

5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL

FACTORES QUE CONDICIONAN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LAS UNIDADES MÓVILES EN EL PROGRAMA DE SALUD RURAL EN LA JURISDICCIÓN DE ZITÁCUARO, MICHOACÁN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:
ESMERALDA ALVA NAVARRETE
NO. DE CUENTA: 97535120
SANDY BRIBIESCA GARCÍA
NO. DE CUENTA: 97535797



DIRECTOR DEL TRABAJO:

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicios

EZEQUIEL CANELA NÚÑEZ



MÉXICO, D.F.

MAYO 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	9
METODOLOGÍA	10
1. MARCO TEÓRICO	14
1.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	15
1.2 PROGRAMA DE SALUD RURAL	
DE MICHOACÁN.....	19
1.2.1 ANTECEDENTES	19
1.2.2 OBJETIVOS	22
1.2.3 ORGANIZACIÓN	23
1.2.4 RECURSOS	23
1.2.5 SUPERVISIÓN	28
1.2.6 EVALUACIÓN	28
1.2.7 FUNCIONES DE LOS	
INTEGRANTES DEL PROGRAMA	
DE SALUD RURAL.....	29
1.3 PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS	
DE SALUD	33
1.3.1 DEFINICIÓN DEL PAQUETE	
BÁSICO DE SERVICIOS DE SALUD	33

1.3.2 CONSIDERACIONES 34

1.3.3 INTERVENCIONES Y ACCIONE..... 34

1.4 ADMINISTRACIÓN GENERAL 38

1.4.1 DEFINICIÓN DE ADMINISTRACIÓN..... 38

1.4.2 PROCESO ADMINISTRATIVO 38

1.4.3 SUPERVISIÓN 39

1.4.4 COMUNICACIÓN 41

1.4.5 MOTIVACIÓN 43

2. RESULTADOS 45

3. CONCLUSIONES 92

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN 96

5. BIBLIOGRAFÍA 105

6. ANEXOS 108

INTRODUCCIÓN

El principal interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es mantener y mejorar la salud de la población desde el punto de vista de la promoción y la prevención, dirigiendo así sus estrategias al primer nivel de atención que a su vez enfoca sus actividades a cubrir las necesidades básicas del individuo, familia y comunidad.

Como se menciona en la declaración de Alma Ata en 1978 donde se establece el principio de "Salud para todos" ha sido una necesidad implementar programas que mejoren los servicios de salud brindados, uno de ellos es el Programa de Salud Rural dirigido a las poblaciones dispersas en el Estado de Michoacán.

Se ha observado que el Programa de Salud Rural, conformado de cuatro subprogramas los cuales son Planificación familiar; Embarazo, parto y puerperio; Atención al menor de cinco años sano y enfermo y Actividades varias y como apoyo el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) y el Paquete Básico de Servicios de Salud con sus quince intervenciones no han tenido gran impacto en la población; ya que por cubrir sus necesidades básicas no se da una amplia cobertura a los programas. Por esta razón es de interés determinar la forma en que se lleva a cabo y conocer los factores que afectan la prestación de los servicios de salud.

El trabajo consta de una justificación en la cual se explica el motivo de la investigación, los objetivos y la metodología que se siguió; un marco

teórico para fundamentar la investigación, los resultados obtenidos del instrumento aplicado, conclusiones donde se describe el logro de los objetivos planteados al inicio de la investigación y las alternativas de solución.

JUSTIFICACIÓN

Acorde a la necesidad de brindar mayor y mejores servicios de salud y que éstos se realicen con eficacia, calidad, calidez y sobre todo, se otorguen con equidad; se debe establecer un sistema idóneo de atención. Es necesario fortalecer la atención a las áreas rurales dispersas del Estado de Michoacán en donde se pueda dar cobertura suficiente a la población abierta y a la que carece de servicios de salud permanente; si a estos programas le agregamos el analfabetismo, la juventud de la población que en su mayoría son mujeres y niños se hace aún más necesario el fortalecimiento de un programa de salud, por lo que se debe fomentar el autocuidado de la salud y ampliar los servicios para obtener resultados que en conjunto mejoren la calidad de vida y eleven los niveles de bienestar de la población.

A raíz de esta problemática surge el Programa de Salud Rural en 1979, el cual da origen a la estrategia de extensión de cobertura apoyándose en las auxiliares de salud (1985) que es gente voluntaria de la comunidad capacitada en cuatro programas básicos: Planificación familiar; Embarazo, parto y puerperio; Atención al menor de cinco años sano y enfermo y Actividades varias.

La comunidad para tener auxiliar de salud deberá contar con 30 a 60 familias y no tener un servicio de salud formal; tener una unidad de salud cerca para la referencia de casos, que las características geográficas de comunicación sean seguras y accesibles y sobre todo, que la población tenga disponibilidad para participar en el programa.

En 1990 la Dirección General de Salud Reproductiva vuelve a evaluar la estrategia de extensión de cobertura, por lo tanto surge el Programa Especifico de Colaboración entre la Dirección General de Planificación Familiar y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, cuya función es:

- Asesorar, supervisar, capacitar y evaluar en servicio a las auxiliares de salud.
- Prestación de servicios de salud.
- Contribuir al mejoramiento en la calidad de los servicios de salud.

En 1998 el Programa de Salud Rural se ve en la necesidad de contar con un equipo móvil de salud itinerante integrado por:

- Médico pasante
- Licenciada en Enfermería y Obstetricia
- Técnico polivalente (Promotor)
- Auxiliares de salud de las comunidades

Cada unidad móvil cuenta con una población de 2500 habitantes distribuidos en 10 comunidades.

El Plan Nacional de Desarrollo se apoya en el Paquete Básico de Servicios de Salud y en el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).

Basándose en lo observado en el Servicio Social se detectó que hay factores y situaciones que dificultan el que se brinden servicios de salud con calidad a la población que vive en localidades rurales dispersas.

A raíz de esto surgió el interés por investigar la influencia que cada factor tiene sobre la prestación de servicios de salud y poder implementar estrategias que permitan corregirlos y como consecuencia ofrecer atención con calidad.

OBJETIVOS

GENERAL.

- Conocer los factores que afectan la prestación de servicios de salud.

ESPECÍFICOS.

- Determinar cómo se lleva a cabo las aplicación del Programa de Salud Rural.
- Basándose en los resultados, plantear mejoras en las estrategias de trabajo.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación descriptiva, retrospectiva.

UNIVERSO:

Personal de las Unidades Móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3 de Zitácuaro Michoacán.

MUESTRA:

12 personas que integran las Unidades Móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3

INSTRUMENTO:

La captación de datos se realizó por medio de un cuestionario que constó de 34 preguntas abiertas y cerradas, elaborado por los autores. (Ver Anexo 1, pág. 109).

Para la integración del marco teórico se realizó investigación bibliográfica recabando la información en fichas de trabajo.

Se realizaron revisiones de la información y de los datos obtenidos, éstos se procesaron estadísticamente mediante un concentrado de los mismos; los resultados se presentaron en cuadros. Además se realizó una comparación de lo mencionado en el marco teórico y los resultados junto con la observación del fenómeno y se presentaron conclusiones y posibles alternativas para mejorar el programa.

VARIABLES.

- Disposición de tiempo para cada comunidad.
- Cantidad de población.
- Supervisión constante y adecuada.
- Capacitaciones del personal involucrado en el programa.
- Recursos materiales como: medicamento, papelería, material para curación y equipo.
- Las funciones que deben realizar cada miembro del equipo.
- Motivación hacia el personal.
- Comunicación de supervisores hacia el personal y viceversa.
- Conocimiento de la existencia de manuales.
- Organización y planeación de vacaciones, descansos, horarios de trabajo y permisos.
- Oportunidad para obtener el recurso de gasolina.
- Delimitación de roles jerárquicos.
- Perfiles de cada uno de los miembros del equipo.
- Relaciones humanas.
- Integración de personal.

INDICADORES.

- Tiempo:
 - Estancia en la comunidad.
 - Frecuencia de asistencia a la comunidad.
- Población:

- Cantidad de población del área de influencia de cada unidad móvil.
- Supervisión:
 - Frecuencia.
 - Calidad.
 - Asesoría a Auxiliares.
- Capacitaciones:
 - Cursos de inducción.
 - Capacitación en servicio.
 - Funciona o no.
- Recursos materiales:
 - Suficiente en cantidad.
 - Frecuencia con que se dan.
 - Llegada oportuna.
- Recurso de gasolina:
 - Suficiente.
 - Frecuencia.
 - Oportunidad.
- Funciones a realizar:
 - Conoce o no las funciones.
- Motivación:
 - Es constante o no.

- Tipo de incentivos que se han dado.
- Comunicación:
 - Existe o no.
 - Se mantienen informados.
- Existencia de manuales:
 - Se conocen y utilizan.
- Organización y planeación de vacaciones, descansos, permisos y horarios:
 - Existe o no.
- Niveles jerárquicos:
 - Se conocen o no.
- Perfiles:
 - Conocen el primer nivel de atención.
 - Gusta trabajar en el primer nivel de atención.
- Integración del personal:
 - Es adecuada o no.
 - Qué influye para que se lleve a cabo.
- Relaciones humanas:
 - Existe o no compañerismo y comunicación.

1 MARCO TEÓRICO

1.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Se llama niveles de atención médica, a los procedimientos administrativos que se aplican con el fin de racionalizar el uso de los recursos de salud, en función de las necesidades de la comunidad.

El primer nivel de atención representa el acceso al sistema de salud. Es el contacto inicial entre la comunidad y el personal de salud. A este nivel se manejan programas de salud pública, educación para la salud, control de enfermedades transmisibles, salud escolar, mental, dental, industrial y seguridad social.

Puesto que el primer nivel de atención médica forma parte de la atención primaria a la salud, es importante aclarar algunos aspectos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) determina que la atención primaria de la salud es el conjunto de acciones al alcance del individuo, familia y comunidad, para satisfacer sus necesidades básicas de salud, en aspectos tanto de promoción y conservación, como la reparación y prevención.

La atención primaria es más amplia, no sólo atiende casos en consultorios y clínicas, también soluciona problemas de salud con recursos profesionales haciéndose indispensable la participación de la comunidad. En cambio, en el primer nivel de atención los recursos del sistema de salud se orientan a los individuos con la participación de la comunidad o sin ella.

Se considera que el primer nivel atiende al 85% de la población, el segundo nivel al 12% y el tercer nivel al 3%, con base en la pirámide de salud.¹

¹ Balderas Pedrero Ma. de la Luz. Admon. de los servicios de Enfermería. Ed. Interamericana. México, 1995 pág. 154.

El propósito de la salud pública es proteger y mejorar la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. Comprende cuatro áreas fundamentales:

- Fomento de la vitalidad y salud integral
- Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas
- Organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades
- Rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas.

La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en su definición de salud el bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades.

Esta extensa área del fomento de la salud representa en cierto sentido un redescubrimiento de antiguos conceptos. Hace nada menos que 3,000 años antes de nuestra era, algunas ciudades del subcontinente indio habían desarrollado ya programas de higiene y salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos. Los aspectos esenciales de la salud estaban incorporados a las actividades de la vida diaria, entre ellos, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades y dolencias menores. Hacia el año 1,400 A.C., la llamada ciencia de la vida, se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y promoción de la misma, aunque también realizó avances en el campo de la cirugía y la medicina curativa.

Esta tradición alcanzó también gran desarrollo en la Grecia y Roma antiguas y ha persistido hasta la actualidad, pero ha quedado relegada durante el siglo XX debido a los grandes avances realizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Sólo en las últimas décadas ha resurgido el interés por la salud integral. Esto se puede comprobar por las importantes investigaciones realizadas sobre el efecto de la malnutrición de mujeres embarazadas en el desarrollo físico y mental de sus hijos y la investigación sobre los efectos de los suplementos dietéticos en la mejora de la salud y la vitalidad en las poblaciones desnutridas; por los estudios de los niveles óptimos de temperatura y otras condiciones ambientales que afectan al bienestar humano y a la capacidad de rendimiento; y por la aceptación general del valor del ejercicio físico para alcanzar un estado integral de salud y bienestar.

La humanidad permaneció impotente durante mucho tiempo en el terreno de la prevención de enfermedades hasta que se obtuvo la prueba concluyente de la teoría del germen realizada en el último cuarto del siglo XIX por L. Pasteur en Francia y R. Koch en Alemania. Sus hallazgos en el campo de la bacteriología llevaron a la primera revolución epidemiológica: la conquista de la enfermedad infecciosa. La salud pública ambiental, que comprende el abastecimiento de agua potable, mejores sistemas de alcantarillado, pasteurización de la leche y el control sanitario del suministro de alimentos, dio como resultado la casi total desaparición del cólera y las fiebres tifoideas y una marcada reducción de la diarrea y la mortalidad infantil en los países industrializados. El descubrimiento de vacunas efectivas, basadas en el desarrollo de la inmunología como ciencia, no sólo llevó a la reciente erradicación de la viruela en todo el mundo, sino también a un notable descenso de enfermedades como la difteria, el tétanos,

la tos ferina, la poliomielitis y el sarampión. Sin embargo, la falta de medios sanitarios apropiados todavía dificulta los esfuerzos de los países en vías de desarrollo para reducir la tasa de enfermedades gastrointestinales en niños, la principal causa de mortalidad en el mundo actual; la malaria, la tuberculosis, la gripe y otras enfermedades infecciosas siguen siendo problemas graves de salud en muchos países.

El mundo se encuentra ahora en las puertas de la segunda revolución epidemiológica: la conquista de las enfermedades no infecciosas. Estas enfermedades no sólo son la principal causa de mortandad en los países industrializados, sino que también han adquirido cada vez mayor importancia en las naciones en vías de desarrollo. Los expertos en epidemiología han desarrollado métodos efectivos para la prevención de enfermedades cardíacas, ciertos tipos de cáncer, apoplejía, accidentes, enfermedades crónicas obstructivas del pulmón y la cirrosis hepática; la aplicación de estos métodos ha dado como resultado la espectacular reducción de los índices de mortalidad.

En la actualidad hay en el mundo tres sistemas básicos de cuidados médicos: asistencia pública, seguros de enfermedad y servicios sanitarios nacionales. El primero de ellos predomina en 108 países, que constituyen el 49% de la población mundial; están localizados en Asia, África y América Latina. Para la gran mayoría de esos países, cualquier tipo de asistencia médica disponible es suministrada por un sistema de asistencia pública para gente desfavorecida. Esto incluye los hospitales del gobierno y los centros de salud financiados a través de los impuestos. Por lo general, el sistema y sus instalaciones carecen de la financiación necesarias, atienden un excesivo número de enfermos y no cuentan con personal suficiente. Además de

dichos sistemas administrados por los departamentos de salud, pueden existir programas dirigidos por agencias de la seguridad social para empleados de oficinas o industrias. No obstante, allá donde existen estos programas suelen cubrir sólo a una pequeña parte de la población. En esos países hay un pequeño estrato de terratenientes, industriales, funcionarios y profesionales que hacen uso de la medicina privada y sus hospitales.

Durante las últimas décadas se han desarrollado muchos programas y servicios de rehabilitación para mitigar la invalidez funcional resultante de enfermedades o lesiones y para que las personas puedan volver a desarrollar sus actividades lo antes posible. No sólo la recuperación física, sino también la rehabilitación social y vocacional están recibiendo cada vez más atención como aspectos importantes de los servicios de salud pública. Esto es coherente con la postura de centrarse en la salud, más que en la enfermedad, adoptada por la OMS. Hoy en día la salud se considera un estado de bienestar social, mental y físico, más que la simple ausencia de enfermedad. En la declaración de Alma-Ata de 1978, los países miembros de la OMS se comprometieron con el lema "Salud para todos" el principio rector de todos los departamentos de salud locales, estatales, provinciales, regionales y nacionales es lograr esta meta de la manera más completa y rápida posible.²

1.2 PROGRAMA DE SALUD RURAL DE MICHOACÁN.

1.2.1 ANTECEDENTES.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, se reconoce la necesidad de aumentar el Programa de Salud Rural SSM 2001.

² Sánchez Sans Ramiro. Enciclopedia Microsoft. Encarta básica 2000.

Ha sido una preocupación constante del gobierno federal otorgar servicios de salud a la población rural que se encuentra geográficamente marginada en áreas de difícil acceso; con nutrición deficiente, ingresos bajos, vivienda inadecuada, instrucción precaria por mencionar algunas. Desde hace varias décadas se ha implementado una política que ha buscado eliminar la inequidad, es decir, la desigualdad en lo que se refiere a la prestación de servicios médicos, favoreciendo la extensión de éstas hacia las áreas rurales.

La prestación de servicios médicos a la población rural por parte del gobierno se inició a raíz de la reforma agraria establecida como precepto constitucional en 1917. A moción del jefe del Departamento de Salubridad, se organizaron brigadas móviles que visitaban poblaciones rurales ofreciendo servicios de consulta, vacunación y tratamientos antiparasitarios. Para 1927 se transformaron en unidades sanitarias cooperativas con carácter permanente; en 1934 eran conocidas como servicios médicos ejidales.³

En 1953 se integran los servicios médicos rurales cooperativos y el programa de bienestar social rural, así como el programa de extensión de cobertura en 1977.

La participación del IMSS en lucha contra la inequidad ha sido muy importante; en 1973 se establecieron los servicios de solidaridad social y en 1979 se creó el IMSS COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), en el cual convinieron extender muy sustancialmente la cobertura a la población rural con un servicio médico del primer nivel.

Esto evolucionó a lo que hoy conocemos como IMSS-Solidaridad.

En 1996 en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) se implementó el Programa de Atención Comunitaria (PAC).

En 1999 el Programa de extensión de cobertura evoluciona a lo que es hoy el Programa de Salud Rural.

Estas estrategias se han instrumentado con programas de atención primaria a la salud con el fin de resolver la problemática de salud existente. Sin embargo, faltó uniformidad y coordinación intra e interinstitucional que no permitieron lograr la cobertura total; en no raras ocasiones existió duplicidad de cobertura, por lo que fue necesario diseñar y consolidar un modelo de atención que satisficiera las necesidades de salud de la población estableciendo así el Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA).

El Programa de Salud Rural debe estar en coordinación con los directores de municipios y de centros de salud. El personal de los equipos son de apoyo para ampliar la cobertura; no para cubrir necesidades en el servicio de unidades fijas. Su propósito es el de asegurar el óptimo aprovechamiento de estos recursos.

En el diagnóstico de salud de la jurisdicción No. 3, Zitácuaro se menciona que hay una población total de 561,260 habitantes, que está distribuida en 7716 localidades, de las cuales 7524 (97.5%) son menores de 2500 habitantes y que se caracterizan por su alta dispersión geográfica, carencias de vías de comunicación, actividad económica (agricultura y pesca con instrumentos rudimentarios) y remuneración por debajo del salario mínimo.

³ Kumate Jesús. Salud para todos ¿Utopía o realidad?, Ed. El Colegio Nacional. México, 1989 pág. 89-90.

Podemos señalar que en base a los antecedentes antes descritos es necesario fortalecer la atención a las áreas marginadas, lo que justifica un funcionamiento adecuado del Programa de Salud Rural. Dentro de éste, las funciones del ESI (Equipo de salud itinerante) es proporcionar el Paquete Básico de Servicios de Salud, otorgar consulta general externa, referencia de pacientes y vigilancia epidemiológica. Las actividades de la auxiliar de salud son promover y orientar acerca de los programas sobre saneamiento ambiental, planificación familiar, vacunación, primeros auxilios, distribuir medicamentos de un botiquín elemental, participar en la vigilancia epidemiológica e iniciar la referencia de pacientes al siguiente nivel.⁴

1.2.2 OBJETIVOS.

GENERAL:

Mejorar el nivel de salud de la población a través de la aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud, ofreciendo servicios integrales de calidad, fortaleciendo las acciones a los grupos de mayor riesgo.

ESPECÍFICOS:

Fortalecer la prestación de los servicios de salud en forma continua para su aceptación y permanencia entre la población.

Favorecer la participación organizada de la población en la solución de los problemas de salud.

⁴ Kumate, Op. Cit., pág. 33-35.

1.2.3 ORGANIZACIÓN.

La responsabilidad del Programa de Salud Rural recae sobre el Jefe de la jurisdicción quien a su vez delega responsabilidad en el coordinador del Programa para el desarrollo de las actividades.

Los equipos de salud están conformados por un médico, una enfermera ya sea de base o de servicio social y un promotor de salud, que realizan 2 visitas por mes a las diferentes localidades de su área de influencia. Contando con el apoyo de las auxiliares de salud que desarrollan las actividades en la comunidad; éstas cuentan con el aval de la comunidad para desarrollar sus tareas, además de recibir capacitación continua para el desempeño de sus labores y dotándoseles de los insumos necesarios. Teniendo estos recursos tanto institucionales como comunitarios se podrá otorgar una atención integral a través del Paquete Básico de Servicios de Salud.

1.2.4 RECURSOS.

HUMANOS:

A la fecha se cuenta con 14 médicos pasantes y 1 médico de base que pertenece al Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).

En cuanto al personal de Enfermería se encuentran cubiertos 10 módulos con enfermeras pasantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, un módulo con enfermera de base del Programa de PROGRESA y los 4 restantes no cuentan con este recurso.

En el caso del técnico polivalente (promotor) se cuenta con 5 promotores de base, 4 por contrato y 2 con base de PROGRESA.

A continuación se mencionan las características que deben tener cada uno de los integrantes del equipo de salud que integran la unidad móvil.

Perfil del Egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia:

El Egresado tendrá la capacidad de:

Analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención a la salud en México para reconocer los factores que han determinado la práctica real de Enfermería y ubicar su rol profesional en el campo de la salud.

Comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso salud-enfermedad a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación a la estructura del sector salud, las políticas y las estrategias de acción en virtud de definir su nivel de participación como integrante del equipo de salud en la práctica institucionalizada y en el ejercicio libre de la profesión.

Interpretar críticamente los programas de salud a nivel nacional, estatal y municipal para ubicar la participación de Enfermería en el nivel estratégico, táctico y operativo; su función real y posible en los tres niveles de atención y su contribución en el fortalecimiento de las acciones de atención primaria.

Participar multiprofesional e interprofesionalmente en las acciones que se deriven de los programas prioritarios del sector salud, particularmente lo que concierne a la prevención de las enfermedades, al tratamiento de los padecimientos que tienen una evolución previsible y que pueden resolverse mediante el manejo de tecnología y metodología simplificada, a la promoción de la salud y el fomento e

integración de esfuerzos comunitarios para la solución de problemas sectoriales que tienen que ver con la salud.

Aplicar los métodos clínico y epidemiológico con enfoque social para conocer y delimitar la integración de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos, así mismo diseñar programas integrales tendientes al mejoramiento del nivel de salud y bienestar.

Aplicar acciones preventivo-terapéuticas al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo con base en un criterio que anticipe el daño potencial a la salud en función de revertir o limitar la evolución de los procesos patológicos en el ámbito hospitalario, comunitario y de asistencia social.

Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud, dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida, que incrementen el capital cultural para la conservación de la salud y que propicien la autosuficiencia en su cuidado.

Sistematizar el estudio clínico integral del individuo con base en los indicadores de normalidad, así como detectar y clasificar las manifestaciones de alteración orgánico-funcional durante las diversas etapas de la vida.

Elaborar juicios clínicos que permitan la toma de decisiones acerca de la atención específica de Enfermería que debe proporcionarse al paciente para contribuir con las cuatro ramas troncas de la medicina y las

diversas especialidades, en los procesos hospitalarios de restablecimiento de la salud.

Proporcionar atención de obstetricia a la paciente de bajo riesgo perinatal, considerando los métodos clínico y epidemiológico para evaluar, detectar y disminuir riesgos al binomio madre-hijo, tanto en la práctica institucional como en el ejercicio libre de la profesión.

Desarrollar una autoridad profesional que propicie su integración al equipo interprofesional para involucrarse en la planeación de los servicios de salud, la toma de decisiones en el campo de Enfermería y en la coordinación del trabajo de técnicos, auxiliares y promotores de la salud.

Aplicar la metodología de la investigación en el ámbito clínico, educativo y comunitario para conocer, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso salud enfermedad a fin de proponer alternativas de Enfermería tendientes a mejorar la calidad de la atención a la salud.

Aplicar los conocimientos de docencia participando en la formación, actualización y capacitación de recursos humanos.

Distinguir los aspectos legales relacionados con la práctica de Enfermería, tanto en las instituciones como en el ejercicio libre de la profesión.

Actuar durante el desarrollo de su práctica con estabilidad emocional, sustentada en valores éticos y principios humanitarios.

Acrescentar su cultura con un permanente deseo de superación y actualización profesional.⁵

Perfil del Promotor de salud:

Masculino de entre 24 y 40 años de edad.

Estudios de nivel medio (secundaria completa).

Experiencia conduciendo vehículos.

Conocimientos básicos de mecánica automotriz.

Residente de la localidad de la Unidad Móvil.

Tiempo completo.

Disponibilidad para viajar y realizar trabajos de campo.

Habilidad para establecer relaciones humanas.⁶

Perfil de la auxiliar de salud:

Hombre o mujer de la localidad mayor de 18 años.

Responsable de promover y cuidar la salud de las personas.

Elegido por la comunidad.

Que hable español y dialecto indígena.

Que viva en la comunidad.

Goza de prestigio y reconocimiento de la comunidad.

En algunos casos tiene experiencia en el trabajo comunitario.

Vigila la salud de 30 a 60 familias de su localidad.

⁵ Solís Guzmán Carolina. Guía para el servicio social y opciones de titulación. ENEO. México, 2000 pág. 6-9.

⁶ Secretaría de Salud de Michoacán. Programa estatal de salud reproductiva primer nivel. Michoacán, 1998 pág. 28.

Recibe continuamente capacitaciones por el equipo de salud y la jurisdicción sanitaria.

MATERIALES:

Se cuenta con 12 vehiculos para los equipos: 8 son de salud rural y 4 son de PROGRESA.

1.2.5 SUPERVISIÓN.

La supervisión se realiza en forma directa a través del monitoreo periódico por la coordinación jurisdiccional del Programa de Salud Rural y el equipo de supervisión, que el jefe de la jurisdicción determina y el nivel estatal por el departamento de Salud Reproductiva. Coordinación del Programa Estatal de Salud Reproductiva con las características de asesoría y capacitación en servicio. La forma indirecta se aplica a través de la validación de los registros de información con el modelo de Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) para las actividades que realizan el equipo de salud y para las actividades de las auxiliares de salud se utiliza el SISPA fuera de la unidad.

Se dará asesoría y adiestramiento al personal en general en cada visita.

1.2.6 EVALUACIÓN.

La evaluación es un instrumento determinante para verificar los logros obtenidos de las metas aplicadas al programa y sus resultados. La evaluación será periódica, en forma trimestral, semestral y anual por niveles, local, jurisdiccional y estatal.⁷

1.2.7 FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL PROGRAMA DE SALUD RURAL.

- Coordinador jurisdiccional de salud reproductiva y salud rural:
 1. Programar, controlar y evaluar las acciones de planificación familiar y atención primaria a la salud a través de las unidades de primer nivel de la institución y de las auxiliares de salud rural.
 2. Organizar y coordinar las actividades jurisdiccionales de salud reproductiva y salud rural.
 3. Supervisar módulos y comunidades del Programa de Salud Rural.
 4. Detectar necesidades de capacitación del personal comunitario y elaborar programas para su capacitación y adiestramiento en servicio, para el adecuado cumplimiento de las actividades del Paquete Básico de Servicios de Salud.
 5. Dar seguimiento al ciclo logístico de los medicamentos, material de curación y anticonceptivos del programa de salud reproductiva y salud rural.

- Médico de la unidad móvil:
 1. Apoyar, asesorar y supervisar el trabajo del personal comunitario, que se encuentra bajo su responsabilidad.
 2. Coordinar la programación de actividades del módulo de su responsabilidad junto con la supervisora de auxiliares de salud.
 3. Participar en la capacitación del personal auxiliar de salud.
 4. Coordinar con el responsable de salud reproductiva jurisdiccional y la dirección de su centro de salud sede la programación, información y evaluación de actividades realizadas.

5. Reforzar y vigilar la atención médica a la población de las localidades de su módulo.
6. Asesorar y orientar a las auxiliares de salud y población en general sobre saneamiento familiar y del medio ambiente.
7. Abastecer el cuadro básico de medicamentos y material de curación de su unidad móvil y de las auxiliares de salud.
8. Gestionar el traslado de pacientes en condiciones críticas de salud a unidades de mayor capacidad resolutive.
9. Apoyar y participar en la detección y control de brotes epidémicos.

- Enfermera supervisora de auxiliares de salud:

1. Lograr que las auxiliares de salud de las comunidades que integran su módulo sean capaces de detectar problemas de salud en sus localidades.
2. Participar en la elaboración del microdiagnóstico de salud de cada localidad.
3. Participar en el proceso de organización y desarrollo del comité local de la comunidad.
4. Participar en la selección de auxiliares de salud en apoyo al comité de salud comunitario.
5. Participar y apoyar en la elaboración de material de promoción, vigilar su área.
6. Apoyar en la distribución oportuna de medicamentos, material de curación, anticonceptivos y demás insumos necesarios para que las auxiliares de salud realicen sus actividades.
7. Participar en la capacitación de las auxiliares de salud jurisdiccionales.

8. Supervisar las actividades de las auxiliares de salud del área asignada.
 9. Proporcionar atención a la población en cuanto al Paquete Básico de Servicios de Salud.
 10. Otorgar cartilla nacional de la mujer.
 11. Vigilar el registro adecuado de información de las actividades de la auxiliar de salud en los formatos primarios, así como la entrega completa y oportuna a nivel de su centro de adscripción o cabecera modular.
 12. Colaborar con el director del centro de salud de la cabecera modular y el coordinador jurisdiccional en la evaluación de las actividades de la auxiliar de salud.
 13. Mantener actualizados los censos nominales de programas específicos del paquete y el seguimiento de la vigilancia epidemiológica simplificada.
- Promotor (Técnico polivalente):
 1. Promover el mejoramiento y preservación de las condiciones sanitarias de fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para su uso y consumo humano.
 2. Vigilar la disposición sanitaria de basura.
 3. Promocionar la disposición de excreta en forma sanitaria.
 4. Promover el control sanitario de fauna nociva.
 5. Promover el mejoramiento sanitario de la vivienda.
 6. Promocionar la producción de huertos familiares y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo.
 7. Coordinar la vacunación antirrábica a animales.
 8. Prevenir y controlar enfermedades transmitidas por vector.

9. Trasladar al personal de la unidad móvil a las localidades de responsabilidad.
10. Trasladar pacientes en estado crítico de salud y/o para salpingoclasia y vasectomía a unidades de salud.
11. Realizar obras de beneficio comunitario que reditúe en salud mediante las autoridades locales solicitando apoyo a nivel municipal.

- Auxiliar de salud:

1. Elaborar el microdiagnóstico de salud local.
2. Promover la participación social (formación del comité local de salud), capacitar a la población para la promoción y el fomento de la cultura en salud.
3. Capacitar a la población en el manejo de enfermedades respiratorias y enfermedades agudas en el hogar.
4. Promover las medidas de prevención de los principales daños y riesgos a los que están expuestos.
5. Otorgar servicios de planificación familiar (identificar población de riesgo, distribuye métodos anticonceptivos, refiere para la aplicación de DIU, salpingoclasia y vasectomía).
6. Identificar embarazadas y menores de cinco años con esquema vacunal incompleto, promover el programa de vacunación universal, tratamientos familiares antiparasitarios con albendazol y ministración de nutrientes.
7. Otorgar atención médica (ministrar esquemas de tratamiento de enfermedades agudas, vigilar el estado nutricional en menores de cinco años, atención prenatal, promoción de la lactancia al seno materno, dar seguimiento y tratamiento de enfermedades crónico-

degenerativas, identifica embarazos de alto riesgo, referir a unidades de primer nivel, otorgar primeros auxilios y referir casos quirúrgicos.

8. Promocionar el saneamiento básico familiar, desinfección de agua domiciliaria, eliminación sanitaria de excreta y desecho, control de la fauna nociva y transmisora.
9. Asistir al personal de la unidad móvil de salud rural en sus visitas periódicas a la comunidad.
10. Realizar sus actividades cotidianamente tanto en trabajo de campo como en la casa de salud.⁸

1.3 PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS DE SALUD (PABSS).

1.3.1 DEFINICIÓN DEL PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS DE SALUD:

Es un conjunto de intervenciones en salud que deben ser otorgadas a toda la población en respuesta a las necesidades prioritarias. Contiene acciones factibles de realizar, de bajo costo y alto impacto. Su aplicación constituye la estrategia fundamental para la ampliación en la cobertura de los servicios de salud.

Las intervenciones que lo conforman agrupan actividades concretas de:

Promoción.

Prevención.

Curación o rehabilitación.

Dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad o al medio ambiente.

⁸ Secretaría de Salud de Michoacán. Op. Cit., pág. 24-30.

1.3.2 CONSIDERACIONES.

- El PABSS parte del diagnóstico de daños y riesgos a la salud y responde a problemas prioritarios.
- Pone en primer plano acciones de promoción de la salud, medicina preventiva, nutrición y salud reproductiva.
- Se basa en las reformas al modelo de atención a la salud para población abierta.
- Permite la horizontalización de los programas con lo que se impulsa la descentralización.

1.3.3 INTERVENCIONES Y ACCIONES.

1) Saneamiento básico a nivel familiar:

- Desinfección de agua domiciliaria.
- Disposición sanitaria de excretas a nivel domiciliario.
- Educación para la salud.

2) Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar:

- Capacitación a madres de menores de cinco años.
- Reconocimiento de signos de alarma.
- Distribución de sobres vida suero oral.
- Referencia para tratamiento.

3) Tratamiento antiparasitario a familias:

- Ministración de antiparasitarios.
- Educación para la salud.

4) Atención de infecciones respiratorias agudas:

- Reconocimiento de signos de alarma.

Capacitación a madres de menores de cinco años.

Tratamiento específico.

Referencia para tratamiento.

5) Prevención y control de tuberculosis pulmonar:

Referencia de tosedores crónicos.

Tratamientos supervisados de casos confirmados.

Educación para la salud.

6) Prevención y control de hipertensión y diabetes mellitus:

Detección.

Tratamientos supervisados.

Educación para la salud.

7) Inmunizaciones:

Identificación y derivación de susceptibles.

Ministración de vacunas.

Educación para la salud.

8) Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño:

Identificación de menores de cinco años.

Orientación nutricional.

Detección y diagnóstico.

Capacitación de madres.

Referencia y seguimiento.

Ministración de micronutrientes.

9) Servicios de planificación familiar:

Identificación de población en riesgo.

Distribución de métodos orales, inyectables y condones.

Referencia para la aplicación de DIU, salpingoclasia y vasectomía.

Educación para la salud.

10) Atención prenatal, del parto y puerperio:

Identificación de embarazadas.

Consulta prenatal de primera vez y subsecuente.

Aplicación de toxoide tetánico.

Promoción de la lactancia materna.

Identificación y referencia del embarazo de alto riesgo.

Atención del parto eutócico.

Detección y referencia del parto de alto riesgo.

Cuidados inmediatos del recién nacido.

Detección y referencia del recién nacido con problemas.

Aplicación de Sabin y BCG al recién nacido.

Educación para la salud.

11) Prevención de accidentes:

Otorgamiento de primeros auxilios.

Referencia.

Educación para la salud.

12) Participación social:

Formación de comités locales de salud.

Protección de fuentes de abastecimiento de agua.

Eliminación sanitaria de la basura.

Promoción de la producción y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo.

Control de la fauna nociva.

13) Prevención y control del cáncer cervicouterino:

Identificación de susceptibles.

Detección.

Diagnóstico.

Tratamiento.

Educación para la salud.

14) Prevención y control de enfermedades bucales:

Identificación de susceptibles.

Tratamiento y educación para la salud.

Educación para la salud.

15) Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores:

Rociamientos.

Nebulizaciones.

Aplicación de larvicidas.

Pesquisa.

Descacharrización.

Tratamientos.

Fomento para la salud.

Ordenamiento del medio.⁹

⁹ Secretaría de Salud. Componente de Salud/Prontuario PROGRESA. México, 1999
pág. 20.

1.4 ADMINISTRACIÓN GENERAL.

1.4.1 DEFINICIÓN DE ADMINISTRACIÓN.

La administración es una ciencia social, que a través de la aplicación de un proceso dinámico y el aprovechamiento al máximo de los recursos existentes orienta los esfuerzos de los organismos sociales hacia la obtención de resultados óptimos mediante el logro de objetivos.

La administración según H. Fayol considerado por muchos como el verdadero padre de la administración moderna, es conducir a la empresa hacia su objetivo tratando de sacar el mejor provecho de todos los recursos que dispone. Y según Agustín Reyes Ponce es la técnica que busca lograr resultados de máxima eficiencia en la coordinación de las cosas y personas que integran una empresa. Es la función como lograr que las cosas se realicen por medio de otros u obtener resultados a través de otros.¹⁰

1.4.2 PROCESO ADMINISTRATIVO.

Son diferentes etapas que tiene la administración para lograr sus fines. A pesar de tener un orden las etapas del proceso administrativo en la práctica se dan simultáneamente.

Sólo se retomarán algunos de los puntos que son de interés para la investigación.

ETAPAS:

MECÁNICA:

1) **PLANEACIÓN:** qué se va a hacer.

OBJETIVOS
 POLÍTICAS
 PROCEDIMIENTOS
 PROGRAMAS

2) ORGANIZACIÓN: qué se quiere.

DIVISIÓN DEL TRABAJO

JERARQUÍAS

FUNCIONES Y OBLIGACIONES

DINÁMICA:

3) DIRECCIÓN: ver que se haga.

MOTIVACIÓN

COMUNICACIÓN

SUPERVISIÓN

4) CONTROL: cómo se ha realizado.

ESTÁNDARES

MEDICIÓN

COMPARACIÓN

CORRECCIÓN

RETROALIMENTACIÓN

1.4.3 SUPERVISIÓN.

La supervisión es una dirección democrática cuyo principal interés es el hombre y su realización, va en consonancia con los objetivos organizacionales.¹¹

¹⁰ Reyes Ponce Agustín. Administración Moderna. Ed. Limusa. México, 1999 pág. 3, 4, 15.

¹¹ Balderas Pedrero. Op. Cit., pág. 50.

La supervisión permite la medición de la actuación y el control de las acciones.

La supervisión permite:

Promover el trabajo en equipo.

Mejorar los sistemas de trabajo.

Desarrollar la eficacia del personal.

Obtener la máxima productividad.

Mejorar la utilización de recursos en la ejecución del plan.

Detectar fallas y corregir errores de acciones.

Objetivos de la supervisión:

Para el personal: Desarrollar habilidades orientar, simplificar el trabajo, ofrecer un ambiente positivo en el trabajo.

Para el público: Garantizar un servicio de calidad.

Para la organización: Coadyuvar al logro de los objetivos institucionales.

Requisitos para un programa de supervisión:

Favorecer el desarrollo del personal.

Ser flexible y susceptible de medir.

Darse a conocer por todo el personal.

Tener como propósito el objetivo de calidad.

La supervisión eficaz requiere de personal altamente calificado y además que conozca el área de trabajo.

Uno de los errores más frecuentes de los supervisores consiste en efectuar una vigilancia abrumadora en busca de fallas, lo cual desvirtúa el verdadero propósito de la supervisión.¹²

1.4.4 COMUNICACIÓN.

La comunicación es un componente básico de las relaciones humanas e incluye cualquier medio de intercambio de información o sentimientos entre dos o más personas.¹³

Sus propósitos principales son: influir en otros y obtener información.

La comunicación puede ser de dos formas verbal o no verbal y sirve para compartir información, pensamientos o sentimientos y a algunas veces puede impedir la transferencia de éstos.

La comunicación verbal es un proceso consciente porque el hombre escoge las palabras a utilizar según su cultura. Se expresan ideas, sentimientos al hablar; depende de la entonación de voz y el ritmo.

Los criterios para la comunicación verbal son la simplicidad, claridad, adaptabilidad y la credibilidad.

A la comunicación no verbal se le llama lenguaje corporal, incluye gestos, movimientos del cuerpo y aspectos físicos; se controla menos conscientemente. Puede contradecir a la comunicación verbal.

El proceso de comunicación es un modelo que involucra el enviar y recibir un mensaje y que consta de un emisor, un mensaje y un receptor. El fin de la comunicación es obtener una respuesta; entonces el proceso es continuo y el receptor del mensaje se convierte en el emisor de una respuesta y el emisor original se convierte en receptor.

¹² Aibarra.org. México, 2001.

Los factores que influyen en el proceso de comunicación son:

Habilidad del comunicador: El comunicador es una persona que sabe hablar, oír, ver y comprender los estímulos de los demás.

Percepciones: Cada individuo percibe e interpreta los mensajes de diferente manera.

Espacio personal: Es la distancia que la gente prefiere cuando interactúa.

Territorialidad: Se refiere al espacio y cosas que un individuo considera que le pertenecen.

Funciones, relaciones y propósitos: La elección de palabras, la estructura de oraciones y el tono de voz varía considerablemente de función según cada individuo.

Tiempo y lugar: Dar tiempo para comunicarse, no demostrar que no se tiene interés. El lugar debe ser apropiado para la comunicación.

Actitudes: Expresar creencias, pensamientos y sentimientos. Se debe tener varias actitudes como calidez y respeto, cuidado y aceptación. La falta de interés e indiferencia inhibe la comunicación.

Emociones y autoestima: Según la emoción que cada individuo tenga se va a comunicar; si la autoestima es alta ambos van a ser congruentes.

1.4.5 MOTIVACIÓN.

La motivación es una causa o razón por la que un organismo lleva a cabo una actividad determinada.

En los seres humanos, la motivación engloba tanto los impulsos conscientes como los inconscientes. Las teorías de la motivación, en Psicología, establecen un nivel de motivación primario, que se refiere a la satisfacción de las necesidades elementales como respirar, comer o beber y un nivel secundario referido a las necesidades sociales como el logro o el afecto. Se supone que el primer nivel debe estar satisfecho antes de plantearse los secundarios.

El psicólogo Abraham Maslow diseñó una jerarquía de las necesidades humanas representada en una pirámide en seis niveles que, según él explicaban la determinación del comportamiento humano. Este orden de necesidades sería el siguiente: 1) fisiológicas, 2) de seguridad, 3) amor y sentimientos de pertenencia, 4) prestigio y estima sociales, 5) autorrealización y 6) curiosidad y necesidad de comprender el mundo circundante.

Ninguna teoría de la motivación ha sido universalmente aceptada. En primer lugar, muchos psicólogos, dentro del enfoque del conductismo, plantearon que un nivel mínimo de estimulación hacía que un organismo se comportara de forma tal que trataba de eliminar dicha estimulación, ocasionando un estado deseado de ausencia de la misma; gran parte de la fisiología humana opera de este modo. Sin embargo, las recientes teorías cognitivas de la motivación describen a los seres humanos intentando optimizar, antes que eliminar, su estado de estimulación. Con ello estas teorías resultan más eficaces para explicar la tendencia

humana hacia el comportamiento exploratorio, la necesidad o el gusto por la variedad, las reacciones estéticas y la curiosidad.¹⁴

Para dirigir se requieren conocimientos acerca del comportamiento humano, conocer los factores que motivan las personas a desempeñar correcta o incorrectamente su trabajo.

En una determinada área de trabajo el personal puede sentirse motivado si se le asigna una tarea en la cual pueda asumir más responsabilidades. Se deberá estar consciente de que no se puede dar el mismo tipo de ayuda a todas las personas; además de que el jefe no puede motivar directamente a su equipo, pero puede ayudar a conservar la motivación o incluso intensificarla.

Existen varias formas que pueden motivar a los miembros de un equipo y son:¹⁵

- Hacerles saber que valoran sus esfuerzos, también es importante que escuchen lo que quieren decir y agradecer su colaboración.
- Permitir que obtengan satisfacciones, hacer que el trabajo presente de manera constante sus aptitudes, asimismo ayudarlos a que adquieran nuevas habilidades o mejoren las que ya tienen.
- Mostrarles confianza en la capacidad de cada persona al confiarle tanta responsabilidad como sea posible.
- Darle la oportunidad de lograr ascensos o superarse en su trabajo.

¹⁴ Sánchez Sans. Op. Cit

¹⁵ Balderas Pedrero. Op. Cit., pág. 48.

2 R E S U L T A D O S

CUADRO 1

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la suficiencia en el número de visitas al mes a la comunidad.

Opinión	Fx	%
Si	3	25
No	9	75
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001

CUADRO 2

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la suficiencia del tiempo para realizar las actividades.

Opinión	Fx	%
Si	3	25
No	9	75
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 3

Población con la que cuenta el área de influencia las unidades móviles.

Cantidad de población	Fx	%
- 2500	0	0
2501 - 3560	0	0
3561 - 4620	0	0
4621 - 5680	6	50
5681 - 6740	5	42
6741 - 7800	1	8
+ 7800	0	0
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 4

Frecuencia de supervisión de los coordinadores jurisdiccionales al personal de las unidades móviles.

Frecuencia	Fx	%
Dos veces al Año	6	50
Una vez al año	6	50
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 5

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la calidad de las supervisiones que ha recibido por el personal de la Jurisdicción.

Calidad	Fx	%
Buena	0	0
Regular	10	83
Mala	2	17
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 6

Opinión del personal de las unidades móviles sobre los aprendizajes que dejaron las supervisiones.

Opinión	Fx	%
Si	5	42
No	7	58
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 7

Razones del personal de las unidades móviles sobre los aprendizajes que dejaron las supervisiones.

Razones	Fx	%
Orientan y dan soluciones	5	42
No capacitan ni dan soluciones	6	50
No Contestaron	1	8
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 8

Frecuencia de capacitaciones recibidas por parte de los coordinadores de la
Jurisdicción.

Frecuencia	Fx	%
Cada 6 meses	5	42
1 vez al mes	5	42
Ninguna	2	16
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles
de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 9

Opinión del personal de las unidades móviles sobre los aprendizajes que les dejaron las capacitaciones.

Opinión	Fx	%
Si	11	92
No	1	8
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio – 2001.

CUADRO 10

Opinión del personal de las unidades móviles sobre si el personal que impartía las capacitaciones dominaba los temas.

Opinión	Fx	%
Si	11	92
No	1	8
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 11

Oportunidad con la que se recibe el material y medicamento que recibe la unidad móvil.

Oportunidad	Fx	%
Si	1	8
No	11	92
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 12

Regularidad con la que se recibe el material y medicamento que requiere la unidad móvil.

Frecuencia	Fx	%
2 veces por año	8	67
1 vez por año	3	25
No contestaron	1	8
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 13

Suficiencia en cuanto la cantidad de material y medicamento para cubrir las necesidades de la unidad móvil.

Suficiencia	Fx	%
Si	1	8
No	11	92
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 14

Oportunidad con que se proporciona el recurso económico para la gasolina.

Oportunidad	Fx	%
Si	7	58
No	5	42
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 15

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la suficiencia del recurso económico que se otorga.

Opinión	Fx	%
Si	4	33
No	8	67
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 16

Regularidad con que se proporciona el recurso económico para la gasolina.

Frecuencia	Fx	%
Quincenal	4	33
Mensual	6	50
No contestaron	2	17
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 17

Opinión del personal de las unidades móviles sobre si les explicaron las funciones a realizar dentro de la unidad.

Opinión	Fx	%
Si	10	83
No	2	17
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 18

Funciones que realiza el personal de las unidades móviles.

Funciones	Fx	%
Promoción PABSS Supervisión Capacitación	10	83
No Contestaron	2	17
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 19

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la existencia de motivación por parte de los supervisores para realizar sus actividades dentro de la unidad.

Opinión	Fx	%
Si	6	50
No	6	50
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 20

Razones por las que el personal de las unidades móviles no se sintió motivado.

Razones	Fx	%
No existió Motivación	3	25
Sólo hay interés en cumplir metas	4	33
No Contestaron	5	42
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 21

Opinión del personal de las unidades móviles sobre si recibió algún tipo de incentivo por su desempeño en el trabajo.

Opinión	Fx	%
Si	0	0
No	12	100
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 22

Opinión del personal de las unidades móviles sobre existencia de comunicación dentro del equipo de trabajo.

Opinión	Fx	%
Si	9	75
No	3	25
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 23

Razones por las que existe comunicación dentro del equipo según el personal de las unidades móviles.

Razones	Fx	%
Hay disponibilidad en el equipo	6	50
Complejos Superioridad	1	8
No Contestaron	5	42
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 24

Oportunidad con que se informaron los cambios, modificaciones y rutinas dentro del programa al personal de las unidades móviles.

Oportunidad	Fx	%
Si	4	33
No	8	67
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 25

Oportunidad con que se informaron las situaciones y problemas que se presentaron en la unidad móvil a los coordinadores jurisdiccionales.

Oportunidad	Fx	%
Si	10	83
No	2	17
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 26

Opinión del personal de las unidades móviles sobre el conocimiento de la existencia de manuales en las unidades.

Opinión	Fx	%
Si	9	75
No	3	25
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 27

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la utilización de manuales por parte del personal de la unidad.

Opinión	Fx	%
Si	7	58
No	5	42
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 28

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la organización y planeación de vacaciones, permisos, descansos y horario.

Opinión	Fx	%
Si	3	25
No	9	75
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 29

Satisfacción del personal de las unidades móviles sobre lo que se les ha otorgado.

Opinión	Fx	%
Si	6	50
No	4	33
No contestaron	2	17
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 30

Jefes inmediatos según el personal de las unidades móviles.

Opinión	Fx	%
Jefe del Programa de Salud Rural	6	50
Director del Centro de salud	4	33
Médico pasante Coordinadores de programas	2	17
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 31

Opinión del personal de las unidades móviles sobre a quien se dirigen cuando había problemas.

Opinión	Fx	%
Coordinador del programa de salud rural.	7	58
Director del Centro de salud	5	42
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 32

Concepto de primer nivel de atención según el personal de unidades móviles.

Concepto	Fx	%
Prevención de la enfermedad Promoción de la salud.	12	100
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 33

Opinión del personal de las unidades móviles sobre si les agrada trabajar en el primer nivel de atención.

Opinión	Fx	%
Si	10	83
No	2	17
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 34

Opinión del personal de las unidades móviles sobre porque trabajan en el primer nivel de atención.

Opinión	Fx	%
Relación directa con la gente	5	42
No le gusta	2	16
No Contestaron	5	42
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 35

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la decisión de realizar su servicio social en el primer nivel de atención.

Opinión	Fx	%
No Contestaron	6	50
Beca	2	17
Sentido Humanitario	4	33
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 36

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la existencia de compañerismo en el equipo.

Opinión	Fx	%
Si	9	75
No	3	25
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 37

Razones por las que existe compañerismo en el equipo, según el personal de las unidades móviles.

Razones	Fx	%
Hay Comunicación y Compañerismo	6	50
No Contestaron	4	33
No hay Alternativa	2	17
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

CUADRO 38

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la influencia que tiene sobre el trabajo, la manera de pensar y sentir de los integrantes del equipo.

Opinión	Fx	%
Si	4	33
No	4	33
No contestaron	4	33
Total	12	100 *

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

* Se agregó un punto más para redondear al 100%

CUADRO 39

Opinión del personal de las unidades móviles sobre la influencia que tienen sus pensamientos y sentimientos sobre el cumplimiento en el trabajo.

Opinión	Fx	%
Si	10	83
No	2	17
Total	12	100

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de las unidades móviles de la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Julio - 2001.

A continuación se muestra el análisis de los resultados obtenidos y su comparación con el marco teórico y el fenómeno observado.

Por cuestiones de tiempo, la distribución de las unidades móviles y la renuencia de algunos de los miembros de los equipos de salud no fue posible aplicar los 35 cuestionarios que se tenían previstos para esta investigación. Sólo se pudo contar con 12 personas de las unidades móviles que integran el Programa de Salud Rural de la Jurisdicción Sanitaria No. 3 de Zitácuaro.

De acuerdo a los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados; indican que el 75% del personal dijo que no es suficiente visitar 2 veces al mes las comunidades y el 25% restante dijo que sí; con lo que se contrapone a lo que dice el programa en teoría, que es realizar 2 visitas al mes a cada comunidad tomando en cuenta que cada unidad móvil tiene a su cargo 10 localidades. Respecto a la experiencia obtenida se determinó que no es suficiente.

En cuanto al tiempo en que se está en la comunidad para realizar las diferentes actividades el 75% del personal dijo que no es suficiente y el 25% restante dijo que sí. El tiempo establecido para trabajar en la comunidad es de 8 horas para el personal de base y de contrato y para los pasantes es de 12 horas. Algunas de las causas que se observaron y contribuyeron para que no alcanzara el tiempo; son el tiempo de traslado a las comunidades; la falta de disponibilidad de la gente, ya que ésta también tiene otras actividades que realizar en sus hogares, escuelas o iglesia. Otras causas fueron las cuestiones climatológicas y administrativas que tenían que realizarse antes de salir a la comunidad como arreglar papelería para mandarla a jurisdicción o hacer llamadas a

la misma para tratar diversos asuntos o esperar a los coordinadores en el lugar sede; así como también esperar a pacientes para otorgarles consulta ya que muchas veces la unidad móvil no contaba con los insumos necesarios para brindarles la atención en su comunidad y principalmente que las auxiliares de salud no realizaban sus actividades durante el mes; sino que esperaban al equipo para realizarlas, entonces aumentaba el trabajo a realizar en la comunidad. Otro aspecto fue que la enfermera además de sus actividades que debía realizar en la comunidad también debía apoyar al médico en la consulta externa registrando signos vitales, medición de glucosa capilar, somatometría, revisión del estado nutricional, revisión de expedientes y el registro en los formatos de PROGRESA, así como proporcionar las citas para el control de diabéticos e hipertensos y en menores de cinco años. (Ver Cuadros 1 y 2, pág. 46).

En cuanto a la población, el programa dice que las unidades móviles deben contar con un promedio de 2500 habitantes. Los resultados indican que el 50% del personal de las unidades móviles tienen un promedio de 4621 a 5681 habitantes. El 42% cuenta con un promedio de 5681 a 6740 habitantes y el 8% restante cuenta con un promedio de 6741 a 7800 habitantes. Se determinó que las unidades móviles que están adscritas a la jurisdicción de Zitácuaro sobrepasan el límite de población que es de 2500 habitantes por unidad móvil.

Como consecuencia de este exceso de población el tiempo que se está en la comunidad es mayor para proporcionar los servicios de salud; esto implica mayor cansancio, estrés, bajo rendimiento del personal de la unidad móvil y predisposición a desarrollar alguna enfermedad. Es imposible que alcancen los insumos (material y medicamento) por lo

tanto no se brinda la atención adecuada y con calidad. (Ver Cuadro 3, pág. 47).

Referente a la supervisión de los coordinadores jurisdiccionales al personal de las unidades móviles el 50% del personal dijo haber sido supervisado 1 vez en el año y el otro 50% dijo haber sido supervisado 2 veces en el año. El programa dice que se supervisará de manera periódica, es decir, cada 3 meses y 6 meses por coordinadores del programa y jurisdicción y 1 vez al año por la coordinación estatal; lo cual no se realizó. En cuanto a las supervisiones en las unidades móviles de Contepec y Tlalpujahua se realizaron 4 supervisiones por los coordinadores jurisdiccionales del Programa de Salud Rural en las comunidades. En dos ocasiones por el coordinador de la ENEO y por parte de los coordinadores estatales sólo se realizó una en la unidad móvil de Tlalpujahua durante todo el año de servicio social. Se observó que sí hubo una supervisión periodica, por lo menos en dos de las unidades móviles y que de hecho son las más alejadas de la jurisdicción en Zitácuaro. (Ver Cuadro 4, pág. 48).

Por otra parte se cuestionó al personal el cómo consideraban la supervisión y el 83% dijo que era regular y el 17% que mala. El principal interés de la supervisión es el individuo conjuntamente con los objetivos organizacionales, en este caso los objetivos del Programa de Salud Rural. Con las supervisiones se pretende promover el trabajo en equipo y que éste se dé en forma positiva, mejorar los sistemas, la utilización de los recursos, detectar fallas y corregir errores de acción. El error más frecuente de las supervisiones consiste en efectuar una vigilancia abrumadora en busca de fallas. Respecto a las supervisiones el personal de las unidades móviles siempre esperó soluciones y

respuestas a los problemas que se presentaban, en algunas ocasiones esto ocurría. Los coordinadores esperaban ver cumplidas las metas que cada programa demandaba, pero muchas de las veces no se contaba con lo necesario para lograrlas y sobre todo buscaban las fallas o errores que el equipo de la unidad tuviera; cabe aclarar que en algunas ocasiones también se preocupaban por los integrantes de los equipos. (Ver Cuadro 5, pág. 49).

Si les dejó algún aprendizaje el que fueran supervisados a lo que el 42% dijo que sí porque se les orientaba y daban soluciones a problemas (42%) y el 58% restante dijo que no obtuvo ningún aprendizaje porque no los capacitaban ni les daban soluciones (50%). El (8%) restante no contestó. Los aprendizajes se pueden obtener de las supervisiones ya que cuando éstas se llevan a cabo es el momento de resolver dudas, problemas y orientar al personal de las unidades móviles; esto no quiere decir que los coordinadores van a resolver todos los problemas que se presentan en las comunidades; sino que con la orientación y la capacidad de cada uno de los integrantes de las unidades móviles se deben resolver los problemas que se presentan. (Ver Cuadros 6 y 7, pág. 50 y 51).

Relacionado a las supervisiones también se encuentran las capacitaciones las cuales también se realizarían en forma periódica según el programa; pero al preguntar se obtuvo que el 42% dijo que recibió capacitación cada 6 meses; el otro 42% dijo que recibió capacitación 1 vez al mes y el 16% restante dijo que no recibió ninguna capacitación. Sin embargo sólo se recibieron 2 capacitaciones de manera formal en el mes de agosto y septiembre del 2000 sobre el Paquete Básico de Servicios de Salud y la papelería a manejar. De

manera informal, es decir, capacitaciones en servicio no se tiene en sí un número establecido porque dependían de los coordinadores del Programa de Salud Rural, de los directores de los centros de salud sedes y las actividades a realizar como las semanas nacionales de salud. (Ver Cuadro 8, pág. 52).

Se determinó si el personal de las unidades móviles aprendió de las capacitaciones recibidas a lo que el 92% dijo que sí y el 8% restante contestó que no.

En cuanto a que si el personal que impartía las capacitaciones dominaban los temas el 92% dijo que sí y el 8% dijo que no. Según lo observado las capacitaciones fueron regulares ya que enseñaron en sí los programas a manejar como el PABSS, PROGRESA y el manejo de la papelería; sin embargo hubo una saturación de información y no siempre disiparon las dudas que el personal tenía de los diversos temas. Además se observó que más que entender y analizar los programas se hizo más énfasis en memorizarlos. Sobre las capacitaciones en servicio tomando en cuenta que se realizaban junto con las supervisiones a cada unidad móvil también fueron de ayuda porque se trataban asuntos que afectaban a la comunidad, se hablaba con las auxiliares de salud y los comités de salud pero muchas veces no se resolvían los asuntos que se trataban y más que nada se limitaban a entregar papelería, a comunicar situaciones. (Ver Cuadros 9 y 10, pág. 53).

Para brindar una atención con calidad a la población es importante contar con el material y medicamento necesario; por lo que se preguntó si se recibían con oportunidad estos insumos a lo cual contestaron el 8% que sí y el 92% dijo que no. La regularidad con se recibían fue de 2 veces por año (67%), 1 vez al año (25%) y el (8%) no contestó.

En sí el programa no marca cada cuando dotará de material y medicamento a las unidades móviles, sin embargo no se recibía el material suficiente ya que por cuenta del personal se tenía que pagar o ir a la presidencia municipal a solicitar copias de la papelería a utilizar; también se hacían peticiones por escrito a la jurisdicción sobre los insumos que hacían falta para cubrir los programas pero la respuesta a esto eran omisas, tardías o hasta que algún miembro del equipo iba a la jurisdicción hasta entonces se entregaba. En cuanto al medicamento, siempre había escases ya que era mayor la demanda que el mismo medicamento que se mandaba. A esto el personal respondió que no era suficiente la cantidad que les proporcionaban (92%) y el (8%) restante dijo que sí. La falta de estos insumos provocaba que a las auxiliares de salud no se les dotara de ellos frecuentemente; además de que la población estaba acostumbrada a pedir sólo medicamento a las auxiliares y al equipo y si se les negaba se quejaban de que no se les quería atender. El material y medicamento no se entregaba a los integrantes de las unidades móviles, la mayoría de las veces se entregaba al director del centro de salud sede y como consecuencia no se entregaba a tiempo ni completo al equipo de la unidad móvil. (Ver Cuadros 11, 12 y 13, pág. 54 y 55).

En cuanto al recurso de gasolina tampoco el programa especifica la cantidad que se debería proporcionar a cada unidad móvil. A esto el personal dijo que si recibían oportunamente el recurso (58%) y el (42%) dijo que no.

Sobre si era suficiente el (67%) dijo que no y el (33%) restante dijo que sí. Referente a la regularidad con que se les proporcionó el recurso el (50%) dijo que era mensual, el (33%) dijo que era quincenal y el (17%)

restante no contestó. En algunos casos hubo dificultad para obtener el recurso por la lejanía de las unidades, también porque intervenían otras personas ajenas al programa como el personal administrativo de otros centros de salud; el recurso se proporciona por medio de dinero y vales. Frecuentemente no alcanzaba el recurso para realizar otras actividades como ir a la jurisdicción, trasladarse a las comunidades para el pago de las auxiliares de salud ya que usualmente entregaban las nóminas en la mañana y pedían que se entregaran ese mismo día firmadas en el centro de salud que se indicaba; otra actividad extra era que se exigía que se completaran esquemas de vacunación aunque el menor no haya cumplido la edad o el tiempo establecido entre la aplicación de una vacuna y otra no se haya cumplido; entonces se tenía que regresar a buscar a esos niños a las comunidades para entregar las sábanas de vacunación actualizadas. Otro problema era que en las entregas de información se regresaba tarde y se tenía que ir a dejar al personal a sus casas. Los coordinadores tenían conocimiento de estas actividades porque ellos mismos daban la autorización para hacerlo.

En algunas unidades móviles el recurso de la gasolina era proporcionado por la presidencia del municipio donde se encuentra adscrita la unidad móvil, pero por cuestiones políticas, es decir, el cambio de gobierno el recurso ya no se siguió proporcionando.

Los coordinadores proporcionan el recurso para la gasolina en base al recorrido a las 10 comunidades que visita el personal de la unidad móvil durante el mes sin tomar en cuenta los registros de la bitácora del promotor ya que en ella se justifica el gasto real de la gasolina. (Ver Cuadros 14, 15 y 16, pág. 56 y 57).

Otro punto de relevancia y que se identificó fue que si les explicaron las funciones a realizar en las comunidades al personal de las unidades móviles a lo que contestaron que sí el 83% y el 17% que no. Se les pidió que mencionaran algunas de las funciones que realizaban y el 83% dijo dedicarse a la promoción de la salud, la supervisión y capacitación de auxiliares de salud y otorgar los servicios del PABSS y el 17% no contestó. Como panorama general el Programa de Salud Rural habla de otorgar los servicios del PABSS, la consulta externa, la referencia de pacientes y la vigilancia epidemiológica. En el Programa estatal de salud reproductiva primer nivel se mencionan de manera específica las funciones que deben realizar los médicos, enfermeras, promotores y auxiliares de salud; por mencionar algunas en cuanto al médico son apoyar, asesorar y supervisar al personal comunitario y a las auxiliares de salud y coordinar las actividades a realizar. De la enfermera capacitar, apoyar, asesorar a las auxiliares de salud, proporcionar atención a la población y mantener los censos nominales actualizados. Del promotor promoción del saneamiento básico, realización de obras en beneficio de la comunidad y el traslado del personal de la unidad así como de pacientes en estado crítico, entre otras.

Cada miembro del equipo, es decir, médico, enfermera, promotor y auxiliar de salud tienen diferentes funciones que realizar en la comunidad como ya se mencionó, que en conjunto son la promoción de la salud, la prevención y el Paquete Básico de los Servicios de Salud. Sin embargo las funciones que más se realizaban era la consulta externa, es decir, que se daba más atención a lo curativo, la referencia de pacientes a otro nivel ya sea por complicaciones de enfermedades, realizar estudios de laboratorio y gabinete o por no contar con el

material y medicamento necesario. Sobre el PABSS las intervenciones que más se llevaron a cabo fueron saneamiento básico a nivel familiar, manejo efectivo de casos de diarreas, tratamiento antiparasitario, atención de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de diabetes e hipertensión, inmunizaciones, vigilancia de nutrición y crecimiento del niño, servicios de planificación familiar, atención prenatal, del parto y puerperio, participación social prevención y control del cáncer cervicouterino. Muchas de las veces la enfermera en ausencia del médico proporcionaba atención a diabéticos e hipertensos, pero esta información no la podía registrar en los formatos SISPA, como consecuencia no se le tomaba en cuenta. (Ver Cuadros 17 y 18, pág. 58 y 59).

Como se observó, la motivación y la comunicación son dos aspectos que intervienen en las personas para que se desempeñen dentro de una sociedad. Realmente no son tomados en cuenta o no se les pone la atención debida, pero el hablar de motivación y comunicación es simple; analizarlos es muy complejo sobre todo como parte fundamental para trabajar en equipo y obtener buenos resultados. Relacionado a esto se interrogó al personal de las unidades móviles si se sentían motivados de alguna manera por sus superiores a lo que dijeron que no el 50% y el 50% restante que sí. El por qué de sentirse motivado o no, el 33% dijo que los coordinadores sólo les interesaba que el equipo cumpliera con las metas, el 25% que había falta de motivación y el 42% restante no contestó.

Relacionados a la motivación están los incentivos como una manera para ser motivados el 100% del personal dijo no haber recibido ningún

tipo de incentivo. En la práctica hubo motivación positiva y negativa hacia a los integrantes de las unidades móviles. Dentro de la motivación se habla de satisfacer necesidades primarias (fisiológicas) y secundarias (sociales, afecto y realización) y que debe estar satisfecho el primer nivel para satisfacer el segundo. Referente a este aspecto la motivación corre a cargo de los coordinadores del programa y del personal de las unidades móviles incluyendo sus intereses y motivos personales para desempeñarse en su trabajo. (Ver Cuadros 19, 20 y 21, pág. 60, 61 y 62).

Respecto a la comunicación fue de interés conocer si existía o no en el equipo, el 75% dijo que sí y el 25% restante dijo que no. Referente al por qué existía o no la comunicación el 50% dijo que había disponibilidad para que ésta se diera, el 42% no contestó y el 8% restante dijo que no había comunicación por la existencia de complejos. La comunicación es un componente básico de las relaciones humanas que incluye un cambio de información o sentimientos entre dos o más personas. El tener una comunicación adecuada depende de diversos factores desde el mensaje a transmitirse, las personas que intervienen, el lenguaje utilizado ya sean palabras o movimientos corporales hasta las actitudes, la percepción, las emociones y la relación que se tenga con las demás personas. Para que se lleve a cabo una buena comunicación dentro de un equipo es importante tomar en cuenta los caracteres y la manera de pensar de cada individuo. De acuerdo a los resultados obtenidos hubo una buena comunicación sin embargo e observó que en algunos de los equipos no existió. (Ver Cuadros 22 y 23, pág. 63 y 64).

Con relación a que si se informaba al personal de las unidades móviles a tiempo de los cambios, modificaciones y las rutinas que se hacían al programa respondieron que no el 67% y el 33% restante que sí. Contrariamente se cuestionó sobre si el personal de las unidades móviles informaba oportunamente las situaciones y problemas que surgían en su unidad a lo que respondieron que sí el 83% y el 17% que no. Aquí se expresa que no había una comunicación recíproca entre el equipo de salud y los coordinadores del programa y en realidad así era; la mayoría de las veces los coordinadores no tenían disponibilidad para hablar con ellos aunque también había poca disposición por parte de algunos de los equipos de salud lo que dificultaba la existencia de esta comunicación. (Ver Cuadros 24 y 25, pág. 65).

Como otra manera de orientarse o resolver dudas que el personal de las unidades móviles tuviera era mediante el uso de manuales, por este motivo se identificó si el personal tenía conocimiento de ellos a lo que contestaron que sí el 75% y el 25% que no. Referente a si alguna vez los llegaron a utilizar el 58% dijo que sí y el 42% dijo que no. Con relación a lo observado no se utilizaron los manuales. (Ver Cuadros 26 y 27, pág. 66).

Respecto a la opinión sobre la planeación y organización de las vacaciones, descansos, permisos y horarios se cuestionó al personal de las unidades móviles si existió o no ésta y que si estaban satisfechos con lo que se les ha otorgado; a lo que dijeron el 25% que sí había planeación y organización y el 75% dijo que no. El 50% dijo estar satisfecho, el 33% que no y el 17% restante no contestó. En el programa no está establecido ninguno de estos puntos; pero ya en la

práctica hubo algunas dificultades con esto, como las vacaciones estaban ya establecidas por parte de la coordinación del estado y otros como los permisos y días de descanso habría que negociarlos con los coordinadores del programa lo que provocó problemas ya que según las autoridades jurisdiccionales y el reglamento del servicio social para los pasantes no había días festivos y los permisos sólo se otorgaban cuando fueran necesarios, por otra parte a los promotores que son de base y de contrato si están permitidos los días festivos según la ley de trabajo lo que causaba confusión sobre si se trabajaba o no. (Ver Cuadros 28 y 29, pág. 67).

En otro punto sobre quienes eran los jefes inmediatos de las unidades móviles el 50% respondió que era el jefe del Programa de Salud Rural, el 33% dijo que era el director del centro de salud y el 17% restante dijo que los coordinadores de municipio y el médico pasante. Otra interrogante fue a quién se dirigían cuando surgían problemas en la unidad el 58% dijo que al coordinador del Programa de Salud Rural y el 42% dijo que al director del centro de salud.

El programa indica que la responsabilidad recae sobre el jefe de jurisdicción que a su vez la relega al coordinador o jefe del Programa de Salud Rural. En la práctica esto no se cumple del todo ya que además del jefe del programa también intervienen otros coordinadores creando así confusión entre el personal de las unidades móviles. (Ver Cuadros 30 y 31, pág. 68 y 69).

Otros de los aspectos a explorar en el personal de las unidades móviles era lo referente a qué entendían por el primer nivel de atención a lo que

el 100% del personal contestó que se dedica a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud. El primer nivel de atención trabaja en procesos administrativos que se aplican con el fin de racionalizar el uso de los recursos de salud, en función de las necesidades de la comunidad. La atención primaria de la salud es el conjunto de acciones al alcance del individuo, familia y comunidad para satisfacer sus necesidades básicas de salud, en aspecto tanto de promoción y conservación como la reparación y la prevención. (Ver Cuadro 32, pág. 70).

Además al preguntarles sobre si les gusta trabajar en el primer nivel de atención contestaron que sí el 83% y el 17% restante que no. Fue de importancia conocer el agrado por las actividades que realizaban ya que si a una persona le gusta lo que hace va a desempeñar mejor su trabajo y lo hará en armonía con los demás integrantes del equipo; pero si no le gusta es común que no tenga interés en realizar su trabajo y su desempeño no será el mismo. (Ver Cuadro 33, pág. 71).

En cuanto al por qué trabajaban en el primer nivel de atención el 42% dijo porque se tenía una relación directa con la gente, el 42% no contestó y el 16% restante dijo que no le gustaba y el por qué decidieron realizar su servicio social en el primer nivel de atención a lo que respondieron el 17% por la beca, el 33% por el contacto con la gente y por sentido humanitario y el 50% restante no contestó.

En la práctica los integrantes de las unidades móviles tenían conocimiento de lo que es el primer nivel de atención pero los habitantes de las diferentes localidades tenían un concepto muy distinto a esto, como el pensar sólo en curar la enfermedad y en el medicamento

que se daba y desafortunadamente ponían muy poco interés a la promoción de la salud. Es importante mencionar que se tuvo agrado por trabajar en el primer nivel de atención. (Ver Cuadros 34 y 35, pág. 72 y 73).

Expresar creencias, pensamientos y sentimientos es muy importante, se identificó si existía el compañerismo entre los integrantes del equipo de trabajo a lo cual respondieron que sí el 75% y el 25% dijo que no. En cuanto al por qué existía el compañerismo el 50% dijo porque había comunicación, el 33% no contestó y el 17% restante porque no tuvieron otra alternativa, es decir, no eligieron ellos su equipo de trabajo. De acuerdo a lo observado definitivamente no existió compañerismo con los equipos de trabajo. Algunas de las causas que contribuyeron fueron que algunos integrantes de los equipos no expresaban sus ideas ante sus compañeros por timidez, falta de interés, indiferencia, hostilidad; debido a la excesiva carga de trabajo en ocasiones simplemente se cumplía con una rutina la cual hacía más difícil la existencia del compañerismo haciendo de esto una necesidad y no un gusto ocasionando conflictos dentro del equipo de salud lo que hacía más difícil la convivencia del mismo. Cabe señalar que lo observado no concuerda con los resultados obtenidos.

(Ver Cuadros 36 y 37, pág. 74 y 75).

De acuerdo a la influencia que tiene sobre el trabajo la forma de pensar y sentir hacia los compañeros el 33% dijo que sí había influencia, el 33% dijo que no y el 33% no contestó. De igual manera la expresión de pensamientos sobre el desempeño del trabajo dentro del equipo el 83% dijo que sí se expresaba y el 17% dijo que no. Se observó que si se

expresaba e influia la forma de pensar y sentir de los integrantes de las unidades móviles sobre su desempeño en el trabajo, en la mayoría de los casos la influencia era negativa. (Ver Cuadros 38 y 39, pág. 76).

3 CONCLUSIONES

En conclusión, se puede decir que los objetivos planteados al inicio de la investigación fueron alcanzados.

Conociendo de esta manera los factores que afectan la prestación de servicios de forma directa tales como el número de visitas a las comunidades que son insuficientes, el tiempo que se está en ellas para realizar las actividades no alcanza, el número y la manera en que se dan las supervisiones se consideraron suficientes y regulares, las capacitaciones fueron insuficientes y buenas relacionado a los contenidos ya que si hubo aprendizaje por parte del personal de las unidades móviles. El material, el medicamento resultaron insuficientes en cuanto a la cantidad y la regularidad con que se proporciona, el recurso económico que se otorga a las unidades móviles no es suficiente y la cantidad de población que se maneja es mucho mayor.

Estos factores se convierten en problemas reales y están al alcance de los coordinadores del Programa de Salud Rural y la jurisdicción el resolverlos. (Se menciona coordinadores del Programa de Salud Rural porque aparte del jefe del programa, él cuenta con colaboradores que también intervienen en el mismo). De esta manera podrá mejorarse el programa y como consecuencia se brindará una atención con mayor y mejor calidad que la que se está brindando actualmente.

Por otra parte y sin dejarlo a un lado, se identificó la forma de pensar y sentir que tuvo el personal hacia su trabajo, integrantes de los equipos y los coordinadores; sin excluir el grado de conocimiento que tenían sobre el programa que se manejó, que de forma negativa o positiva afectó el modo de trabajar y como consecuencia la forma de prestar los

servicios de salud. Dentro de estos factores se encuentran el poco conocimiento que se tenía de las funciones que el personal debe realizar dentro de una unidad móvil y el primer nivel de atención; la falta de motivación que había por parte de los coordinadores hacia el personal de las unidades móviles. La comunicación no fue adecuada dentro del equipo de las unidades móviles y hacia los coordinadores. Otros factores que también influyeron fueron la falta de compañerismo, el desagrado de trabajar en comunidad, el interés por la beca que se proporciona y la falta de alternativas para realizar el servicio social en otros lugares por parte del personal de las unidades móviles; el agrado de trabajar en el primer nivel de atención teniendo como razones principales el gusto de trabajar y ayudar a la población que lo necesita. No hay mucho que decir de estos factores porque están fuera de alcance; ya que es imposible conocer a cada ser humano en su forma de sentir, pensar y actuar y es la misma persona quien puede decidir sobre el desempeño de su trabajo, claro está que sería mejor si sus compañeros y jefes lo motivaran y demostraran interés en su trabajo y sobre todo como persona.

Otros factores que se identificaron y repercutieron en la realización de las actividades fueron la falta de información sobre los cambios que se realizaban al programa por parte de los coordinadores hacia el personal de las unidades móviles; el informar oportunamente los problemas que se presentan a los coordinadores; el conocer a los jefes inmediatos y las variaciones que existieron con la planeación y organización de vacaciones, permisos y horarios de trabajo.

El Programa de Salud Rural no se lleva a cabo como está establecido ya que influyen diversos factores, algunos como los citados anteriormente y que pueden ser modificados.

Es importante resaltar que la labor que realizan las auxiliares de salud dentro del programa no es tomada en cuenta, no se le hace participe de las actividades a realizar dentro del programa.

Dentro del Programa de Salud Rural existen deficiencias en lo que se refiere al manejo administrativo del mismo por parte de los coordinadores de la jurisdicción y el personal de las unidades móviles repercutiendo de forma negativa en la prestación de servicios de salud a la población.

Para finalizar, mencionar que a quien se beneficia con esto no sólo son los coordinadores, el personal de unidades móviles, las auxiliares de salud, el programa en sí, sino la población misma ya que el propósito de esto es buscar alternativas de solución para mejorar la calidad de atención que se brinda al proporcionar los diferentes servicios de salud.

4 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Para darle una utilidad a esta investigación y como un objetivo de la misma, es importante plantear algunas estrategias para poder mejorar el trabajo dentro del Programa de Salud Rural y como consecuencia mejorar la atención en cuanto a calidad que se brinda a la población.

A continuación se mencionan algunas estrategias:

- 1) En cuanto al Programa de Salud Rural es importante y necesario que se planteen mejoras comenzando por entregar el programa escrito a todos los que intervienen en él para tenerlo como base y guía, que sea actualizado cada año.
- 2) Plantear una nueva distribución de localidades para el centro de salud y la unidad móvil, tomando en cuenta el total de la población y su distribución geográfica a nivel municipal.
- 3) Cada unidad móvil debe contar con el equipo de salud completo, es decir, médico, enfermera y promotor.
- 4) Otra estrategia sería el integrar nuevas unidades móviles. De esta manera se podría mejorar en cuanto a las visitas por realizar, además del tiempo para trabajar en cada comunidad y se adecuaría el número de población a atender.
- 5) Además de estar establecidas el número de supervisiones en el programa, debería de realizarse un cronograma de supervisiones anual que sea conocido por todos los miembros que intervienen en el programa como jefe de jurisdicción, jefe del programa y sus

colaboradores así como los integrantes de las unidades móviles y notificar a tiempo los cambios que se pudieran realizar.

Las supervisiones deberían ser más frecuentes; que realmente se enfoquen a la verificación de cómo se está trabajando, que se tomen en cuenta los errores y aciertos del personal para así llegar a una resolución de problemas, a plantear mejoras y la retroalimentación del programa como parte de un proceso. Realizar las supervisiones al personal de las unidades móviles que requieran de mayor atención.

- 6) Sobre las capacitaciones, éstas deberían ser también de manera continua y en base a las necesidades detectadas por medio de las supervisiones que se hagan; que se disponga de más tiempo para realizarlas, que se haga participar de alguna manera al personal a quien se imparten. No olvidar que con las capacitaciones se puede seguir adiestrando y motivando al personal para mejorar su desempeño dentro del área de trabajo.

- 7) Aunque se manejen los mismos temas, la papelería a llenar es diferente dentro de una unidad fija y una unidad móvil por lo que se sugiere que las capacitaciones sean por separado.

Los temas que podrían incluirse dentro de la capacitación para el personal de las unidades móviles son:

Programa de Salud Rural de qué consta.

Describir qué es la unidad móvil y su área de influencia.

Funciones del equipo de salud (médico, enfermera, promotor y auxiliar de salud) en la unidad móvil.

Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS).

Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).

Explicar el llenado de los formatos de Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), los formatos de la auxiliar de salud (F1), intermedios (F2) y el que se entrega a jurisdicción (F3).

- 8) Repartir el material y medicamento de manera equitativa tomando en cuenta no sólo la información de la SUIVE y SISPA sino también las necesidades que tiene cada unidad y el número de población que está a su cargo. Así como tomar en cuenta realmente que tipo de material se utiliza y no dotarlo con material innecesario, que jamás utilizará.
- 9) Podría proporcionarse un instrumento para llevar un control de la entrega y uso de los insumos.
- 10) Realizar mantenimiento periódico del equipo que se utiliza para tenerlo en las mejores condiciones.
- 11) El jefe del programa debería ser quien proporcione el recurso económico para la gasolina siempre y que sea de manera mensual, pero otorgarlo de acuerdo a las necesidades de cada unidad y del tipo de vehículo que se utiliza.
- 12) Sobre las funciones a realizar de cada integrante del equipo (médico, enfermera y promotor) se sugiere que al inicio del servicio se especifiquen las responsabilidades y actividades que cada quien

debe realizar en la unidad para evitar conflictos entre el mismo equipo.

- 13) Sobre todo, hacer énfasis en que el médico es el responsable de la unidad más no el jefe de ella. El cuidado del vehículo es responsabilidad del promotor, las decisiones que se tomen en el equipo sean en base a los tres integrantes y no sólo incumba al médico de igual manera, cuando haya que informar de parte de los coordinadores al equipo también hacerlo con el equipo completo y no sólo dejar la responsabilidad de todo al médico.
- 14) También se podrían incluir algunos cursos o capacitaciones sobre las funciones que cada quien realiza en la comunidad independientemente, es decir, a médicos, enfermeras y promotores por separado; pero esto no excluye que los integrantes no sepan las actividades que realizan los otros.
- 15) Es también importante hacer participe al personal que integra las unidades móviles para mejorar las estrategias, ellos también podrían tener alternativas para solucionar los problemas sabiendo que son ellos los que participan activamente en el programa y hacen que éste se lleve a cabo o no proporcionando la atención a la población; de esta manera siempre habrá una retroalimentación que permitirá el mejor desempeño tanto de coordinadores y personal de unidades móviles y sobre todo la mejora en el servicio de atención a la salud.
- 16) Durante el curso de introducción al programa que se lleva a cabo al inicio del servicio social deberían implementarse técnicas para que

el equipo de salud se conozca y se integre; además de que también los coordinadores participen de ello.

17) Es conveniente que a las auxiliares de salud, se les otorguen más capacitaciones formales por parte de la jurisdicción para que estén mejor preparadas y puedan brindar un servicio con calidad a la comunidad en coordinación con los pasantes ya que éstos reforzarán los conocimientos obtenidos con las capacitaciones en servicio. Hay que recordar que para las auxiliares de salud, sobre todo por su edad y ocupaciones, es tedioso y aburrido impartirles capacitaciones demasiado largas, por eso es necesario crear nuevas y mejores estrategias para impartirlas, como hacerlas participar para conocer los problemas que enfrentan para otorgar los servicios y de esta manera ofrecerles soluciones; no saturarlas de información que comúnmente no entienden. No hay que olvidar que es indispensable motivarlas de alguna forma, no necesariamente con recurso económico; muchas veces un papel o una palabra dicen más que algo material.

18) Por otra parte la mayoría de las auxiliares de salud han apoyado al Programa de Salud Rural desde que inició; es cierto que la experiencia sirve y más aquí porque ellas conocen la comunidad y todo lo que pasa en ella, pero también esto influye para que ellas se sientan cansadas, ya no realizan sus actividades como antes y comienzan las deficiencias. Aunque los cambios que se realizan continuamente ya sea en el manejo de las carpetas o en la forma de trabajar por mínimos que sean, las auxiliares de salud ya no tienen la misma capacidad para realizarlos; además que están acostumbradas

a su forma de trabajar. Por estas razones es importante considerar el cambio de auxiliares de salud en forma periódica o permitir que otra persona las apoye.

- 19) Referente al biológico, es obligación de la jurisdicción distribuirlo conforme a las necesidades de cada unidad fija o móvil tomando en cuenta los censos nominales ya que en ocasiones, las unidades fijas tenían el completo control de éste y le otorgaban menor cantidad de la que le correspondía a las unidades móviles y en ocasiones a casi tres días de que se venciera su fecha de caducidad o al término de las semanas nacionales de salud con el fin de completar esquemas y adelantarse a ellos.
- 20) Es muy fácil prometer y no cumplir. Se hace énfasis en la importancia de construir casas de salud en las comunidades, teniendo como referencia que se impartirá un mejor servicio; pero sin tomar en cuenta el gran sacrificio de la gente, por tal motivo la jurisdicción debe cumplir con la parte que le corresponde proporcionando el equipo y material prometido.
- 21) Hacer énfasis al personal de las unidades fijas y unidades móviles en cuanto a que deben trabajar conjuntamente en el manejo de pacientes, otorgando la atención que no se pueda brindar en la comunidad, la referencia de pacientes, dejando utilizar las instalaciones a la unidad móvil.
- 22) Aunque el Programa de Salud Rural esta ligado a las unidades fijas; el que proporcione el PABSS y el programa de PROGRESA, esto no significa que el personal de las unidades fijas; los coordinadores

de los distintos programas del PABSS y el coordinador de PROGRESA, puedan interferir e intervenir en las actividades que realizan las unidades móviles; por eso es importante mantener la línea de trabajo que es el jefe del Programa de Salud Rural, médico y enfermera pasante, promotor, auxiliar de salud y población.

- 23) Es común que en los días festivos la gente realice actividades como por ejemplo ir a los festivales en las escuelas, ir a la iglesia o salir fuera de la comunidad, por tal motivo la gente pide permiso para faltar a las actividades que realiza el equipo de salud. Es importante considerar que el equipo de salud no asista a las comunidades los días festivos.
- 24) Otorgar permisos a pasantes ya sea por enfermedad, problemas familiares o trámites administrativos; siempre y cuando se avise anticipadamente, se pueda justificar y no interfieran con las actividades que se realicen.
- 25) El personal de las unidades móviles, es decir, médicos, enfermeras y promotores tienen la obligación de cumplir con sus labores de esta manera obtendrán mejores oportunidades para desarrollarse profesionalmente.
- 26) Sensibilizar a los coordinadores de los diferentes programas y demás personal que labora en la jurisdicción ya que la mayoría de las veces se toman a los pasantes para cubrir actividades por ausencia o falta de personal y no como una persona en proceso de formación, con objetivos específicos a realizar.

- 27) Informar al personal con quien los pasantes van a trabajar, sobre las actividades, las obligaciones, responsabilidades y derechos que tienen los pasantes y el nivel jerárquico en el que se encuentran para poder trabajar en equipo.
- 28) Debido a que la jurisdicción no proporciona alojamiento y los pasantes de Enfermería debían cubrir por su cuenta los gastos de alimentación y pasaje se debe valorar el incremento del monto de la beca.
- 29) Por otro lado también está el recurso económico que se otorga únicamente al médico pasante destinado al material didáctico, es importante considerar la aportación económica de éste a los pasantes de Enfermería ya que también ellos hacen uso de material didáctico para la realización de sus actividades.

S B I B L I O G R A F Í A

- 1) Aibarra.org. México Abril, 2001. [S.E.]
- 2) ALVAREZ CAMACHO OTHONIEL. Programa de Salud Rural. Secretaría de Salud. Zitácuaro, Michoacán. Febrero 2001.
- 3) BALDERAS PEDRERO MA. DE LUZ. Administración de los servicios de Enfermería. Edición 3ª Ed. Interamericana McGraw-Hill México, 1995, p. 216.
- 4) ESCARPANTER JOSÉ. Cómo dominar la ortografía. Ortografía Moderna. Ed. Grupo Editorial Norma. Colombia, 2000, p. 157.
- 5) FERNÁNDEZ DE LA TORRIENTE GASTÓN. Cómo escribir correctamente. Comunicación Escrita. Ed. Grupo Editorial Norma. Colombia, 2000, p. 212.
- 6) GARCÍA-PELAYO Y GROSS RAMÓN. Pequeño Larousse Ilustrado. Última reimpresión 1992. Ed. Larousse. Colombia, 1992, p. 1663.
- 7) KUMATE JESÚS. Salud para todos: ¿Utopía o realidad?. Ed. El Colegio Nacional. México, 1989, p. 224.
- 8) OLEA FRANCO PEDRO. Manual de técnicas de investigación documental para la enseñanza media. Edición 20ª. Ed. Esfinge. México, D.F. 1991 p. 231.
- 9) PÉREZ MARTÍNEZ RAMÓN ALBERTO. Metodología de la Investigación Científica: Aplicada a la Salud Pública. Ed. Trillas. México, 1991, p. 109.
- 10) REYES PONCE AGUSTÍN. Administración Moderna. 8ª reimpresión. Ed. Limusa. México, 1999, p. 477.
- 11) SÁNCHEZ SANS RAMIRO. Enciclopedia microsoft.Encarta. Edición básica 2000 México. Octubre 2001.

- 12) SECRETARÍA DE SALUD Componente de Salud/Prontuario PROGRESA operativo para personal de salud. México, 1999, p. 47.
- 13) SECRETARÍA DE SALUD Paquete Básico de Servicios de Salud sesamich@mich1 México. Octubre 2001.
- 14) SECRETARÍA DE SALUD Manual de capacitación del Paquete Básico de Servicios de Salud. México, 1999. <http://www.ssa.gob.mx>
- 15) SECRETARÍA DE SALUD Manual para la auxiliar de salud. [S.E.] [S.F.]
- 16) SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN Programa estatal de salud reproductiva primer nivel. Dirección de Servicios de Salud, Michoacán, 1998.
- 17) SECRETARÍA DE SALUD. Compilación de documentos técnico-normativos para el desarrollo académico y operativo del servicio social en Enfermería. 1996.
- 18) SOLÍS GUZMÁN CAROLINA. Guía para el servicio social y opciones de titulación. 4a. edición, México, 2000, p. 152.

6 A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de preguntas que deberás contestar lo más sincero posible, ya que tu información nos ayudará a mejorar los servicios de salud en las comunidades atendidas.

- 1.- ¿Crees qué es suficiente visitar dos veces al mes tus comunidades?
Sí () No()

- 2.- ¿Te es suficiente el tiempo para realizar tus actividades en la comunidad?
Sí() No()

- 3.- ¿Con cuánta población cuenta el área de influencia de tu comunidad?

- 4.- ¿Con qué frecuencia te supervisa el personal de la Jurisdicción Sanitaria No. 3 de Zitácuaro?

- 5.- ¿Cómo consideras la supervisión?
Buena() Mala() Regular()

- 6.- ¿Te deja algún aprendizaje el que te supervisen?

Sí ()

No()

¿Por qué?

7.- ¿Cuál es la frecuencia con que recibes capacitaciones?

8.- ¿Has aprendido algo de las capacitaciones?

Sí ()

No()

9.- ¿Pensas que el personal, que imparte las capacitaciones domina los temas?

Sí ()

No()

10.- ¿Recibes oportunamente material y medicamento que requieres para tu unidad?

Sí()

No()

11.- ¿Con qué regularidad recibes el material y medicamento?

12.- ¿Es suficiente la cantidad de material y medicamento que te mandan para cubrir las necesidades de la unidad?

Sí ()

No()

13.- ¿Se te proporciona oportunamente el recurso económico para la gasolina?

Sí ()

No()

14.- ¿Es suficiente el recurso que se te da?

Sí ()

No()

15.- ¿Cada cuánto se te da el recurso?

16.- ¿Te explicaron qué funciones debes realizar dentro del programa?

Sí()

No()

17.- ¿Menciona algunas de las funciones que realizas?

18.- ¿Te sientes motivado por tus superiores para trabajar?

Sí()

No()

¿Por qué?

19.- ¿Has recibido incentivos por tu buen desempeño en el trabajo?

Sí()

No()

¿Por qué?

20 ¿Existe buena comunicación con tu equipo de trabajo?

Sí()

No()

¿Por qué?

21.- ¿Te informa el personal de la Jurisdicción oportunamente los cambios, modificaciones y rutinas dentro del programa?

Sí()

No()

22.- ¿Informas oportunamente de las situaciones y problemas que se presentan en tu unidad?

Sí()

No()

23.- ¿Conoces los manuales que existen dentro de la unidad?

Sí()

No()

24.- ¿Has utilizado alguna vez los manuales?

Sí()

No()

25.- ¿Crees que haya buena organización y planeación para otorgarte vacaciones, descansos, permisos y el horario de trabajo?

Sí()

No()

26.- De la pregunta anterior, ¿estás satisfecho con lo que se ha otorgado?

Sí()

No()

27.- ¿Quiénes son tus jefes inmediatos?

28.- ¿A quién te diriges cuando ocurre algún problema dentro de la unidad?

29.- Explica qué es el primer nivel de atención a la salud.

30.- ¿Te gusta trabajar en el primer nivel de atención?

Sí()

No()

¿Por qué?

31.- ¿Por qué decidiste realizar tu servicio social en el primer nivel de atención?

32.- ¿Existe el compañerismo con tu equipo de trabajo?

Sí()

No()

¿Por qué?

33.- ¿Tiene influencia sobre tu trabajo la manera en que piensas y sientes sobre tus compañeros?

Sí()

No()

34.- ¿Expresas lo que piensas sobre el desempeño del trabajo del equipo?

Sí()

No()