia- bles . . . . .	79
<b>3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.</b> . . . . .	79
3.3.1 Tipo . . . . .	79

3.3.2 Diseño . . . . .	80
3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILI- ZADOS . . . . .	81
3.4.1 Fichas de trabajo . . . . .	81
3.4.2 Observación . . . . .	81
3.4.3 Entrevista . . . . .	81
3.4.4 Cuestionarios . . . . .	81
4. <u>INSTRUMENTACION ESTADISTICA</u> . . . . .	82
4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA . . . . .	82
4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS . . . . .	83
4.3 COMPROBACION DE HIPOTESIS . . . . .	154
4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS . . . . .	158
5. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u> . . . . .	173
6. <u>ANEXOS Y APENDICES</u> . . . . .	180
7. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u> . . . . .	212
8. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u> . . . . .	228

## INDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO No. 1 EDAD DE LOS ENTREVISTADOS . . . . .	84
CUADRO No. 2 ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS . . . . .	86
CUADRO No. 3 PROMEDIO DE HIJOS DE LOS ENTREVISTADOS. . . . .	88
CUADRO No. 4 GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS EN ENFERMERIA. . . . .	90
CUADRO No. 5 FUNCION JERARQUICA EN LA J. SANITARIA . . . . .	92
CUADRO No. 6 ELABORACION DE PLAN DE TRABAJO ANUAL. . . . .	94
CUADRO No. 7 CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES DESEMPEÑADAS EN EL TRABAJO . . . . .	96
CUADRO No. 8 ELABORACION DE PROGRAMAS DE TRABAJO . . . . .	98
CUADRO No. 9 ELABORACION DE PROGRAMAS DE SUPERVISION . . . . .	100
CUADRO No. 10 CONOCIMIENTO DE LA DESCRIPCION DEL PUESTO. . . . .	102
CUADRO No. 11 PERCEPCION EN TORNO AL PUESTO Y DISTRIBU- CION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA . . . . .	104
CUADRO No. 12 COORDINACION INTERSECTORIAL LLEVADA A CABO EN EL TRABAJO . . . . .	106
CUADRO No. 13 REALIZACION DE CASOS EPIDEMIOLOGICOS. . . . .	108
CUADRO No. 14 REALIZACION E IDENTIFICACION DE CASOS . . . . .	110
CUADRO No. 15 DESARROLLO DE PROGRAMAS ESTABLECIDOS. . . . .	112
CUADRO No. 16 CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES Y ACTIVIDADES . . . . .	114
CUADRO No. 17 CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL S. E. I. B. . . . .	116
CUADRO No. 18 COBERTURAS ALCANZADAS CON ACTIVIDADES DE ENFERMERIA . . . . .	118
CUADRO No. 19 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PLANEADOS . . . . .	120

	Pág.
CUADRO No. 20 PLANEACION DE METAS EN EL AREA DE TRABAJO . . . . .	122
CUADRO No. 21 ATENCION DE ENFERMERIA BRINDADA . . . . .	124
CUADRO No. 22 CONOCIMIENTO DE NORMAS TECNICAS DEL PROGRA MA MATERNO INFANTIL . . . . .	126
CUADRO No. 23 RESPONSABILIDAD EN ATENCIONES DE ENFERME- RIA EN PLANIFICACION FAMILIAR . . . . .	128
CUADRO No. 24 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA REALIZADA . . . . .	130
CUADRO No. 25 DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES. . . . .	132
CUADRO No. 26 REALIZACION DE VACUNACION . . . . .	134
CUADRO No. 27 EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AREA DE TRA BAJO . . . . .	136
CUADRO No. 28 FOMENTO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA . . . . .	138
CUADRO No. 29 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS . . . . .	140
CUADRO No. 30 DESARROLLO DEL PROGRAMA DEL S.I.D.A. . . . .	142
CUADRO No. 31 PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE ENFERMEDA- DES DE TRANSMISION SEXUAL . . . . .	144
CUADRO No. 32 DISPOSICION DEL CUADRO BASICO DE MEDICA- MENTOS . . . . .	146
CUADRO No. 33 ORIENTACION NUTRICIONAL BRINDADA. . . . .	148
CUADRO No. 34 ATENCION DOMICILIARIA . . . . .	150
CUADRO No. 35 EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE ENSEÑANZA E IN VESTIGACION . . . . .	152

## INDICE DE GRAFICAS

	Pág.
GRAFICA No. 1 EDAD DE LOS ENTREVISTADOS . . . . .	85
GRAFICA No. 2 ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS . . . . .	87
GRAFICA No. 3 PROMEDIO DE HIJOS DE LOS ENTREVISTADOS. . . . .	89
GRAFICA No. 4 GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS EN ENFERMERIA. . . . .	91
GRAFICA No. 5 FUNCION JERARQUICA EN LA J. SANITARIA . . . . .	93
GRAFICA No. 6 ELABORACION DE PLAN DE TRABAJO ANUAL . . . . .	95
GRAFICA No. 7 CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES DESEMPEÑADAS EN EN TRABAJO . . . . .	97
GRAFICA No. 8 ELABORACION DE PROGRAMAS DE TRABAJO . . . . .	99
GRAFICA No. 9 ELABORACION DE PROGRAMAS DE SUPERVISION . . . . .	101
GRAFICA No. 10 CONOCIMIENTO DE LA DESCRIPCION DEL PUESTO . . . . .	103
GRAFICA No. 11 PERCEPCION EN TORNO AL PUESTO Y DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA . . . . .	105
GRAFICA No. 12 COORDINACION INTERSECTORIAL LLEVADA A CABO EN EL TRABAJO . . . . .	107
GRAFICA No. 13 REALIZACION DE CASOS EPIDEMIOLOGICOS. . . . .	109
GRAFICA No. 14 REALIZACION E IDENTIFICACION DE CASOS . . . . .	111
GRAFICA No. 15 DESARROLLO DE PROGRAMAS ESTABLECIDOS. . . . .	113
GRAFICA No. 16 CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES Y ACTIVIDADES . . . . .	115
GRAFICA No. 17 CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL S.E.I.B. . . . .	117
GRAFICA No. 18 COBERTURAS ALCANZADAS CON ACTIVIDADES DE ENFERMERIA . . . . .	119
GRAFICA No. 19 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PLANEADOS . . . . .	121

	Pág.
GRAFICA No. 20 PLANEACION DE METAS EN EL AREA DE TRABAJO	123
GRAFICA No. 21 ATENCION DE ENFERMERIA BRINDADA . . . . .	125
GRAFICA No. 22 CONOCIMIENTO DE NORMAS TECNICAS DEL PRO- GRAMA MATERNO INFANTIL . . . . .	127
GRAFICA No. 23 RESPONSABILIDAD EN ATENCIONES DE ENFER- MERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR . . . . .	129
GRAFICA No. 24 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA REALIZADA . . .	131
GRAFICA No. 25 DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES. . . .	133
GRAFICA No. 26 REALIZACION DE VACUNACION . . . . .	135
GRAFICA No. 27 EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AREA DE TRABAJO . . . . .	137
GRAFICA No. 28 FOMENTO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA .	139
GRAFICA No. 29 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS . . . . .	141
GRAFICA No. 30 DESARROLLO DEL PROGRAMA DEL S.I.D.A. . .	143
GRAFICA No. 31 PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE ENFERMEDA- DES DE TRANSMISION SEXUAL . . . . .	145
GRAFICA No. 32 DISPOSICION DEL CUADRO BASICO DE MEDICA- MENTOS . . . . .	147
GRAFICA No. 33 ORIENTACION NUTRICIONAL BRINDADA. . . .	149
GRAFICA No. 34 ATENCION DOMICILIARIA . . . . .	151
GRAFICA No. 35 EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION . . . . .	153

## INTRODUCCION

La presente Tesis ha sido elaborada con el fin de analizar el afecto causal que tiene el modelo de organización en la atención comunitaria que brinda el personal de Enfermería en la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F.

Para realizar tal análisis se ha planteado desarrollar en el primer capítulo de esta Tesis, la fundamentación del tema de investigación, que contiene diversos apartados de importancia entre los que están: Descripción de la Situación del Problema, Justificación del Tema de Estudio y Objetivos.

En el segundo capítulo se describe el Marco Teórico, en donde se presentarán los fundamentos teóricos metodológicos de autores que han desarrollado investigaciones que apoyan tanto el problema como la hipótesis de la Tesis.

En el tercer capítulo se presenta la Metodología, que incluye los siguientes apartados; hipótesis, variables independiente y dependiente e indicadores, tipo y diseño de investigación y técnicas e instrumentos de investigación utilizados.

En el capítulo cuarto se desarrollan los aspectos de mayor relevancia estadística como son: Universo, Población y Muestra Procesamiento de datos, Comprobación de Hipótesis y Análisis

e Interpretación de Resultados.

En el quinto capítulo se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones o propuestas derivadas de los principales hallazgos.

En los últimos capítulos seis, siete y ocho, se dan a conocer los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas respectivamente.

Es de esperarse que esta investigación al ser aplicada, dé alguna luz en la problemática presentada, y también brinde algún beneficio tanto a la institución como al personal de Enfermería, y a su vez redunde en la atención comunitaria a la población demandante del primer nivel de atención a la salud.



## 1. FUNDAMENTOS DEL TEMA DE INVESTIGACION

### 1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

La Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal ha sufrido una serie de cambios administrativos durante años anteriores, y sobre todo en este sexenio, modificando su estructura y la organización de Enfermería.

Desde el nivel central hasta el nivel operativo, el departamento de Enfermería ya no depende directamente de la Dirección General ni de la Dirección General de Servicios, quedando frágil y poco sólida en su organigrama.

Por otro lado, existen subdirecciones tales como Atención Médica, Vigilancia Epidemiológica, Participación Social, Enseñanza e Investigación y sobre todo la nueva creación de la Dirección Jurisdiccional, que tiene la responsabilidad al igual que las otras subdirecciones de la ejecución de los programas en las jurisdicciones y unidades aplicativas y tiene además ingerencia en Enfermería aunque no en su estructura organizacional de los recursos existentes en la Dirección.

Esto hace que cada uno de los profesionales de Enfermería dependa de un jefe diferente y cada una prioriza su programa y sus acciones trabajando aisladamente y ocasionando diferencias y división entre el mismo grupo de Enfermería.

Lo anterior provoca molestia, inconformidad y problemática en la atención a la población, pues los niveles jurisdiccional y a su vez el operativo reciben tantas órdenes como enfermeras haya en nivel central (o más bien sub-direcciones), creyendo que el personal de Enfermería es único para sus programas y olvidando las actividades y funciones del resto de programas.

Es así que la organización de Enfermería no ha consolidado su estructura y organización debido a la situación existente actual.

Por su parte, en la jurisdicción sanitaria Verustiano Carranza se cuenta con un área de 48 km<sup>2</sup> y una población de responsabilidad de 519,628 habitantes, y para su atención cuenta con 149 Enfermeras distribuidas en personal dirigente y de línea, siendo para el primero 9 y 149 respectivamente.

Aquí el área de Enfermería depende del director jurisdiccional y al mismo tiempo, recibe indicaciones de los jefes de atención médica y fomento a la salud, creando con esto la mayor carga de funciones y actividades al exigir cada uno de los departamentos a la enfermera como propiedad de ellos para desarrollar los programas de salud.

Esto hace que la organización tal como está no permita una integración de los recursos para la salud (entre ellos Enfermería) y tampoco la ejecución y desarrollo e implementación de

los programas y la intensificación de los programas emergentes emanados por el Plan Nacional de Salud, Plan Nacional de Desarrollo y la misma Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Lo anterior muestra como una organización no definida arrastra problemas tanto técnicos, administrativos y de participación comunitaria.

Aunado a lo anterior, se da el mal de "Programitis y de Jefecitos" por doquier, dando como resultado la segmentación de la atención de Enfermería al ubicar al individuo como enfermo, por aparatos y sistemas y romper así su integridad.

El personal de Enfermería ofrece a las instituciones actividades tanto intramuros como extramuros relacionados a la atención entre los que están los siguientes: Materno Infantil, P. F., Vigilancia epidemiológica, Enfermedades prevenibles por Vacunación, Detección de enfermedades crónico-degenerativas, Toma de muestras, Visita domiciliaria, Educación para la salud, Participación comunitaria, Elaboración de material, esterilización, Acciones propias en el módulo de medicina general familiar, Servicio de odontología, Psiquiatría, Psicología, Laboratorio y C.E.Y.E., etc.

El trabajo que se deriva de las funciones anteriores, se realiza de manera aislada por la mala organización vigente, ya que los departamentos de atención médica y fomento a la salud

quisieran que el personal solo se dedicara a su área respectivamente y olvide la enseñanza e investigación que debe realizar Enfermería.

Por otro lado, los días contratados al año son de 238 a 242 días laborables programados, lo que supera los días laborables para cualquier organización de salud, esto propicia el descontento del personal de Enfermería adscrito a la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza.

También existe el divorcio entre los departamentos de atención médica y el de fomento que da como resultado las limitaciones en la ejecución de las acciones de Enfermería, existiendo problemas de comunicación tanto verbal como escrita de los dirigentes de Enfermería hacia el personal y viceversa, o entre los integrantes del equipo de salud.

Ahora bien, hay ocasiones en que la Enfermería tiene la responsabilidad de dar atención a tres o cuatro módulos con una población aproximada de 12,000 habitantes ejecutando acciones de atención al usuario propiamente de Enfermería y realizando actividades conjuntas con el médico y el equipo multidisciplinario.

Como se ha descrito, la organización de la estructura de Enfermería no es sólida como tampoco la del nivel superior ni el

inferior ya que en la misma Dirección existen perfiles y descripción de puestos por cada una de las necesidades pero no se cuenta con el total de personal, ni con el idóneo para algunos cargos, ya que el personal profesional es menor al no profesional.

Así mismo si se le suma a todo lo anterior los salarios que percibe el personal, la ubicación de su lugar de residencia y el del trabajo se observa que son muy distantes que el personal en lugar de llegar con ánimos y deseos de trabajar llegan cansados e indispuestos, y a esto se le añade jornadas dobles o suplencias por ausentismos, con ello se crea un caos y una inconformidad que refleja la mala atención, y el inadecuado servicio otorgado y por lo tanto la mala organización existente.

## 1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

El problema planteado es: ¿Cómo influye la Organización de Enfermería en la atención comunitaria en la población demandante del primer nivel de atención en la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza en México, D.F.?

## 1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se justifica por varias razones: En primer lugar porque no existe una investigación similar en

la jurisdicción sanitaria que permita establecer un diagnóstico de atención que el personal de Enfermería brinde a la población demandante.

En segundo lugar porque con el diagnóstico que se realice podrá favorecer a las medidas tendientes a mejorar la atención de Enfermería como resultado de una mejor organización estructural y funcional de la misma.

#### 1.4 UBICACION DEL TEMA

El tema que se pretende estudiar está ubicado en las disciplinas de Administración, Salud Pública y Enfermería como objeto de estudio.

En la administración porque la organización es una de las etapas del proceso administrativo y tiene con él; número, distribución, estructura y función de los recursos de Enfermería.

En salud pública por hacer referencia y tratar los problemas que atañen a su comunidad relacionados a la Vigilancia Epidemiológica, Saneamiento Básico etc.

Finalmente se ubica en Enfermería por ser precisamente el objeto principal de la investigación.

#### 1.5 OBJETIVOS

### 1.5.1 General

Analizar la organización de Enfermería que permita la atención comunitaria a la población demandante del primer nivel de atención en la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza en México, D.F.

### 1.5.2 Específicos

- Conocer el tipo de organización de Enfermería que se desarrolla en la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza en México, D.F.
- Identificar el tipo de atención comunitaria a la salud que proporciona Enfermería a los demandantes de los servicios en la Jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza en México, D.F.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

#### 2.1.1 Concepto de Organización

George Terry R., y Cols define "la organización al establecimiento de relaciones efectivas de comportamiento entre personas de manera que puedan trabajar juntas con eficacia y puedan obtener una satisfacción personal al hacer tareas seleccionadas bajo condiciones ambientales dadas, con el propósito de alcanzar alguna meta u objetivo".<sup>1</sup> Oliver Sheldon, por su parte la define como "el proceso de cambiar el trabajo que los individuos o grupos deben efectuar, con los elementos necesarios para su ejecución, de tal manera que las labores que se ejecutan sean los mejores medios para la aplicación eficiente, sistemática, positiva y coordinada de los esfuerzos disponibles."<sup>2</sup>

Por su parte, Agustín Reyes Ponce la define como "la estructuración técnica de las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los elementos materiales y humanos de un organismo social, con el fin de lograr su máxima eficiencia dentro de los planes y objetivos señalados."<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> George Terry. Principios de Administración. Ed. Continental. México, 1992. p. 304.

<sup>2</sup> Lasty Balseiro A. Principios de Administración. Ed. Acuario. México, 1989. p. 87.

<sup>3</sup> Id.



Por otro lado, Petersen y Plowman dicen que la Organización es un método de distribución de la autoridad y de la responsabilidad, y sirve para establecer canales prácticos de comunicación entre grupos.<sup>4</sup>

Por último Littere señala que la Organización es una unidad social, dentro de la cual existe una relación estable (no necesariamente personal) entre sus integrantes, con el fin de facilitar la obtención de una serie de objetivos y metas.<sup>5</sup>

El grupo de Enfermería está organizado por niveles jerárquicos y por niveles de preparación. Así, existen en la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal (D.G.S.S.P.D.F.) estos niveles representados por diferentes tipos de personal que hacen también diferentes tareas y que interactúan a fin de ejecutar de la mejor manera el trabajo a realizar. De esta manera se cuenta con una gama de niveles de preparación entre los que están: Lic. en Enfermería, Enfermeras especialistas, Enfermeras generales y Auxiliares de Enfermería que responden a un perfil de puestos emanados de la descripción y el profesiograma existente en la D.G.S.S.P.D.F. A pesar de esta descripción formal existen algunas carencias en el personal y otras atribuibles a la misma organización que po-

---

<sup>4</sup> Agustín Reyes Ponce. Administración de Empresas. Ed. Limusa. México, 1980. p. 212.

<sup>5</sup> Id.

drán ser descritas a lo largo de este Marco teórico.

### 2.1.2 Objetivos de la organización

Para Agustín Reyes el objetivo es estructurar, guiar, establecer funciones, que nos da el cómo y quién realiza las cosas y cómo lo va a hacer, ya sea una institución, empresa, país, grupo afín, etc. De hecho, la percibe: como un fin o manera de conformar una estructura para alcanzar un plan, programa, tareas o propiamente los objetivos planteados optimizando los recursos.<sup>6</sup>

Como todo el grupo de Enfermería cuenta con objetivos afines y comunes que persigue la atención al usuario, paciente o cliente. Esto puede ser a corto, mediano o largo plazo dependiendo del estado de salud con que cuente el individuo y el enfoque del programa de salud que se desarrolle (fomento a la salud, atención médica, estudio de comunidad, control de enfermedades crónico degenerativas, prevenibles por vacunación, etc.)

En la Institución, la Enfermera independientemente del nivel jerárquico y las funciones que desempeñe, se debe plantear objetivos tanto para el individuo, los programas, la institución y para ella misma, ya que si un grupo trabaja más de un programa los objetivos no siempre se cumplen, ya sea por la carga

---

<sup>6</sup> Id.

de trabajo o porque no se realiza seguimiento continuo, ya sea por falta de insumos u oportunidad, tiempo o simplemente por la mala o poca y también exagerada programación de los objetivos.

A nivel de la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza, los dirigentes de Enfermería se plantean objetivos en un programa general de trabajo, de supervisión, introducción al puesto y educación en servicio y éstos se ven reflejados en sus diarias actividades. Por su parte con el personal operativo los objetivos ya los tiene planteados a través de los distintos programas en que se participa.

### 2.1.3 Elementos de la organización

Para Agustín Reyes Ponce existen tres elementos básicos: Funciones, Jerarquías y Obligaciones que están en relación a un establecimiento con recursos humanos y obligaciones.<sup>7</sup>

En el gremio de Enfermería de la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza, existen también jerarquías, funciones y responsabilidades (obligaciones) concretizándose en los lineamientos laborales e internos de la propia S.S.A., así como los emanados por la D.G.S.S.P.D.F.

Sin embargo, en los manuales de procedimientos y organización

---

<sup>7</sup> Ibid. p. 211.

tienen fecha de 1982 por lo que ya ameritan una revisión y actualización. Por otro lado, existen programas, trabajos o manuales por cada uno de los programas sustantivos y de apoyo emanados por el sistema nacional de salud, donde integran el recurso de Enfermería desde los niveles central jurisdiccional y operativo. Esto es, que las actividades de Enfermería se encuentran precisadas tanto en las funciones intramuros como extramuros.

Además, se pueden observar la presentación gráfica (organigramas) donde se presentan líneas de autoridad y el lugar que ocupa cada miembro de Enfermería a otras instancias y niveles funcionales dentro de esta estructura.

Así, en la organización de Enfermería de la D.G.S.S.P.D.F., existe un grupo heterogéneo de los recursos en cuanto a la preparación académica, niveles jerárquicos y aspectos sociales de cada uno de ellos. Estos tienen un perfil de puestos y funciones desde los dirigentes hasta el personal operativo, y también existe una relación con los recursos materiales y de mobiliario de los servicios de salud, que en la actualidad no satisfacen las necesidades para la atención a la salud, pues es mayor la población demandante al número de Enfermeras para prestar el servicio.

Por otra parte, aunque dentro de Enfermería se cuente con ma-

nuales, programas de trabajo y cronogramas de actividades, a veces no se cumplen con eficacia los objetivos planteados, ya que la existencia de tantos dirigentes y pocos soldados, la aparición de programitas y las múltiples tareas que realiza Enfermería no cumple con los requerimientos de una ideal organización.

De igual manera, existen reglas y lineamientos establecidos, pero aquí no se manejan como una integridad, sino que cada quien edifica sus normas y lineamientos de acuerdo a la experiencia o a lo que se crea más conveniente. Es así que el personal de Enfermería muy particularmente lo organizan por programas sin tomar en cuenta si se cumple la eficacia, la eficiencia y la efectividad en el desarrollo de sus actividades. Tampoco se toma en cuenta la existencia de una satisfacción propia pues el segmentar la atención de Enfermería que dirige al individuo, familia o comunidad, éstos no lo ven de manera integrada, arriesgando el cumplimiento de los objetivos reales de la salud.

#### 2.1.4 Principios de organización

- De Joseph L. Massié

Joseph L. Massié enlista los principios en sus dos teorías, la teoría tradicional y la teoría moderna.

En la teoría tradicional se presentan seis principios fundamenen

tales:

1. Unidad de mando: Un solo jefe para cada función particular.
2. Principio de excepción: Las tareas deberán ser realizadas por los subordinados usuales, los excepcionales por los jefes o dirigentes.
3. Extensión del control: Se relaciona con el tiempo y energía limitada del sujeto en el desarrollo de sus tareas, un jefe por un número de subordinados (a supervisar).
4. Principio numérico: Amerita una línea directa de responsabilidad.
5. División departamental: Se refiere a la división por áreas de trabajo, geográficas o por producción (funcional), (organigramas).
6. Descentralización: Principio importante de organización para impulsar la toma de decisiones a niveles inferiores de la organización.<sup>8</sup>

La teoría moderna maneja solo 5 principios siendo los siguientes:

1. Identificación: Autoidentificarse e identificar la organización.
2. Lealtad: Ser fiel y honesto a la organización

<sup>8</sup> Joseph L. Massié. Bases esenciales de la Administración. Ed. Diana. México, 1979. p. 77.

3. Responsabilidad: Cumplir cabalmente los compromisos adquiridos.
4. Autoridad: Mayor jerarquía funcional.
5. Poder: Dominio de facultad.<sup>9</sup>

Podemos decir que como establecimiento oficial la D.G.S.S.P.D. F., cuenta con una organización débil, y una estructura funcional que no está autorizada, en la actualidad la organización se da por departamentos y subdirecciones ubicando dirigentes de Enfermería en cada uno. Esto da como resultado una serie de contrariedades y conflictos entre los recursos de Enfermería.

Por su parte, la Jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza tiene una organización de Enfermería que depende del director y de un jefe de departamento variando así hasta las unidades aplicativas que dependen del director de la misma.

La anterior situación contradice en mucho la teoría formal de la organización que manejan los autores y perjudica grandemente la propia organización de Enfermería, ya que ésta no cumple cabalmente con los principios de organización formal establecidos.

- De Agustín Reyes Ponce

De acuerdo a Reyes Ponce "los principios de organización son:

<sup>9</sup> Ibid. p. 78.

1. **Especialización:** Cuanto más se divide el trabajo, dedicando a cada empleado una actividad más limitada y correcta, se obtiene de suyo, mayor eficiencia, precisión y destreza.
2. **Unidad de Mando:** Para cada función debe existir un solo jefe: esto es, que cada empleado no reciba dos o más órdenes sobre una misma tarea (nadie puede servir a dos amos).
3. **Equilibrio de Autoridad:** Se debe precisar el grado de responsabilidad, responsabilidad que corresponde a cada nivel jerárquico, estableciéndose al mismo tiempo la autoridad correspondiente a aquella.

Autoridad = Arriba - Abajo

Autoridad = Responsabilidad

Autoridad = se delega - con responsabilidad<sup>10</sup>

- De Lasty Balseiro A.

Balseiro los define como otros principios aplicables a la organización "subordinación, remuneración centralización-descentralización, orden, equidad, estabilidad, iniciativa y unión. También menciona los principios universales aplicables a la orga-

<sup>10</sup> Agustín Reyes P. op. cit. p. 215.



nización siguiente:

- Cuando más se divide el trabajo, dedicando cada empleado a una actividad más limitada y concreta, se obtiene de su mayor eficiencia precisión y destreza.
- Para cada función debe existir un solo jefe.
- Debe precisarse el grado de responsabilidad que corresponda al jefe de cada nivel jerárquico, estableciéndose al mismo tiempo la autoridad correspondiente a aquella.<sup>11</sup>
- A cada grado de delegación debe corresponder el establecimiento de los controles adecuados, para asegurar la unidad de mando.

Por otro lado, también maneja los cuatro principios que fundamentan la teoría de la organización desde un enfoque clásico.

Unidad de mando : Responsable ante un jefe, si se viola se mina la autoridad y se amenaza la disciplina.

Igual autoridad y responsabilidad: Siempre debe de ir acompañada

Tramo de control: Número limitado, que den cuenta a su superior.

---

<sup>11</sup> Lasty Balseiro A. op. cit. p. 88.

Delegación en as- Principio de la excepción.<sup>12</sup>  
pectos de rutina:

En la práctica actual de Enfermería se encuentra el grave problema de la lucha por el poder y no el arte de dirigir o gobernar, puesto que no todos los recursos para la salud cuentan con un perfil idóneo laboral para el desarrollo de sus funciones, tareas y actividades, se confunden los conceptos a propio beneficio, afectando al resto del grupo y a los mismos programas. Así, la organización de Enfermería en la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza existe una diversidad de funciones y de las responsabilidades por la existencia de tantos jefes que indican u ordenan a un subordinado en una misma tarea.

Por otra parte, al etiquetar a la Enfermera como de "clínica" o de "campo", se limitan sus áreas de desarrollo ya que no favorecen la precisión del desarrollo del personal y esconden la responsabilidad integral en atención a la salud.

Otro de los principios comentados es el de la Delegación, pero ésta no se comprende en la responsabilidad de la ejecución de las funciones, sino más bien en la autoridad de poder, dando como resultado una inconformidad en el personal de Enfermería.

---

<sup>12</sup>Lasty Balseiro A. op. cit. p. 89.

Así mismo, existen desventajas en los insumos que no son dotados con oportunidad y además no se distribuyen equitativamente a todas las unidades, ya que se sabe existen diferentes unidades aplicativas que van desde un Centro de Salud T-III A, T-III, T-II, T-I. Estos centros tienen diferente estructura orgánica, capacidad de recursos humanos, técnicos y sobre todo para la población de responsabilidad que atiende cada uno de ellos. Estas capacidades son diferentes tanto en números como en particularidades de la población. También aquí existen elementos con dobles funciones administrativas y operativas, lo cual demerita o pone en riesgo el cumplimiento de sus funciones. Por otro lado, la Enfermera no tiene la capacidad de decidir sobre alguna situación, ya que antes tiene que aprobarla o darle el visto bueno su superior inmediato y éste puede ser otro tipo de personal no necesariamente de Enfermería.

#### 2.1.5 Teorías de la organización

George Terry define dos teorías de organización "La neoclásica y la Clásica".

##### - Teoría Neoclásica

Esta teoría pone en relieve el cumplimiento del trabajo que busca realizar la mayor cantidad de trabajo mediante un arreglo lógico y balanceado de las funciones necesarias:

##### - División del trabajo

- Tareas definidas
- Relaciones humanas formales e informales.<sup>13</sup>

Dentro de esta teoría se incluye la influencia de los siguientes valores: En primer lugar la función, ya que el individuo utiliza la organización para alcanzar sus metas personales y a su vez aquella lo utiliza para alcanzar sus objetivos. En segundo lugar, la teoría cuantitativa ya que ésta tiende a incrementar la precisión de la organización y su grado de racionalidad. En la tercera la teoría de sistemas, utiliza las variables mutuamente dependientes y utiliza: al individuo, disposición formal del individuo en las funciones, disposición informal del individuo de las funciones, las reacciones ante los papeles impuestos por la organización, y ámbito físico.

#### - Teoría Clásica

La teoría clásica maneja los cuatro aspectos siguientes: Unidad de Mando, igual autoridad y responsabilidad, tramo de control y Delegación en aspectos de rutina.

#### - Teoría Tradicional

Para Joseph Massié "los precursores del pensamiento administrativo se concentraron en las funciones de organización y desarrollaron una teoría, la cual describió la manera como las la

<sup>13</sup>George Terry. Principios de Administración. Ed. Ateneo. México, 1992. p. 60.

<sup>14</sup> Ibid. p. 61.

bores deberían agruparse en la estructura. Este método fue llamado teoría tradicional de la organización. Más recientemente los estudiantes de la ciencia de la conducta ya han enfocado su atención en las interacciones de la organización. El último grupo se ha concentrado en describir como los seres humanos trabajan en realidad.<sup>15</sup>

#### - Teoría Moderna

En años recientes, la tendencia ha sido converger en la investigación científica en el comportamiento de la organización y en describir la organización como un sistema de relaciones humanas. Los conceptos resultantes de estas investigaciones contienen la teoría moderna de la organización.

Las principales contribuciones de la teoría tradicional a esta nueva teoría incluyen:

- a) Una definición clara de los tipos de organización formal,
- b) Ciertas generalizaciones que ofrecen aproximaciones iniciales para planear y estructurar la organización y
- c) Modelos limitados de las actividades de la organización.

Para la teoría moderna de la organización de hoy en día está en una etapa fluida. Los resultados de la investigación indi-

---

<sup>15</sup>

Joseph L. Massié. op. cit. p. 74.

can las limitaciones de la teoría tradicional. Por otra parte, no existe un sustituto que pueda ser explicado simplemente y que haya probado ser mejor.<sup>16</sup>

Una gran tendencia en el pensamiento moderno acerca de la organización es el tratamiento conjunto de varios grupos de obligaciones de la administración. Los estudios se concentran en describir la institución organizadora de la gente, en lugar de prescribir cómo deban ser manejadas las mecánicas de la organización. En este sentido, las organizaciones con los semejantes son tratadas como sistema de relaciones humanas interdependientes, dirigidos hacia metas comunes.

A pesar que la teoría moderna de la organización no es un cuerpo de pensamiento unificado, los nuevos conceptos y enfoques muestran los grandes pasos que se han dado como son: autoridad, influencia, poder, identificación, lealtad y responsabilidad.

En el sistema la D.G.S.S.P.D.F. existe una mezcla entre las teorías de la organización pues no se puede decir cuál es la mejor, pero la opinión es que mientras no se apruebe una estructura organizacional y se consolide un eje directriz se presentarán problemas de dirección y control de los recursos Enfermería.

---

<sup>16</sup> Joseph L. Massié. op. cit. p. 75.

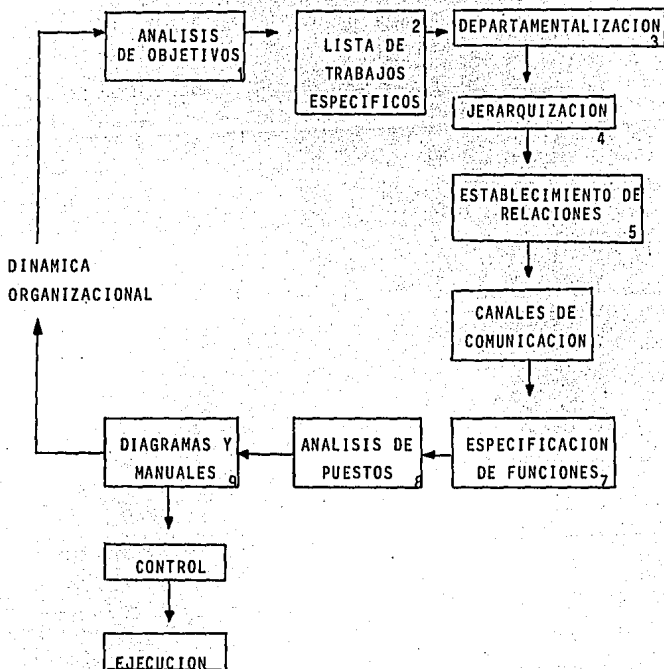
Así, en la dirección existen cinco áreas que derivan de una dirección de servicios de salud y en cada una existen elementos de coordinación de Enfermería quienes obedecen a su propia área para dar indicaciones o tareas a un mismo grupo operativo. De hecho, hay una división arbitraria para el desarrollo de los programas la supervisión y evaluación. Esto provoca que se creen indicadores y lineamientos que se personalizan más no se estandarizan. Como resultado a todo lo anterior, a nivel de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, el problema se agudiza ya que en la actualidad se inicia el movimiento de las jerarquías del personal de Enfermería debilitando su estructura con la aparición de dos elementos dirigentes de Enfermería uno para atención médica y otro para el fomento a la salud, siendo así que el jefe jurisdiccional existente ve dividido sus funciones y responsabilidades hacia sus subordinados y a los mismos programas que se brindan a la comunidad.

#### 2.1.6 La organización como parte del proceso administrativo.

Para el Instituto de Salud Pública de México "La Organización como parte del Proceso Administrativo se presenta con las especificaciones en cada uno de los cuadros de la dinámica organizacional (ver esquema No. 1) aplicándose en cualquier instancia o institución por aplicar, enlistando por grupos específicos lo siguiente:

## ESQUEMA No. 1

## LA ORGANIZACION COMO PARTE DEL PROCESO ADMINISTRATIVO



FUENTE: Instituto de Salud Pública de México. Antología de Administración. Ed. I.S.P. P. 51.



1. Análisis de objetivos: Incluye metas y objetivos institucionales.
2. Lista de trabajos específicos: Este se maneja por función y producción.
3. Departamentalización: Esta es la unidad organizacional que se maneja por producto, territorio, cliente, proceso, número de empleados, mixto y por servicios.
4. Jerarquización: Este se presenta en tres niveles: Directivo, técnico normativo y operativo.<sup>17</sup>
5. Restablecimiento de las relaciones:
  - Relaciones de línea
  - Relaciones de staff
  - Relaciones de coordinación
6. Canales de comunicación:
  - El vertical  
(ascendente y descendente)
  - Horizontal  
(por niveles)
7. Especificación de funciones, éstas se determinan:  
Por departamentos, por niveles, y por tramo de control.
8. Análisis de puestos:

---

<sup>17</sup> Instituto de Salud Pública de México, Antología de Administración. Ed. I.S.P.M. México, 1978. p. 81.

Diseño de puestos y diseño de especificación.

9. Diagramas y manuales:

- En organigramas
- Por fluxogramas
- Número de organizaciones
- Número de funciones
- Número de procedimientos
- Número de manuales existentes
- Generales y específicos.<sup>18</sup>

La organización como proceso administrativo se encuentra incluida dentro de la S.S.A. y en específico en la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F. En el total de sus unidades, cuentan con manuales de organización y funciones de todos los programas de trabajo, tanto el área técnica como la administrativa donde están implícitos los objetivos, metas, universo, tiempo, organización, descripción de puestos, jerarquías, responsabilidades y diagramas, sin olvidar los antecedentes y la introducción de cada uno de ellos.

Desafortunadamente, los puntos anteriormente mencionados no se cumplen al 100%, ya sea por falta de interés del personal y en este caso de Enfermería, de las autoridades, de la relación con otros recursos, por la falta de insumos y materiales

---

<sup>18</sup> Id.

o la entrega oportuna de los mismos, por el tipo de organización existente actual y por los cambios a nivel directivos en los altos medios y en los medios mandos.

En los últimos años se han instrumentado programas como el Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta (MASPA) y los Sistemas Locales de Salud (SILOS) que han sido desarrollados como programas piloto en tres jurisdicciones. Se ha observado que no se cumple cabalmente con estos programas precisamente por la estructura orgánica que tiene la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza. Cabe destacar que las principales incongruencias se tienen en las siguientes áreas:

- La falta de especificación de las funciones y responsabilidades del personal de Enfermería y la imbrincación con los otros profesionales de la salud.
- La división funcional de los departamentos de atención médica y fomento a la salud.
- La inadecuada comunicación en todos los niveles.
- La limitación o delimitación de funciones, actividades y tareas.
- Los insuficientes recursos de Enfermería que no cubren la necesidad de atención a la población.
- Los salarios tan bajos que percibe el personal.
- La desproporción de los códigos funcionales con la prepara-

ción académica.

Y así se podrían enumerar muchos más. Lo importante es que el trabajo y la atención a los demandantes se realiza con todas las desventajas anteriores. Si existiera una organización más estable y sólida de toda la institución de Enfermería y todo el resto de profesionales de la salud, se llevarían a efecto con equidad, calidad, oportunidad y la excelencia esperada.

#### 2.1.7 Tipos de organización

George Terry maneja dos tipos de organización: la formal y la informal.

La formal está constituida por los siguientes instrumentos: Trabajo, división del trabajo, distribución del trabajo, especialización de las tareas, recursos para ejecutarlos, ambiente donde ejecutarlos y relaciones personales.<sup>19</sup>

La informal tiene como base la creación de grupos informales, unidos por intereses comunes, sociales, culturales, técnicos y de trabajo. Esto significa la socialización de los intereses comunes; ya que no existe previamente principios, reglas o normas. Simplemente será para dar producto o solución a un hecho, necesidad o fin común.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> George Terry. op. cit. p. 304.

<sup>20</sup> George Terry. op. cit. p. 305.

También se conocen en la organización formal las siguientes características:

- Conocer los objetivos de la organización en la institución ambiental.
- Dividir los trabajos en tareas componentes.
- Agrupar las actividades en unidades prácticas basadas en similitud.
- Definir las obligaciones y proporcionar los medios físicos a cada actividad o grupo de actividades.
- Asignar personal calificado o potencialmente desarrollado
- Informar de las tareas a cada miembro de la relación con el resto del personal.<sup>21</sup>

Para Wilburg Jiménez Castro, los tipos formal e informal de organización se observan desde un punto de vista humano. Así la organización está compuesta por seres humanos y depende de la participación que ellos den para el logro del cumplimiento de sus responsabilidades sociales, y por ello se pueden concluir que el principal factor dentro de toda estructura administrativa es el mismo hombre. Por lo tanto, interesa a la organización conocer los medios a través de los cuales puede hacer el mejor aprovechamiento de los potenciales humanos de sus integrantes.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> George Terry. *op. cit.* p. 307.

<sup>22</sup> Wilburg J. Castro. *Introducción al estudio de la teoría Administrativa*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1978 p. 230.

En su análisis Wilburg expresa la idea de Simón Herbert y Cois que comentan que el tipo de organización está compuesta por un grupo de personas (seres humanos de carne y hueso y con un espíritu inmortal) que se conducen de cierta manera, en parte a causa de ideas, prejuicios, personalidades y destrezas que aportan a la organización, y en parte, a consecuencia de la influencia que sobre ellos ejercen otros miembros del grupo administrativo y de la sociedad en que viven.<sup>23</sup>

Por lo tanto, menciona los factores de individuo que intervienen en el desarrollo de este tipo de organización.

- La organización como un conjunto de seres humanos
- El ser humano como el principal elemento de toda la organización.
- Factores de la personalidad
- Factores de la identificación del individuo fuera de la organización y dentro de ella.
- El conflicto entre la organización formal y la informal.
- Significado e importancia de las relaciones humanas para armonizar la organización formal con la informal.
- Elementos para las satisfactorias relaciones humanas
- El espíritu de cuerpo de la organización.
- La disciplina como el logro de la subordinación del interés

<sup>23</sup> Ibid. p. 231.

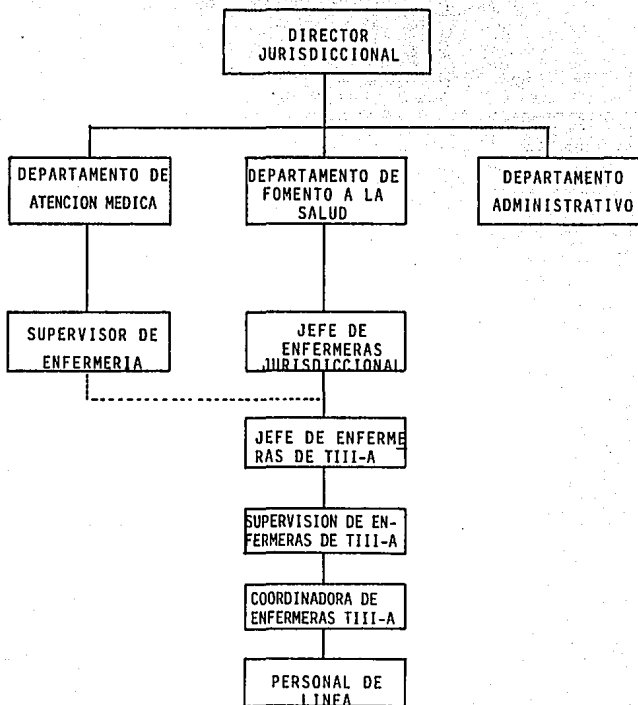
- particular al interés social de la organización.
- El significado de moral y de equidad sociales y su desarrollo afortunado dentro de la organización.
  - Importancia de la lealtad dentro de la organización.
  - La necesidad de la participación de todos los componentes de la empresa o institución.
  - Las áreas de participación y las condiciones jerárquicas para que ella tenga efecto.
  - La iniciativa del personal y su importancia.
  - Las sugerencias del personal
  - La estabilidad del personal, su definición e importancia.<sup>24</sup>

La Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza se puede incluir en la lineal y la horizontal, ya que juegan papeles de línea directa de autoridad y de coordinación. Además se encuentran distribuidas por direcciones y departamentos de las diferentes áreas técnicas y administrativas, en relación al personal y las funciones a desempeñar a los grados de autoridad y de responsabilidad de cada uno de los integrantes. (Ver esquema No. 2).

Por otro lado, en la Dirección se encuentra con modificaciones el estilo de la representación gráfica y esto hace débil a la organización (como ya se manejó con anterioridad) de la depen

<sup>24</sup> Id.

ESQUEMA No. 2  
REPRESENTACION GRAFICA DE ENFERMERIA





dencia de la autoridad de los departamentos hacia el personal de Enfermería no existe una definición de las líneas de autoridad.

Se seguirán presentando instrucciones e indicaciones cada uno de su departamento y programa que ejecuta sin importar el resto de departamentos, programas y personal operativo. Esto da como resultado, la confusión y molestia de todo el personal de Enfermería y quizás de otras áreas.

Por otra parte, definimos a la Dirección como una organización formal ya que está constituida en una Institución oficial con lineamientos y normas establecidos con anterioridad persiguiendo un fin común que es: Preservar, mantener y rehabilitar la salud de los individuos a través del desarrollo, ejecución o implementación de programas encaminados a la salud, ya sean con actividades encaminadas a la salud, atención comunitaria, investigación, atención de Enfermería, aplicación de tópicos y tratamientos, etc.

#### 2.1.8 Instrumentos de la Organización

##### - Organigramas

Para Agustín Reyes Ponce los organogramas representan gráficamente la estructura de la organización. Consisten en hojas o cartulinas en las que cada puesto de un jefe se representa por un cuadro que encierra el nombre de este puesto (y en ocasio-

nes de quién lo ocupa), representándose, por la unión de los cuadros mediante líneas, los canales de autoridad y responsabilidad.<sup>25</sup>

#### - Objetivo de los organigramas

Los organogramas sirven para:

- Dividir las funciones
- Dividir los niveles jerárquicos
- Reconocer las líneas de autoridad/responsabilidad
- Conocer los canales formales de comunicación
- Conocer la naturaleza lineal o staff del departamento
- Señalará los jefes de cada uno de los empleados
- Conocer las relaciones que existen entre los diversos puestos.<sup>26</sup>

Los tipos de organogramas son: lineal, horizontal, escalar, circular y matricial como se observa en los Anexos 1, 2, 3, 4 y 5.

#### - Manuales de organización

Lasty Balseiro define a los manuales de organización como "documentos que tienen como propósito fundamental proporcionar en forma ordenada y sistemática, la información referente al di-

<sup>25</sup> Agustín Reyes Ponce. En Lasty Balseiro. op. cit. p. 96.

<sup>26</sup> Lasty Balseiro. op. cit. p. 97.

rectorio, antecedentes, legislación, atribuciones, objetivos, estructura orgánica, funciones, procedimientos, políticas y cualquier otra información que sea necesaria para el desarrollo de las actividades administrativas.<sup>27</sup>

- Funciones de los manuales

- Presentar una visión de la entidad
- Precisar las funciones de cada unidad administrativa para evitar duplicidad.
- Coadyuvar a las ejecuciones correctas de las labores encomendadas al personal (unificar criterio)
- Permitir el ahorro de tiempo y esfuerzos en la ejecución del trabajo.
- Facilitar el reclutamiento y selección de personal
- Servir de medio de indagación y orientación al personal de nuevo ingreso, facilitando su incorporación a las distintas unidades.
- Proporcionar el mejor aprovechamiento de todos los recursos.<sup>28</sup>

En la Secretaría de Salud y por ende en las unidades aplicativas de la Dirección existen un sin número de manuales que emite la Dirección de Regulación de Servicios de Salud para el funcionamiento y conocimiento de las funciones, procedimientos,

<sup>27</sup> Lasty Balseiro A. op. cit. p. 107.

<sup>28</sup> Id.

tareas y los diferentes programas que se desarrollan en las áreas de trabajo de comunidad y en los Centros de Salud propiamente dichos. Estos manuales son impresos y editados para las diferentes áreas y profesiones de la salud. En el caso de Enfermería, existen manuales técnicos-normativos de procedimientos, de organización y funciones específicas por programas y generales. Actualmente existen los siguientes:

- Manual de organización y funcionamiento del servicio de Enfermería 1982.
- Manual de aplicación de producto biológico
- Normas técnicas de atención a la salud
- Lineamientos de programas
- Manual de técnicas y procedimientos de clínica
- Manual de técnicas y procedimientos de campo
- Manuales por programas específicos
- Otros

Estos manuales existentes en la Jurisdicción y en la Dirección y sirven de fundamento y base teórica para el desarrollo de las actividades y funciones de las distintas tareas de todos los integrantes del personal de Enfermería, desde los dirigentes hasta el personal operativo. Se usan en los programas sustantivos y los programas de apoyo vigentes en el Plan Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Salud.

### 2.1.9 Organización de Enfermería en el primer nivel de Atención

La organización de Enfermería en la jurisdicción sanitaria tiene diferentes personas según las áreas de participación social para el trabajo de Enfermería en sus diferentes niveles de jerarquía. De esta manera se manejan según la clave presupuestal unos puestos y de igual forma, se manejan estos mismos puestos desde el punto de vista funcional en todas las áreas donde Enfermería participa. (Ver esquema No. 3)

#### - Puestos de Enfermería por clave presupuestal

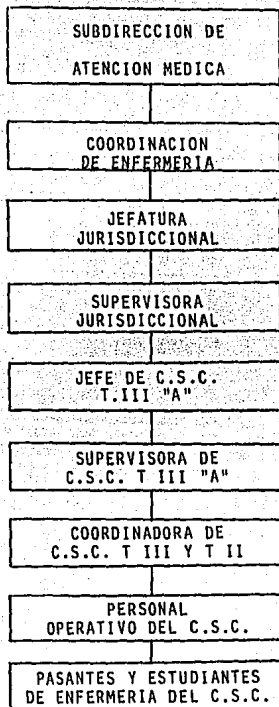
Por código funcional o clave presupuestal dentro de la Dirección se manejan los siguientes:

#### - De Base

MO2031	Enfermera jefe de Servicio
MO2032	Coordinadora de enseñanza de Enfermería
MO2034	Enfermera Especialista "A"
MO2035	Enfermera General Titulada "A"
MO2036	Auxiliar de Enfermería "A"
MO2081	Enfermera General Titulada "B"
MO2082	Auxiliar de Enfermería "B"
MO2083	Enfermera General Técnica <sup>29</sup>

<sup>29</sup>S.S.A. Compilación de la regulación laboral interna de la Secretaría de Salud. Ed. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1991. p. 4-11

ESQUEMA No. 3  
REPRESENTACION GRAFICA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA  
EN LINEA DESCENDENTE



FUENTE: Elaborado por el autor. 1993.

- De Confianza

CF41023	Jefe de Enfermeras 1er. nivel
CF41024	Jefe de Enfermeras "A"
CF41025	Jefe de Enfermeras "B"
CF41026	Jefe de Enfermeras "C"
CF41027	Jefe de Enfermeras "D"
CF41028	Jefe de Enfermeras "E"
CF41052	Subjefe de Enfermeras. <sup>30</sup>

- Puestos de Enfermería por función y operación

- Coordinadora de Enfermería del nivel central
- Supervisora de Enfermería de nivel central
- Jefes de Enfermeras de nivel jurisdiccional
- Supervisora de Enfermeras de nivel jurisdiccional
- Jefe de Enfermeras de Centro Comunitario de Salud T111-A
- Supervisora de Centro Comunitario de Salud T111-A
- Coordinadora de Enfermeras de Centro Comunitario de Salud T111 y T11
- Enfermera de línea (operativa)
- Enfermera de clínica (módulo)
- Enfermera de campo
- Enfermera de C.E.Y.E.
- Enfermera por servicios
- .Inmunizaciones

<sup>30</sup> Id.

.Curaciones e inyecciones

.Dental

.Psicología

.Psiquiatría

.Salud al escolar

- Otros factores humanos de Enfermería

Además existen otros recursos de Enfermería a nivel central y jurisdiccional que fungen como:

- Coordinadoras de programas

- Supervisoras de programas

- Funciones y actividades de Enfermería a nivel central

A continuación se presentarán las principales funciones básicas que tiene el personal de Enfermería en la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza. Estos puestos son: Coordinadora de Enfermería de nivel central, Supervisoras de Enfermería, Jefe de Enfermeras jurisdiccional, Supervisoras de Enfermeras jurisdiccional, Jefe de Enfermeras de CSC TIII "A", Supervisoras de Enfermeras de TIII "A", Coordinadora de TIII y TII y Enfermeras de Línea (Ver esquema No. 4)

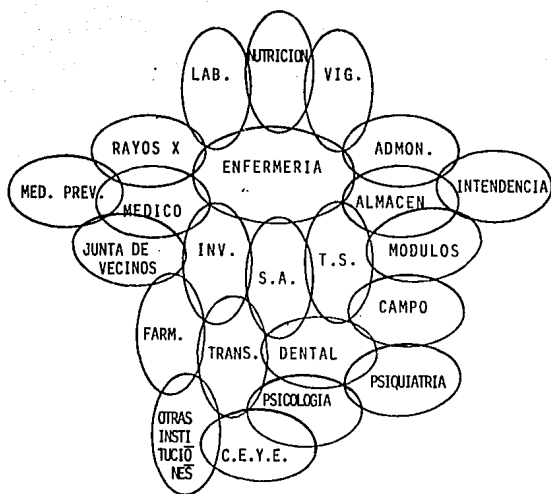
- Coordinadora de Enfermería a nivel central

- Planear, organizar y controlar los servicios de Enfermería



## ESQUEMA No. 4

## COORDINACION DE ENFERMERIA CON OTROS SERVICIOS E INSTANCIAS



FUENTE: Elaborado por el autor.

de acuerdo a los programas establecidos.

- Mantener actualizado el diagnóstico situacional de los servicios de Enfermería.
- Elaborar el programa anual de trabajo
- Elaborar el programa de introducción al puesto.
- Organizar las actividades del personal de Enfermería.
- Mantener actualizadas las plantillas del personal de Enfermería.
- Planear y ejecutar reuniones técnicas con jefes de Enfermeras jurisdiccionales.
- Adecuar y difundir normas emanadas por la S.S.A.
- Supervisar las 16 jurisdicciones
- Evaluar las actividades de Enfermería
- Asistir a eventos técnicos-científicos
- Participar en programas especiales
- Mantener y establecer información con el resto del personal institucional e interinstitucional
- Capacitar al personal de Enfermería.
- Proporcionar información cuando se le solicite.
- Control de recursos: humanos, técnicos, económicos y materiales.
- Verificar que la organización y funcionamiento de los servicios de Enfermería estén acordes a la normatividad y a las necesidades de los establecimientos de salud.
- Evaluar la productividad de Enfermería en torno a los recursos.

recursos humanos existentes, recursos materiales suministrados, recursos técnicos elaborados, adiestramientos realizados y los cursos efectuados.<sup>31</sup>

- Supervisora de Enfermería anivel Central
- Planear, organizar y controlar los servicios de Enfermería de acuerdo a los programas establecidos.
- Participar en la actualización del Dx situacional del servicio de Enfermería.
- Definir estrategias de trabajo de acuerdo a las metas y programas Institucionales.
- Mantener coordinación con dirigentes de Enfermería de las otras direcciones y con las instituciones que integran otras subdirecciones y direcciones del sector salud y las instituciones formadoras de recursos.
- Promover la capacitación y desarrollo del personal de Enfermería.
- Asistir a las comisiones oficiales que le sean asignadas.
- Dar cumplimiento a las normas establecidas en materia de utilización de campos clínicos.
- Supervisar, evaluar y proponer los cambios necesarios en los sistemas de Enfermería.
- Participar en la adquisición y distribución de equipo mate-

<sup>31</sup> S.S.A. Manual de Organización: Programa Anual de Trabajo 1993. Ed. D.G.S.S.P.D.F. México, 1993. p. 12.

rial y ropa para Enfermería.<sup>32</sup>

. Jefe de Enfermeras Jurisdiccional

- Planear, organizar, coordinar y supervisar al personal de Enfermería dependientes a la jurisdicción.
- Elaborar programas de: trabajo, supervisión e introducción al puesto.
- Coordinar acciones de Enfermería
- Realizar supervisiones al personal de Enfermería
- Difundir y verificar la aplicación de la normatividad vigente.
- Diseñar instrumentos de programas educativos para Enfermería.
- Elaborar la programación y distribución de insumos.
- Requerir, distribuir y controlar la existencia de material, equipo, instrumental, ropa y biológicos.
- Asistir a eventos técnico-científicos.
- Realizar todas las labores que le sean encomendadas.

. Supervisora de Enfermeras Jurisdiccional

Participa en las mismas funciones que la jefe de enfermeras Jurisdiccional, sólo que en proporción de un 80% dedicado a la supervisión intra y extramuros, y el 20% restante realiza actividades administrativas.

---

<sup>32</sup> ibid. p. 14.

. Jefe de Enfermeras de TIII A

- Elaborar el Dx situacional y programas anuales de Enfermería.
- Participar en el Dx de salud de la unidad
- Promover planear y desarrollar los programas de supervisión introducción al puesto, y adiestramiento en servicio al personal de Enfermería.
- Supervisar y asesorar al personal de Enfermería.
- Realizar reuniones técnicas
- Asistir a reuniones técnico-científicas
- Mantener actualizada la planilla del personal
- Participar activamente en programas de estímulos e incentivos al personal.
- Realizar cronogramas y distribución de personal
- Evaluar el servicio de Enfermería.<sup>33</sup>

. Supervisora de Enfermeras de TIII A

Participar en:

- La planeación, organización y estructura del servicio de Enfermería.
- En el desarrollo de los programas
- Activamente en el programa de incentivos
- Informar al jefe inmediato superior de sus actividades.
- Favorecer el desarrollo del personal de Enfermería.

---

<sup>33</sup> ibid. p. 16

- Asistir a reuniones técnico-científicas
- Supervisar y asesorar al personal de Enfermería en el desarrollo de sus actividades.
- Suplir a la jefe de Enfermeras durante su ausencia.
- Cumplir con comisiones encomendadas por su superior.

#### . Coordinadora de TIII y TII

Son similares a los de la jefe de TIII sólo que cuenta con menos personal y no todos los servicios.

#### . Enfermera de Línea

Es la enfermera operativa la que realiza las funciones y el desarrollo específico de los programas, y está distribuida en servicios, y en el módulo de medicina general, y cada una realiza las actividades competentes a: Módulo, C.E.Y.E., Dental, Inmunizaciones, Psiquiatría y campo.

## 2.2 ATENCION COMUNITARIA

### 2.2.1 Conceptos básicos

#### - De salud

Addy Gutiérrez menciona que la salud del individuo y del grupo está determinado por la biología humana, y el medio ambiente, los modos de vida de la comunidad y el sistema de asistencia sanitaria.<sup>34</sup> Así, la salud para cualquier ser humano de-

<sup>34</sup> Addy Gutiérrez R. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Ed. E.N.E.O. México, 1988. p. 52.

bería considerarse como algo invaluable y siempre conservarla y exponerse menos a perderla, para esto se requiere de buena alimentación, salud física, diversiones, educación, cultura, nutrición y desarrollo "In utero".

El crecimiento y desarrollo, en todas las etapas de la vida, debe estar alerta y prever los riesgos o amenazas que ponen en peligro la salud del hombre, de su familia y la de su comunidad, ya que como ser social está inmerso en un grupo de personas denominadas comunidad y a grandes escalas de sociedad.

#### - De atención primaria de la salud

Fernando Mora define a la atención primaria de salud como "la atención esencial en salud, accesible universalmente a todos los individuos y familias de la comunidad con médicos aceptables para ellos, mediante su completa participación y a un costo que la comunidad y el país puedan permitirse".<sup>35</sup> Considerando que los conceptos de atención y atención comunitaria a la salud no se pueden dividir. Se sabe que es la necesidad de brindar la acción a la población demandante, llevar los servicios de salud hasta las comunidades y los hogares. Esto se hace no solo para prevenir, restaurar, fomentar la salud, sino más bien con la plena participación consciente de la misma población y la participación de Enfermería.

### - De salud comunitaria

Para Addy Gutiérrez es la ciencia y el arte de la Enfermería en salud comunitaria que se basa en las ciencias físicas, biológicas y de la conducta.<sup>36</sup> Para Sarah Helen Archer R. y Cols. "es una disciplina o más bien una empresa multidisciplinaria en la cual los miembros del equipo necesitan aprender a hacer el mejor uso de sus propias capacidades, y el de aquellos otros que los rodean, para poder llegar a cumplir los objetivos finales de salud."<sup>37</sup> Para poder hablar de la atención de Enfermería se tiene que partir de sus conceptos y definiciones que se otorgan a dicha acción, puesto que ésta abarca todo el entorno de un individuo. Aquí se habla de una colectividad de una sociedad con sus aspectos políticos, sociales, educativos, económicos inmersos en la atención de Enfermería, con responsabilidad para proporcionar a la comunidad herramientas a través de la educación y fomento a la salud, para que ésta utilice todos los recursos con que cuenta, ya sean de la comunidad o particulares para el cumplimiento de los objetivos y mantener la salud comunitaria.

#### 2.2.2 Antecedentes históricos

##### - La enfermera sanitarista

La enfermera sanitarista se inicia en 1921, tardíamente res-

<sup>36</sup> Addy Gutiérrez R. op. cit. p. 53.

<sup>37</sup> Sarah Hellen Archer y Cols. Enfermería en Salud Comunitaria Ed. O.P.S. California, 1982. p. 5.



pecto a la hospitalaria y por su puesto al oficio de la parte ra. Por estos años por acuerdo del Departamento de Salubridad, su función era el de "visitadoras domiciliarias" en los tratamientos de oftalmías purulentas, para el control de enfermedades venéreas y vacunación contra la viruela.<sup>38</sup>

En 1929 se organiza el servicio de higiene infantil y se consideró indispensable que en él participara la Enfermera como un grupo selecto de visitadoras para movilizar comunidades con un número de poblaciones. Su misión consistía en impartir en los hogares las enseñanzas de higiene específicamente al binomio madre-hijo, y además en las unidades escolares y el ámbito familiar y social para contribuir a resolver problemas comunitarios. El trabajo en sí de salud pública inicia en los treinta, ya con una estructura orgánico funcional y dentro de instituciones oficiales y posteriormente se amplía a las ciudades y las zonas rurales.<sup>39</sup>

En la actualidad es preponderante la atención de Enfermería comunitaria o en Salud Pública o Sanitarista. En la Jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza existe uno de los centros de salud pioneros para la prestación de los servicios a la comunidad donde se encontraba integrada la enfermera para la

<sup>38</sup> Pablo Latapi y Cols. Sociología de una profesión, el caso de Enfermería. Ed. Nuevo Mar México, 1985. p. 88.

<sup>39</sup> Ibid. p. 89.

prestación de los servicios a la área de responsabilidad geográfica, realizando actividades y funciones intra y extramuros con prioridades a campo.

Anteriormente el trabajo de la sanitarista consistía en los siguientes procedimientos: visita domiciliaria, pláticas a la comunidad familiar e individual, demostraciones, entrevistas, educación para la salud, encuestas diagnósticas de salud y de censo nominal de población de responsabilidad, aplicación de productos biológicos, estudio de contactos, localización de casos, el fomento y el autocuidado de la salud.

En la actualidad este enfoque se ha perdido, puesto que poco a poco se ha disminuido el personal de Enfermería que se dedicaba a prestar atención a la comunidad familia e individuo. Esto ocurrió debido a una mala distribución de los recursos de enfermería en las unidades aplicativas, y por otra parte, a la aparición de modelos y programas verticales que operan en una fase o tiempo de algunos directivos y no a la necesidad de la población demandante.

Ahora los recursos no son suficientes para la atención preventiva y previsor, ya que la demanda curativa la rebaza, y por otra parte las múltiples indicaciones de actividades en cada uno de los programas y que éstas se dan a un mismo grupo operativo de Enfermería. Además se están perdiendo los dirigen-

tes y jefes de enfermería. Esto es reflejo de una estructura débil de la Enfermera en la Institución, para brindar una atención comunitaria oportuna y adecuada.

### 2.2.3 Principios de la atención comunitaria

Existen un sinnúmero de principios de la Atención comunitaria enmarcados todos ellos en las metas de salud para el año 2000 y que constituyen una guía normativa para todas las personas involucradas en la atención comunitaria ya sea enfermera u otros trabajadores de la salud.

#### - Metas de salud para el año 2000

Las metas de salud para el año 2000 son entre otras, las siguientes:

- Cubrir a toda la población del país
- Ser aceptable para los individuos, familias y comunidades que la reciben
- Contar con la participación plena de la colectividad, incluyendo a las personas dedicadas a la medicina tradicional.
- Ser viable con los recursos disponibles, tanto en el país como en la localidad.
- Constituir el núcleo del Sistema Nacional de Salud.
- Articularse eficazmente con los demás niveles del Sistema Nacional de Salud.
- Asegurar la continuidad y la permanencia de sus acciones.

- Formar parte del conjunto del desarrollo social y económico de la comunidad.<sup>40</sup>

- Principios básicos de atención comunitaria

Según la O.P.S. los principios básicos son:

- "Ser accesible y de respuesta a las necesidades de la comunidad
- Utilizar el máximo de sus recursos disponibles
- Contar con la participación de la comunidad
- Ser integrante del Sistema Nacional de Salud
- Realizar actividades directas e indirectas".<sup>41</sup>

Por lo que corresponde a los principios de la Atención Comunitaria de Enfermería va de la mano con la estrategia de atención primaria en áreas urbanas y semi-urbanas, rurales y otras delimitándose en la comunidad la estrategia de Atención Primaria a la Salud en los tres niveles de salud.

Se ha observado que en el costo beneficio, la Atención Comunitaria de Enfermería es más accesible tanto en los ámbitos económicos y políticos de nuestra ciudad, sin perder de vista la vital importancia de su profesionalismo tanto institucional como del personal. Esto se debe reflejar en el cambio de acti

<sup>40</sup> Guillermo Soberán y Cols. Las universidades y las metas de Salud para todos en el año 2000. Ed. UNAM: México, 1984. p. 64

<sup>41</sup> Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria a la Salud. Ed. O.P.S. México, 1978. p. 69.

tud de la población, para conservar y mejorar su salud, en su entorno y su ambiente. Aquí la enfermera cuenta con instrumentos sólidos, técnicos y científicos, para desempeñar su labor, y además originar el fomento a la salud y el autocuidado de la población de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza.

#### 2.2.4 La salud en la comunidad

##### - La comunidad

Para Addy Gutiérrez la comunidad es un grupo social determinado por límites geográficos y/o valores e intereses comunes. Sus miembros se conocen e influyen mutuamente. La comunidad funciona dentro de una determinada estructura social y presenta y crea ciertos valores, normas e instituciones sociales. El individuo pertenece a la sociedad en el sentido más amplio a través de su familia y de su comunidad.<sup>42</sup>

Por su parte, la O.P.S. menciona que una comunidad se compone de personas, que viven juntas en una u otra forma de organización y cohesión social. Sus miembros cumplen en distintos grados, características políticas, económicas, culturales y sociales, así como intereses y aspiraciones incluida la salud. Las comunidades varían mucho en cuanto a su magnitud y perfil socio-económico, y pueden habitar en caseríos aislados, aldeas

---

<sup>42</sup>Addy Gutiérrez. op. cit. p. 53.

más organizadas, en pueblos y ciudades.<sup>43</sup>

Como el concepto menciona, la Jurisdicción sanitaria Venustia no Carranza se encuentra ubicada en una área geográfica del D.F. y se considera área urbana con sus diferencias en su demografía, tipo de habitación, nivel social y cultural, ubicándose en ella de manera distribuida, zonas de recreación, el aeropuerto internacional, áreas comerciales, contando con unidades habitacionales, casas solas, vías de comunicación y con una heterogeneidad de sus habitantes.

Se cuenta además en esta Jurisdicción con unidades de salud de varias instituciones entre ellas la Secretaría de Salud y con una población de 519,628 habitantes (censo 1990), distribuida en una superficie de 34 Km<sup>2</sup>, y 8 Km<sup>2</sup> de zona federal (aeropuerto internacional y laguna Xochiaca). En esta superficie se distribuyen 70 Colonias, en las que tienen un promedio de 15,283 habitantes por Km<sup>2</sup>.

En cuanto a la morbilidad, para 1991 se encuentran en orden de importancia las enfermedades infecciosas agudas de las vías respiratorias superiores, tejidos dentarios duros, enteritis y colitis no infecciosas. En cuanto a la mortalidad, se encuentran las enfermedades del corazón y enfermedades cerebrovascu

---

<sup>43</sup> O.P.S. op. cit. p. 21.

lares, etc.

En cuanto a los recursos para la salud cuentan con 14 unidades para la prestación del primer nivel de atención, 3 C.S.C. T. III "A", 5 C.S.C. T.III, y 5 C.S.C. T.I., en los que funcionan 75 módulos de medicina general familiar, 8 consultorios, 9 servicios dentales, 3 servicios de laboratorio, 3 gabinetes de rayos "X", 9 farmacias, 9 servicios de inmunizaciones y curaciones, en los que se proporciona atención a la salud, al individuo, familia y comunidad.

La distribución de los recursos humanos se encuentra integrada por 141 elementos adscritos a las unidades, y 8 a salud escolar

En torno a los estudios básicos, el 82.26% tiene secundaria, el 9.92% tiene preparatoria, 5.7% tiene primaria y el 2.12% tiene licenciatura.

En función de los estudios de Enfermería, el 53.9% son auxiliares de enfermería, el 17.74% pasantes, el 21.30% enfermeras tituladas, y el 3.54% enfermeras con especialidad, que brindan la atención en los diferentes programas establecidos; enfermeras; enfermedades prevenibles por vacunación, detección oportuna de enfermedades y atención médica, etc.

#### - Salud comunitaria

Para Addy Gutiérrez la salud de la comunidad "es el resultado de una relación recíproca del hombre con su ambiente. Esta salud de la comunidad está determinada por la interacción del hombre con su ambiente y el impacto de los servicios de salud sobre éstos, en consecuencia, la salud de la comunidad es algo más que la suma de la salud de cada uno de sus miembros."<sup>44</sup>

Partiendo de que la salud es una relación recíproca, en la actualidad el hombre ha descuidado su persona y cada uno de sus órganos dando prioridad a otras necesidades tales como: el vestir, la diversión, la opulencia, la mala alimentación y el consumismo, etc. Además que el mismo hombre afecta más el ambiente que la flora y la fauna, queriendo gobernarla en lugar de compartirla.

Se considera que no solo es necesario contar con instituciones de salud, comerciales, gubernamentales, educativas, sino aprovechar éstas para retribuirnos salud y no enfermedad.

#### - Tipo de comunidad

Para Sarah Hellen Archer R. y Cols. menciona que existen tres tipos de comunidades:

- "Comunidades emocionales

<sup>44</sup> Addy Gutiérrez R. op. cit. p. 54.



- Por Arraigo
- Intereses compartidos
- Comunidades Estructurales
- Tiempo-espacio
- Comunidades Funcionales.<sup>45</sup>

- Participación de la comunidad

Dentro de la O.M.S. se consigna que deben adoptarse medidas para conseguir la participación libre y consciente de la comunidad, de modo que sin perjuicio de la responsabilidad general que incumbe a los gobiernos por la salud de la población los individuos, familias y comunidades asuman una mayor responsabilidad por su propia salud y bienestar, incluida la auto-asistencia. Esa participación no sólo es deseable sino que constituye una necesidad social y técnica.<sup>46</sup>

Se ha manejado mucho la atención comunitaria, la participación y la participación comunitaria para preservar, mantener y conservar la salud dentro de las instituciones de salud en los programas y sub-programas del Plan Nacional de Salud, que en la actualidad no se ha logrado el éxito en las coberturas esperadas para la salud a excepción de uno o dos programas (vacunación universal).

<sup>45</sup> Sarah Hellen Archer. op. cit. p. 22.

<sup>46</sup> O.M.S. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud en el año 2000. Ed. O.P.S. México, 1970. p. 50.

Como seres sociales no se puede hablar de la salud como un contexto particular sino más bien integrarlo a los aspectos políticos en salud, a la economía, sociedad y cultura vigente en cada uno de los individuos y comunidades que conforman la sociedad para inducir y motivar la participación comunitaria con pleno convencimiento de cada uno de sus integrantes interrelacionados de todo el sistema de nuestro país en los niveles en que el hombre se desarrolla.

#### 2.2.5 Enfermería en la atención a la comunidad

##### - Enfermería comunitaria

Según Archer R. y Cols. define a la Enfermería comunitaria como "una disciplina de aprendizaje de servicio cuyo propósito final es contribuir en lo individual y en colaboración con los demás a conseguir el nivel óptimo del cliente (NFO), mediante la enseñanza y la prestación de atención".<sup>47</sup>

Mientras para Winslow, utiliza el término de Salud Pública como la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y de promover la salud física y mental, además de la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad hacia el logro de un medio ambiente salubre; el control de las infecciones de la comunidad; la educación del individuo en principios de higiene personal; la organización de servicios

<sup>47</sup> Sarah Hellen Archer. op. cit. p. 1.

médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento de la enfermedad, el desarrollo del mecanismo social que asegure a todo individuo de la comunidad un nivel de vida adecuada para la conservación de la salud.<sup>48</sup>

Por su parte, para Banithy "la enfermería es un sub-sistema de un sistema mayor; es decir, del sistema de prestación de atención a la salud, como sub-sistema de enfermería. Así la enfermería de salud comunitaria contribuye a los propósitos finales.

La enfermería de salud comunitaria tiene las tres características principales que son comunes a todos los sistemas: 1) un objetivo final, 2) una organización, es decir, una serie de actividades u operaciones dirigidas al cumplimiento de ese fin y 3) una adaptabilidad al cumplimiento constante en una sociedad que cambia rápidamente (bevis 1973)

"La enfermera de salud comunitaria tiene que ser flexible y renovadora respecto a los estilos de vida de los usuarios. La actividad filosófica de la enfermería de salud comunitaria está centrada en su interés por la calidad de la vida. La enfermera de salud comunitaria o enfermera comunitaria se utiliza para significar el ejercicio de la enfermería en una amplia va-

---

<sup>48</sup>Sarah Hellen Archer. op. cit. p. 2.

riedad de servicios comunitarios y áreas de protección al usuario. Y en la variedad de funciones que a veces incurren en la práctica independiente.<sup>49</sup>

Como se puede ver, las definiciones en torno a Enfermería comunitaria van estrechamente ligadas con los conceptos generales de la Enfermera del área de salud pública. Esto es, que la importancia en la aplicación y operativización de los conceptos parte de un servicio enfocado a un objetivo común que es el ser humano, familia y comunidad. Así, básicamente sus acciones están encaminadas al primer nivel de atención a la salud y con la aplicación de atención primaria en los tres niveles.

Las funciones y actividades de la Enfermera en Salud Pública están encaminadas a la labor y área de habitat, y de trabajo de la propia comunidad. Esta a su vez toma partido al resto del equipo de salud y a la misma comunidad para llevar a cabo la implementación, ejecución y evaluación de los programas. También la enfermera juega varios roles, entre ellos el de: educadora, mediadora, conciliadora, etc.

- Proceso de Enfermería en la atención a la salud

Gutiérrez Raigosa menciona que "en enfermería y salud a la co

---

<sup>49</sup>Sarah Hellen Archer. op. cit. p. 9.

munidad sus servicios deben reflejar y adaptarse a las características y necesidades de la población, y llegar a ésta a través de un sistema flexible para lograr una mejoría real y eficiente de la salud de la misma".<sup>50</sup>

Dentro de la sociedad existe un número de servicios de salud y de los recursos de los mismos que son insuficientes para dar y brindar atención a nuestra población, en cuanto a los recursos de Enfermería la Secretaría de Salud no cuenta con el personal suficiente ni capacitado para proporcionar una atención comunitaria que demanda la población, debido a esto y a otros factores (estructura física, mobiliario, equipo médico, etc.) las enfermeras proporcionan una atención limitada que gira en torno a las demandas de salud y a emergencias epidemiológicas a pesar de que los principios de salud pública nos manejen la oportunidad y la prevención, o más bien, anticiparnos al problema desarrollamos los trabajos con tendencia curativa, y sólo lo uno o dos programas preventivos.

Además se observa que la problemática de salud en el D.F. es grave y que siguen aumentando las enfermedades de los países industrializados, sin que disminuya la problemática epidemiológica. Es por esto que las enfermeras observan y retoman las riendas sobre la salud comunitaria, al ser eficientes, efica-

<sup>50</sup> Addy Gutiérrez R. op. cit. p. 56.

ces, con servicio de bajo costo y así lograr la participación comunitaria del individuo, familia y comunidad.

La Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza es una de las primeras o terceras jurisdicciones creadas para brindar atención comunitaria a sus áreas de responsabilidad creciendo ésta a la par de su demografía y población y que en la actualidad esta última ha rebazado a los recursos para la salud.

Es bien sabido que la atención comunitaria de enfermería no es nada más la visita domiciliar ni la vacunación o control de la madre y el hijo. Esto es más complejo y demanda una ideal preparación de enfermería para la atención comunitaria, basada en ciencia y humanismo acordes a la actualidad.

Archer R. y Cols. como se mencionó, define a la enfermería en salud comunitaria como una disciplina de aprendizaje cuyo propósito final es contribuir en lo individual y en colaboración con los demás; a conseguir el nivel funcional óptimo del cliente, mediante la enseñanza y la prestación de atención.<sup>51</sup>

Así, desde sus inicios, la Enfermera se ha preparado con una mística de servicio para trabajar partiendo de modelos y teorías que implican al proceso científico enmarcándolo así como objetivos, tareas, actividades, funciones, condiciones, etc.,

<sup>51</sup> Sarah Ellen Archer. op. cit. p. 3.

y que se pueden enmarcar en un conjunto de procedimientos o pasos a seguir que van desde la planeación, investigación, integración, organización, evaluación y supervisión.

Un ejemplo de lo anterior son la ejecución y aplicación de las normas técnicas emanadas de los programas de salud que se reducen a técnicas como: Técnica de vacunación, técnica de visita domiciliaria, técnica de entrevista, la técnica de atención de Enfermería y la técnica de encuestar.

- Funciones de atención de Enfermería comunitaria  
 .Según la Escuela de Salud Pública

Para la Escuela de Salud Pública las funciones las divide en:

"Componentes comunitarios

- Actividades centradas en la familia y el hogar
- Actividades centradas en la comunidad como un todo
- Actividades centradas en la escuela y los grupos escolares
- Actividades centradas en los lugares de trabajo
- Actividades centradas en los grupos comunitarios

Componentes institucionales

- Colaboración en la consulta médica
- Actividades en los programas de inmunizaciones
- Continuidad de la atención al hogar
- Actividades de control y mantenimiento del centro o casa de salud.

- Registros e informes
- Actividad de enfermería de apoyo técnico-administrativo para el primer nivel de atención".<sup>52</sup>

.Según Francisco Gómez-Jara

Gómez-Jara especifica las siguientes funciones:

- "Ayuda a identificar las necesidades de salud, del individuo, familia y comunidad.
- Colabora en la interpretación de las normas de salud y avances de la ciencia médica frente a la comunidad
- Colabora en la identificación y concientización de los problemas de salud y su jerarquización
- Planifica la acción de enfermería considerándola como parte integral del plan total
- Da atención de enfermería al individuo, familia y comunidad a través de técnicas que le son propias, y de la acción educativa individual y de grupo.
- Participa con los demás miembros del equipo de la comunidad el logro de sus aspiraciones y su autosuficiencia.
- Evalúa su programa de trabajo y participa en la evaluación total con los demás miembros que constituyen el equipo."<sup>53</sup>

Las acciones de enfermería según el mismo autor, se pueden rea

<sup>52</sup> Escuela de Salud Pública de México. Formación de Recursos Humanos en Enfermería. Ed. E.S.P.M. México, 1990. p. 145.

<sup>53</sup> Francisco Gómez-Jara y Cols. Salud Comunitaria Teoría y Práctica. Ed. Nueva Sociología. México, 1981. p. 483.



lizar:

- Intramuros extramuros
- En todos los niveles
- Con la participación del equipo de salud y grupos comunitarios.
- Encaminados a la atención de la salud, familia y comunidad
- Identificando con ello sus problemas y necesidades.
- Tomando en cuenta su estructura social, económica y cultural (Ver anexo No. 7 de Tácticas y Estrategias de la atención comunitaria).
- Planeando, ejecutando y evaluando conjuntamente las acciones. Así como también en aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación y organización de la comunidad.<sup>54</sup>

De todas las funciones que se enlistan anteriormente, las enfermeras de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza juegan y realizan todas estas funciones dividiéndolas en los niveles jerárquicos existentes, sin olvidar que aún a pesar de ser dirigente, no se debe olvidar el papel aplicativo que tiene con el resto del grupo multidisciplinario y con la comunidad. La atención va desde una simple atención de dialogo hasta la búsqueda de una solución al problema de salud de la co-

---

<sup>54</sup> Id.

munidad, familia e individuo. Además las perspectivas que tiene enfermería no es sólo en el campo ocupacional, sino también en el campo de la investigación y enseñanza en todos los ámbitos y programas emanados por la D.G.S.S.P.D.F.

-- Organización de la práctica de Enfermería en la comunidad

Addy Gutiérrez asevera "a la enfermera comunitaria le incumbe la identificación de las necesidades de salud comunitaria, y la tarea de conseguir la participación de ésta, en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la comunidad. También vigila la salud de la comunidad como un todo, sirve a la comunidad por medio de actividades que conducen a la utilización de los recursos individuales y colectivos existentes y potenciales para la solución de los problemas prioritarios de salud, y del ambiente comunes a individuos, grupos o conjunto que influyen en el nivel de salud de la comunidad.<sup>55</sup>

Joane Hall define "la enfermera puede atender a una comunidad desde tres puntos de vista:

- a) El mantenimiento del ambiente físico y social
- b) La obtención de ayuda y apoyo en épocas difíciles
- c) El reforzamiento de los individuos para alcanzar un senti-

---

<sup>55</sup>Addy Gutiérrez R. op. cit. p. 10.

do de valor personal y social".<sup>56</sup>

Las actividades se concentran en la atención preventiva, e incluye el fomento y la conservación de la salud, administración de inmunizaciones, búsqueda de casos de enfermedades prevalentes y evitables, y educación para la salud con el fin de mejorar el saneamiento y lograr un ambiente saludable. Se supone que la enfermera de salud pública actúa en defensa de la salud de la comunidad, señalando los aspectos no beneficiosos y los ambientes insalubres, contribuyendo al desarrollo de recursos cuando no existen o son insuficientes, y prestando apoyo a la educación sanitaria popular.<sup>57</sup>

El papel que juega el personal de enfermería dentro de una comunidad es preponderante, ya que incide o sugiere a la toma de decisión en los aspectos de la salud de la misma.

Un hecho importante en las Enfermeras es que deben adaptarse y ajustarse a las necesidades de la comunidad en la que laboran, ya que sus necesidades de salud difieren de una y otra, y las condiciones ambientales también son importantes, puesto que no es lo mismo trabajar con personas que cuentan con recursos de salud, con servicios públicos y vías de transporte que cuando no se tienen.

<sup>56</sup> Joane E. Hall y Cols. Enfermería en Salud Comunitaria. Ed. O.P.S. Washington, 1990. p. 117.

<sup>57</sup> O.P.S. Antología de experiencias en servicio y docencia en Enfermería en América Latina. Ed. O.P.S. México, 1980. p. 25.

En este caso de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza es necesario especificar que su tipo de población y por el área geográfica ésta sí cuenta con todo lo anterior, y su preparación y manejo de la población es específico para tal, siendo así que es una comunidad urbana con sus características de población altamente demográfica.

También cuenta la Jurisdicción con zonas que tienen todos los recursos públicos para la salud, mínimamente necesarios y que existe una identificación con las instituciones de salud. Dentro de las zonas de trabajo, a la Enfermera se le identifica como un recurso de salud que proporciona bienestar relacionado con otras instituciones como la S.E.P., el deporte, la prevención de adicciones, ADETAR, etc.

También la Enfermera es capaz de fomentar la salud formando grupos, adiestrándolos, orientándolos y participando como integrantes de su comunidad, aunque de unos 6 años a la fecha sólo se perciban programas de vacunación, apoyo al escolar y el de materno-infantil.

Aquí se puede retomar que la organización que debe tener una estructura debe de estar bien consolidada y conocida por el personal sin dar origen a muchas tareas o acciones que limiten o bloqueen el desarrollo profesional del recurso de Enfermería.

- Proceso de evaluación de Enfermería en salud

Evaluación según Jonnes Leany:

"La reevaluación o valuación debe proseguirse durante cada fase del proceso de enfermería. Si se hace de una manera continua y efectiva, habrá más probabilidades de lograr las metas o el éxito del proyecto. La presencia de nueva información, cambios o falta de progreso exige que se re-examinen los objetivos y métodos y puede requerir nuevos enfoques.

La evaluación puede enfocarse hacia los servicios de salud prestados, la calidad de los cuidados, los procesos seguidos, las vías utilizadas, la satisfacción y los resultados obtenidos."<sup>58</sup>

La S.S.A. utiliza parámetros de evaluación que son los que a continuación se mencionan:

**RENDIMIENTO** Expresión numérica del número de veces que puede proporcionarse un servicio en un tiempo determinado.  $R = \frac{\text{Volumen de actividades}}{\text{Volumen de recursos básicos}}$ <sup>59</sup>

**DURACION** Es la expresión del tiempo necesario para otorgar un servicio.

<sup>58</sup> Jonnes Leany C. Enfermería para la Salud de la Comunidad. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1990. 153, 136. p.p.

<sup>59</sup> Secretaría de Salud. Parámetros de evaluación. Manual de Organización de la D.G.S.S.P.D.F. Ed. D.G.S.S.P.D.F., D.G.R.S.S. México, 1992.

- D = Unidad de recurso básico  
Rendimiento
- COBERTURA Es la expresión numérica porcentual de la población que será objeto de las acciones  
Cob =  $\frac{\text{Universo de trabajo}}{\text{Universo total}}$
- CONCENTRACION Es la expresión numérica de las veces que se repite un servicio, sobre un mismo sujeto, para alcanzar el resultado deseado.  
Con =  $\frac{\text{Volumen de Actividades}}{\text{Universo de Trabajo}}$
- META Es la expresión cuantitativa de un objeto y presenta el volumen de actividades a otorgar a la población, en un tiempo determinado.<sup>60</sup>
- UNIVERSO DE TRABAJO Es la expresión numérica de los sujetos o sustantivos que serán objeto de las acciones de un determinado programa y sub-programa, y se calcula en función de los recursos.  
U.T. =  $\frac{\text{Volumen de Actividades}}{\text{Concentración}}$
- VOLUMEN DE Es el número de actividades que se programa rea

<sup>60</sup> ibid. p. 92.

ACTIVIDADES lizar con el volumen de recursos básicos disponible.

V.A. = Volumen de Recursos Bás. X Volumen

VOLUMEN DE Se distinguen dos grupos de recursos básicos:

RECURSO

- Disponible: es el asignado a la unidad para el desarrollo de actividades durante un año según programas y sub-programas.

- Solicitado: es el que para el desarrollo de sus actividades durante un año, la unidad solicita se adicione, según programa y sub-programa.

LOGRO

Es la expresión numérica entre lo programado y lo realizado de una actividad o fenómeno.

Logro =  $\frac{\text{Realizado}}{\text{Meta}}$  = % <sup>61</sup>

Como se menciona con anterioridad, todo lo que involucra el primer nivel de atención a la salud y la comunidad evalúa sus recursos humanos, financieros y materiales y la productividad que de estos se tenga con los parámetros anteriores. La utilización y aplicación de los términos, eficacia, eficiencia y efectividad, las tasas epidemiológicas, indicadores como espe

<sup>61</sup> Id.

ranza de vida y nivel de vida y por otro lado, los avances educativos y adiestramiento que reciben los recursos para la salud y la misma comunidad son importantes indicadores para obtener los resultados de la aplicación de sus programas y subprogramas vigentes dentro de cualquier institución.

En términos generales, para proporcionar y brindar una atención comunitaria de enfermería siempre se habla de una colectividad o un grupo. Los recursos que se necesitan para proporcionarla dependerán de los individuos afectados, de la complejidad del problema evidente, de quien deberá realizar la función, si es enfocada a un caso agudo o crónico, además requiere de una rehabilitación o búsqueda de otro probable compromiso en la salud.

Como se conoce, la enfermera no es un ente aislado, trabaja en equipo con un conjunto multidisciplinario de salud, o de otras instancias. Además de que la atención que se proporciona deberá ser acorde al nivel de salud que solicite, y a la especialidad que se pudiera generar.



### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 HIPOTESIS

##### 3.1.1 General

$H_1$ : Existe influencia entre la organización y atención comunitaria de Enfermería a la población demandante de la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza en México, D.F.

##### 3.1.2 De trabajo

$H_2$ : A mayor organización mejor atención comunitaria de Enfermería a la población demandante de la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza en México, D.F.

##### 3.1.3 Nula

$H_0$ : No existe relación entre la organización y la atención comunitaria de Enfermería a la población demandante de la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza en México, D.F.

#### 3.2 VARIABLES E INDICADORES

##### 3.2.1 Independiente: ORGANIZACION DE ENFERMERIA

- Elaboración de planes
- Conocimiento de funciones
- Elaboración de programas de trabajo
- Elaboración de programas de supervisión
- Descripción de puestos
- Número y distribución de personal de Enfermería

- Coordinación intersectorial
- Identificación epidemiológica de casos
- Seguimiento de casos
- Desarrollo de programas establecidos
- Cumplimiento de funciones y actividades
- Sistema de información básica de actividades
- Cobertura alcanzada de los programas
- Cumplimiento de objetivos
- Programación de metas

### 3.2.2 Variable dependiente: ATENCION.COMUNITARIA DE ENFERMERIA

- Atención de Enfermería
- Atención materno infantil
- Atención en planificación familiar
- Vigilancia epidemiológica
- Detección de enfermedades
- Vacunación
- Educación para la salud
- Participación comunitaria
- Programa de enfermedades respiratorias
- Programa de S.I.D.A.
- Programa de enfermedades de transmisión sexual
- Saneamiento básico
- Disponibilidad y suministro de medicamentos
- Atención domiciliaria

- Orientación nutricional
- Programa de enseñanza e investigación

### 3.2.3 Definiciones operacionales

#### ORGANIZACION

Parte de su derivado "Organismo" que es una entidad con sus partes integradas de tal manera que su relación con una y otra está gobernada por su relación con el todo.

Por otro lado, la organización la conocemos como el proceso sistematizado que tiene una organización para desarrollar actividades y funciones con un objeto común, de manera ordenada y tomando en consideración las relaciones humanas para lograr una satisfacción personal, a través de la eficacia, eficiencia óptima de acuerdo a los planes, programas de la misma organización cumpliendo con oportunidad uno o varios objetivos.

En Enfermería, la organización es un pilar en el desarrollo de sus funciones tomándolo como parte del proceso administrativo; como el arte de organizar recursos humanos, materiales, financieros, técnicos, etc., para satisfacer las necesidades de la estructura en la institución, personal y población que solicite el servicio.

Esto mismo hace que la organización aplicada adecuadamente da como resultado el éxito o fracaso ya que dependerá de la formalidad de los elementos, los propósitos y del tipo de socie-

dad a la que se aplique.

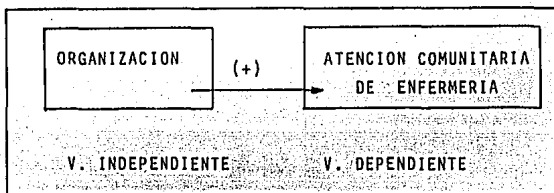
Así la organización puede representarse en forma estructurada (organigrama) o funcional y ésta se encuentra apoyada o limitada por el núcleo en donde se encuentra, institución, comunidad familia o individuo.

#### ATENCIÓN COMUNITARIA DE ENFERMERIA

La atención comunitaria de Enfermería propiamente dicha se utiliza en el sistema de salud en el primer nivel de atención y es dirigido a la comunidad con un enfoque del 100% a la salud pública, donde se da el primer contacto entre el individuo y el organismo de salud donde se identifican a través de un diagnóstico de salud y situacional de las necesidades básicas del individuo familia y comunidad.

Así mismo, identificando la multicausalidad y los factores predisponentes o desencadenantes de riesgos a la salud; la atención comunitaria de Enfermería presta un servicio con responsabilidad y la mística de cuidado hacia el binomio madre e hijo, pre-escolar, adolescente y adulto y en la tercera edad. Para realizar estas acciones, la enfermera ejecuta los programas establecidos de salud donde ella aplica sus conocimientos motivaciones y acciones en la preservación, prevención, curación, rehabilitación y sobre todo, el fomento a la salud, el autocuidado del individuo y la protección al medio ambiente.

### 3.2.4 Modelo de relación causal de las variables



## 3.3 EL TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

### 3.3.1 Tipo

El tipo de investigación se considera: Diagnóstica, observacional, transversal y prospectiva.

Es diagnóstica porque nos presentará un panorama situacional del área de Enfermería relacionada a la organización y atención a la salud que brinda.

Es observacional porque cuando se aplique el cuestionario se tomará en cuenta la actividad, disposición y la organización que tenga la enfermera.

Es transversal porque se realizará en un tiempo determinado, octubre, noviembre y diciembre de 1993.

Es prospectiva porque se pretende proponer una serie de acciones encaminadas a favorecer la atención comunitaria de Enfermería.

### 3.3.2 El diseño

El diseño de investigación se realizó atendiendo los siguientes aspectos:

- Buscar consultoría con la C. maestra Carmen L. Balseiro Almarino para guiar la investigación.
- Realizar una serie de ejercicios vivenciales que se presentan para realizar la investigación e identificación del problema de investigación.
- Elaborar un diseño para su autorización en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- Buscar el marco teórico en relación a las variables.
- Identificar la metodología con variables, hipótesis e indicadores.
- Identificar el universo, población y muestra.
- Elaborar los cuestionarios a partir de cada una de las variables y aplicarla a la muestra seleccionada.
- Tabular datos y elaborar cuadros y gráficas.
- Realizar el análisis e interpretación de los datos.
- Elaborar las conclusiones y recomendaciones.
- Elaborar el glosario de términos y referencias bibliográficas.

### 3.4 LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZADAS

#### 3.4.1 Fichas de trabajo

Este valioso instrumento de trabajo permitió ordenar y clasificar el material recopilado en función de los indicadores que se pretenden estudiar, de la elaboración de fichas y de la paráfrasis que se hagan, depende mucho el marco teórico y de la investigación, como la ficha bibliográfica sólo contiene los datos que identifican la fuente de información, se hace necesario recurrir a fichas de trabajo en las que se pueda además escribir una síntesis del contenido de la obra o del artículo.

#### 3.4.2 Observación

El empleo de esta técnica exige evitar el subjetivismo, los prejuicios, la deformación y la emotividad.

La observación hace referencia a la percepción visual directa o indirecta, y se empleó para captar datos útiles para el problema de estudio.

#### 3.4.3 La entrevista

Esta es otra de las técnicas más usadas en la investigación del campo.

#### 3.4.4 Cuestionario

Este es otro valioso instrumento que reúne los datos esenciales de las entrevistas realizadas.

#### 4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA

##### 4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

El universo lo constituye todo el personal de Enfermería de base adscrito en la jurisdicción sanitaria con un total de 149 personas, entre las que encontramos a las dirigentes y personal de línea con niveles académicos diferentes, tales como: Lic. en Enfermería, enfermeras generales, especialistas, técnicas y auxiliares, y que representan el 100% del universo.

La población, son exclusivamente el personal profesional de Enfermería adscrito a la jurisdicción sanitaria que son 65, entre las que están Lic. especialistas, enfermeras generales que representan el 43% del total del universo.

La muestra descansa en el principio de que las partes representan el todo, y por lo tanto conservan las características que definen la población y el universo.

La muestra se obtiene al calcular:

$$n = \frac{n^o}{1 + \frac{n^o}{N}}$$

$$1 + \frac{n^o}{N}$$

n = tamaño de la muestra

n<sup>o</sup> = tamaño de la población

N = tamaño del universo

Con el despeje resulta.



$$n = \frac{65}{1.43} = \frac{65}{1.43} = 45 \text{ Enfermeras}$$

A pesar de que la muestra resulta 45 personas es de interés del investigador el hecho de tomar a las 65 profesionales de Enfermería a fin de que la muestra sea el 100% de la población.

#### 4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS

Aquí se presentarán los cuadros y gráficas que resulten de la aplicación de los cuestionarios.

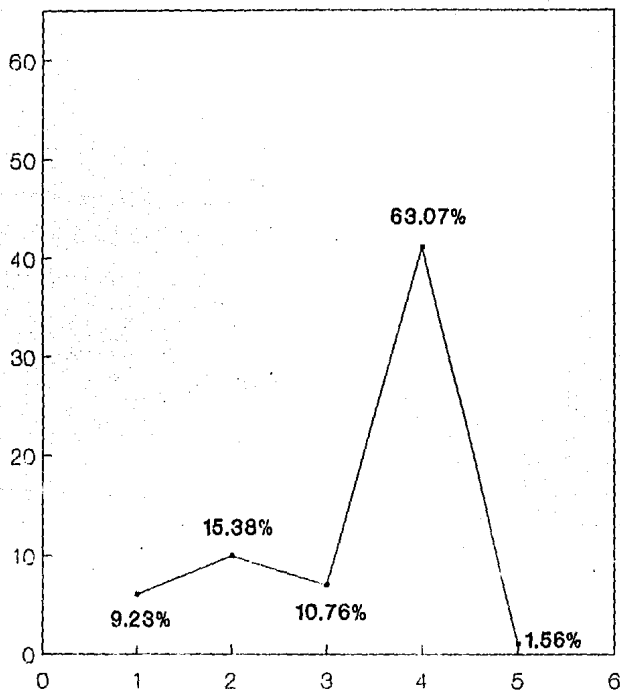
CUADRO No. 1  
 EDAD DE LOS ENTREVISTADOS  
 1994

OPCIONES	F	%
1. De 15 a 20 años	6	9.23
2. De 21 a 25 años	10	15.38
3. De 26 a 30 años	7	10.76
4. Más de 31 años	41	63.07
5. Sin respuesta	1	1.56
TOTALES	65	100%

FUENTE: Cuestionarios aplicados los días 28, 29 y 30 de Marzo de la investigación La Organización de Enfermería y la Atención Comunitaria en la Población Demandante del Primer Nivel de Atención en la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza en la Cd. de México, D.F.

GRAFICA No. 1  
EDAD DE LOS ENTREVISTADOS  
1994

FC



OBSERVACIONES: El 63% tiene más de 31 años y el 9% es menor de 20 años.

→ Series 1

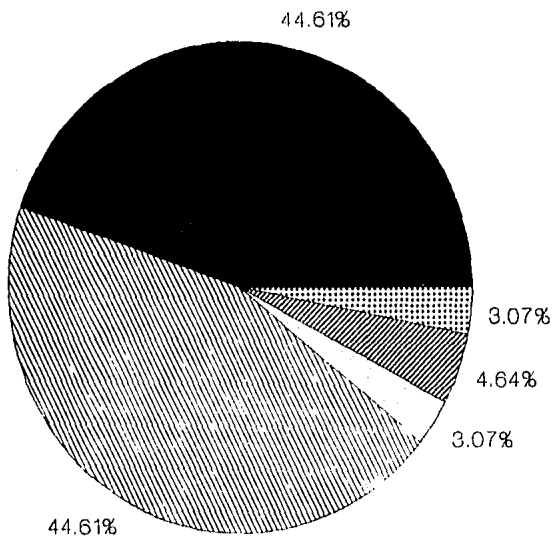
FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 2  
ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS  
1994

OPCIONES	F	%
1. Soltera	29	44.61
2. Casada	29	44.61
3. Divorciada	2	3.07
4. Unión libre	3	4.64
5. Sin respuesta	2	3.07
TOTALES	65	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 2**  
**ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS**  
**1994**



**OBSERVACIONES:** El 44.61% son solteras y otro 44.61% son casadas y el 3.07% corresponde a las divorciadas.

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

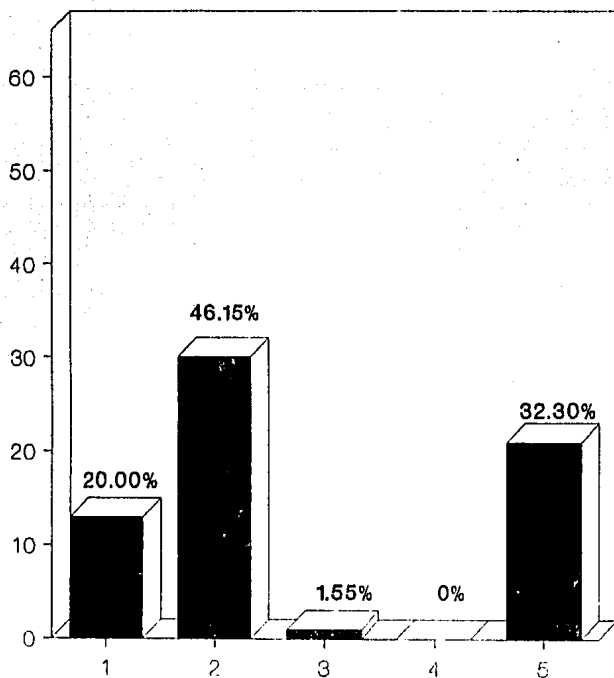
CUADRO No. 3  
PROMEDIO DE HIJOS DE LOS ENTREVISTADOS  
1994

OPCIONES	F	%
1. 1 Hijo	13	20.00
2. De 2 a 4 hijos	30	46.15
3. De 4 a 6 hijos	1	1.55
4. Más de 6 hijos	0	0
5. Sin respuesta	21	32.30
TOTALES	65	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 3**  
**PROMEDIO DE HIJOS DE LOS ENTREVISTADOS**  
**1984**

FC



■ Series 1

**OBSERVACIONES:** El 46.15% corresponde al promedio de 2 a 4 hijos y el 1% para los de 4 a 6 hijos de los entrevistados.

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 4

## GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA

1994

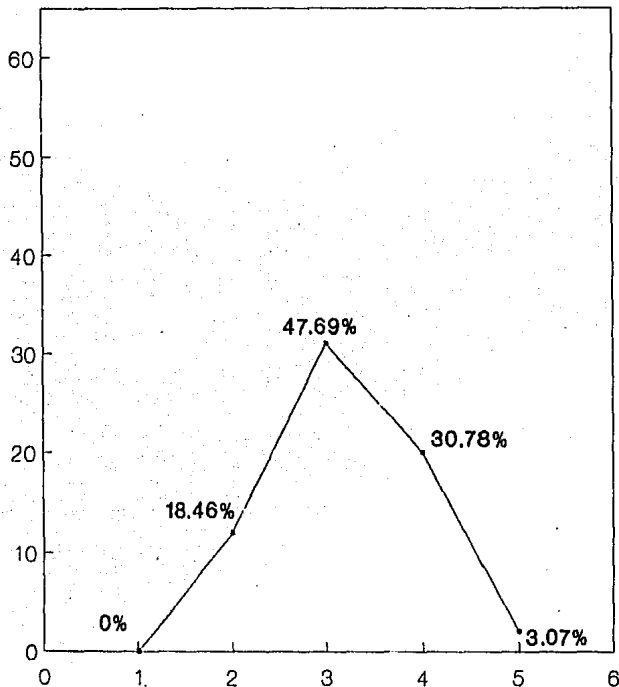
OPCIONES	F	%
1. Licenciado en Enfermería	0	0
2. Enfermera Especialista	12	18.46
3. Enfermera General	31	47.69
4. Auxiliar de Enfermería	20	30.78
5. Sin respuesta	2	3.07
TOTALES	65	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



GRAFICA No. 4  
GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA  
1984

FC



OBSERVACIONES: El 47.69% del personal de Enfermería cuenta con la carrera básica y el 18.46% con curso de especialidad o postécnico.

—●— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 5

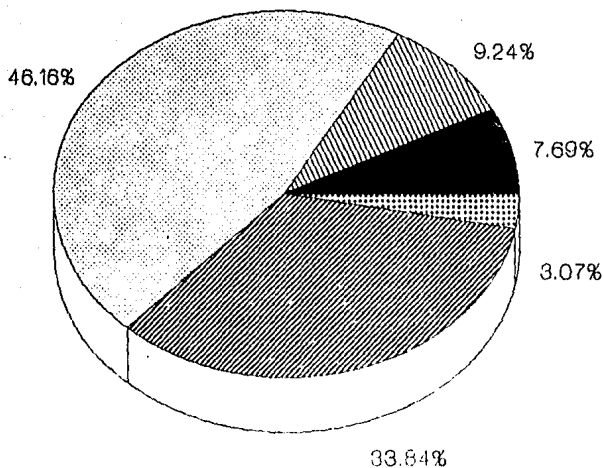
## FUNCION JERARQUICA EN LA JURISDICCION SANITARIA

1994

OPCIONES	F	%
1. Jefe de Enfermeras	5	7.69
2. Supervisora de Enfermeria	6	9.24
3. Enfermera General	30	46.16
4. Auxiliar de Enfermeria	22	33.84
5. Sin respuesta	2	3.07
TOTALES	65	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 6**  
**FUNCION JERARQUICA EN LA**  
**JURISDICCION SANITARIA**  
**1994**



**OBSERVACIONES:** El 46.16% tiene como función la de Enfermera General y el 7.69% solo el de Jefe de Enfermeras.

**FUENTE:** Mlema del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 6

## ELABORACION DE PLAN DE TRABAJO ANUAL

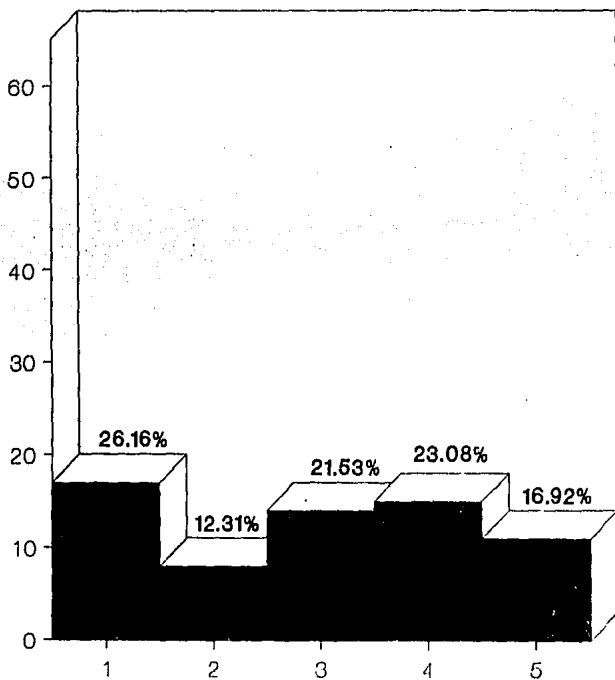
1994

OPCIONES	F	%
1. Si elaboro plan de trabajo anual, ya que me permite realizar y programar mis funciones y atenciones con calidad en los programas que participo.	17	26.16
2. Si elaboro el plan de trabajo, aunque no siempre lo cumpla.	8	12.31
3. Sólo lo elaboran los dirigentes.	14	21.53
4. No, porque las funciones que desempeño no lo ameritan.	15	23.08
5. Sin respuesta	11	16.92
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 6  
ELABORACION DE PLAN DE TRABAJO ANUAL  
1984

FC



OBSERVACIONES: El 26.16% elaboran plan de trabajo anual en tanto que el 12.31% lo elaboran, pero no lo cumplen.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 7

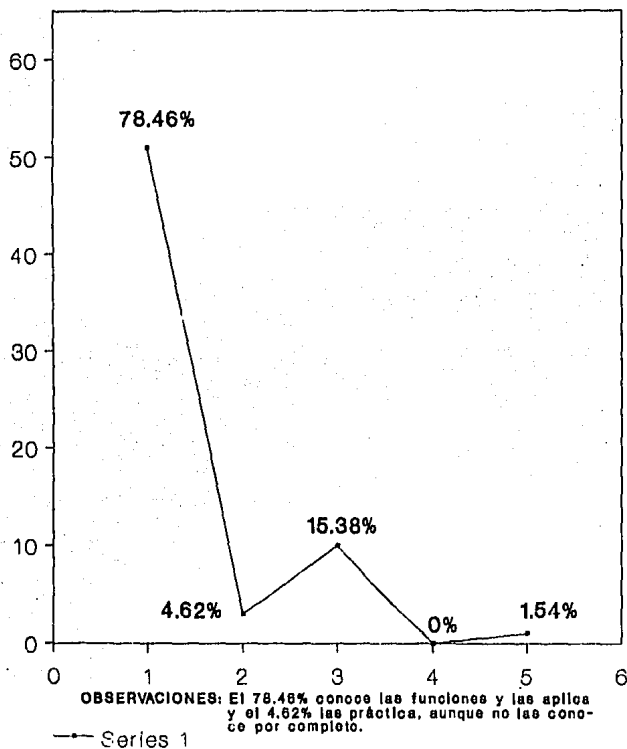
CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES DESEMPEÑADAS EN EL TRABAJO  
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí las conozco y ello me permite facilitar mis labores administrativas y brindar una atención de Enfermería oportuna y profesional.	51	78.46
2. A veces las pongo en práctica, aunque no las conozco por completo.	3	4.62
3. No siempre las realizo, ya que a menudo se presentan funciones imprevistas.	10	15.38
4. No me interesan, ya que trabajo con ellas o sin ellas.	0	0
5. Sin respuesta	1	1.54
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 7**  
**CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES**  
**DESEMPERADAS EN EL TRABAJO**  
**1994**

FC



**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 8

## ELABORACION DE PROGRAMA DE TRABAJO

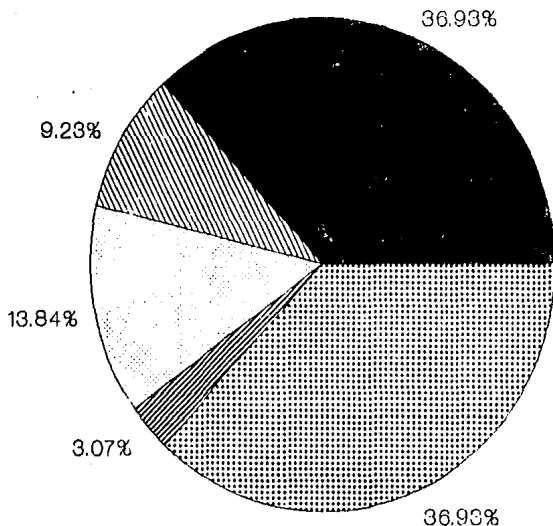
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí elaboro programas, ya que sirven como ejes a lo largo de un periodo determinado.	24	36.92
2. A veces se elaboran los programas.	6	9.23
3. No siempre se elaboran, sólo para los programas prioritarios.	9	13.84
4. No es importante su elaboración.	2	3.07
5. Sin respuesta.	24	36.92
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



GRAFICA No. 8  
ELABORACION DE PROGRAMA DE TRABAJO  
1994



**OBSERVACIONES:** El 36.93% elaboran programa de trabajo, mientras el 3.07% no creen importante hacerlo.

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 9

## ELABORACION DE PROGRAMAS DE SUPERVISION

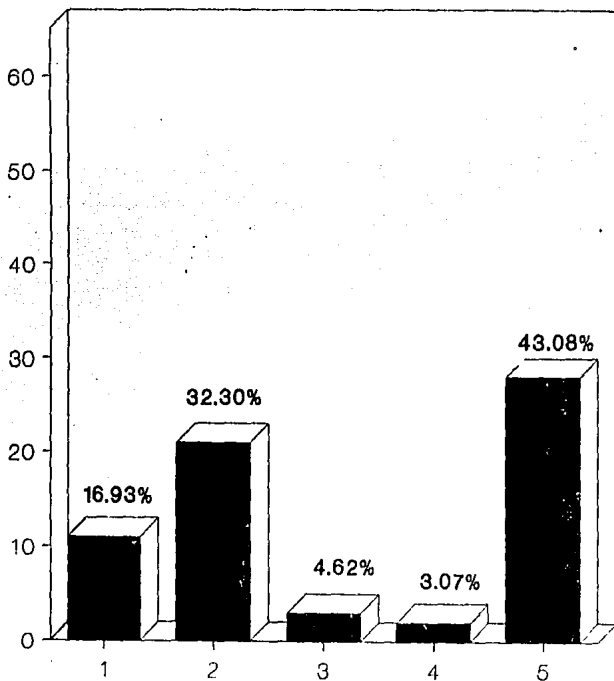
1994

OPCIONES	F	%
1. Si, siempre se elaboran los programas puesto que son instrumento para la supervisión al personal operativo.	11	16.93
2. Sólo lo elaboran los recursos con funciones de supervisión y para algunos programas.	21	32.30
3. A veces se elaboran los programas de supervisión, por ejemplo, en los días nacionales de vacunación y fases intensivas.	3	4.62
4. No es necesario elaborar programas de supervisión.	2	3.07
5. Sin respuesta	28	43.08
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 9  
ELABORACION DE PROGRAMAS DE SUPERVISION  
1994

FC



Series 1

OBSERVACIONES: El 32.30% elaboran el programa de supervisión y el 3.07% informan que no es necesario su elaboración.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 10

## CONOCIMIENTO DE LA DESCRIPCIÓN DE PUESTOS

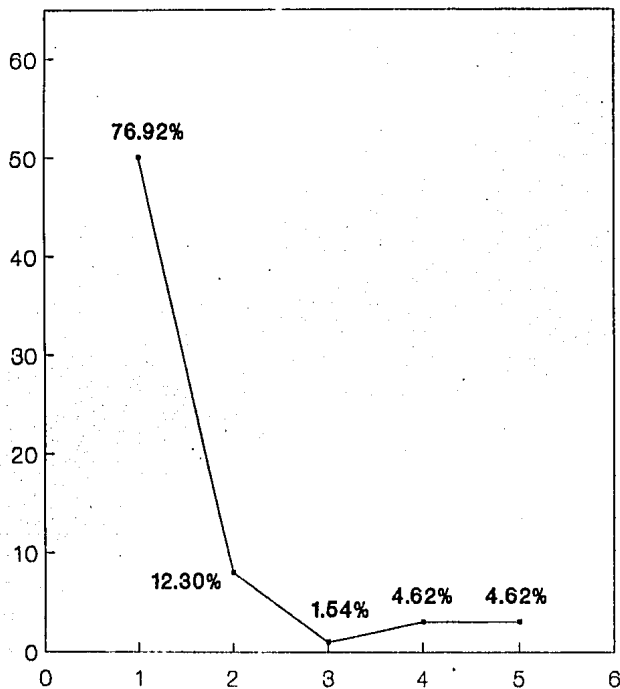
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, la descripción se encuentra en el manual de organización, ya que son importantes para desarrollar nuestras funciones.	50	76.92
2. Sólo de algunos puestos de Enfermería, no de todos.	8	12.30
3. A veces se plasman en los programas de trabajo o en los de funciones sustantivas.	1	1.54
4. La descripción actual no cumple con las necesidades de la institución y del personal de Enfermería.	3	4.62
5. Sin respuesta.	3	4.62
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 10  
 CONOCIMIENTO DE LA  
 DESCRIPCION DE PUESTOS  
 1994

FC



—●— Series 1  
 OBSERVACIONES: El 76.92% al conoce la descripción de puestos y dice que se encuentran en los manuales mientras que para el 1.54% menciona que solo a veces se mencionan en los programas.

FUENTE: Muestra del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 11

PERCEPCION EN TORNO AL NUMERO Y DISTRIBUCION DEL PERSONAL  
DE ENFERMERIA

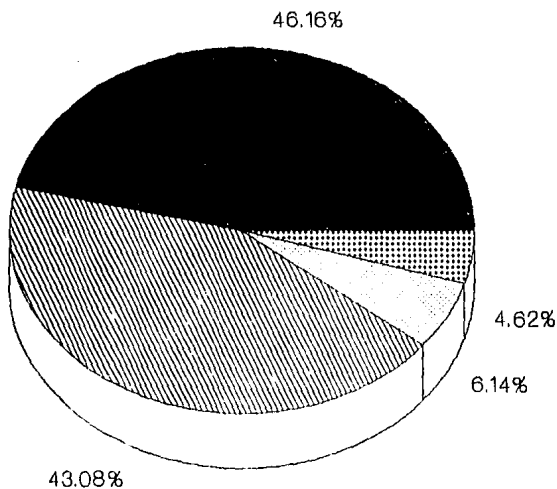
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, el número y la distribución del personal de Enfermería es el adecuado.	30	46.16
2. A veces sólo existe el personal necesario.	28	43.08
3. No se cumple el indicador del número ni la distribución de servicios a la población demandante.	4	6.14
4. No existe ni siquiera el personal mínimo necesario.	0	0
5. Sin respuesta	3	4.62
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 11  
PERCEPCION EN TORNO AL NUMERO Y  
DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

1994



**OBSERVACIONES:** El 46.16% de los entrevistados informan que existe el personal necesario en tanto que el 6.14% dicen lo contrario que no se cuenta ni con el mínimo necesario.

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 12

## COORDINACION INTERSECTORIAL LLEVADA A CABO EN EL TRABAJO

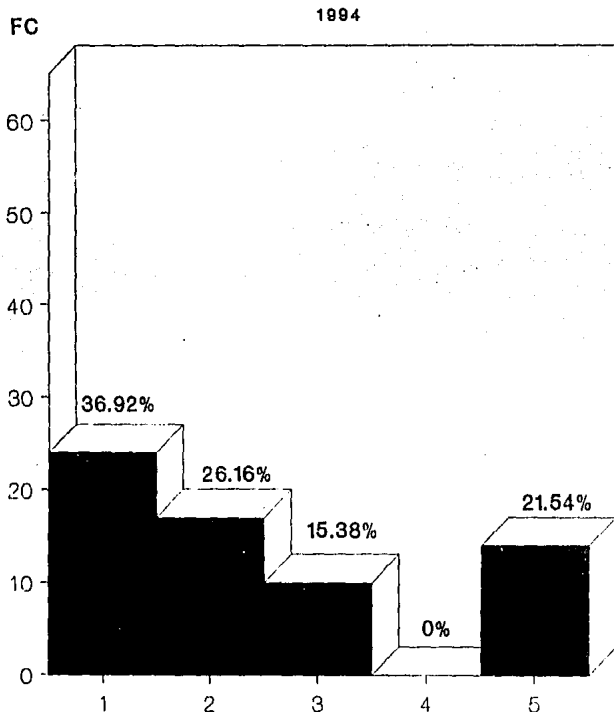
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, siempre se realiza con el Sector Salud y el comité delegacional de salud, para dar cumplimiento a los objetivos y líneas en torno a la implementación, desarrollo y ejecución de los programas.	24	36.42
2. A veces se realiza la coordinación o cuando la indicación lo amerita.	17	26.16
3. De nada sirve la coordinación, puesto que al ejecutar los programas cada quien sigue sus líneas olvidando la coordinación.	10	15.38
4. No es necesaria la coordinación intersectorial.	0	0
5. Sin respuesta.	14	21.54
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



GRAFICA No. 12  
COORDINACION INTERSECTORIAL LLEVADA  
A CABO EN EL AREA DE TRABAJO



Series 1

OBSERVACIONES: El 36.92% piensa que sí existe Coordinación y el 15.38% monclona que sí se da la Coordinación pero que de nada sirve porque no se lleva a cabo en la operación.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 13

## REALIZACION DE CASOS EPIDEMIOLOGICOS

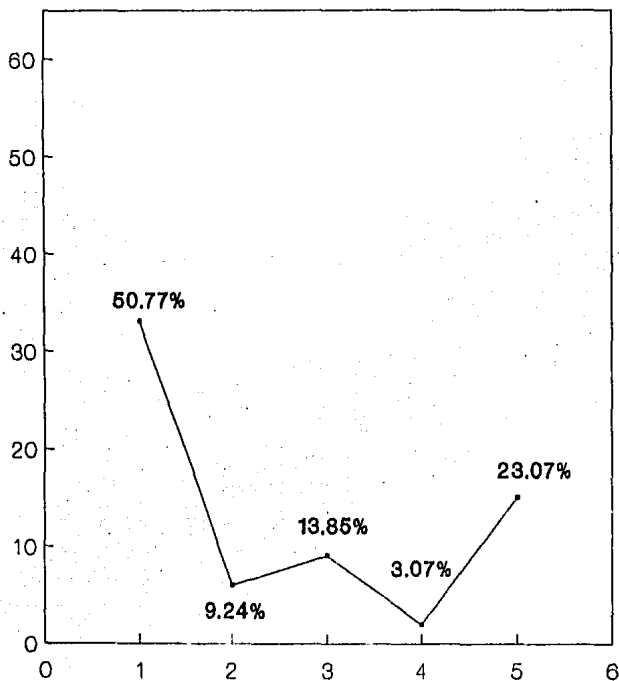
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, porque forman parte de mi programación y planeación de mis actividades, durante las 42 semanas epidemiológicas.	33	50.77
2. Sólo la de las enfermedades prevenibles por vacunación.	6	9.24
3. A veces conozco las no transmisibles y transmisibles en general.	9	13.85
4. No me sirven para planear ni para realizar mis actividades.	2	3.07
5. Sin respuesta.	15	23.07
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 13  
REALIZACION DE CASOS EPIDEMIOLOGICOS  
1984

FC



OBSERVACIONES: Para el 50.77% se realizan los seguimientos como parte de sus actividades, en tanto que el 3.07% piensa que no sirven para nada estas actividades.

—●— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 14.

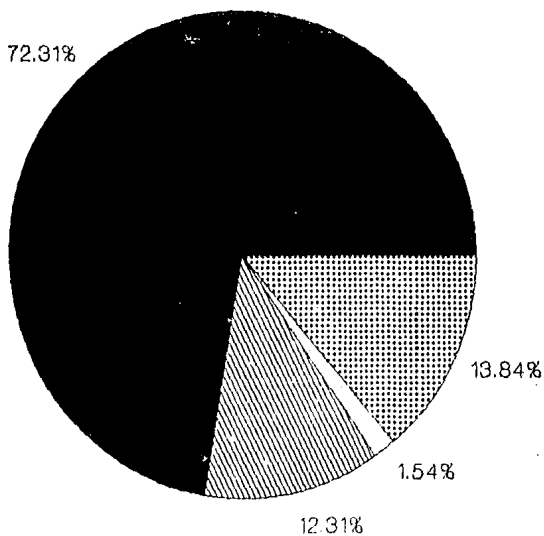
## REALIZACION E IDENTIFICACION DE CASOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Siempre se realiza el seguimiento de los casos detectados para prevenir complicaciones o resultados indeseados que involucren a más población.	47	72.31
2. Sólo cuando se lleva a cabo el estudio de contactos para administrar tratamientos.	8	12.31
3. A veces cuando es necesario encontrar la fuente primaria de la infección.	1	1.54
4. No se hace seguimiento ya que sólo se brinda la atención al demandante.	0	0
5. Sin respuesta.	9	13.84
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 14  
REALIZACION E IDENTIFICACION DE CASOS  
1994



OBSERVACIONES: El 72.31% si realiza identificación de los casos y el 1.54% solo en caso necesario.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 15

## DESARROLLO DE PROGRAMAS ESTABLECIDOS

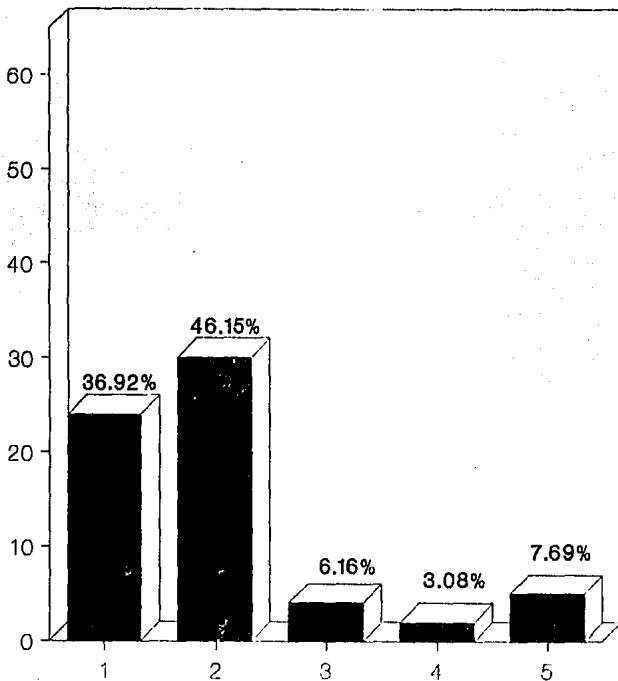
1994

OPCIONES	F	%
1. Siempre se desarrollan todos los programas en el tiempo y espacio planeado en la jurisdicción.	24	36.92
2. No siempre, ya que cuando no se termina de desarrollar uno anterior, se inicia otro, perdiendo importancia éste.	30	46.15
3. A veces se implementan y desarrollan, pero no se realiza su seguimiento y evaluación.	4	6.16
4. No se le da la importancia a cada programa en su desarrollo.	2	3.08
5. Sin respuesta	5	7.69
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 16  
DESARROLLO DE PROGRAMAS ESTABLECIDOS  
1994

FC



Series 1

OBSERVACIONES: El 46.15% informa que no se desarrollan por completo y el 3.08% que no se le da la importancia a los programas.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 16

## CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES Y ACTIVIDADES

1994

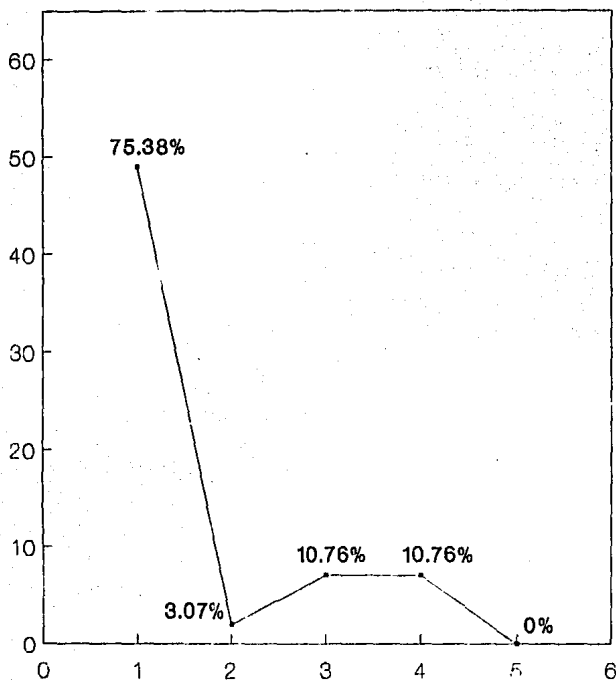
OPCIONES	F	%
1. Sí, cumpro mis funciones y actividades con responsabilidad en el tiempo indicado para la atención a los individuos.	49	75.38
2. A veces las cumpro, ya que dejo mucho tiempo en espera a los demandantes y no les doy completa la atención.	2	3.07
3. No siempre, porque tengo a mi cargo más de un módulo de atención.	7	10.76
4. No me interesa cumplir las funciones y actividades.	7	10.76
5. Sin respuesta.	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



GRAFICA No. 16  
 CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES Y ACTIVIDADES  
 1994

FC



OBSERVACIONES: El 75.38% si cumple con sus funciones y actividades en tanto que el 3.07% los cumple a medias y con la atención incompleta.

— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 17

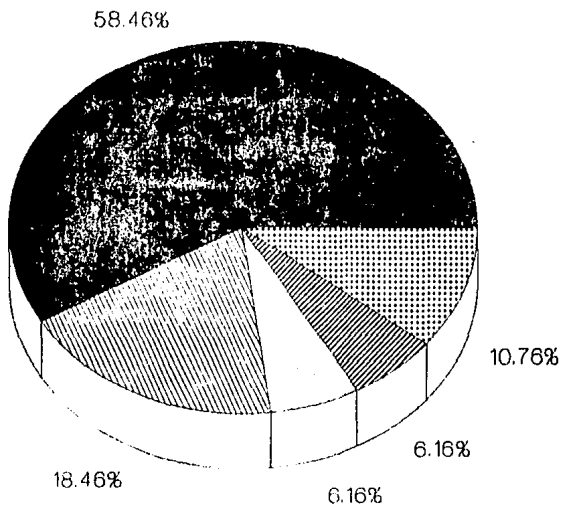
## CUMPLIMIENTO Y MANEJO DEL S.E.I.B.

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí; conozco perfectamente el manejo del S.E.I.B. y los informes que me corresponden.	38	58.46
2. Sólo conozco los informes diarios.	12	18.46
3. Los que no manejo con frecuencia se me olvida su llenado.	4	6.16
4. Sólo los llena el estadígrafo.	4	6.16
5. Sin respuesta.	7	10.76
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 17  
CUMPLIMIENTO Y MANEJO DEL S.E.I.B.  
1994



**OBSERVACIONES:** El 58.46% conoce el Sistema de Información y para el 6.16% solo conoce sus Informes.

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 18

## COBERTURAS ALCANZADAS CON ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

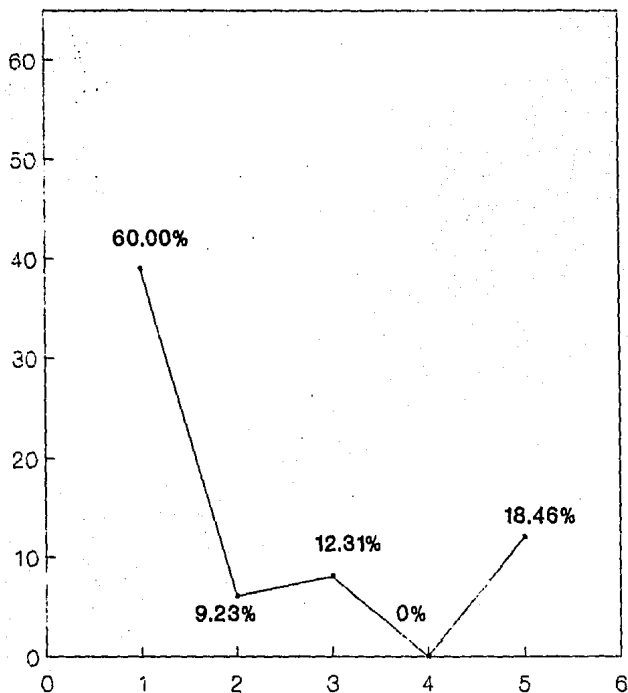
1994

OPCIONES	F	%
1. Todas las actividades que realizo permiten alcanzar las coberturas de los programas de salud.	39	60.00
2. Sólo los programas preventivos alcanzan el 100% de cobertura.	6	9.23
3. A veces contribuyen, pues no realizo una actividad final.	8	12.31
4. Las actividades que realizo no contribuyen para nada.	0	0
5. Sin respuesta.	12	18.46
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 18  
COBERTURAS ALCANZADAS CON  
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA  
1994

FC



Series 1

OBSERVACIONES: El 60.00% dicen que sus actividades permiten alcanzar buenas coberturas en tanto que para el 9.23% solo en algunos programas.

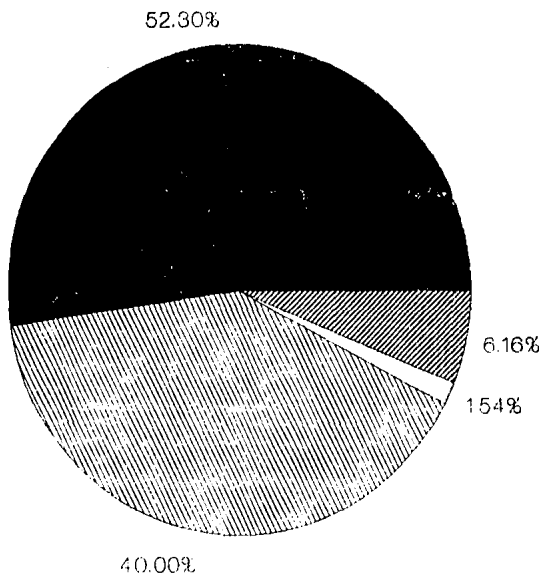
FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 19  
 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PLANEADOS  
 1994

OPCIONES	F	%
1. Si, porque me permiten ver hasta donde llegará mi actividad.	34	52.30
2. A veces, porque me permite conocer lo que voy a desarrollar en las atenciones al individuo, familia o comunidad.	26	40.00
3. Muy rara vez se plantean objetivos por actividad.	1	1.54
4. Los objetivos no sirven para nada.	4	6.16
5. Sin respuesta	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 19  
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PLANEADOS  
1984



**OBSERVACIONES:** El 52.30% si cumplen con los objetivos y para el 1.64% muy rara vez plantean objetivos.

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 20

## PLANEACION DE METAS EN AREA DE TRABAJO

1994

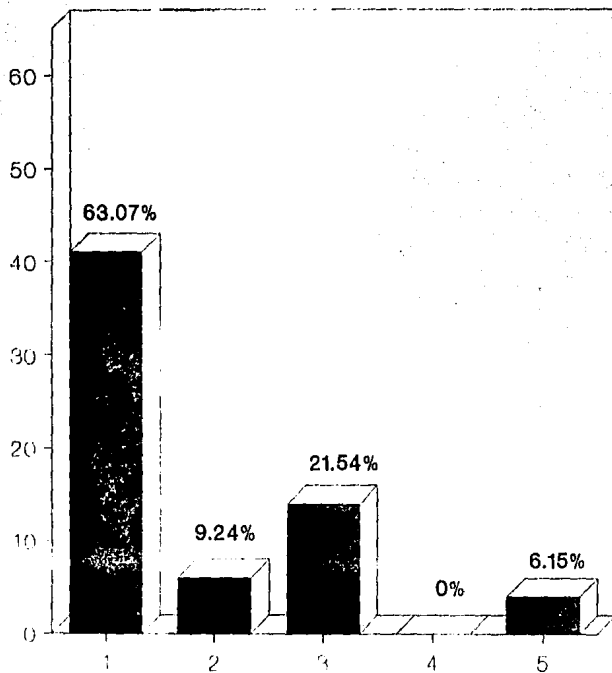
OPCIONES	F	%
1. Sí, siempre las metas se programan para poder evaluar logros y coberturas en comparación de lo programado con lo realizado.	41	63.07
2. A veces las metas se programan por recursos de enfermería.	6	9.24
3. Sólo se programan metas por programas específicos sin importar los recursos con que se cuenta.	14	21.54
4. No son indispensables, ya que nunca se cumplen.	0	0
5. Sin respuesta.	4	6.15
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



GRAFICA No. 20  
PLANEACION DE METAS EN AREA DE TRABAJO  
1984

FC



Series 1

OBSERVACIONES: El 63.07% si planean metas en el área de trabajo y el 9.24% solo se programan por recursos.

FUENTE: Miema del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 21

## ATENCION DE ENFERMERIA BRINDADA

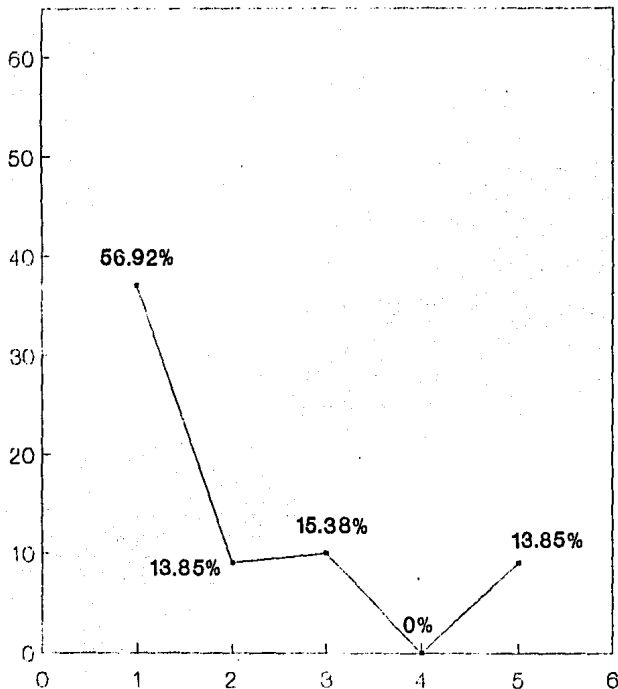
1994

OPCIONES	F	%
1. Es buena y personalizada, ya que le proporciono al individuo la mejor atención y cuidado a su problema.	37	56.92
2. Si brindo la atención, sin importarme el problema del individuo.	9	13.85
3. A veces, porque la atención no es integral, sólo es colaboración.	10	15.38
4. Mala, por la carga de trabajo, no se brinda ni la mínima atención.		
5. Sin respuesta.	9	13.85
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 21  
ATENCION DE ENFERMERIA BRINDADA  
1994

FC



OBSERVACIONES: El 56.92% la brinda la atención en forma personalizada y el 13.85% la brinda sin importarle el individuo.

Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 22

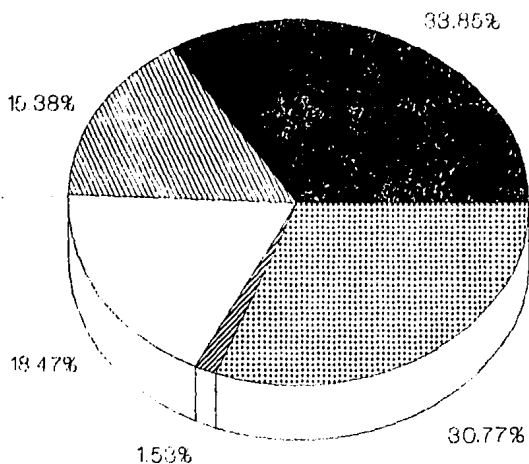
CONOCIMIENTO DE NORMAS TECNICAS DEL PROGRAMA  
MATERNO-INFANTIL

1994

OPCIONES	F	%
1. Si las conozco por número y función para cada actividad.	22	33.85
2. Sólo conozco la norma de atención a la embarazada y puerperio.	10	15.38
3. Realizo las acciones y procedimientos sin saber que número o norma técnica es.	12	18.47
4. No me sirven para realizar mi actividad.	1	1.53
5. Sin respuesta.	20	30.77
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 22  
CONOCIMIENTO DE NORMAS TECNICAS  
DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL  
1994



**OBSERVACIONES:** El 33.85% conoce y aplica las normas y el 1.53% menciona que no sirven para nada.

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 23

RESPONSABILIDAD EN ATENCIONES DE ENFERMERIA EN  
PLANIFICACION FAMILIAR

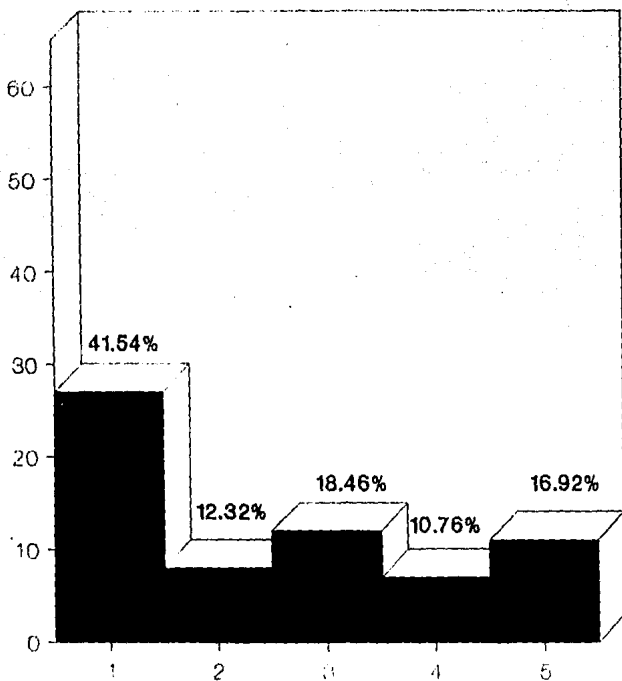
1994

OPCIONES	F	%
1. Si soy responsable y concluyo todas las actividades que me planteo.	27	41.54
2. Aunque soy responsable, se presentan tareas que me impiden continuar una tarea anterior.	8	12.32
3. No siempre, porque tengo asignación en otras tareas.	12	18.46
4. A veces, porque no es el único programa que manejo.	7	10.76
5. Sin respuesta.	11	16.92
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 23  
 RESPONSABILIDAD EN ATENCIONES DE  
 ENFERMERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR  
 1994

FC



Series 1

OBSERVACIONES: El 41,54% del personal se considera responsable en sus actividades; el 10,76% sólo a veces lo es porque maneja más programas.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 24

## VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA REALIZADA

1994

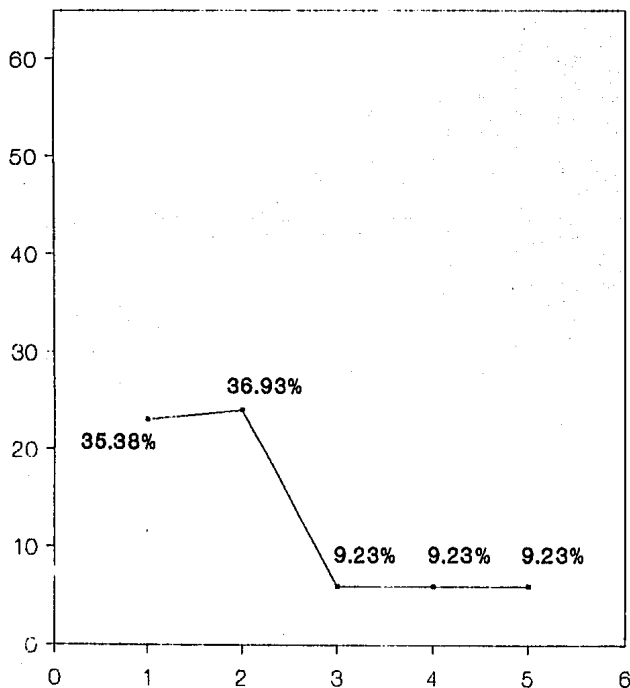
OPCIONES	F	%
1. Siempre se realiza en todas las actividades y programas establecidos que ejecutan los recursos para la salud.	23	35.38
2. Sólo se llevan a cabo en los programas de enfermedades transmisibles.	24	36.93
3. A veces la vigilancia sólo es identificación y detección.	6	9.23
4. No siempre le dan la importancia que amerita.	6	9.23
5. Sin respuesta.	6	9.23
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



GRAFICA No. 24  
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA REALIZADA  
1994

FC



OBSERVACIONES: El 36.93% del personal entrevistado lleva la vigilancia sólo en los programas de Enfermedades transmisibles; y un 9.23% sólo realiza identificación y detección; otro 9.23% no le da la importancia que amerita.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 25

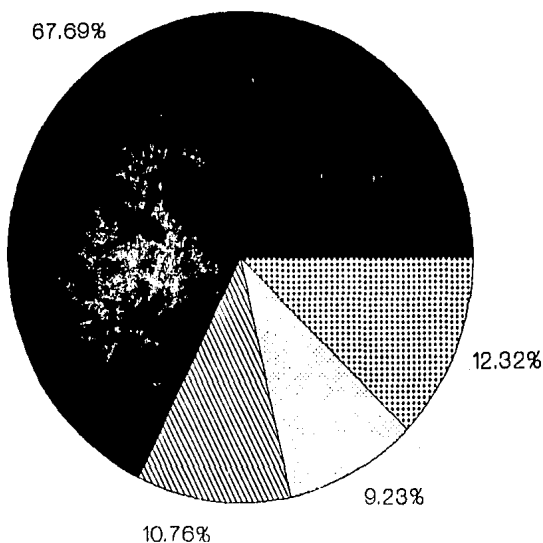
## DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES

1994

OPCIONES	F	%
1. Casi siempre en el interrogatorio directo a los individuos.	44	67.69
2. Nada más por síntomas y signos que presentan.	7	10.76
3. A veces los identifico mediante otra actividad.	6	9.23
4. No es importante detectarlos.	0	0
5. Sin respuesta.	8	12.32
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 25  
DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES  
1994



**OBSERVACIONES:** 67.69% del personal entrevistado detecta oportunamente las enfermedades en el interrogatorio directo y, el 10.76% los identifica mediante otra actividad.

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

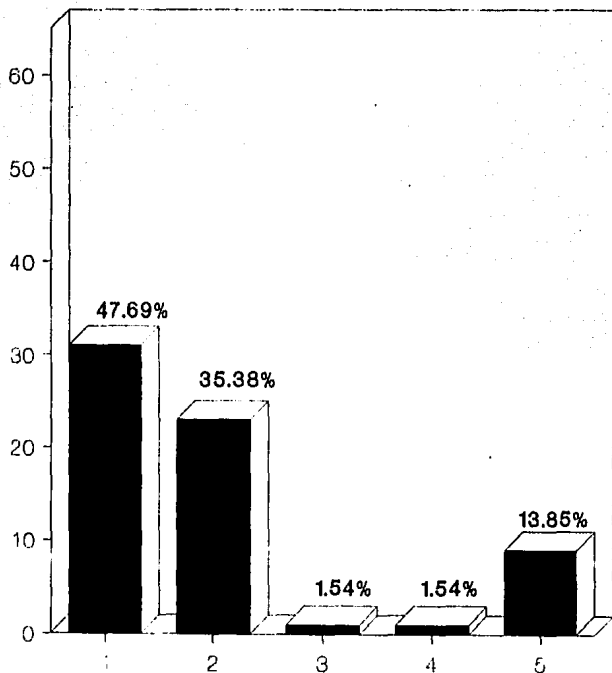
CUADRO No. 26  
REALIZACION DE VACUNACION  
1994

OPCIONES	F	%
1. La realizo con las técnicas y procedimientos establecidos y dirigidos a la población en riesgo.	31	47.69
2. Es oportuna y dirigida en clínica y campo.	23	35.38
3. A veces la realizo como si fuera un trabajo a destajo sin brindar atención y proporcionar las indicaciones completas a los demandantes.	1	1.54
4. Sólo realizo la vacunación como otra de mis tareas.	1	1.54
5. Sin respuesta.	9	13.85
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 26  
REALIZACION DE VACUNACION  
1994

FC



OBSERVACIONES: El 47.69% del personal realiza las técnicas y procedimientos establecidos y dirigidos a la población en riesgo. El 1.54% reconoce realizarlos sin brindar atención y de manera incompleta, otro 1.54% la realiza por rutina.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 27

## EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AREA DE TRABAJO

1994

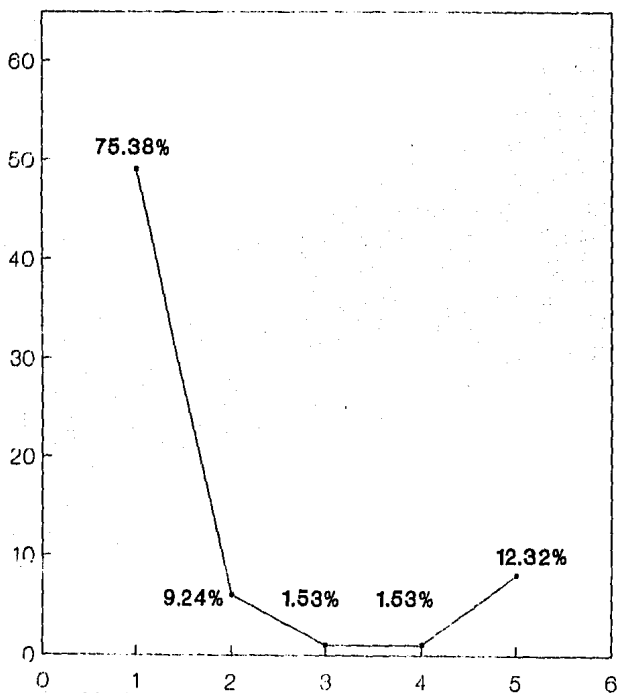
OPCIONES	F	%
1. Si, las realizo a través de pláticas, visitas, orientaciones, encuestas dentro y fuera de la unidad aplicativa.	49	75.38
2. Sólo por medio de pláticas a grupos ya formados y en salas de espera.	6	9.24
3. A veces, porque aunque estén programados, la demanda de atención curativa rebaza a lo educativo.	1	1.53
4. No realizo educación específica.	1	1.53
5. Sin respuesta.	8	12.32
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 27  
EDUCACION PARA LA SALUD  
EN EL AREA DE TRABAJO

FC

1994



OBSERVACIONES: El 75.38% de entrevistados realiza la educación dentro y fuera de la unidad aplicativa; sin embargo el 1.53% considera que la demanda de educación curativa rebaza la educativa y otro 1.53% no realiza educación específica.

Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 28

## FOMENTO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

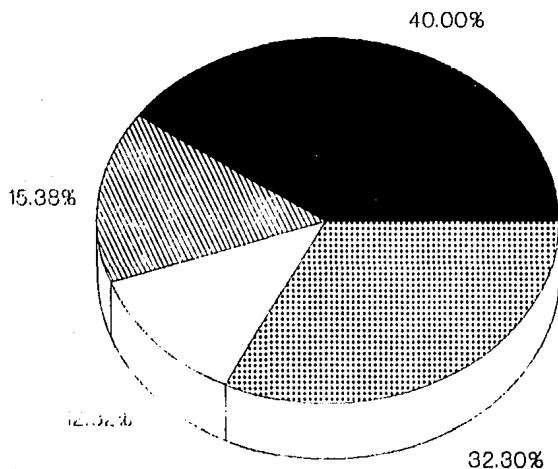
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, a través de la formación de grupos y su adiestramiento para inducirlos al auto-cuidado.	26	40.00
2. Sólo a grupos ya formados y cautivos, como escolares, profesores y madres de familia.	10	15.38
3. A veces, puesto que mis actividades las realizo intramuros solamente.	8	12.32
4. No es necesario, ya que la participación comunitaria no tiene importancia.	0	0
5. Sin respuesta.	21	32.30
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



GRAFICA No. 28  
FOMENTO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA  
1994



**OBSERVACIONES:** Un 40% del personal fomenta la participación a través de grupos, pero el 12.32% sólo lo realiza a veces porque sus actividades son intramuros solamente.

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 29

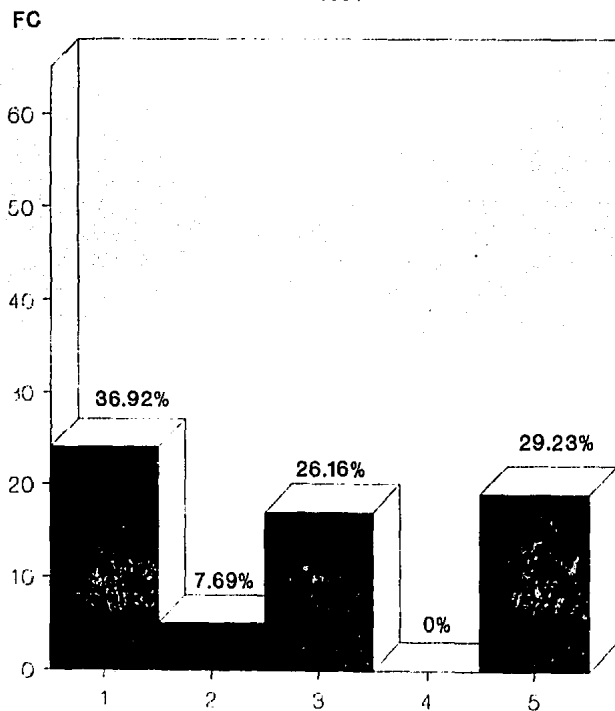
## DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

1994

OPCIONES	F	%
1. Con la identificación y detección en la atención al usuario, en la sala de espera y en la comunidad.	24	36.92
2. Sólo cuando existe el problema de las estacionalidades del año.	5	7.69
3. Conociendo las normas y líneas que se emanan de este programa.	17	26.16
4. No les doy igual importancia en todo el año.	0	0
5. Sin respuesta.	19	29.23
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 29  
DESARROLLO DEL PROGRAMA DE  
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
1994



■ Series 1  
OBSERVACIONES: El 36.92% identifica los problemas respiratorios en la clínica y la comunidad, y el 7.69% solo cuando existe problema.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 30

## DESARROLLO DEL PROGRAMA DE S.I.D.A.

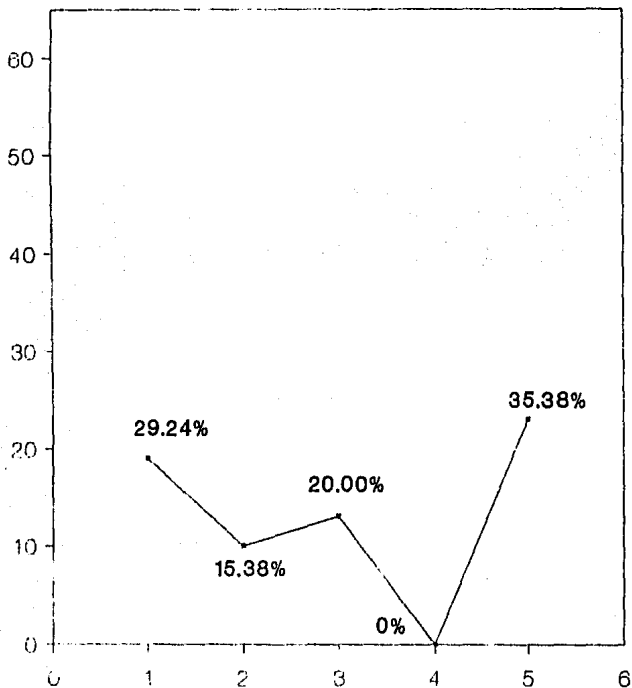
1994

OPCIONES	F	%
1. Conociendo el programa, los objetivos, metas, universo de trabajo y población en riesgo.	19	29.24
2. A través de educación para la salud.	10	15.38
3. Por medio de todas las atenciones a los demandantes y orientación sobre el S.I.D.A.	13	20.00
4. Nada más a la población susceptible se le orienta.	0	0
5. Sin respuesta.	23	35.38
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 30  
DESARROLLO DEL PROGRAMA DE S.I.D.A.  
1994

FC



OBSERVACIONES: El 29.24% conoce el programa de S.I.D.A. y el 15.38% solo lo desarrolla a través de educación para la salud.

Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 31

PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE ENFERMEDADES  
DE TRANSMISION SEXUAL

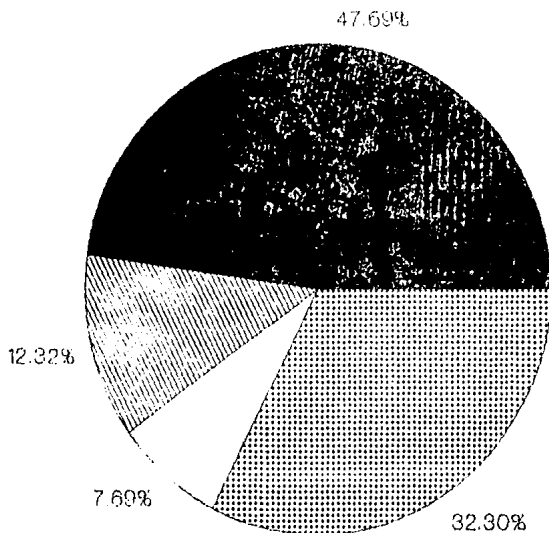
1994

OPCIONES	F	%
1. SI, porque me entero del estado del individuo.	31	47.69
2. Sólo cuando hay revisiones especiales.	8	12.32
3. A veces cuando se me toma en cuenta.	5	7.69
4. No me interesa participar	0	0
5. Sin respuesta.	21	32.30
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 31  
PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE  
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

1994



OBSERVACIONES: El 47.69% participa en el programa de Enfermedades de transmisión sexual y el 7.69% no ya que no se le toma en cuenta.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 32

## DISPOSICION DE CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS

1994

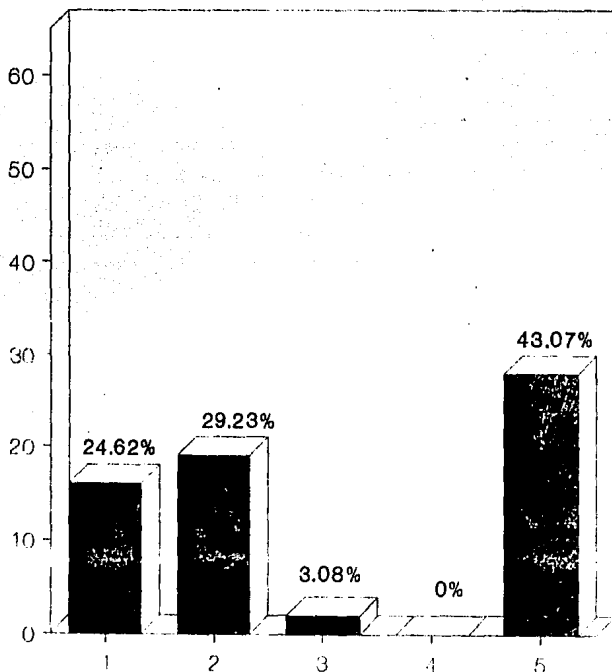
OPCIONES	F	%
1. Sí, para realizar el seguimiento de la atención y la ministración del tratamiento.	16	24.62
2. A veces, pues se consiguen fuera de la unidad.	19	29.23
3. De nada sirve conocerlos, ya que son obsoletos en la actualidad.	2	3.08
4. No es necesario conocerlos.	0	0
5. Sin respuesta.	28	43.07
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



GRAFICA No. 32  
DISPOSICION DE CUADRO  
BASICO DE MEDICAMENTOS  
1994

FC



OBSERVACIONES: El 29.23% solo a veces dispone del cuadro básico de medicamentos porque lo consigue fuera de la unidad. Sin embargo el 3.08% considera inútil conocerlos, porque son obsoletos.

■ Serie: 1

FUENTE: Muestra del cuadro No. 1.

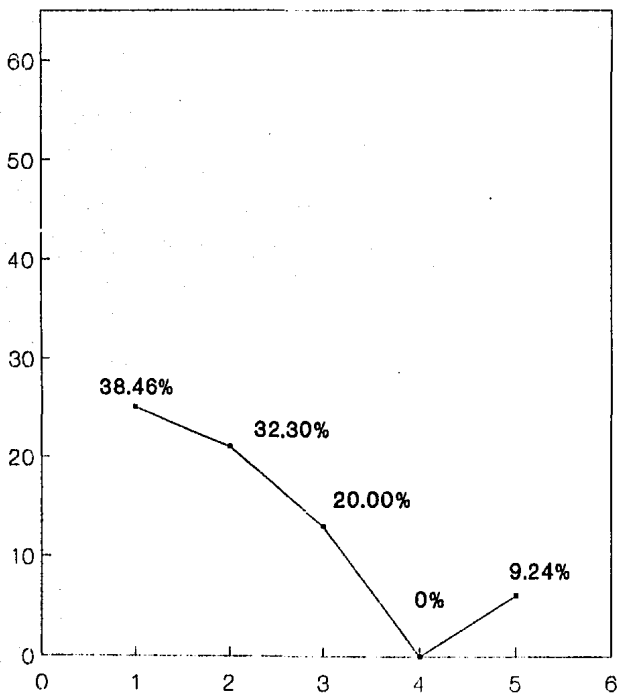
CUADRO No. 33  
 ORIENTACION NUTRICIONAL BRINDADA  
 1994

OPCIONES	F	%
1. Existe un personal específico y un servicio para toda la población.	25	38.46
2. A veces el recurso que proporciona la orientación es la enfermera.	21	32.30
3. No siempre realizo orientación nutricional, porque el usuario en el momento de la consulta tiene otro objetivo.	13	20.00
4. No me interesa que tipo de nutrición tiene el usuario.	0	0
5. Sin respuesta.	6	9.24
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 33  
ORIENTACION NUTRICIONAL BRINDADA  
1994

FC



Series 1  
OBSERVACIONES: El 38.46% menciona que existe personal específico para la orientación nutricional y el 20% que no siempre la realiza por las múltiples actividades.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 34

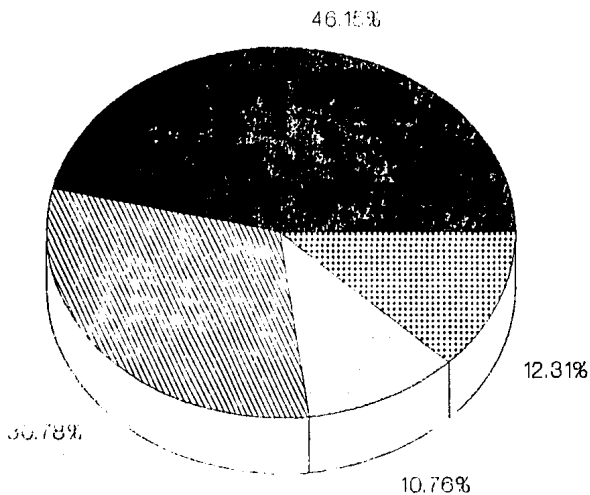
## ATENCIÓN DOMICILIARIA BRINDADA

1994

OPCIONES	F	%
1. Siempre a toda la población demandante y en forma integral.	30	46.15
2. Sólo por demanda y en casos específicos que ameriten la visita domiciliaria.	20	30.78
3. A veces, y sólo para localizar, conquistar y reconquistar a los usuarios.	7	10.76
4. Ya se perdió el interés y ahora todo se da en la unidad.	0	0
5. Sin respuesta.	8	12.31
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 34  
ATENCION DOMICILIARIA BRINDADA  
1994



**OBSERVACIONES:** Un 46.16% del personal entrevistado le proporciona siempre a toda la población de forma Integral, pero, el 10.76% lo realiza sólo a veces para localizar y reconquistar a los usuarios.

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1.

## CUADRO No. 35

## EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

1994

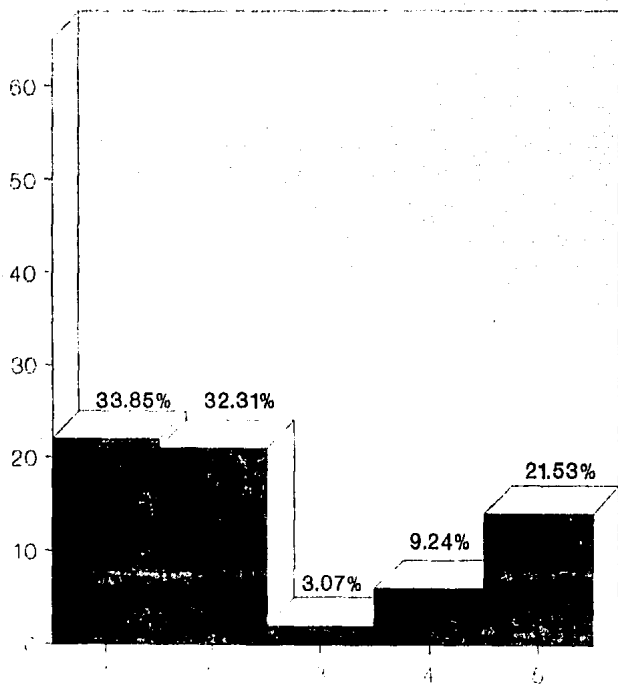
OPCIONES	F	%
1. Si, en forma general pero no especifica de Enfermería.	22	33.85
2. Los que existen no los difunden.	21	32.31
3. El contenido no es de interés para Enfermería.	2	3.07
4. No cumple con las necesidades del personal.	6	9.24
5. Sin respuesta.	14	21.53
<b>TOTALES</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 35  
EXISTENCIA DE PROGRAMA DE  
ENSEÑANZA E INVESTIGACION

FC

1994



Series 1

OBSERVACIONES: El 33.85% el considera que tiene programa de enseñanza e investigación, pero de forma general y el 3.07% el contenido no es de interés.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.





Que resulta:

$$r = \frac{732872}{\sqrt{(1034096)(692892)}}$$

De donde:

$$r = \frac{732872}{\sqrt{7165.1684}}$$

Que en el otro despeje resulta:

$$r = \frac{732872}{846473}$$

De donde:

$$r = 0.8657$$

Por lo tanto, al resultar un coeficiente de  $r = 0.8657$  con correlación fuertemente positiva, se comprueba la hipótesis de trabajo que dice:

$H_2$ : A mayor organización mejor atención comunitaria en Enfermería a la población demandante de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza en México, D.F.

Asimismo, al localizar la tabla "F" con valores de "r" a los niveles de confianza de .05 y de .01, da un "rt" de .2500, que para un "n" de más de 60 cuestionarios aplicados, se comprue-

ba la hipótesis general que dice:

$H_1$ : Existe influencia entre la organización y atención comunitaria de Enfermería a la población demandante de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza en México, D.F.

Por lo anterior, da como resultado, que la organización de Enfermería determina fuertemente, la atención comunitaria de enfermería, que se da a los pacientes en la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, y da como consecuencia, el modelo de relación comprobado siguiente:

ORGANIZACION		ATENCION
ENFERMERIA	.8657	COMUNITARIA DE
		ENFERMERIA

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula que dice:

$H_0$ : No existe relación entre la organización y la atención comunitaria de Enfermería a la población demandante de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza en México, D.F.

#### 4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

En el cuadro No. 1, relativo a la edad de los entrevistados, se observa que el 24.61% del personal tiene entre 15 a 25 años de edad, el 10.76% de 26 a 30 años, el 63.07% más de 31 años. Esto significa que el personal es joven y que tiene capacidades productivas.

En el cuadro No. 2, en torno al estado civil, el 44.61% es soltero, que el 44.61% es casado, que el 1.71% es divorciado y en unión libre, y esto demuestra que en la investigación fue proporcional el estado civil de los entrevistados, quizás por la edad en que se encuentra el grupo.

En el cuadro No. 3, corresponde al número de hijos de los entrevistados, siendo el 46.15% con un promedio de 2 a 4 hijos, el 20% tan sólo con un hijo y el 1.55% de 4 a 6 hijos. Con lo anterior se considera, que el número de hijos por entrevistado es menor en comparación con otros años del promedio general de hijos por pareja, y esto es un reflejo de la Operación de los Programas de Salud (Planificación Familiar), y a la disminución a la tasa de natalidad en México.

- En el cuadro No. 4, relacionado a la preparación académica del personal entrevistado, nos muestra que el 47.69% es personal profesional (enfermera general), el 18.46% personal con curso post-técnico y el 30.78% sigue siendo personal auxiliar

de enfermera, aunque cabe hacer la aclaración que con función o nivel jerárquico dentro de la institución no se le da el reconocimiento oficial al personal de enfermería, ya que sólo disponen de plazas para el personal de Enfermería: de auxiliar de Enfermería, Enfermera General y en una minoría para especialistas y licenciadas, refiriendo la institución que no hay otro tipo de plazas, ya que la S.H.C.P. no las autoriza.

En el cuadro No. 5, de acuerdo al nivel jerárquico que tienen dentro de la Jurisdicción Sanitaria, se observa que el 46.16% tiene un nivel Enfermería General, el 33.84% de auxiliar de enfermería, el 16.93% con funciones de dirigentes, esto es, de supervisora y jefes de enfermeras en las unidades aplicativas C.S.C. T-III-A y la Jurisdicción Sanitaria, quedando descubiertos el resto de las unidades aplicativas sin el nivel de dirigentes, sólo con personal operativo o de línea. Además, si le sumamos a todo lo anterior, la ejecución de otros programas donde desaparecen las Jerarquías en Enfermería, y la aparición de uno o más elementos en las áreas de dirigir, se pierde la trama de control y la ubicación real de los jefes.

En el cuadro No. 6, en cuanto a la elaboración del plan de trabajo anual, se observa que el 26.16% del personal sí lo elabora como antecedente y planeación de sus funciones y actividades anuales, el 12.31% lo elaboran aunque no lo cumplen al 100%, el 23.08% no lo creen necesario, la elaboración para el

desempeño de sus actividades y por último, el 21.53% menciona que sólo el personal dirigente tiene la responsabilidad de su elaboración. Esto refleja la parte incongruente de información y dirección en torno a los dirigentes y personal operativo, ya que se muestra que en su mayoría se realiza el trabajo u actividad en forma mecánica, sin importar si existirá un resultado positivo o negativo de este plan.

- En el cuadro No. 7, en relación al conocimiento de las funciones que desempeña el personal, el 78.46% menciona sí conocerlas, el 15.38% menciona conocerlas pero no realizarlas por otro tipo de tareas no previstas y el 4.62% las pone en práctica aunque no las conozca por completo. En relación a las funciones, cada uno de los programas emanados por esta Dirección, cuentan con una definición de funciones por personal que participa por áreas y aplicados a nivel de clínica y campo.

En el cuadro No. 8, el 36.92% de los entrevistados sí elaboran un programa de trabajo en un tiempo determinado, el 13.84% dicen que sólo se elaboran en los programas prioritarios y en el 13.30% se observa que a veces se elaboran o no es importante el mismo, para este programa a nivel de las unidades aplicativas y a nivel Jurisdiccional y de la Dirección, se elabora un plan de trabajo anual donde se considera los Antecedentes, objetivos, metas, universo, organización, integración, de limitación de funciones, control, supervisión, evaluación o

información adjudicándose esta responsabilidad sólo a los dirigentes (Enfermería) quien considerará a todo el personal de Enfermería con que cuenta.

En el cuadro No. 9, el 32.30% se observó que sólo el personal con funciones de supervisor elaboran el programa, el 16.93% mencionan que siempre se elabora por ser un instrumento en la supervisión y el 17.69% arrojó que no es necesario el programa de supervisión y que además sólo lo elaboran en eventos especiales, o como se decía en el cuadro anterior, sólo los dirigentes; en el caso de enfermería es cierto que sólo el personal con función de supervisor realiza el programa individual o se coordina con el grupo supervisor para incluir sus objetivos o guías de supervisión para realizarla a sus subalternos.

- En el cuadro No. 10, el 76.92% de los entrevistados conocen y saben dónde están descritos los puestos, el 12.30% no todos los niveles y puestos están descritos y el 10.78% sólo en algunos programas se encuentran las descripciones de puestos, pues en la Dirección como en las unidades aplicativas existe el manual de organización que data de 1982, el cual ya amerita una actualización, por otro lado, la descripción por programa de trabajo es muy corta, no cubre las necesidades de servicio y, por último, que el personal no se le brinda la atención ni una buena información anticipada del puesto pues cuando se presenta, se integra inmediatamente como fuerza de

trabajo y la descripción se deja al desarrollo de sus funciones y actividades al puesto que desempeñará.

En el cuadro No. 11, relativo a la distribución de los recursos de enfermería, el 46.16% dice que la distribución y número es el adecuado en tanto que el 43.08% menciona que no existe ni el necesario, y el 6.14% no cumplen el indicador del número y servicios en relación a la población demandante.

Esto es resultado de la misma aplicación de la encuesta, ya que en la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza existen las diversidades de las unidades aplicativas, desde el C.S.C. T-III-A, C.S.C. TIII, C.S.C. TII, y el Centro más pequeño, el C.S.C. TI, que los conforman diferentes números de personal de enfermería. Un ejemplo sería que al TI le corresponde una enfermera y este equivale a un módulo, así seguirá aumentando de 10 módulos a sólo 3 enfermeras, de 12 módulos a 13 enfermeras o como en las unidades TIII "A", donde existe personal de enfermería para realizar actividades en clínica y campo, por lo tanto, la distribución no será igual ni las necesidades para todos, y mucho menos para la atención a la población.

En el cuadro No. 12, el 36.92% se observa que se realiza la coordinación intersectorial en los programas de salud, el 26.16% dicen que sólo cuando se indica o en programas nacional

les de salud, el 15.38% por el contrario mencionan que no tiene sentido tener reuniones de coordinación, ya que en el momento de ejecutar los programas, cada institución sigue sus líneas y sus políticas olvidando la coordinación, ya que quien los realiza no conocen las áreas geográficas ni la distribución de las mismas, por lo tanto, al operar los programas, el personal operativo con el afán de cubrir metas o cubrir a la población de responsabilidad, abarca las áreas ya distribuidas sin considerar que anteriormente se dió una coordinación.

En el cuadro No. 13, el 50.77% siguen e identifican los casos epidemiológicos como parte de sus actividades diarias, y de su planeación, el 13.85% sólo en los programas de enfermedades transmisibles y poco conoce los que no lo son, el 9.24% sí lo realizan pero únicamente en los programas de enfermedades prevenibles por vacunación y el 3.07% no tienen utilidad dentro de sus actividades, lo anterior demuestra que a este nivel de atención no se le da prioridad lo anticipatorio ni la prevención y promoción a los problemas epidemiológicos que pueden desencadenarse en una población, por otro lado, que también es mayor la tendencia curativa que el fomento a la salud que proporciona el personal de enfermería, ya que vacunación no lo es todo dentro de un primer nivel de atención a la salud.

En el cuadro No. 14, el 72.31% de los entrevistados sí reali-



zan la identificación de casos y su seguimiento para impedir se involucre a más número de la población, el 12.31% lo efectúa cuando hay que ministrar tratamientos o en caso de enfermedades de notificación obligatoria, y el 1.54% sólo para encontrar la fuente de infección primaria del padecimiento, y esto debido a la presencia ya propiamente de la enfermedad y que amerita ya aquí una atención curativa y rehabilitatoria de la población.

En el cuadro No. 15, el 46.15% observa que los programas no se desarrollan por completo, ya que antes de ejecutarlo aparecen otros programas, el 32.92% sí desarrollan los programas en el tiempo y espacio determinado, el 9.24% concluyen que no se les da la importancia real, que no se les realiza seguimiento ni evaluación por programa. Si bien es cierto, la planeación y elaboración de los programas dentro de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza se dan en un espacio y tiempo establecido pero las deficiencias en los recursos materiales, financieros y humanos interrumpen un seguimiento continuo o a la aparición de problemas epidemiológicos que rebazan las acciones y que se tiene como emergencia a pesar de existir algo ya establecido.

En el cuadro No. 16, el 75.38% realiza y cumple sus funciones como las tienen planeadas y organizadas al individuo y a la comunidad, el 10.76% no siempre, porque tienen a su cargo más

de un módulo de atención, y esto implica mayores tareas. Por otro lado, el 10.76% no las cumplen, sólo trabajan su jornada, por último, en el 3.07% se observó que a veces dejan esperar mucho al demandante y al final no se le brinda una completa atención. Lo anterior es debido a las cargas de trabajo, a la falta de personal, a las tantas indicaciones y cambios en los niveles superiores o al cansancio psicológico, fisiológico o la falta de motivación de los compañeros de trabajo y jefes inmediatos.

En el cuadro No. 17, el 58.46% sí conoce y maneja el sistema de información básica de la institución, el 18.46% sólo sus informes diarios y el 12.32% algunos entrevistados dicen olvidar su manejo y llenado, ya que no lo realizan a diario y otros que ésta es labor del estadígrafo de la unidad. Esto es consecuencia de que debido a que es un informe y formatos a nivel nacional, carece de rubros o no cubre las necesidades de informar todas las actividades y en especial de enfermería, ya que existen cuatro partes y diferentes tiempos de entrega el cual al realizar el concentrado final, sólo entran las actividades del programa Universal de Vacunación, quedando fuera todo el resto de las actividades aunque las realicen a diario.

En el cuadro No. 18, el 60.00% de los entrevistados sí se observa que sus actividades sí contribuyen para alcanzar coberturas de salud, el 12.31% dicen que no siempre, sólo en algu-

nas actividades y el 9.23% sí logran altas coberturas pero exclusivamente en los programas prevenibles por vacunación. En relación a las coberturas alcanzadas, la enfermera participa y coparticipa para el alcance y el logro de las coberturas, pero existen desventajas para cuantificarlas y una de ellas el S.E.I.B. y por otro, la ruptura inoportuna por la aparición de otros programas o los desencadenados por naturaleza y los cambios epidemiológicos importantes.

En el cuadro No. 19, el 52.30% sí cumplen con la planeación y ejecución y evaluación de los objetivos, ya que éstos le brindan un panorama de hasta donde llegarán sus actividades, en tanto el 40.00% sólo a veces las cumplen, ya que éstos les permiten conocer las atenciones al individuo familia y comunidad, por último, el 8.70% muy rara vez los plantean y otros que al realizar las funciones y actividades no sirven para nada, debido a que se les plantea a nivel de programas y sub-programas y en muy contados se plantean objetivos (plática, V. Domiciliaria, etc.)

En el cuadro No. 20, el 63.07% sí planea y programa metas de trabajo abocadas a la atención del individuo, familia y comunidad, el 21.54% sólo se programa metas por programas sin tomar en consideración los recursos de enfermería existentes y el 9.24% muy rara vez se programan las metas por cada uno de los recursos de enfermería con que se cuenta, las áreas en que

participa y la población de responsabilidad que ésta tiene.

En el cuadro No. 21, el 56.92% brinda una atención personalizada a los usuarios poniendo cuidado y la mejor atención posible, el 15.38% no siempre brinda una atención integral ya que ésta se convierte sólo en una colaboración y por último, el 13.85% de los entrevistados brinda la atención al usuario sin importar su individualidad en cada uno de ellos, si los dejan esperar mucho tiempo para su atención o por el contrario querer pasar lo más aprisa la atención para tener más tiempo libre o por el contrario dedican una atención integral que va más allá del Consultorio o el modelo de atención.

En el cuadro No. 22, el 33.85% del personal conoce por completo todo el programa de materno infantil, el 18.47% realiza los procedimientos de atención sin saber a que norma técnica se refiere, el 15.38% sólo conoce la norma técnica de atención a la embarazada y puerperio, el 1.53% observa que no sirve para nada conocer el programa ya que de todos modos realiza las actividades, porque es un programa a nivel nacional y una política del Sistema Nacional de Salud que tiene como prioridad la atención de la mujer en edad fértil, gestante, puerpera y cuidados del recién nacido, y que las actividades implícitas del programa, la enfermera las realiza en forma directa a los usuarios Madre-Hijo, aunque no conozcan por número las normas técnicas.

En el cuadro No. 23, el 41.54% conoce el programa de planificación familiar y realiza con responsabilidad sus funciones, el 18.46% no siempre los cumple, ya que se le asignan otro sin fin de actividades, el 12.32% de los entrevistados dicen ser responsables aunque a veces hay otras tareas que les impiden cumplir con dicho programa y el 10.76% no los cumplen, ya que no es el único programa que manejan en su unidad aplicativa, y que este programa se maneja por todo el equipo de trabajo del Módulo de Atención y en la actualidad ha recibido todo el personal cursos de actualización para la delimitación de sus funciones por integrantes.

En el cuadro No. 24, el 36.93% la vigilancia epidemiológica sólo se lleva a cabo en los programas de enfermedades transmisibles, el 35.38% sí realizan la vigilancia epidemiológica en todas sus actividades que emanan los programas, el 9.23% la vigilancia epidemiológica nada más es identificar y detectar el problema, por lo tanto, el 9.23% de los entrevistados informan que no se les da la importancia ideal a la vigilancia epidemiológica, puesto que la atención curativa rebaza la vigilancia epidemiológica.

En el cuadro No. 25, el 67.69% de los entrevistados detectan las enfermedades a través del interrogatorio directo a los usuarios, el 10.76% sólo cuando se presentan signos o síntomas de alguna enfermedad franca, y otro 9.23% cuando realizan

alguna otra actividad que no es detectar y encuentran algún indicio de problema, esto significa que falta motivación o iniciativa del personal para detectar con oportunidad un problema o diagnosticar una enfermedad.

En el cuadro No. 26, el 47.69% realizan las técnicas y procedimientos de vacunación a la población en riesgo y como está normado, el 35.38% de los entrevistados realizan esta actividad en clínica y en la comunidad, el 3.08% sólo los realiza como si fuera jornada de trabajo a destajo y como otra tarea más solamente de sus actividades ya que el programa universal de Vacunación, es una prioridad retomando la cumbre mundial en favor de la infancia y la política nacional de disminuir los padecimientos y enfermedades prevenibles por vacunación.

En el cuadro No. 27, el 75.38% realiza la educación para la salud por medio de: pláticas, visita domiciliaria, orientación etc., dentro y fuera de la unidad, el 9.24% la realiza sólo en salas de espera, a grupos formados y por medio de pláticas educativas y el 3.06% de los entrevistados no los realizan comúnmente ya que la atención curativa rebaza a la preventiva y no la ven como un programa específico, ni como una herramienta y estrategia de la atención primaria, en el primer nivel.

En el cuadro No. 28, el 40.00% de los entrevistados realizan la participación con grupos a través del adiestramiento, el

15.38% sólo a grupos ya cautivos y formales tales como: escolares, amas de casa, profesores, etc., el 12.32% a veces las realiza y sólo en la unidad aplicativa de responsabilidad, esto es que mientras no se le de la importancia y necesidad de la participación comunitaria, los programas no lograron el éxito del 100% del cumplimiento de sus objetivos ya que cada uno de los individuos forma parte de un programa de salud a cualquier nivel..

En el cuadro No. 29, el 36.92% sólo identifica los problemas respiratorios en la sala de espera y en la comunidad, el 26.26% desarrolla el programa ya que conoce las normas del mismo, el 7.69% realiza las funciones y actividades con mayor frecuencia en cierta época del año (fríos) con esto podemos deducir que en el primer nivel se manejan 14 programas sustantivos y 6 de apoyo y que todos son prioritarios sin importar si se cuenta con el personal, recursos materiales y población susceptible.

En el cuadro No. 30, el 29.24% conocen el programa del S.I.D.A. y su contenido para ser aplicado, el 20% a través de atenciones a los demandantes y orientación sobre el S.I.D.A., el 15.38% sólo a través de educación para la salud a la población puesto que todavía se suelen presentar mitos y tabúes de esta enfermedad olvidando que tenemos un gran número de sido sos ambulantes y altamente contagiosos, sin poder detectar ca

da uno de ellos.

En el cuadro No. 31, el 47.69% sí participa en el programa de enfermedades transmisibles, ya que se entera del estado del individuo, el 12.32% sólo cuando hay casos o enfermedades especiales y el 7.69% sólo cuando el personal entrevistado se le toma en cuenta en este programa, y la enfermedad es de notificación obligatoria por lo tanto, hay que realizar seguimiento de casos y estudio de contactos que a menudo se pierden y no se localizan.

En el cuadro No. 32, el 29.32% se observa que se consiguen y adquieren el medicamento fuera de la unidad, el 24.62% sí realizan el seguimiento de casos y ministración de medicamentos, el 3.08% de nada sirve conocer el cuadro básico puesto que en la actualidad es obsoleto su manejo al no estar actualizado las relaciones de medicamentos y el usuario se encuentre en la necesidad de ya no acudir a la unidad a demandar el servicio o conseguir el medicamento fuera de la unidad, aunque éste sea más caro y finalmente no lo compre.

En el cuadro No. 33, el 38.46% observa que sí existe personal específico para el programa de nutrición, el 32.30% del personal entrevistado proporciona la orientación nutricional a la población, el 20% no siempre la realiza puesto que el usuario cuando acude a la unidad, su objetivo de atención es otro.



En el cuadro No. 34, el 46.15% del personal entrevistado realiza la visita domiciliaria a toda la población demandante y de manera integral, el 30.78% sólo realiza la visita domiciliaria por demandante y en casos específicos como conquista y reconquista de los programas para identificar un caso o realizar su seguimiento o simplemente por el control de la población usuaria, el 10.76% solamente las realiza para localizar usuarios de cualquier programa para su conquista o reconquista.

En el cuadro No. 35, el 33.85% del personal entrevistado refiere que si existe un programa específico de enseñanza en forma general que no satisface las necesidades de este personal, el 32.31% refiere que los que existen no se difunden ni se publican a todos los niveles y éstos aparecen como si no existieran, el 12.31% finalmente llegan a la conclusión de que no son de interés para enfermería y no cubre las demandas ni las necesidades académicas del personal de enfermería, significando que se pierdan los cursos, becas o diplomados y orillando al personal a buscar su propio curso.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de haber realizado la investigación, se presentan ahora las conclusiones y recomendaciones siguientes:

### CONCLUSIONES

- En la investigación se analizó cómo influye la organización de Enfermería en la atención comunitaria a la población demandante de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza en la cual se demuestra que sí influye de manera directa la organización para la atención a la población, puesto que la organización no sólo es distribución o ubicación del personal, sino que más bien, es una sistematización desde la unidad de recursos humanos, materiales, financieros, económicos y estructurales de integrantes de enfermería, y el resto del personal que proporciona la atención a la salud.

- Por otra parte se demuestra que con tantos dirigentes y poco personal operativo, impide el desarrollo de los programas de salud, además la falta de una organización y estructura definida de Enfermería debilita a la organización, creando confusión y conflicto entre el personal de Enfermería dirigente y operativo y entre una y otra actividad, ya que cuentan con organizaciones diferentes una de la otra, perdiendo autoridad y responsabilidades y toma de decisiones, en sus tramos de con-

trol.

- En la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza se cuenta con una organización general establecida de acuerdo como lo emana la D.G.S.S.P.D.F., pero en cuanto a enfermería cuenta con una estructura y organización débil, debido a que si existe una jefe de enfermeras y una supervisora de enfermería y que éstas dependen de diferentes jefes, por un lado, el jefe de atención médica y por otro el jefe de fomento a la salud, dividiendo así al personal en sus responsabilidades y funciones y se crea una jefe para cada área. Además se crean prioridades de los programas que afectan al nivel operativo, quienes se pierden en las indicaciones simultáneas de los dos departamentos y jefes. Con ello, se origina inestabilidad, problemas y una mala comunicación del personal de Enfermería en forma ascendente y descendente, y por ende, se debilita la organización de Enfermería existente.

- Como ya se mencionó, la organización es la estructura técnica de las relaciones, la sistematización de actividades, la existencia de niveles jerárquicos, la aplicación de objetivos de elementos humanos, materiales, etc. Por lo tanto, dicha organización es necesaria e indispensable para la realización de una atención comunitaria, eficaz, eficiente y efectiva, que se deben considerar en este núcleo social. Aunque si bien es cierto, no se realizan al 100% las funciones de los puestos,

hay algunos otros indicadores que además de la organización, no permiten que se cumplan con los objetivos planteados.

- En cuanto a la atención comunitaria, se puede concluir que no se cuenta en primer lugar, con el personal profesional de enfermería, ya que el mayoritario es no profesional y que esto sí redundaría a la atención comunitaria que brinda el personal. En la Jurisdicción Sanitaria existe el problema al igual que en toda la D.G.S.S.P.D.F. que no se reconoce la preparación académica de enfermería, que no cuenta con los códigos funcionales necesarios para cada recurso y que el número y distribución del personal de enfermería por unidad no cubre las necesidades reales de la población, y por último, que mientras no se cambie la ideología patológica de la medicina tradicional con tendencia curativa y hegemónica, no se llevará en primer término la atención comunitaria ideal con tendencia preventiva y social.

- El educar y enseñar a toda la población al autocuidado de la salud de él mismo, y no sólo en el ámbito de salud, sino que hay que llevar a efecto una coordinación con las instituciones relacionadas a la salud y contar con los programas y mecanismos de seguimiento y evaluación aplicadas a la jurisdicción para lograr mayores coberturas y disminución de los problemas que deterioran, debilitan y ponen en peligro de muerte a la salud.

- En cuanto a la hipótesis de trabajo, se concluye que se com  
prueba lo siguiente:

H<sub>2</sub>: A mayor organización, mejor atención comunitaria de enfer-  
mería a la población demandante de la Jurisdicción Sanitaria  
Venustiano Carranza en México, D.F. Asimismo, se comprueba que  
la organización determina fuertemente la atención comunitaria  
que el personal de enfermería brinda a la comunidad de la De-  
legación Venustiano Carranza.

En torno a los resultados e interpretación de los cuadros se  
concluye lo siguiente:

- La edad de los entrevistados la representa personal joven  
con capacidad reproductiva, que se encuentra en los mismos por-  
centajes del personal casado y soltero. Asimismo, el número  
de hijos por entrevistado ha disminuido en comparación con  
otros años, y que la preparación académica no es igual en cu  
anto a la función que desempeñan, ya que no existen códigos por  
preparación académica.

- Los responsables de la Jurisdicción sí se elaboran progra-  
mas y planes de trabajo, pero no se difunden ni se dan a con  
ocer al personal operativo.

- En cuanto al número de los recursos de enfermería, se en  
contró que no existe una distribución de acuerdo a las necesida-  
des de la población de responsabilidad de cada una de las un

dades aplicativas.

- En torno a los programas operativos que desarrollan y ejecutan el personal, menciona si conocer sus objetivos, funciones descripción de puestos, tareas y actividades, el problema se presenta cuando se habla de normas técnicas, políticas que emanan y que el personal los desconoce por completo, ya que trabaja mecánicamente y por desempeñar una atención solamente.

- Además de que la organización determina la atención comunitaria, también es cierto que existe otros factores que en menor o igual grado influyen a la atención comunitaria, y éstos son: la preparación académica, el salario que percibe el trabajador, el tipo de estímulos o recompensas que se le ofrece al mismo, el número y distribución del personal y principalmente la convicción de la importancia que tiene el primer nivel de atención con todas sus estrategias que se pierden o se demeritan por la ideología tradicional de la medicina hegemónica con una tendencia altamente curativa que no sólo concierne a Enfermería sino a todo el sistema de salud y a la población misma.

#### RECOMENDACIONES

- Analizar en un futuro inmediato a la organización y estructura que conforma el área de enfermería en la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza, para proporcionar una línea y un

sistema acorde a las necesidades y que sirva de directriz a las funciones y actividades que realiza el personal dirigente y el operativo en todos sus niveles, y que éstos estén paralelamente de acuerdo a toda la organización de la jurisdicción y las líneas emanadas por la S.S.A.

- Articular la existencia de los dos departamentos sin la división que existe, para sugerir, comunicar y elegir realmente una línea de comunicación y delegación de autoridad a sus elementos y dejar que enfermería guíe también sus responsabilidades y funciones como las desempeña y sabe cumplir con responsabilidad.

- Revisar la propuesta de organización funcional que representa a los dirigentes de enfermería en 1993, que se aplica a todos los niveles, en la D.G.S.S.P.D.F.

- Cuestionar la organización actual con todo lo que involucra una teoría de organización y modificar si fuera necesario algunos aspectos de la misma.

- Estructurar y difundir con oportunidad los programas y subprogramas a todo el personal de la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza.

- Dar a conocer las evaluaciones y avances de programas y de que manera enfermería participa en el alcance de las cobertu-

ras para que ésta sirva de estímulos y motivaciones para seguir siempre mejor.

- Redefinir y distinguir lo valioso de la atención comunitaria que brinda enfermería en el primer nivel de atención, ya que si se aplicara por completo y por todo el equipo de salud disminuiría la atención del 2º y 3er nivel.

- Formular estrategias y tácticas que faciliten el reconocimiento del personal de enfermería en cuanto a su labor y su preparación académica.

- Diseñar los programas de trabajo de manera que se puedan cubrir en el tiempo y espacio estipulado en el período que tiene comprendido para su realización.

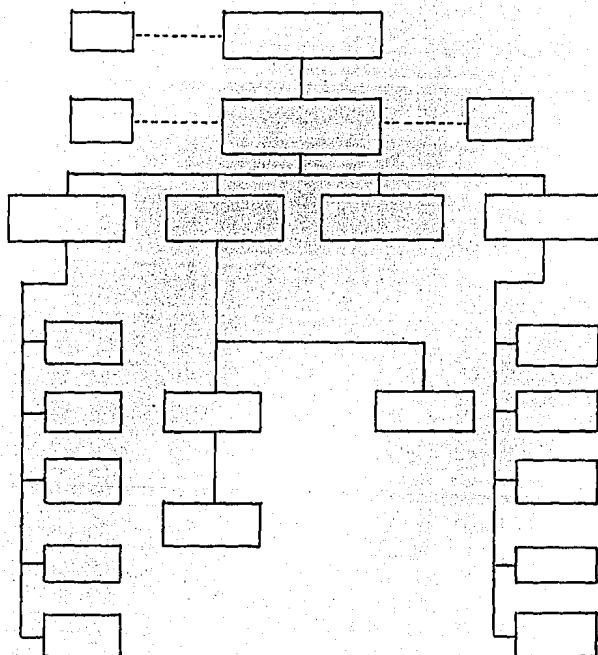
- Enlistar los problemas que afectan la organización y quizás otros indicadores que debilitan la atención comunitaria que brinda el personal de enfermería.



## 6. ANEXOS Y APENDICES

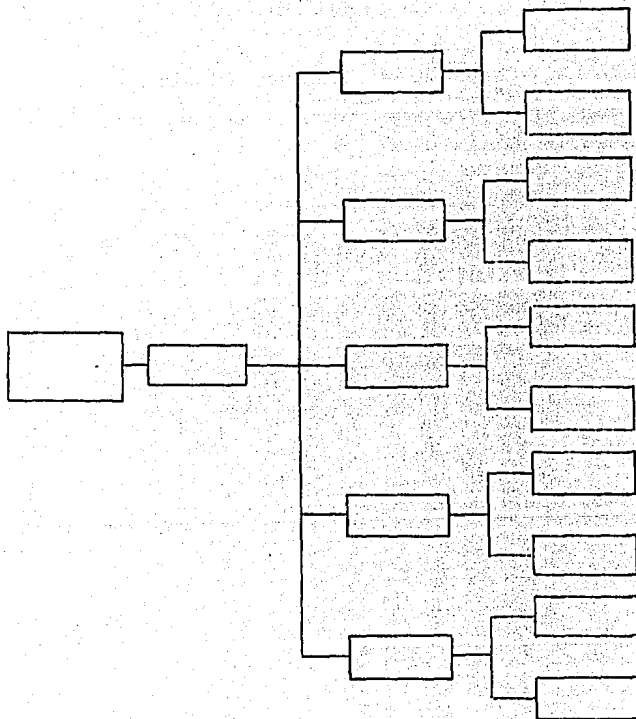
- ANEXO No. 1 Organograma General Lineal
- ANEXO No. 2 Organización Horizontal
- ANEXO No. 3 Estructura Orgánica Escalar
- ANEXO No. 4 Organigrama Circular
- ANEXO No. 5 Organización Matricial
- ANEXO No. 6 Organigrama de Nivel Central Subdirección de Atención Médica
- ANEXO No. 7 Tácticas y Estrategias de Atención Comunitaria
- ANEXO No. 8 Propuesta de Organización de la D.G.S.S.P.D.F.
- ANEXO No. 9 Actividades del Personal de Línea
- ANEXO No. 10 Tabla F Valores de  $r$  a los niveles de Confianza de 0.05 y 0.01
- APENDICE No. 1 Cuestionario de la Investigación "La organización de Enfermería y la atención comunitaria en la población demandante del primer nivel de atención en la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza en la Cd. de México, D.F.
- APENDICE No. 2 Modelo de Tarjeta Simple
- APENDICE No. 3 Modelo de Tarjeta de Concentración
- APENDICE No. 4 Modelo de Tarjeta Matriz de Concentración de Datos

ANEXO No. 1  
ORGANOGRAMA GENERAL LINEAL



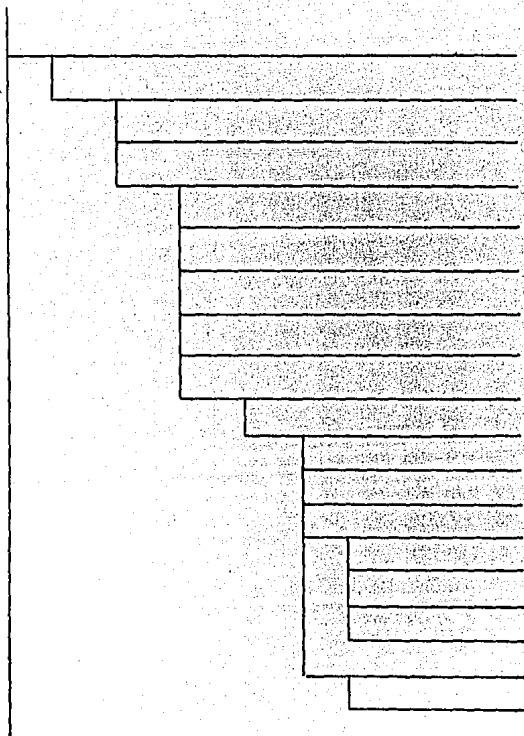
## ANEXO No. 2

## ORGANIZACION HORIZONTAL



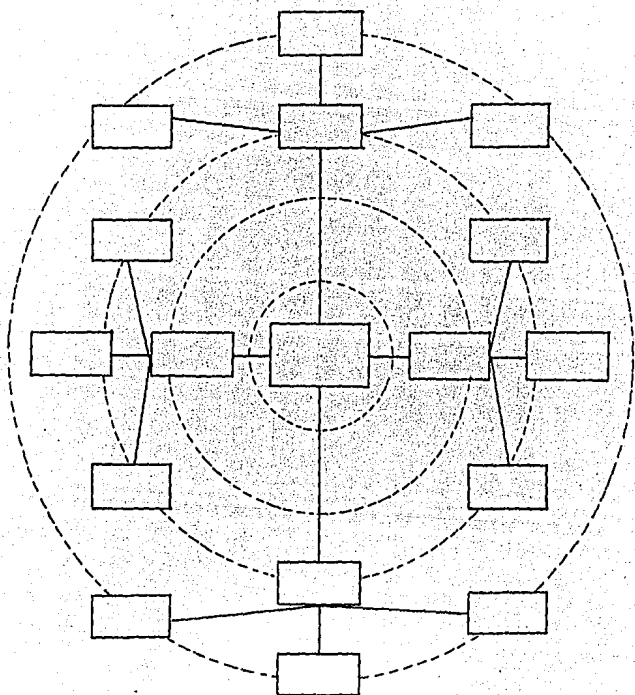
## ANEXO No. 3

## ESTRUCTURA ORGANICA ESCALAR



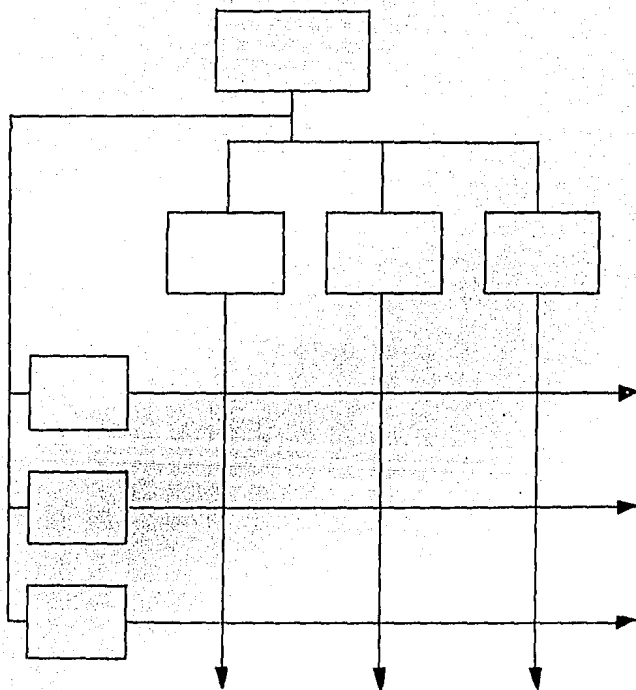
## ANEXO No. 4

## ORGANIGRAMA CIRCULAR

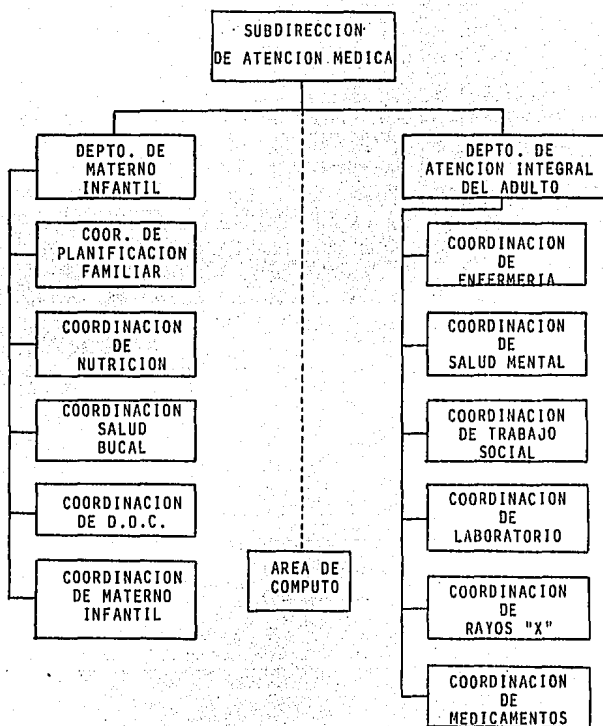


## ANEXO No. 5

## ORGANIZACION MATRICIAL



## ANEXO No. 6



FUENTE: Manual de Organización de la Subdirección de Atención Médica de la D.G.S.S.P.D.F. 1993 p. anexos

## ANEXO No. 7

## TACTICAS Y ESTRATEGIAS DE ATENCION COMUNITARIA

- Estudio de la comunidad
- Estudio de casos
- Visita casa a casa
- Cercos vacunales
- Cercos epidemiológicos
- Cercos censales
- Puestos fijos
- Puestos semifijos
- Estudio de campo<sup>1</sup>
- La educación acerca de los problemas prevaletentes de salud y sobre los métodos para su prevención y control.
- La promoción del aporte de alimentos y de una nutrición apropiada.
- Salud materno-infantil, incluyendo planificación familiar
- Un adecuado aporte de agua segura y de saneamiento básico
- Inmunizaciones contra las enfermedades infecciosas
- La prevención y el control de las enfermedades endémicas
- El tratamiento apropiado de las enfermedades y accidentes comunes

<sup>1</sup> Addy Gutiérrez R. Salud Pública Enfermería Comunitaria. Ed. E.N.E.O. México, 1988. 143 p.p.



- El aporte adecuado de los medicamentos esenciales.<sup>2</sup>

La enfermera de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza aplica sus tácticas y estrategias basadas en los programas de salud.

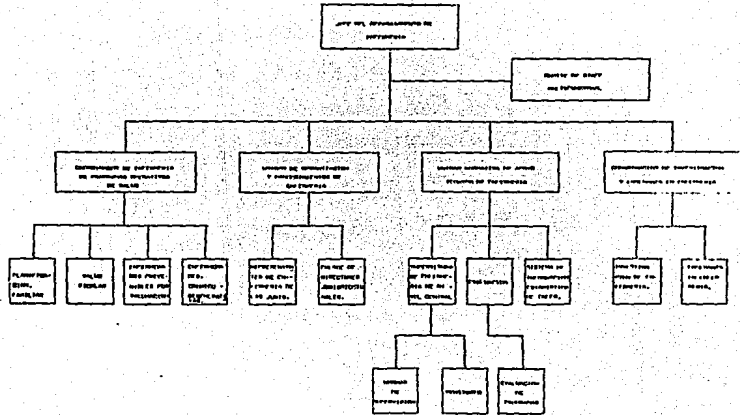
El Dx. de la comunidad, las necesidades de la población y el número de recursos con que se cuenta debido a que según los indicadores de recursos humanos en el 1er. nivel de atención corresponde para enfermería:

- 1 enfermera de módulo por cada 3000 habitantes, y de campo
- 1 enfermera para C.E.Y.E.
- 1 enfermera para el servicio de curaciones e inyecciones
- 1 supervisora de enfermería por cada 10 enfermeras de línea
- 1 jefe de enfermeras por cada 1000 habitantes  
por cada 10 enfermeras de línea  
por 1 enfermera supervisora

Debido a lo anterior, en nuestra situación no siempre es factible ya que no se cuenta con el número de enfermeras para cubrir las unidades, y no existe personal exclusivo para campo, por lo tanto, se utiliza el personal para la distribución de los servicios, dando prioridad a clínica y a los servicios.

<sup>2</sup>Fernando Mora Carrasco. Introducción a la Medicina Social Salud Pública. Ed. Trillas. México, 1990. 148 p.p.

no ubicando a nadie, o por lo menos, a una enfermera en campo. Por lo que en las fases de contingencia o problemas de sa lud, se toma todos los recursos descubriendo la atención inte gral que tanto se aclama.



PROPOSTA DE LA ORGANIZACION DE LA D.G.S.S.P.D.F.

ANEXO No. 8

## ANEXO No. 9

## ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE LINEA

## - ENFERMERA DE MODULO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR

## Actividades en Clínica

## 1. Generales

- Solicitar material y equipo a la C.E.Y.E. mediante vale.
- Organizar en el consultorio el material y equipo necesario para la consulta y vigilar que esté en condiciones de uso.
- Efectuar recepción del paciente y con la tarjeta de citas localizar el expediente clínico.
- Preparar al paciente física y psicológicamente para la exploración y colaborar con el médico en la misma.
- Tomar signos vitales (temperatura, presión arterial, pulso) y datos somatométricos (peso, talla) en los menores de 1 año el perímetro cefálico.
- Orientar al paciente sobre seguimiento de indicaciones médicas, higiénico dietéticas y para exámenes de laboratorio.
- Detectar inasistentes a la consulta médica y solicitar o efectuar visita domiciliaria o entrevista.
- Impartir pláticas educativas de todos los programas que se manejan en el módulo, según el calendario de pláticas.
- Proporcionar cuidados de enfermería a pacientes con cuadros agudos y urgencias (hipertemia, hipertensión, hipo-

tensión, convulsiones, hemorragias).

-Registrar en las formas correspondientes las actividades realizadas.

-Específicas por Programa.

- Planificación Familiar

-Motivar a las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) para que se incorporen al programa.

-Proporcionar atención de enfermería a usuarios subsecuentes del programa en ausencia del médico, registrando la actividad en el expediente.

-Manejar y actualizar el tarjetero de usuarias en control conjuntamente con el médico.

-Tener en stock de métodos anticonceptivos requeridos para su módulo.

- Control de Embarazo

-Detectar embarazadas y motivarlas para su control

-Referir al médico embarazadas con signos y síntomas de alarma.

-Conjuntamente con el médico manejar el tarjetero de control de embarazadas.

-Referir al servicio de inmunizaciones o aplicar toxoide tetánico.

-Orientar a la embarazada sobre cuidados del embarazo y control médico.

- Control del Niño Sano

- Captar y referir al médico casos con problema
- Revisar esquemas de vacunación y referir a inmunizaciones o aplicar vacunas faltantes y registrar en el expediente.
- Orientar a la madre sobre cuidados, alimentación y control médico del niño.

- Transmisibles

- Detectar y canalizar al médico casos sospechosos de enfermedades transmisibles.
- Participar en el estudio epidemiológico de casos transmisibles.
- Orientar sobre medidas de control de casos transmisibles proporcionados por el médico.

- Diabetes

- Efectuar dextrostix a pacientes mayores de 30 años, obesos y con antecedentes diabéticos y referir al médico casos sospechosos.
- Orientar a diabéticos sobre cuidados específicos en su alimentación, higiene personal, tratamiento y control médico.

- Hipertensión

- Referir al médico probables casos de hipertensión, detectados durante la toma rutinaria de presión arterial.
- Orientar a hipertensos sobre cuidados especiales en alimentación, tratamiento y control médico.

#### - Programa de Hidratación Oral

- Orientar a la madre sobre la prevención de las diarreas y preparación del suero oral.
- Proporcionar pláticas sobre prevención de diarreas.
- Efectuar demostraciones sobre preparación de suero.
- Solicitar visita a casos de diarrea para su seguimiento.

#### - Actividades en Campo

##### 1. Generales

- Programar sus actividades en coordinación con el médico.
- Participar en la realización del estudio de comunidad y diagnóstico de salud.
- Participar en la elaboración y actualización del plano del módulo.
- Participar en la realización de encuestas de programas específicos.
- Promover la integración de familias al programa de Medicina General Familiar para su control.
- Impartir pláticas educativas de apoyo a todos los programas.
- Efectuar visitas domiciliarias y entrevistas solicitadas por el médico y/o enfermera de clínica.
- Informar en las formas correspondientes las actividades realizadas.
- Orientar sobre cuidados, tratamiento y control médico del

#### - Tuberculosis

- Suministrar, vigilar y controlar los tratamientos de pacientes tuberculosos bajo supervisión del médico.
- Orientar al paciente y familia sobre medidas de control y tratamiento de la Tuberculosis.
- Manejar el tarjetero de Tuberculosis.
- Participar en el estudio de contactos.
- Hacer interrogatorio a pacientes mayores de 15 años para identificar sintomáticos respiratorios y referencias al laboratorio para examen bacilosκόpico.
- Dar orientación sobre recolección de muestra de esputo para estudio bacilosκόpico.

#### - Antirrábico

- Efectuar curación de heridas por mordeduras o referir a los pacientes al servicio de curaciones.
- Colaborar con el médico en la detección y control de contactos de perros positivos.
- Verificar terminación de tratamiento.

#### - Detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino y Mamario

- Motivar a todas las mujeres asistentes a la consulta (mayores de 15 años que tengan o hayan tenido vida sexual activa) para efectuarles toma de papanicolao y examen mamario.
- Colaborar con el médico en la toma de muestras de exudado



vaginal y en el examen de mamas, y en ausencia de éste efectuar las dos actividades.

- Enseñar a la paciente a efectuar la autorrevisión de mamas.
- Manejar la libreta de control de muestras de exudado exfoliativo vaginal.
- Ordenar y entregar las laminillas a la supervisora o jefe de enfermeras.
- Recibir, entregar resultados y referir al médico los casos sospechosos.

## ANEXO No. 10

TABLA F VALORES DE  $r$  A LOS NIVELES DE CONFIANZA DE  
0.05 Y 0.01

gl	.05	.01
1	.99692	.999877
2	.95000	.990000
3	.8783	.95873
4	.8114	.91720
5	.7545	.8745
6	.7067	.8343
7	.6664	.7977
8	.6319	.7646
9	.6021	.7348
10	.5760	.7079
11	.5529	.6835
12	.5324	.6614
13	.5139	.6411
14	.4973	.6226
15	.4821	.6055
16	.4683	.5897
17	.4555	.5751
18	.4438	.5614
19	.4329	.5487
20	.4227	.5368
25	.3809	.4869
30	.3494	.4487
35	.3246	.4182
40	.3044	.3932
45	.2875	.3721
50	.2732	.3541
60	.2500	.3248
70	.2319	.3017
80	.2172	.2830
90	.2050	.2673

FUENTE: Fisher y F Yates. Statistical Tables for Biological, Agricultural and Medical Research. 4a. ed. Oliver & Boyd. Edimburgo. Tabla IV, con autorización de los autores y editores.

## APENDICE No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y ORSTETRICIA

## CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION

LA ORGANIZACION DE ENFERMERIA Y LA ATENCION COMUNITARIA  
EN LA POBLACION DEMANDANTE DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION  
EN LA JURISDICCION SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA  
EN LA CD. DE MEXICO, D.F.

No. de Cuestionario \_\_\_\_\_

ELABORADO POR

MA. DE LOURDES VILLAFANA LAGUNA

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA

CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

FECHA DE ELABORACION:

18 DE FEBRERO DE 1994.

### OBJETIVO DEL CUESTIONARIO

Recabar datos de las fuentes fidedignas a fin de conformar y recabar la información necesaria para comprobar la hipótesis general y de trabajo.

### JUSTIFICACION

El presente cuestionario se hace necesario en virtud de que es el instrumento vital con el que podrá obtener la información, conjuntamente con la observación y con el apoyo de las entrevistas. A partir de la obtención de la información, se podrán elaborar las tablas y gráficas necesarias para el concimiento y presentación de los resultados.

### INSTRUCCIONES

El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de recabar datos, por lo tanto, se hace necesario que las personas encuestadas sigan las siguientes instrucciones.

1. Contestar en forma honesta las preguntas que a continuación se mencionan.
2. Marque con una "X" una opción de respuesta a cada pregunta ya que si se contestan dos opciones, se invalida la respuesta.
3. Todo lo recabado es estrictamente de uso confidencial.

NOTA: Se agradece su colaboración en las respuestas que den a este cuestionario, y si desea conocer los resultados estarán

a su disposición al terminar la investigación.

## DATOS GENERALES

### 1. ¿CUAL ES SU EDAD?

- 1. De 15 a 20 años
- 2. De 21 a 25 años
- 3. De 26 a 30 años
- 4. Más de 31 años
- 5. Sin respuesta

### 2. ¿CUAL ES TU ESTADO CIVIL?

- 1. Soltera
- 2. Casada
- 3. Divorciada
- 4. Unión libre
- 5. Sin respuesta

### 3. ¿CUANTOS HIJOS TIENE USTED?

- 1. 1 Hijo
- 2. De 2 a 4 hijos
- 3. De 4 a 6 hijos
- 4. Más de 6 hijos
- 5. Sin respuesta

### 4. ¿CUAL ES TU GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS EN ENFERMERIA?

- 1. Licenciado en Enfermería
- 2. Enfermera Especialista
- 3. Enfermera General
- 4. Auxiliar de Enfermería
- 5. Sin respuesta

### 5. ¿CUAL ES TU FUNCION JERARQUICA DENTRO DE LA JURISDICCION SANITARIA?

- 1. Jefe de Enfermeras
- 2. Supervisora de Enfermería
- 3. Enfermera General
- 4. Auxiliar de Enfermería
- 5. Sin respuesta

## 6. ¿ELABORA USTED PLAN DE TRABAJO ANUAL?

1. Sí, elaboro plan de trabajo anual, ya que me permite realizar y programar mis funciones y atenciones con ca lidad en los programas que participo.
2. Sí, elaboro el plan de trabajo, aunque no siempre lo cumpro.
3. Sólo lo elaboran los dirigentes.
4. No, porque las funciones que desempeño no lo ameritan.

## 7. ¿CONOCES LAS FUNCIONES QUE DEBES DESEMPEÑAR EN TU TRABAJO?

1. Sí, las conozco y ello me permite facilitar mis labores administrativas y brindar una atención de enfermería oportuna y profesional.
2. A veces las pongo en práctica, aunque no las conozco por completo.
3. No siempre las realizo, ya que a menudo se presentan funciones imprevistas.
4. No me interesan, ya que trabajo con ellas o sin ellas.
5. Sin respuesta.

## 8. ¿ELABORA PROGRAMAS DE TRABAJO?

1. Sí, elaboro programas, ya que sirven como ejes a lo largo de un periodo determinado.
2. A veces se elaboran los programas.
3. No siempre se elaboran, sólo para los programas priori tarios.
4. No es importante su elaboración.
5. Sin respuesta.

## 9. ¿ELABORAS PROGRAMAS DE SUPERVISION?

1. Sí, siempre se elaboran los programas, puesto que son instrumento para la supervisión al personal operativo.
2. Sólo lo elaboran los recursos con funciones de supervi sión y para algunos programas.
3. A veces se elaboran los programas de supervisión, por ejemplo en los días nacionales de vacunación y fases intensivas.
4. No es necesario elaborar programas de supervisión.
5. Sin respuesta.

## 10. ¿CONOCES LA DESCRIPCION DE TU PUESTO?

1. Sí, la descripción se encuentra en el manual de organi zación, ya que son importantes para desarrollar nuestras funciones.

- 2. Sólo de algunos puestos de enfermería, no de todos.
- 3. A veces se plasman en los programas de trabajo o en los de funciones sustantivas.
- 4. La descripción actual no cumple con las necesidades de la institución y del personal de enfermería.
- 5. Sin respuesta.

11. ¿EL NUMERO DE DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES EL IDONEO EN TU AMBITO DE TRABAJO?

- 1. Sí, el número y la distribución del personal de enfermería es el adecuado.
- 2. A veces sólo existe el personal necesario.
- 3. No se cumple el indicador del número ni la distribución de servicios a la población demandante.
- 4. No existe ni siquiera el personal mínimo necesario.
- 5. Sin respuesta.

12. ¿DENTRO DE TU JURISDICCION SE LLEVA A CABO LA COORDINACION INTERSECTORIAL?

- 1. Sí, siempre se realiza con el sector salud, y el comité delegacional de salud, para dar cumplimiento a los objetivos y líneas en torno a la implementación, desarrollo y ejecución de los programas.
- 2. A veces se realiza la coordinación o cuando la indicación lo amerita.
- 3. De nada sirve la coordinación, puesto que al ejecutar los programas, cada quien sigue sus líneas olvidando la coordinación.
- 4. No es necesaria la coordinación intersectorial.
- 5. Sin respuesta.

13. ¿REALIZA LA IDENTIFICACION DE LOS CASOS EPIDEMIOLOGICOS?

- 1. Sí, porque forman parte de mi programación y planeación de mis actividades, durante las 42 semanas epidemiológicas.
- 2. Sólo la de las enfermedades prevenibles por vacunación.
- 3. A veces conozco las no transmisibles y transmisibles en general.
- 4. No me sirven para planear ni para realizar mis actividades.
- 5. Sin respuesta.

14. ¿REALIZA USTED LOS SEGUIMIENTOS DE LOS CASOS DETECTADOS O SOLO LOS IDENTIFICA?

- 1. Siempre se realiza el seguimiento de los casos detectados para prevenir complicaciones o resultados indeseados que involucren a más población.
- 2. Sólo cuando se lleva a cabo el estudio de contactos para administrar tratamientos.
- 3. A veces cuando es necesario encontrar la fuente primaria de la infección.
- 4. No se hace seguimiento, ya que sólo se brinda la atención al demandante.
- 5. Sin respuesta.

15. ¿SE DESARROLLAN TODOS LOS PROGRAMAS ESTABLECIDOS EN SU JURISDICCION?

- 1. Siempre se desarrollan todos los programas en el tiempo y espacio planeado en la jurisdicción.
- 2. No siempre, ya que cuando no se termina de desarrollar uno anterior, se inicia otro, perdiendo importancia éste.
- 3. A veces se implementan y desarrollan, pero no se realiza su seguimiento y evaluación.
- 4. No se le da la importancia a cada programa en su desarrollo.
- 5. Sin respuesta.

16. ¿CREES CUMPLIR CON LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE TE ENCOMIENDAN?

- 1. Sí, cumplo mis funciones y actividades con responsabilidad en el tiempo indicado para la atención a los individuos.
- 2. A veces las cumplo, ya que dejo mucho tiempo en espera a los demandantes y no les doy completa la atención.
- 3. No siempre, porque tengo a mi cargo más de un módulo de atención.
- 4. No me interesa cumplir las funciones y actividades.
- 5. Sin respuesta.

17. ¿CONOCE Y MANEJA ADECUADAMENTE EL SISTEMA DE INFORMACION (S.E.I.B.)?

- 1. Sí, conozco perfectamente el manejo del S.E.I.B. y los informes que me corresponden.
- 2. Sólo conozco los informes diarios.
- 3. Los que no manejo con frecuencia se me olvida su llenado.



4. Sólo los llena el estadígrafo.  
 5. Sin respuesta.

18. ¿QUE COBERTURAS SE ALCANZAN CON LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA?

1. Todas las actividades que realizo permiten alcanzar las coberturas de los programas de salud.  
 2. Sólo los programas preventivos alcanzan el 100% de cobertura.  
 3. A veces contribuyen, pues no realizo una actividad final.  
 4. Las actividades que realizo no contribuyen para nada.  
 5. Sin respuesta.

19. ¿REALIZA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PLANEADOS?

1. Sí, porque me permiten ver hasta donde llegará mi actividad.  
 2. A veces, porque me permite conocer lo que voy a desarrollar en las atenciones al individuo, familia o comunidad.  
 3. Muy rara vez se plantean objetivos por actividad.  
 4. Los objetivos no sirven para nada.  
 5. Sin respuesta.

20. ¿SE PLANEAN METAS EN LAS ACTIVIDADES DE TU AREA DE TRABAJO?

1. Sí, siempre las metas se programan para poder evaluar logros y coberturas en comparación de lo programado con lo realizado.  
 2. A veces las metas se programan por recursos de enfermería.  
 3. Sólo se programan metas por programas específicos sin importar los recursos con que se cuenta.  
 4. No son indispensables ya que nunca se cumplen.  
 5. Sin respuesta.

21. ¿COMO ES LA ATENCION DE ENFERMERIA?

1. Es buena y personalizada, ya que le proporciono al individuo la mejor atención y cuidado a su problema  
 2. Sí brindo la atención, sin importarme el problema del individuo.  
 3. A veces, porque la atención no es integral, sólo es colaboración.  
 4. Mala, por la carga de trabajo, no se brinda ni la mínima atención.

5. Sin respuesta.
22. ¿CONOCES LAS NORMAS TECNICAS QUE SE EMANAN DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL?
1. Sí las conozco por número y función para cada actividad.
2. Sólo conozco la norma de atención a la embarazada y puerperio.
3. Realizo las acciones y procedimientos sin saber que número o norma técnica es.
4. No me sirven para realizar mi actividad.
5. Sin respuesta.
23. ¿ERES RESPONSABLE EN TUS ATENCIONES DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR?
1. Sí, soy responsable y concluyo todas las actividades que me planteo.
2. Aunque soy responsable se presentan tareas que me impiden continuar una tarea anterior.
3. No siempre, porque tengo asignación en otras tareas.
4. A veces, porque no es el único programa que manejo.
5. Sin respuesta.
24. ¿COMO SE HACE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN TU UNIDAD?
1. Siempre se realiza en todas las actividades y programas establecidos que ejecutan los recursos para la salud.
2. Sólo se llevan a cabo en los programas de enfermedades transmisibles.
3. A veces la vigilancia sólo es identificación y detección.
4. No siempre le dan la importancia que amerita.
5. Sin respuesta.
25. ¿COMO DETECTAS OPORTUNAMENTE LAS ENFERMEDADES?
1. Casi siempre en el interrogatorio directo a los individuos.
2. Nada más por síntomas y signos que presentan.
3. A veces los identifico mediante otra actividad.
4. No es importante detectarlos.
5. Sin respuesta.

## 26. ¿COMO REALIZAS LA VACUNACION EN TU CLINICA?

- 1. La realizo con las técnicas y procedimientos establecidos y dirigidos a la población en riesgo.
- 2. Es oportuna y dirigida en clínica y campo.
- 3. A veces la realizo como si fuera un trabajo a destajo sin brindar atención y proporcionar las indicaciones completas a los demandantes.
- 4. Sólo realizo la vacunación como otra de mis tareas.
- 5. Sin respuesta.

## 27. ¿COMO REALIZAS LA EDUCACION PARA LA SALUD EN TU AREA DE TRABAJO?

- 1. Sí, las realizo a través de pláticas, visitas, orientaciones, encuestas dentro y fuera de la unidad aplicativa.
- 2. Sólo por medio de pláticas a grupos ya formados y en salas de espera.
- 3. A veces, porque aunque estén programados, la demanda de atención curativa rebaza a lo educativo.
- 4. No realizo educación específica.
- 5. Sin respuesta.

## 28. ¿FOMENTAS LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN LAS COMUNIDADES DE TRABAJO?

- 1. Sí, a través de la formación de grupos y su adiestramiento para inducirlos al auto-cuidado.
- 2. Sólo a grupos ya formados y cautivos, como escolares, profesores y madres de familia.
- 3. A veces, puesto que mis actividades las realizo intramuros solamente.
- 4. No es necesario, ya que la participación comunitaria no tiene importancia.
- 5. Sin respuesta.

## 29. ¿COMO DESARROLLAS EL PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS?

- 1. Con la identificación y detección en la atención al usuario, en la sala de espera y en la comunidad.
- 2. Sólo cuando existe el problema de las estaciones del año.
- 3. Conociendo las normas y líneas que se emanan de este programa.
- 4. No les doy igual importancia en todo el año.
- 5. Sin respuesta.

## 30. ¿COMO LLEVAN A CABO EL PROGRAMA DE S.I.D.A.?

- 1. Conociendo el programa, los objetivos, metas, universo de trabajo y población en riesgo.
- 2. A través de educación para la salud.
- 3. Por medio de todas las atenciones a los demandantes y orientación sobre el S.I.D.A.
- 4. Nada más a la población susceptible se le orienta.
- 5. Sin respuesta.

## 31. ¿PARTICIPA ACTIVAMENTE EN LA ATENCION DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL?

- 1. Sí, porque me entero del estado del individuo.
- 2. Sólo cuando hay revisiones especiales.
- 3. A veces cuando se me toma en cuenta.
- 4. No me interesa participar.
- 5. Sin respuesta.

## 32. ¿TIENES A TU DISPOSICION EL CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS?

- 1. Sí, para realizar el seguimiento de la atención y la ministración del tratamiento.
- 2. A veces, pues se consiguen fuera de la unidad.
- 3. De nada sirve conocerlos, ya que son obsoletos en la actualidad.
- 4. No es necesario conocerlos.
- 5. Sin respuesta.

## 33. ¿COMO SE BRINDA LA ORIENTACION NUTRICIONAL EN TU AREA?

- 1. Existe un personal específico y un servicio para toda la población.
- 2. A veces el recurso que proporciona la orientación es la enfermera.
- 3. No siempre realizo orientación nutricional, porque el usuario en el momento de la consulta tiene otro objetivo.
- 4. No me interesa que tipo de nutrición tiene el usuario.
- 5. Sin respuesta.

## 34. ¿A QUIEN BRINDAS ATENCION DOMICILIARIA?

- 1. Siempre a toda la población demandante y en forma integral.
- 2. Sólo por demanda y en casos específicos que ameriten la visita domiciliaria.
- 3. A veces, y sólo para localizar, conquistar y reconquistar a los usuarios.

- 4. Ya se perdió el interés y ahora todo se da en la unidad
- 5. Sin respuesta.

35. ¿EXISTE EL PROGRAMA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN TU AREA DE TRABAJO?

- 1. Sí, en forma general pero no específica de enfermería
- 2. Los que existen no los difunden.
- 3. El contenido no es de interés para enfermería.
- 4. No cumple con las necesidades del personal.
- 5. Sin respuesta.





## APENDICE No. 4

## MODELO DE TARJETA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
35	1	4								15	1	4	
2	2	5								2	2	5	
3	3									3	3		
14	1	4								16	1	4	
2	2	5								2	2	5	
3	3									3	3		
33	1	4								17	1	4	
2	2	5								2	2	5	
3	3									3	3		
37	1	4								18	1	4	
2	2	5								2	2	5	
3	3									3	3		
TOTAL HK CUESTIONARIOS													
31	10	27	26	25	24	23	22	21	20	19			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

LA ORGANIZACION DE ENFERMERIA Y LA ATENCION  
COMUNITARIA EN LA PoblACION DEMANDANTE DEL  
PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA JURISDICCION  
SANITARIA VERGUSTIANO CARRONERA, EN LA CD. DE  
MEXICO, D.F.

TARJETA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS



## 7. GLOSARIO DE TERMINOS

### A

- ACTIVIDAD** Categoría general de acción o intervención realizada por el equipo de salud para alcanzar un objetivo formulado.
- ADMINISTRACION SANITARIA** Acción de planificar, organizar, estructurar, dirigir o gobernar la ejecución de las actividades de salud, (personal, presupuestos, evaluaciones, etc.) y evaluarlas.
- AMBIENTE** Medio físico (geografía, clima, etc.) biológico, químico, cultural, psicológico y social en que viven los seres vivos, es decir, el medio en que se desarrollan y establecen los sistemas de relaciones sociales y ecológicas que permiten la vida en la tierra.
- APTITUD** Es la condición o conjunto de características que revelan la capacidad de un individuo para adquirir, mediante el entrenamiento, una habilidad determinada.
- AREAS** Grandes conjuntos ocupacionales genéricos existentes en los catálogos de puestos y

en el catálogo del sector que comprende área administrativa y área médica.

**ATENCION PRIMARIA A LA SALUD** Se refiere al primer nivel de la pirámide de servicios y atenciones de salud, pirámide que comienza con el nivel general, no especializado, continúa con las atenciones semi-especializadas, y termina con el nivel más especializado. El nivel primario es el que realiza la cobertura total de la población.

**AUTORIDAD** Persona u organismo que ejerce la potestad que le ha sido conferida legalmente para desempeñar una función pública o para dictar, al efecto resoluciones, cuya obediencia es indeclinable bajo la amenaza de una sanción y la posibilidad legal de su ejecución forzosa en caso necesario.

**AUTORIZA** Dotar de facultades a una persona. Resolver sobre los casos que se presenten en el desarrollo de las funciones que tiene encomendadas.

C

**CAPACIDAD** Totalidad de condiciones necesarias para el

- ejercicio de una determinada actividad que existe en una persona en menor o mayor grado.
- CARGA DE TRABAJO** Es la que se establece de acuerdo con las funciones que se desarrollan en el desempeño de un cargo específico y conforme a los requerimientos exigidos para su ocupación.
- COBERTURA** Campo de acción de un programa destinado a personas, enfermedades o metas.
- COBERTURA DE SERVICIOS** Es el área de influencia de las unidades institucionales por la capacidad potencial de sus recursos físicos y humanos, por el derecho adquirido de solicitar servicios y por el número de personas atendidas anualmente en los establecimientos.
- COMUNICACION** Proceso mediante el cual se transmite y se recibe información a través de una noticia que puede ser signo o símbolo que pasa de un organismo a otro, transformando el comportamiento de éste.
- COMUNIDAD** Agrupación de población en la que los miembros de ella están o pueden estar en con-

tacto directo los unos con los otros. Tienen intereses sociales comunes y están ligados por aspiraciones comunales, ciertos valores y objetivos comunes. Las comunidades pueden ser geográficas, territoriales, socioeconómicas, profesionales o simplemente tradicionales.

- CONOCIMIENTOS** Es la posesión de los principios técnicos y prácticos que se requieren para el desempeño de un cargo o un puesto.
- CRONOGRAMA** Gráfica de programación y control de actividades según diferentes unidades de medición de tiempo.
- CULTURA** Modo de vida que adoptan los grupos sociales humanos y las comunidades, lo cual incluye todo aquello que es producto aprendido por el hombre y luego transmitido e innovado de generación en generación a través de la herencia social y el aprendizaje (socialización).
- D**
- DIAGNOSTICO** Determinación, valoración, identificación y descripción de la naturaleza de una situa

ción o evento. Conjunto de signos o características específicas que distinguen el carácter peculiar de una actividad informándonos sobre aquellas fallas existentes en ellas.

**DEMANDA**

La "demanda" de servicios no siempre corresponde a las necesidades reales y se mide por la tasa de utilización efectiva de los servicios.

**DIAGRAMA**

Representación gráfica de una función o un fenómeno.

**DIAGRAMA DE  
FLUJO**

Representación gráfica de la secuencia que siguen las operaciones de un determinado procedimiento y/o el recorrido de las formas o los materiales. Muestran las instancias de una organización y los puestos que intervienen para cada operación descrita y pueden indicar además el equipo que se utiliza en cada caso.

**DIRECCION**

Se entiende como la ejecución de planes de acuerdo con una estructura organizativa, mediante la guía de los esfuerzos del grupo laboral a través de la motivación, la comunicación y la supervisión.

## E

**EDUCACION PARA  
LA SALUD**

Preparación permanente del individuo para conocer su organismo (su fisiología) desde el punto de vista físico, mental y social, y su ambiente de vida desde su aspecto ecológico y social, con el objeto de saber vivir en salud (Protección, prevención, curación) y de participar con la comunidad en la protección de la salud colectiva.

**EFFECTIVIDAD**

Medida de la capacidad de un procedimiento o de un programa para modificar de forma favorable un problema de salud (en relación a los objetivos propuestos).

**EFICACIA**

Capacidad para cumplir en lugar, tiempo, calidad y cantidad las metas y objetivos establecidos. Es la virtud, actividad, fuerza poder y capacidad para obrar y producir un efecto previsto. El criterio de eficacia es particularmente importante en la administración, ya que los distintos niveles y partes que integran la organización requieren coordinarse y armonizar sus acciones para producir los bienes y servicios necesarios para cumplir con los objetivos ins-

- titucionales.
- EFICIENCIA** Es el uso más racional de los medios con que se cuenta para alcanzar un objetivo pre determinado. La eficiencia se considera el requisito para evitar y cancelar dispendios y errores costosos.
- ENCUESTA** Técnica de apoyo que se utiliza para obtener información con respecto a la opinión de los servidores públicos que tienen de las políticas y procedimientos de trabajo institucional, de la supervisión y su ambiente laboral.
- EPIDEMIOLOGIA** Es una ciencia, fundamentalmente un método de raciocinio inductivo, que se utiliza en la investigación y solución de cualquier problema de salud que concierne a la comunidad, sin importar su etiología.
- ESTRATEGIA** Forma de organización de un método para dirigirlo de manera sistemática y eficiente. Son lineamientos que orientan el proceso administrativo para alcanzar los objetivos a los que se desea llegar.

## F

## FUNCION

Conjunto de actividades afines y coordinadas, necesarias para alcanzar los objetivos de la institución, de cuyo ejercicio generalmente es responsable un órgano o una undad administrativa se definen a partir de las disposiciones jurídico-administrativas.

## G

## GRAFICAS

Instrumentos que sirven para presentar y subrayar puntos importantes de la relación entre dos variables de los temas a tratar, para ello el instructor sabe cuando puede hacer uso de la misma.

GESTION PARA  
LA SALUD

Es la acción de dirigir o gobernar las actividades en pro de la salud.

## H

## HABILIDAD

Destreza necesaria para ejecutar las tareas propias de una ocupación de acuerdo con el grado de exactitud requerida.

## HIPOTESIS

Proposición referida en lo posible a pocos factores discernibles, formulada en la mayoría de los casos como explicación de causas, que debe ser asequible a la refutación basada en métodos científicos y experimen-



tales.

I

INDICADORES DE  
SALUD

Son medidas cuantitativas o cualitativas que describen un problema de salud (su frecuencia, tendencia, su evolución) o las variables que se asocian al problema.

J

JURISDICCION

Extensión territorial que es delimitada por la división política o por fronteras naturales para el ejercicio de gobierno o de un organismo público en su ámbito de competencia. Potestad para administrar justicia atribuida a los jueces quienes la ejercen aplicando las normas jurídicas generales y abstractas a los casos concretos que deben decidir. Actividad del estado encaminada a la actuación del derecho positivo mediante la aplicación de la norma general al caso concreto.

L

LINEAMIENTOS

Delimitación de los criterios generales y específicos señalados para alcanzar un objetivo determinado. Dentro del proceso de planeación, los lineamientos pueden ser estratégicos, programáticos, presupuestarios,

	sectoriales, regionales, etc.
LINEAS DE ACCION	Actividades a través de las cuales se precisan e impulsan las acciones que deben llevarse a cabo dentro de los lineamientos acordados.
M	
MANUAL DE ORGANIZACION	Documento en que se registra y actualiza la información detallada de una organización acerca de sus antecedentes históricos, atribuciones, estructura, organización; funciones de las unidades administrativas que integran niveles jerárquicos, líneas de comunicación y coordinación y los organogramas que representan en forma esquemática la estructura. Señala los puestos y las relaciones que existen entre ellos, los objetivos y las actividades de los diferentes órganos de la institución.
MEDICINA PREVENTIVA	Es la prevención de tipo médico individual (primaria, secundaria y terciaria).
METAS	Cuantificación de los objetivos a alcanzar en los ámbitos temporal y espacial. Sus componentes son la descripción, la unidad de

- medida y el monto.
- N**
- NIVEL DE VIDA** Forma habitual en que un grupo social vive y satisface sus necesidades elementales para la vida humana.
- NORMAS** Reglas de conducta o preceptos que regulan la interacción de los individuos en un grupo. Generalmente las normas conllevan una estructura de sanciones y recompensas para quienes las violen o las adopten según el caso. Ordenamiento imperativo y específico de acción que persigue un fin determinado con las características de ser en su aplicación.
- O**
- OBJETIVO** Es la expresión cualitativa de lo que se pretende alcanzar en un tiempo y espacio determinado. Está condicionado a la situación presente y tiene que partir de ella para que pueda ser considerado factible.
- ORGANIGRAMA** Diagrama que expresa gráficamente la estructura de las dependencias que forman una institución o parte de ella y las relaciones entre las unidades que la componen.

**ORGANIZACION** Estructuración técnica de las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los elementos humanos y materiales de un organismo social con el fin de lograr la máxima eficiencia de la realización de planes y objetivos señalados con anterioridad.

**P**

**PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD** Es el grado de participación activa o informada del individuo, de los grupos y de la comunidad con el objetivo de lograr cierta autonomía, bien informada, sobre la gestión de la salud individual y comunal.

**POBLACION SUSCEPTIBLE** Es la población que teóricamente está afectada por un problema de salud.

**POLITICAS** Constituye una guía de carácter general que sirve de base para orientar, limitar e interpretar, las acciones de una unidad para que coadyuven al logro de los objetivos establecidos.

**PROGRAMAS** Unidad financiera y administrativa en la que se agrupan diversas actividades con un cierto grado de homogeneidad respecto del

producto o resultado final al cual se le asignan recursos humanos, materiales y financieros con el fin de que produzca bienes o servicios destinados a la satisfacción total o parcial de los objetivos señalados a una función, dentro del marco de la planeación.

PROGRAMA DE  
SALUD

Trabajo que debe ejecutar una organización sanitaria para satisfacer una necesidad o resolver un problema de salud; un programa comprende un conjunto de actividades orientadas por objetivos bien definidos.

PROPOSITO

Es el fin esencial o directriz que define la razón de ser, naturaleza y carácter de cualquier grupo social. Es la aspiración fundamental o finalidad de tipo cualitativo que persigue en forma permanente o semi-permanente una entidad, empresa, institución o grupo.

PROYECTO

En el cuadro de un programa el proyecto está constituido por los elementos que componen los sub-objetivos que deben alcanzarse en un período determinado.

## R

## RENDIMIENTO

Grado y número de actividades que realiza el personal de Enfermería en un tiempo y lugar determinado.

## S

## SALUD PUBLICA

Implica la intervención técnica planificada sobre el medio global y sobre la población, teniendo como principio específico la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, los cuidados curativos, la readaptación del enfermo y la educación para la salud.

SALUD COMU-  
NITARIA

Se puede hablar de salud comunitaria cuando los miembros de una comunidad (geográfica y social) consciente de pertenencia a un mismo grupo o colectividad, reflexionan en común sobre los problemas de salud, expresan sus necesidades prioritarias y participan activamente en la puesta en marcha del desarrollo y realización de las actividades más adecuadas para responder a sus necesidades más reales.

SERVICIO DE  
ENFERMERIA EN

Servicios completos de enfermería dirigidos en forma ambulatoria a la comunidad, a la

- SALUD PUBLICA** familia, al individuo sano y/o enfermo, orientados en forma prioritaria a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad, a la readaptación, la vigilancia epidemiológica (riesgos), a la educación para la salud.
- SISTEMA** Conjunto de principios coordinados para formar un todo, de modo que cada elemento, recurso y función, cumplan con su objetivo propio, y a la vez se relacionen con los demás para lograr un objetivo común.
- SISTEMA DE SALUD** Sistema social, económico, ecológico y biológico que determina y condiciona en las sociedades humanas, la salud, la enfermedad, los estados intermedios, la invalidez y la muerte.
- SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD** Es el conjunto de actividades de tipo médico sanitario y social que se integran y coordinan en servicios y administraciones para mejorar y proteger la salud de la población.
- SISTEMA DE EVALUACION** Conjunto de lineamientos, funciones, órganos, procedimientos y recursos debidamente

- DE SALUD            relacionados e integrados cuya finalidad es evaluar las políticas, programas, estrategias y acciones de salud.
- SUBPROGRAMA        Son las partes principales en que se divide un programa a fin de separar convencionalmente las actividades y los recursos, con el propósito de facilitar su ejecución y control en áreas concretas de operación.
- T
- TACTICA            Forma de disponer y emplear los medios y recursos para aplicar un método o dirigir una estrategia.
- TOMA DE  
DECISIONES        Selecciona entre una o varias opciones de acción que realiza un funcionario empleado que está capacitado para determinar o resolver sobre el curso que deberá darse a la actividad institucional o de un área específica de la organización.



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ADAMS R., Nancy y Cols. Funciones vitales examen y valoración  
Ed. Dogma. España, 1986. 192 pp.

ADAMS R., Nancy y Cols. El paciente crítico. Ed. Dogma. España, 1989. 192 pp.

ALVAREZ Alva, Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. Ed Manual Moderno. México, 1991. 391 pp.

ARORVE López, Raquel. Manual de procedimientos básicos de Enfermería. Ed. Mexicana, S.A. de C.V. México, 1989. 271 p.

ARCHER R., Sarah Ellen y Cols. Enfermería de Salud Comunitaria  
Ed. Organización Panamericana de la Salud. California, 1982.  
591 pp.

BALSEIRO A. Lasty. Principios de Administración. Ed. Acuario.  
México, 1989. 191 pp.

BALSEIRO A. Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Prado, S.  
A. de C.V. México, 1991. 216 pp.

BENNER, Patricia. Progresiva en Enfermería, Manual de Comportamiento Profesional. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1984. 329 pp.

BLAQUE, Robert, Jone Mouton. El modelo del cuadro organizacional. Ed. Fondo Educativo Interamericano. México, 1973. 133 pp.

- COOKEMACGREGOR, Frances. Las Ciencias Sociales y la Enfermería. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1968. 280 pp.
- COHEN, Helen A. La Enfermera y su Identidad Profesional. Ed. Grijalbo. México, 1988. 355 pp.
- DONABEDIAN, Avedis. La Garantía y la Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. Ed. I.S.P.M. México, 1990. 80 pp.
- DONABEDIAN, Evedis. La Calidad de la Atención Médica. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1984. Cap. I. 111 pp.
- DUBIN, Robert. Las Relaciones Humanas en la Administración. Ed. C.E.C.S.A. 4a. Impresión. México, 1982. 704 pp.
- ESEVERRI, Chaverri, Cecilia. Enfermería profesión con futuro. Ed. Jims. Barcelona, 1978. 149 pp.
- FERNANDEZ A. José A. El Proceso Administrativo. Ed. Diana. 7a. ed. México, 1983. 249 pp.
- FUERST, Elinor y Wolff Lu Verne. Principios fundamentales de Enfermería. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1986. 523 pp.
- GLOVER, Mayers, Marlina. Cuidados de Enfermería planeación, control y casos. Ed. Limusa. México, 1983. 399 pp.
- GOMEZJARA, Francisco y Cols. Salud Comunitaria teoría y práctica. Ed. Nueva Sociología. México, 1981. 688 pp.

GUTIERREZ R. Addy. Salud Pública Enfermería Comunitaria. Ed. E.N.E.O. México, 1988. 280 pp.

HALL E. Joanne y Cois. Enfermería en Salud Comunitaria. Ed. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1990. 746 pp.

HERNAN S. Martín, Vicente, P. Salud Comunitaria y Práctica. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1988. 376 p.

HILDEGAR E. Peplan. Relaciones Interpersonales en Enfermería. Ed. D. ed. D. Jersey U.S.A., 1990. 263 pp.

HILL Mc, GRAH. Introducción a la administración un enfoque de contingencias. México, 1980. 450 pp.

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA DE MEXICO. Antología de Administración. Ed. I.S.P.M. México, 1978. 206 pp.

JANTW Griffit H., Paula y Cois. Proceso de atención de enfermería aplicación de teorías, guías y modelos. Ed. Manual Moderno. México, 1986. 520 pp.

JIMENEZ C. Wilburg. Introducción al estudio de la Teoría Administrativa. Ed. Fondo de Cultura Económica. 3a. impresión. México, 1982. 391 pp.

KING M., Imogene. Enfermería como profesión. Ed. Limusa. México, 1984. 189 p.

- KOONTZ, Harold y Cyrill O'Donnell. Curso de administración y contingencias de las funciones administrativas. Ed. Mc Graw Hill. 6a. ed. México, 1981. 914 pp.
- KOONTZ, Harold, Cyrill O'Donnell. Curso de administración moderna. Ed. Mc Graw Hill. 6a. ed. México, 1981. 914 pp.
- KOZIER, Barbara y Cols. Enfermería fundamental conceptos, procesos y práctica. Ed. Interamericana. Barcelona, 1989. 1182 pp.
- KRON, E. Thora. Liderazgo y administración en Enfermería. Ed. Interamericana. México, 1984. 327 pp.
- KRON, E. Thora. Manual de Enfermería. Ed. Interamericana. 4a. ed. México, 1977. 225 pp.
- LATAPI, Pablo y Cols. Sociología de una profesión el caso de Enfermería. Ed. Nuevomar, S.A. de C.V. México, 1985. 302 p.
- LEANY Cobb, Jones. Enfermería para la salud en la comunidad. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1980. 445 p.
- LUTHANS, Fred. Introducción a la administración un enfoque de contingencia. Universidad de Nebraska. 450 pp.
- MARRINER Ann. El proceso de atención de Enfermería un enfoque científico. Ed. Manual Moderno. 2a. ed. México, 1989. 344 pp.
- MASSIE L, Joseph. Bases esenciales de la administración. Ed. Diana. 11a. ed. México, 1989. 270 pp.

MEEKS R, Dorothy y Cols. Enfermería práctica. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México, 1983. 697 pp.

MORA C, Fernando y Cols. Introducción a la Medicina Social y Salud Pública. Ed. Trillas. México, 1990. 191 p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Antología de Atención Primaria a la salud. Ed. O.P.S. México, 1978. 500 p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Antología de experiencias en servicio docencia en Enfermería en América Latina. Vol. 13 No. 4. Washington, 1979.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Compilación del proceso de atención de Enfermería. Ed. O.P.S. México, 1988. 132 p.

REYES P, Agustín. Administración de empresas Teoría y práctica. Ed. Limusa. México, 1980. 392 p.

SECRETARIA DE SALUD. Manual de Organización de la D.G.S.S.P. D.F. Ed. D.G.S.S.P.D.F. y D.G.R.S.S. México, 1992. 92 pp.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Evaluación de la atención de Enfermería. Ed. S.S.A. México, 1982.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Compilación de la regulación laboral interna de la Secretaría de Salud. Ed. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1991.

STORM, Williams B y Jons Jong. Organización del mañana y estrategias. Ed. Trillas. México, 1980. 504 pp.

TAGLIA Ferri E. Louis. Organización y supervisión de recursos humanos. Ed. Limusa. México, 1981. 191 pp.

TERRY R, George. Principios de Administración. Ed. C.E.C.S.A. México, 1972. 699 p.

TERRY R. George y Cols. Principios de administración. Ed. Continental. México, 1985. 147 pp.

TINKHAM W, Catherinr y Cols: Enfermería social. Ed. Limusa. 2a. ed. México, 1981. 342 pp.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. Las universidades y la meta de salud para todos en el año 2000. Ed. UNAM. México, 1984. 650 pp.

WOLFF Lewis, Luverne y Cols. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla. 4a. ed. México, 1992. 1108 pp.

WOLFF Lewis, Luverne y Cols. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla. 2a. ed. México, 1983. 550 pp.

YURA H. M.B. Walsh. El proceso de enfermería: valoración, planificación, implementación y evaluación. Ed. Alhambra. España 1982. 222 pp.