



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**FACTORES PERSONALES Y LABORALES, DE LOS
INTEGRANTES DEL EQUIPO ZONAL, QUE INFLUYEN EN
EL PROCESO DE SUPERVISIÓN EN LA JURISDICCIÓN
SANITARIA NÚMERO 1 DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DE CUERNAVACA, MORELOS EN 2006.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:**

**GUADALUPE CARPINTERO CATALAN
0-9861055-2**

**DIRECTOR ACADEMICO
LEO FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**



Cuernavaca, Mor.

Marzo, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A Dios por el hecho de permitirme lograr
en esta vida mis metas tanto personales
como profesionales

A mis padres el +Sr. Galdino Carpintero Gómez y la
Sra. Fulgencio Catalán Sánchez por su apoyo
incondicional e impulso para que día tras día
cumpliera con mis objetivos trazados; por su
ejemplo y amor.

A mi hija y mi razón de ser, quien me motivo para
superarme día a día, por quien he tenido y querido
superarme para que se sienta orgullosa de mi por
ser quien soy tanto como madre como profesionista,
a ti querida hija dedico el desvelo del estudio.

A mi familia y amigos quienes con sus sabios consejos y apoyo me han motivado para seguir superándome cada día.

A mi estimado profesor Leo Federico Sacristán Ruiz por su apoyo y confianza durante mi preparación profesional a nivel licenciatura y culminación de la misma; además por su labor para la realización de esta tesis. Gracias profe.

CONTENIDO

1.- Introducción...	2
2.- Resumen...	4
3. Planteamiento del Problema...	5
4. Antecedentes Generales...	6
5. Antecedentes Específicos...	25
6. Objetivo General y Particulares...	35
7. Metodología...	36
8. Tamaño de la Muestra...	38
9. Definición de Variables y Escala de Medición...	39
10. Técnicas y Procedimientos...	40
11. Conclusiones...	46
12. Anexos...	47
13. Bibliografía...	72

INTRODUCCION

A través de los cambios que se han realizado del personal directivo y esto a su vez con integrantes de los equipos de supervisión con recursos de contrato “seguro popular” ha sufrido modificación en cuanto a la integración a los equipos de supervisión de falta de experiencia, interés y responsabilidad que tiene una persona con función de supervisor, surge la inquietud de cómo esta impactando la supervisión en las visitas a las unidades de salud con el personal operativo.

La supervisión es una función relevante en la práctica laboral ya que facilita el enlace entre los directivos y el personal operativo, la efectividad del supervisor depende de su capacidad para interactuar con el personal. Los métodos de supervisión que se emplean son: el *Directo* que se instrumenta por medio de la observación, recorrido, reuniones, entrevistas, enseñanza, comunicación y asesoría y el *Indirecto* que lo integra planes de trabajo, informes, manuales, asistencia y evaluación de los registros en el expediente entre otros. Son factores, que generan satisfacción laboral en el personal operativo, lo cual trasciende en la calidad de la atención a los usuarios de los servicios de salud.

En la administración de recursos humanos, la supervisión es una función básica de la dirección; a través de la cual, se establece el enlace afectivo y humano entre los dirigentes y subordinados; su efectividad depende de la capacidad del supervisor para interactuar con el personal.

La supervisión es la dirección democrática que orienta las acciones del personal al logro de los objetivos organizacionales, mediante el desarrollo de las potencialidades del supervisado. La necesidad de implementar y estructurar nuevos programas de supervisión, comunicación y asesoría es cada vez más evidente para el logro de los objetivos.

Las diferentes técnicas de la evaluación son herramientas para determinar si los programas están funcionando según lo planificado y están alcanzando las metas preestablecidas.

El objetivo de la evaluación en el proceso de atención a la salud, es mejorar los programas de salud y los servicios que se han ejecutado y orientar la distribución de los recursos humanos y financieros entre los programas y servicios actuales y futuros. La evaluación debe emplearse de manera constructiva y no para justificar acciones anteriores o simplemente para descubrir los defectos de estas. Es esencial que se conciba como instrumento para la adopción de decisiones y que se vincule estrechamente con el proceso.

El propio proceso de evaluación puede ser tan importante como las conclusiones mismas, ya que el hecho de participar en el proceso permite con frecuencia comprender mejor las actividades que se evalúan y enfocar de modo más constructivo su ejecución y las necesidades de acción futura.

Además, la evaluación construye una retroalimentación positiva acerca de los procesos que se efectúan y quizás los prestadores de servicios de salud tendrán menos tendencia a equivocarse.¹

La evaluación es un recurso extremadamente útil y de valor inobjetable durante la ejecución o proceso, ya que permite identificar desviaciones y tomar decisiones que conllevan a alcanzar los objetivos deseados y programar las actividades.²

El proceso de evaluación, se realiza con apego a un modelo de investigación evaluativo.

Los resultados de productos esperados se logran en la medida en que los elementos y recursos se organizan y utilizan en forma óptima, y en la medida en que las acciones planeadas se dirigen, supervisan, monitorean y evalúan al inicio, durante y al final de su ejecución.³

¹ Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Organización Panamericana de la Salud. 1992: 382-404.

² Pineault R, Daveluy C. La evaluación en R. Pineaul. Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2edición Barcelona, España. Masson. 1995: 327-331

³ Donabedian A. Op cit.; pp. 382-404.

RESUMEN.

El presente documento sobre la Evaluación del Proceso y Equipos de Supervisión Zonal en la Jurisdicción Sanitaria No.1 de los Servicios de Salud de Cuernavaca Morelos en el año 2006, tiene como objetivo principal valorar la eficiencia de la supervisión medica considerando la conformación, capacitación, inducción al puesto, perfil, apoyo, seguimiento y recursos con los que cuentan los equipos de asesoría-supervisión, para lo cual se realizo un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo teniendo como universo de trabajo el personal de la jurisdicción sanitaria y sus 82 Centros de Salud durante el año 2006.

Se determino el universo de trabajo a través de muestreo aleatorio por estratos. Excluyendo de este las personas que refirieron tener menos de tres meses de actividad en los servicios, Se obtuvo la información por medio de cuestionarios los cuales se analizaron y cuyos resultados se describen a continuación:

Personal Operativo: Antigüedad media en la institución 6 años (DS10.91), 51.7% opina que los equipos de supervisión realizan asesoría y/o capacitación, 72.1% opina que no utilizan guías y que no es suficiente el tiempo de supervisión, 60% opina que no participan en la solución de problemas, 34.6% considera el realizar funciones no propias el principal problema del supervisor, 61.7% opina que si se da seguimiento a los problemas detectados 60.7% dice que el supervisor informa el objetivo de su visita, 51.7% dice que no se reúne al personal para informar resultados, el 52.5% del personal no se considera motivado por el equipo de supervisión, 45% considera el desempeño del supervisor como regular.

Jefe de Jurisdicción/Coordinación: Antigüedad en la institución media de 15 años (DS11.31), comentan **que se realizan** evaluaciones a los equipos de supervisión, cuentan con el programa anual de supervisión, consideran la falta de seguimiento y organización los principales problemas de los equipos, consideran que no hay uso ni procesamiento con los informes de los equipos, y además como insuficiente el tiempo que se da a la supervisión.

Consideran que algunos integrantes de los equipos no cuentan con el perfil para ser supervisor, que no están conformados de acuerdo a la norma, que no cuentan con el material ni equipo necesario así como algunos no cuentan con el código de supervisor, opinan que los equipos reciben capacitación continua frecuente.

Supervisores: Antigüedad en la institución media de 17 años (DS8.40), el 100% indica que no recibió curso de inducción al puesto, 83.3% no recibe capacitación previa ni cuenta con código de supervisor, la misma cifra no conoce los estilos de supervisión, 66.7% considera el principal problema la falta de apoyo de las autoridades, y 83.3% realiza solo la mitad de las supervisiones programadas.

En relación a las actividades de supervisión el 100% considera que realiza acciones de capacitación, evaluación y gestoría, el 66.7% opina que no es suficiente el tiempo para realizarla y que aplica las normas y guías en cada supervisión, el 66.7% realiza actividades que no le competen como supervisor y asegura darle seguimiento a los problemas detectados, el 100% opina que registran y comentan los problemas con el personal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Jurisdicción Sanitaria número 1 con sede en Cuernavaca, al igual que las dos Jurisdicciones restantes que conforman los Servicios de Salud en el estado de Morelos, a pesar de haber sido instalados diferentes modelos de atención: Modelo de atención en Salud para Población Abierta (MASPA) y Sistemas Locales de Salud (SILOS), se encuentran con la problemática de que algunos de los equipos de Asesoría supervisión, por diferentes factores, no están efectuando sus funciones conforme a los modelos preestablecidos, ya que se tienen conceptualizados como elementos que resuelven problemas operativos que se suscitan a diario en las unidades de salud, así como para la entrega y notificación de oficios, promoción, medicamentos, presencia de algún personal en la jurisdicción, notificación de capacitaciones etc. Actividades que distan mucho de ser para lo que fueron creados los equipos.

Así mismo cabe mencionar el hecho, de que el personal que integra estos equipos debe cumplir con ciertas características como tener conocimientos de tipo gerencial y de resolución de problemas, ser líder, haber recibido introducción al puesto y capacitación exprofeso para esta actividad (Planeación Estratégica, Diseño y Evaluación de programas y conocimientos de tipo administrativo), asignación de un código y delegarle cierto poder ante el personal supervisado.

En la actualidad en la Jurisdicción Sanitaria número 1 Cuernavaca, encontramos equipos desintegrados, sin el perfil adecuado, sin código ni capacitación, y con una inadecuada Planeación y Coordinación entre los integrantes del equipo y con el resto de las coordinaciones que conforman esta jurisdicción, trayendo como consecuencia un desempeño ineficaz, ineficiente y falta de la calidad requerida para tan importante actividad.

Por todo lo anterior el interés por abordar este problema y llevar a cabo la presente investigación enmarcada en la siguiente pregunta.

¿Cuales son los factores personales y laborales, de los integrantes del equipo zonal, que influyen en el proceso de supervisión en la Jurisdicción Sanitaria número 1 de los Servicios de salud de Cuernavaca, Morelos en 2006?

ANTECEDENTES GENERALES.

Desde que la intervención de los Estados, y sobre todo los organismos supranacionales, se hizo patente (fundamentalmente a partir de la II Guerra Mundial), ha existido la necesidad de poner en marcha procesos analíticos y sistemáticos que permitieran garantizar la correcta aplicación de la evaluación. Sin embargo, el concepto de evaluación es más amplio e intuitivo, y forma parte de nuestros propios procesos mentales a la hora de tomar decisiones.

Estos aspectos de intuición lógica que son consustanciales al ser humano, no dan los resultados adecuados cuando las variables y las interrelaciones a tener en cuenta son muchas y los problemas son complejos. Cuando la realidad se hace compleja es imprescindible que el proceso de toma de decisiones esté fundamentado en la valoración rigurosa, objetiva y sistemática de todas las variables que intervienen.

La medición de los aspectos positivos y negativos, y su comparación, de cualquier planificación, es lo que se llama evaluación.¹

Evaluar es medir un fenómeno o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios pre-establecidos y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia.²

Las diferentes técnicas de la evaluación son herramientas para determinar si los programas están fundados según lo planificado y si están alcanzando las metas que ya están pre-establecidas.³

La evaluación requiere la formulación de juicios basados en un análisis cuidadoso y un estudio crítico de situaciones específicas, con el fin de sacar conclusiones bien fundadas y de hacer útiles propuestas de acción futura. Este juicio no debe entenderse en el sentido jurídico de fallo o sentencia, ha de basarse en información válida, pertinente y sensible que sea fácil de obtener y que se facilite a todos los que puedan necesitarla.⁴

La evaluación plantea una visión crítica de los diferentes componentes de la planificación y de la programación. Hay diferentes consensos que la evaluación toma en cuenta como la meta, que es realizar un juicio sobre una actividad, un estudio o un resultado. Este juicio esta basado en criterios y normas. Los criterios y las normas pueden ser implícitos o explícitos.

En el primer caso, no son fijados de antemano, sino que corresponden al juicio del evaluador, generalmente a causa del mayor conocimiento que este último tiene sobre el tema y del alto nivel de credibilidad que ofrece. En el segundo caso los criterios y las normas se establecen de antemano.

El objeto de la evaluación es mejorar los programas de salud y la infraestructura sanitaria para su ejecución y orientar la distribución de recursos entre las actividades

¹ Ayala M. Juan Propuesta de un Modelo de Supervisión, Jurisdicción Sanitaria de San Miguel de Allende Gto., Tesis de Grado, INSP: 1-25.

² Pabón-Lasso H. Evaluación de los Servicios de Salud, Modelo de Prides, Universidad del Valle; Facultad de Salud, Departamento

³ Mantell EJ, Divittis AT, Auerbach IM. Evaluating HIV prevention interventions. Plenum Press New York and London 1997:256.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los Programas de Salud. Ginebra, 1981: 3-49

ya emprendidas o que puedan emprenderse en el futuro. La evaluación es un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación mas satisfactoria mediante una selección rigurosa entre las distintas posibilidades de acción futura. Debe ser, pues, un proceso permanente encaminado a aumentar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud. Su aplicación supone un espíritu abierto, capaz de ejercer una crítica constructiva para llegar a un juicio válido.⁵

La responsabilidad de la evaluación recae en las personas y los grupos responsables de organizar y aplicar el proceso de gestión para el desarrollo de la salud.

En el proceso de evaluación se emplean indicadores, que son variables que facilitan la determinación de las modificaciones intervenidas.

Cuando no se dispone de indicadores o criterios adecuados, es preciso formular preguntas pertinentes en relación con la actividad que vaya a evaluarse.

La evaluación ha de basarse en una información válida, pertinente y sensible.

El proceso de la evaluación debe aplicarse de manera flexible y conviene adaptarlo a las circunstancias en las que deba emplearse.

Consta de los siguientes componentes:

- Especificación del tema de la evaluación.
- Obtención de la información necesaria.
- Verificación de la pertinencia.
- Evaluación de la suficiencia.
- Examen de los progresos.
- Evaluación de la eficiencia.
- Evaluación de la eficacia.
- Evaluación de los efectos
- Conclusiones y formulación de propuestas de acción futura.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Op cit.; pp. 3-49

Estos principios básicos para la evaluación son de índole general; tienen por objeto, sin embargo, sentar principios y describir a grandes rasgos las fases prácticas, de manera que sean aplicables a los distintos sectores de salud pública.⁶

Tradicionalmente, la evaluación y sobre todo, aquella que trata de medir aspectos intangibles o cualitativos, ha sido tachada de subjetiva y poco rigurosa. Pero, ante estas críticas, habría que responder cual es el costo de oportunidad o la alternativa que existe a la evaluación, incluso de aspectos difícilmente cuantificables. Si no se sistematiza y objetiviza la realidad, lo único que nos queda es guiarnos por nuestro propio sentido común, o por el del grupo gestor. No cabe duda, se mire desde donde se mire, de que es necesario establecer mecanismos que permitan la medición objetiva de los aspectos negativos y positivos que intervienen en un programa de desarrollo.

La evaluación debe ser entendida como un apoyo imprescindible a la toma de decisiones, como un aprendizaje continuo de los errores y aciertos que servirá para modificar actuaciones y conductas futuras. En este sentido, todo proceso de evaluación debe ser asumido por los propios gestores del programa como algo fundamental de su trabajo diario, no como una obligación que viene impuesta e inevitable. Tampoco deberá ser abordada desde un punto de vista de control o fiscalizador, sino como una etapa más del proceso de planificación, que de garantías de que lo que se va a hacer, lo que se está haciendo, o lo que ya se ha terminado.⁷

El proceso sistemático de la evaluación permite medir y comparar los resultados obtenidos en relación con los esperados.

Los Propósitos de la evaluación son:

Corregir o mejorar los planes iniciales, o ambos casos, medir la eficacia de las actividades, fundamentar la toma de decisiones, en caso necesario y plantear opciones.

⁶ Organización Mundial de la Salud. Op cit.; pp. 3-49

⁷ Ayala M. Juan Propuesta de un Modelo de Supervisión, Jurisdicción Sanitaria de San Miguel de Allende, Gto. Tesis de Grado, INSP: 1-25.

Al evaluar hay que tener presente: a) Los objetivos, b) los logros, c) las necesidades, d) los recursos.⁸

¿Cuándo se debe evaluar? Al inicio, en el transcurso y al final de cualquier plan. La evaluación debe ser permanente, dinámica, objetiva, oportuna y aplicable, y se enfocara a aspectos realmente significativos. Los instrumentos para evaluar deben comprender criterios que enfoquen de manera directa el aspecto que se desea evaluar, delimitando el área que será objeto de medición.

La evaluación puede hacerse de dos formas:

- Directa: por observación, entrevistas, reuniones.
- Indirecta: por informes, encuestas, programas, expedientes y otros.

Existen otros diferentes tipos de evaluación según su autor:

Pineault menciona: la evaluación estratégica.

La evaluación táctica, que se efectúa sobre los componentes del programa como: los recursos, las actividades y los objetivos y, por otra parte, sobre las interrelaciones entre estos componentes, que son la evaluación de la estructura, el proceso y los efectos o resultados.

Otro tipo de evaluación es la operativa que se efectúa sobre los aspectos más operativos de la planificación y de la programación, es decir, la ejecución y la implantación. A este tipo de evaluación se le puede considerar como una prolongación de la evaluación táctica, en la medida en la que están implicadas la movilización de los recursos y la implantación de las actividades.

La evaluación táctica y estratégica se utilizan para evaluar los planes y las políticas de los programas de salud.⁹ Otro tipo de evaluación es la que se realiza para el proceso de evaluación de políticas, programas, servicios e instituciones de salud, el cual comprende los siguientes elementos:

⁸ Murray C, Frenk J. A. De la evaluación de los servicios y programas a la evaluación comparativa de los sistemas de salud, <http://www.ssa.gob.mx/apps/htdocs/evaluación/:1-6>.

⁹ Pineault R, Daveluy C. La evaluación en R. Pineaul. Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2edición Barcelona, España. Masson. 1995: 327-331

Especificación del tema concreto de la evaluación: el cual se efectúa respondiendo a las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Qué debe evaluarse? Es decir, un programa, un servicio, un servicio de salud o una institución. Hay que cerciorarse de que el tema merece verdaderamente evaluarse por su alcance o posible importancia.
- 2.- ¿A qué nivel o niveles orgánicos debe practicarse la evaluación?
- 3.- ¿Qué finalidad tiene la evaluación?
- 4.- ¿Qué limitaciones pueden coartar la posibilidad de evaluación o restringir su alcance?
- 5.- ¿Por qué decisiones puede optarse a la vista de los resultados de la evaluación?
- 6.- ¿A quién deben comunicarse los resultados de la evaluación?

Obtención del apoyo informativo: El empleo de datos es constante durante todas las fases del proceso de evaluación, es necesario pues, conseguir el apoyo informativo adecuado durante todo el proceso, de manera que este no se vea ulteriormente retrasado por falta de datos. La mejor manera de conseguir el apoyo informativo es especificar las necesidades de información en la fase de planificación. Para determinar las necesidades de información han de tenerse en cuenta separadamente las de las distintas fases del proceso de evaluación por ejemplo:

- Tema de evaluación.
- Pertinencia: especificar la base de la política sanitaria en relación con la política social y económica y los objetivos del programa.
- Definición suficiente del problema: Asegurarse de que se ha dado una definición del problema para cuya solución se ejecuta el proceso o programa.
- Formulación adecuada del programa o proyecto: Asegurarse de que exista una lista de objetivos y metas; una descripción de los procedimientos empleados para alcanzar unos y otras, una relación de los recursos, inclusive en lo referente a personal, con información presupuestaria y financiera, y un calendario de actividades que comprenda la determinación de los puntos de referencia o de comprobación y las fechas de terminación.
- Progresos: Comprobar si existe información sobre el empleo de los recursos.

Deducir las necesidades de información a partir de los indicadores que deban utilizarse o las preguntas que deban formularse.

- Eficiencia: Identificar los resultados del programa o proyecto, o asegurarse de que puede hacerse un resumen de los mismos. Especificar los indicadores y criterios que habrán de aplicarse o las preguntas que deberán formularse y deducir de ellos las necesidades de información.
- Eficacia: Antes de iniciar el programa, en sus primeras fases de ejecución y en el momento de la evaluación, comprobar si se dispone de información sobre el problema de salud o situación de que se trate.
- Efectos: Escoger los datos pertinentes y deducir las demás necesidades de información a partir de los indicadores y criterios que deban emplearse.

Conclusiones y propuestas de acción futura: Remitirse a cualesquiera conclusiones y propuestas de acción que se desprendan de la precedente evaluación.

Desde la perspectiva de otros autores como, Pabón Lazo,¹⁰ la evaluación de los servicios comprende dos grandes temas y se deben de evaluar así:

- La evaluación de la gestión en términos del esfuerzo de la agencia. Esto es, la estructura y el proceso que conducen al logro de los resultados esperados.
- La evaluación de resultados en términos de sus resultados frente a la población.

Estos conceptos evaluativos están relacionados causalmente, porque permiten mantener ciertas razones que subyacen al desempeño, y porque permiten ubicar un concepto o hallazgo determinado en el contexto general del cumplimiento de los servicios. Con esto se puede observar que la evaluación es una función del proceso administrativo; de su importancia se deriva que es la función guía para la dirección de la gestión administrativa, y la evaluación y diagnóstico de sus funciones complementarias.

¹⁰ Pabón-Lasso H. Evaluación de los Servicios de Salud, Modelo de Prides, Universidad del Valle; Facultad de Salud, Departamento

Pabòn Lazo muestra que la **evaluación del esfuerzo** es el resultado o impacto de los servicios sobre las necesidades de salud de las personas que deben conformar la parte central de la evaluación, ya que en ausencia de los mismos todo esfuerzo es perdido. Para lograr este esfuerzo es necesario saber como están conformados la estructura y el proceso, para poder llegar a un mejor resultado.

Dentro de la **estructura** encontramos la disponibilidad y la accesibilidad. La primera, define los recursos existentes en función de la población a servir.

El análisis de la disponibilidad debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio. La segunda, se encuentra íntimamente relacionada con la disponibilidad, a pesar de ser conceptos diferentes.

Tanto una como la otra pueden afectar, tanto a las variables que determinan la eficiencia de la agencia (productividad y utilización), como las variables que determinan los resultados sobre la población (calidad y uso).

Dentro del **proceso**, encontramos diversos componentes:

- La extensión e intensidad del uso: Nos señala la proporción de la población que se tiene como objetivo de un determinado servicio durante cierto período, pero no nos dice si el contacto objetivo era necesario o no.
- Utilización cuantitativa: Existe relación entre el recurso ocupado por unidad de tiempo. Este indicador mide el empleo real de los recursos de la agencia y por consiguiente, permite identificar el recurso existente no utilizado y subutilizado.

Este indicador se utiliza mucho en los sistemas hospitalarios para el censo de camas ocupadas por paciente, y la proporción de horas médicas contratadas que son efectivamente trabajadas.

- Utilización organizacional: En ésta los indicadores de productividad, utilización y rendimiento muestran el aspecto cuantitativo de la gestión, pero no indican la existencia o no de cierta lógica entre el recurso utilizado y la actividad que se ejecuta con él. Aquí la disponibilidad y accesibilidad son dos factores que expresan la magnitud de la infraestructura en relación con la población a

servir, y que influyen por igual en la lógica y la productividad de los recursos.

- Productividad: Se define como el número de actividades o servicios desempeñados por unidad de recursos existentes en un tiempo dado. Al analizar la productividad de un programa, servicio o agencia, el estudio, dependiendo de su comportamiento, puede servir para establecer metas sobre lo que es deseable y posible. La productividad esta en función de dos conceptos estrechamente relacionados: el rendimiento y la utilización de recursos.
- El rendimiento se define: como el número de actividades producidas por unidad de recurso utilizado, semejante a la productividad.

Y por último, en esta etapa, el autor menciona a la calidad, como la calidad técnica, que se define en términos en cuatro variables:

- La integridad: satisfacer todas las necesidades de los pacientes.
- Los contenidos: es hacer todo lo que se deba hacer en cada caso.
- La destreza: hacer bien lo que se deba hacer.
- La oportunidad: hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer.

En la tercera y última parte de este modelo que nos presenta Pabòn Lazo nos menciona a **los resultados**, como ultima de las acciones de los servicios de salud sobre la población, objeto de los mismos y que se define como efectividad.

La efectividad: es un concepto último, ya que el flujo operacional se inicia en la población donde algunos individuos perciben cierta necesidad, hacen contacto con los servicios diseñados para resolverla y regresan a la población con su necesidad resuelta o con la misma u otras necesidades.

Dentro de los resultados se encuentra la cobertura: que es la proporción de personas con necesidad de servicios que ha recibido atención para dichas necesidades.

La cobertura esta determinada parcialmente por la extensión del uso de los servicios para la población, concepto con el cual frecuentemente se confunde.

El gran factor que condiciona la efectividad es la eficacia esta se mide en términos de resultado deseable o del propio objetivo del servicio. Esta determinada por dos factores principales:

- Factores internos, que dependen fundamentalmente de la calidad del servicio.
- Factores externos relacionados con la constitución y capacidad de los pacientes, sus condiciones de vida, sus actitudes frente a la enfermedad y los servicios.

La eficiencia: es la relación entre los resultados logrados o los productos producidos con los insumos utilizados, además nos menciona que el esfuerzo de la agencia se puede expresar en los recursos consumidos, el dinero invertido, que tiene la enorme ventaja de que permite una comparación entre los resultados que se obtienen por la prestación de los servicios.

Donabedian A.¹¹ menciona que la evaluación de la calidad en el ámbito de salud es brindar al paciente el máximo beneficio, al menor riesgo y con un costo adecuado apegándose a normas o estándares que describen las características de un servicio de salud. Con base a lo anterior, se entiende por calidad de la atención médica a el grado en el que los medios mas deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras de salud”.

Por otra parte Frenk J.¹² define a la calidad como: “el grado en que las posibilidades de mejoramiento de la salud de hecho se logran en una instancia específica de atención”.

Por otra parte Huber D.¹³ menciona que desde una perspectiva de salud pública, la calidad significa obtener los mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles.

¹¹ Donabedian A. Defining and measuring the quality of health care. *Assessing Quality health care: Perspectives of clinicians*. 1992: 41-64.

¹² Frenk J. La Salud de la Población hacia una nueva Salud Pública. Fondo de Cultura Económica. México D.F: 66-67.

¹³ Huber D. Proponed approach for medical quality of care in family planning/reproductive health services supported by Pathfinder International. 1994:11.

Bruce J ¹⁴ De Geyndt .W y Donabedian A. coinciden en que una buena calidad puede significar cubrir los estándares mínimos para una atención adecuada o alcanzar altos estándares de excelencia.

La calidad puede referirse a la calidad técnica de la atención, a los aspectos no técnicos de la prestación de servicios, tales como el tiempo de espera del cliente y las actitudes del personal, y a los elementos programáticos como las políticas, la infraestructura, el acceso y la administración.¹⁵

Tradicionalmente son tres los enfoques para la evaluación de la calidad:

La estructura, el proceso y el resultado que no son en si mismos propiedades de la calidad, sino herramientas conceptuales que sirven para agrupar la información recabada y permiten reconocer la situación de uno o varios de los atributos de la calidad de los servicios de salud proporcionados.¹⁶

Estos tres enfoques presentan fronteras imprecisas en una cadena de eventos, donde cada uno es la consecuencia de otro anterior, o la causa de otro posterior, sin existir una división clara en muchas ocasiones

Las relaciones entre estos enfoques son probabilísticas, es decir, una buena estructura aumenta las posibilidades de lograr buenos procesos. Un buen proceso aumenta la posibilidad de obtener buenos resultados. Un buen resultado es muy probable que haya tenido como antecedente un buen proceso y una buena estructura. Dichas posibilidades pueden ser altas o bajas, sin embargo, su reconocimiento es incompleto debido a la presencia de factores diferentes a los de índole médica.

Los enfoques para la evaluación de la calidad se definen como:

Estructura: la cual se entiende como las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos disponibles, de los recursos que se

¹⁴ Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in family Planning. 1990. 21(2): 61-91.

¹⁵ Díaz V. Cultura Económica. Fondo de Cultura Económica. México, D.F; 1995: 66-67

¹⁶ Donabedian A. Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. Enfoques básicos para la evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana. 1991:95-155.

tienen al alcance, de los aspectos, tanto físicos como organizacionales en donde se trabaja.

El proceso: Que aborda los servicios producidos y utilizados en el marco del programa y esta comprendido por varias dimensiones:

- La evaluación puede referirse a los aspectos técnicos.
- La continuidad de los servicios, su probabilidad y la naturaleza de la relación entre el beneficiario y el profesional.
- Puede abordar los niveles organizacionales, implantados para asegurar la accesibilidad, la continuidad, la globalidad y la humanización de los servicios.

A diferencia de los resultados, la evaluación del proceso puede mostrar de que manera la atención ha sido adecuada o no en cada caso, debido a que es posible comparar lo que se ha realizado con lo que se tiene establecido para cada caso particular, ya sea a través de manuales de procedimientos, normas oficiales etc.

El resultado: se entiende como todo cambio en el estado actual y futuro de la salud y bienestar del paciente, siempre y cuando sea atribuible al antecedente de atención médica¹⁷ e incluye, tanto los cambios obtenidos por el prestador de servicios para el paciente, como aquellos obtenidos por los propios pacientes.

Los resultados, en general, dan validez a la eficacia de la atención médica.¹⁸

Sin embargo, cualquier evaluación de la atención de la calidad por medio de la cuantificación de resultados, debe tener presente efectos externos tales como: edad, sexo, herencia, condición social, estado nutricional, para precisar el efecto de los servicios de atención médica¹⁹ por lo que es muy difícil establecer con certeza la relación causa-efecto entre la atención proporcionada y el estado de salud conseguido.²⁰

¹⁷ Pineault R, Daveluy C. La evaluación en R. Pineaul. Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2ª edición Barcelona, España. Masson. 1995: 327-331

SANITEC, www.sanitecworldwide.com/studies, El Manual de Asistencia a la Supervisión.

¹⁸ Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Organización Panamericana de la Salud. 1992: 382-404.

¹⁹ Brook R, Apel F. Quality of care assessment: Choosing a method for peer review. The New England Journal of Medicine. 1973. Vol.288: 1323-1329.

²⁰ Donabedian A. Defining and measuring the quality of health care. Assessing Quality health care: Perspectives of clinicians. 1992: 41-64.

Como se sabe la evaluación de la calidad es imposible sin la existencia de información acerca de la estructura, el proceso y el resultado que permita medir sus atributos. Así dependiendo de la calidad de la información, mas precisa será la evaluación.²¹ Por lo tanto la evaluación depende de los criterios o aspectos que se pretendan evaluar y de las medidas específicas, cuantitativas, que definen los límites permisibles, también llamadas estándares, que se derivan del consenso de investigadores, especialistas y docentes.²²

Algunos de los métodos utilizados para la recopilación de la información necesaria para evaluar la calidad son:

- Encuestas de opinión.
- La observación directa.
- La búsqueda de datos, para la cual se utilizan diferentes fuentes de información tales como las encuestas validadas, testimonios, reportes estadísticos entre otros.

La evaluación constituye un instrumento poderoso para fortalecer la toma de decisiones informadas en todo el ciclo gerencial: define necesidades, contribuye a la supervisión de actividades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación, así mismo, permite identificar y consolidar las mejores practicas institucionales, y es también un instrumento de aprendizaje en la medida que los resultados de la evaluación se comparten y se utilizan para mejorar el desempeño de los servicios, los programas y los sistemas, finalmente la evaluación es uno de los instrumentos esenciales de la rendición de cuentas.²³ La evaluación es un procedimiento de análisis sistemático que juzga la *pertinencia*, la *eficiencia*, los *progresos* y los *resultados* de un sistema, una política, un programa o una serie de servicios específicos. Comprende, además, una serie de conclusiones y propuestas de acción para el futuro. Está guiada por un marco conceptual y metodológico que

²¹ Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Organización Panamericana de la Salud. 1992: 382-404.

Donabedian A. Defining and measuring the quality of health care. Assessing Quality health care: Perspectives of clinicians. 1992: 41-64.

²² Díaz V. Cultura Económica. Fondo de Cultura Económica. México, D.F; 1995: pp. 66-67.

²³ Ayala M. Juan Propuesta de un Modelo de Supervisión, Jurisdicción Sanitaria de San Miguel de Allende, Gto. Tesis de Grado, INSP: 1-25.

determina la selección y generación de la información más relevante.

Su objetivo fundamental es determinar en qué medida se están alcanzando o se alcanzaron los objetivos propuestos y qué podría explicar las diferencias entre los logros obtenidos y lo que se pudo haber alcanzado.²⁴

En ausencia de evaluaciones sistemáticas y rigurosas, las instituciones de salud caen en la deriva: reproducen inercias y vicios administrativos, desperdician recursos, logran resultados magros y deterioran su relación con los usuarios.²⁵

La evaluación debe distinguirse de la supervisión o vigilancia. Esta implica la observación periódica y dinámica de una o varias actividades orientadas a conseguir un objetivo específico.

La supervisión permite corregir y ajustar, en el momento, los insumos y recursos necesarios para la consecución de las metas previstas. La evaluación, por su parte, cuantifica *ex-post* el nivel de logro obtenido poniendo en perspectiva todos aquellos elementos relevantes que se desplegaron en su consecución.²⁶

Las herramientas fundamentales de las evaluaciones son los criterios y los indicadores. Los *criterios* son parámetros de la estructura, procesos y resultados de los servicios, programas, políticas o sistemas que nos permiten hacer un juicio sobre la bondad de estos últimos. Como ejemplos podemos mencionar la suficiencia de recursos humanos en una unidad de cuidados intensivos (estructura), la realización de ciertos procedimientos esenciales en una consulta externa (proceso) o los daños a la salud en un programa de salud reproductiva (resultados). Los *indicadores*, por su parte, son variables que permiten especificar la magnitud o frecuencia de esos parámetros de estructura, proceso o resultado: número de enfermeras por cama en una unidad de cuidados intensivos, toma de la presión arterial en una consulta externa para adultos o número de muertes maternas por unidad de población blanco.

²⁴ Ibidem.;

²⁵ Donabedian A. Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. Enfoques básicos para la evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana. 1991:95-155.

²⁶ Ibidem.;

Tradicionalmente las evaluaciones en el sector salud se han ubicado en el ámbito de las funciones, en particular en la esfera de la prestación, y se han centrado en medir el logro de los servicios y programas.

A través de indicadores simples, se ha medido el grado en que se alcanzan los llamados objetivos de estructura y proceso de los servicios y programas (disponibilidad de infraestructura y equipo, disponibilidad de personal de salud, cumplimiento de metas en la prestación de servicios) y el impacto de dichos servicios y programas sobre ciertas condiciones de salud (tasa de fecundidad, incidencia de sarampión, incidencia de diarreas, prevalencia de hipertensión, prevalencia de diabetes mellitus).²⁷

El cumplimiento de las metas de los servicios o los programas, sin embargo, no garantiza el mejoramiento de las condiciones de salud.

Asimismo, el impacto positivo sobre ciertas condiciones de salud (tasa de fecundidad, morbilidad del sarampión), debido al fenómeno de los riesgos en competencia, no garantiza tampoco un impacto positivo sobre las condiciones agregadas de salud (mortalidad infantil, esperanza de vida).

El reto ahora, por lo tanto, es sumar a las evaluaciones de los servicios, programas y políticas, las evaluaciones dirigidas a medir el grado en que se están alcanzando los objetivos intermedios y los objetivos últimos del sistema de salud.²⁸

Existen tres ámbitos con fines de evaluación de un sistema de salud:

- 1) Determinantes de la salud; 2) condiciones de salud y 3) desempeño del sistema de salud. Para darle seguimiento a los determinantes de las condiciones de salud monitorea indicadores ambientales e indicadores de condiciones y estilos de vida. Para darle seguimiento a las condiciones de salud utiliza indicadores de morbilidad, discapacidad y mortalidad. Finalmente, para darle seguimiento al desempeño del sistema echa mano de indicadores

²⁷ Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Organización Panamericana de la Salud. 1992: 382-404.

²⁸ Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Organización Panamericana de la Salud. 1992: 382-404.

de recursos, accesibilidad, cobertura, calidad y eficiencia.²⁹ Desde nuestro punto de vista, estos tres grandes ámbitos se traslapan con los atributos deseables de los sistemas de salud.

Los determinantes de las condiciones de salud se identifican sobre todo con el atributo de anticipación. En el grupo de condiciones de salud se puede ubicar el atributo de efectividad. Finalmente, en el grupo del desempeño del sistema se pueden ubicar los atributos de accesibilidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad. Así, para darle seguimiento a los determinantes de las condiciones de salud se propone utilizar indicadores de anticipación, como los relacionados con estilos de vida (tabaquismo, alcoholismo, obesidad), condiciones de vida (escolaridad, agua potable, infraestructura sanitaria) y ambiente (aire, ambiente laboral).

Para las condiciones de salud se propone utilizar indicadores de efectividad, como los relacionados con natalidad (tasa de fecundidad), morbilidad (IRAS, hipertensión), discapacidad y mortalidad (mortalidad infantil, mortalidad materna). (III). Finalmente, para el desempeño del sistema se propone utilizar indicadores de accesibilidad (abasto de medicamentos, atención del parto, control de vectores), calidad (tiempos de espera, certificación de unidades), eficiencia (consultas por consultorios, cirugías por quirófano) y sustentabilidad (gasto en salud).

Hay dos atributos más que permean a los anteriores y que un sistema debe tener: ser equitativo y tener perspectiva de género. Aquí se propone evaluar la equidad midiendo las brechas que pudieran existir en los valores de los indicadores de condiciones de salud, insumos y servicios entre los distintos grupos de población, La perspectiva de género se puede evaluar desagregando por género los valores de los indicadores que lo permitan.³⁰

La supervisión como sistema de control es una de las necesidades vitales en las organizaciones. Permite la medición de la actuación y el control de las acciones, se

²⁹ Ayala M. Juan Propuesta de un Modelo de Supervisión, Jurisdicción Sanitaria de San Miguel de Allende, Gto. Tesis de Grado, INSP: 1-25.

³⁰ Ayala M. Juan Propuesta de un Modelo de Supervisión, Jurisdicción Sanitaria de San Miguel de Allende, Gto. Tesis de Grado, INSP: 1-25.

define como dar a los subordinados la instrucción, orientación y disciplina día a día, según se requiere para que ellos cumplan con sus obligaciones y responsabilidades.³¹

La supervisión es un factor importante de progreso que permite:

- 1.- Promover el trabajo en equipo
- 2.- Mejorar los sistemas de trabajo
- 3.- Desarrollar la eficacia del personal
- 4.- Obtener la máxima productividad
- 5.- Mejorar la utilización de recursos en la ejecución del plan
- 6.- Detectar fallas y corregir errores de acciones

Los objetivos de la supervisión:

Para el personal:

- Desarrollar habilidades.
- Orientar,
- Simplificar el trabajo,
- Ofrecer un ámbito positivo en el trabajo
- Lograr el desarrollo de relaciones humanas adecuadas.

Para el público:

- Garantizar un servicio de calidad

Para la organización:

- Coadyuvar al logro de los objetivos institucionales.

Principios de la supervisión:

La supervisión planeada es mas eficaz, el conocimiento del supervisado facilita la acción supervisora, al supervisar debe tomarse en cuenta que las actitudes y la eficiencia del supervisado están condicionadas por el medio ambiente en que vive, el

³¹ Donabedian A. Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. Enfoques básicos para la evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana. 1991:95-155.

supervisar requiere tomar decisiones, enseñar al trabajador a ejecutar el trabajo, simplifica la supervisión, el supervisar requiere comunicar en forma sistemática, en caso contrario, la supervisión no podría darse.

La fuente generadora de los programas de supervisión, son los servicios y sus necesidades.

Un programa de supervisión debe reunir lo siguiente:

- Cubrir todos los turnos,
- Funcionar de manera vertical y horizontal,
- 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 requiere de personal altamente calificado y, además, que conozca el área de trabajo. Uno de los errores mas frecuentes de los supervisores consiste en efectuar una vigilancia abrumadora en busca de fallos, lo cual desvirtúa el verdadero propósito de la supervisión.³²

La disciplina es factor importante en la supervisión, pero es necesario ejercer un control para evitar o corregir un comportamiento indeseable.

El programa de acción disciplinaria que maneje el supervisor debe contener:

a) Políticas, normas y reglamentos de la institución, b) Información sobre sanciones, c) Observación continua con acciones bien específicas, d) Acciones correctivas de tipo constructivo, e) Reforzamiento en las modificaciones de conducta aceptables; es decir, acciones de reconocimiento, f) Motivación.³³

La supervisión eficaz es el elemento unificador en el control de la calidad, porque proporciona a los empleados operativos la dirección y el apoyo que necesitan para aplicar las directrices en sus actividades cotidianas. Los equipos de supervisión son

³² Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Modelo de Investigación Operativa de los Servicios de Salud.

³³ Sistemas de control, Evaluación en la supervisión de enfermería,

considerados la base para monitorear y mejorar la Atención Primaria de la Salud.

Los nuevos enfoques han ampliado y mejorado la función del supervisor en la administración de la calidad, en los sistemas convencionales de supervisión, el supervisor desempeña el papel de inspector y utiliza listas de verificación para evaluar el desempeño del personal, con lo que identifica áreas específicas con debilidades e instados a proporcionar retroalimentación inmediata.

Sin embargo la función del supervisor va mas allá de la inspección para incluir apoyo y orientación para los empleados operativos, los supervisores pueden reducir los temores de los subordinados y desarrollar relaciones donde haya mas confianza, también pueden ayudar al personal en la resolución de problemas, capacitar y motivar a los empleados, promover un vínculo con los administradores de rango mas alto y servir como partidarios ejemplo: ayudando a obtener la capacitación, infraestructura o los suministros necesarios. Al ver a los subordinados como compañeros y clientes internos, los supervisores fomentan un enfoque más productivo en la supervisión.

Para asumir papeles que brindan mas apoyo, los supervisores necesitan todo el respaldo de los administradores más altos.

Las organizaciones deben encontrar la manera de recompensar a los supervisores que toman en serio sus responsabilidades para mejorar la calidad. La capacitación es crucial para enseñar a los supervisores las habilidades necesarias para resolver problemas, escuchar y capacitar.

Impulsar la supervisión debe ser una preocupación de las autoridades de salud, debido a que permite al personal operativo adentrarse en los problemas cotidianos, en buscar las mejores alternativas de solución, utilizar mas racionalmente los recursos y capacitarse en aquellas áreas técnicas que le permita superarse personalmente, ejerciendo funciones de líder fuerte y positivo, integro y honesto en sus acciones, desarrollando la habilidad de establecer y mantener relaciones interpersonales significativas y ser poseedor de capacidad en el área profesional y

administrativa.³⁴

Si la supervisión es eficiente y eficaz el resultado es la satisfacción personal, la productividad, cumplimiento de objetivos y la armonía en el trabajo ya que con la eficiencia tenemos la virtud y facultad para lograr un efecto determinado en el personal y que otorgue el mayor número de servicios al usuario utilizando el menor número de insumos que le sea posible, logrando una alta productividad en relación con los recursos que dispone y poder alcanzar las metas y objetivos previamente establecidos y coadyuvar a la mejora de la calidad de la atención proporcionada, crear un medio ambiente favorable, impulsar el desarrollo del personal y mantener la disciplina y el interés por el trabajo.

Por lo que es imperativo vigorizar las acciones de supervisión a fin de coadyuvar en el logro de los objetivos de los programas de salud en operación, en mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios y como consecuencia el nivel de salud de la población y la satisfacción del usuario.

ANTECEDENTES ESPECIFICOS.

Los Servicios de Salud de Morelos tienen sus orígenes con la creación de los Servicios Coordinados de la Salud Pública en 1934, con la fusión de la Delegación Sanitaria Federal y la Dirección de Salubridad Estatal. Estos servicios desarrollaron un importante papel en el campo de la Salud Pública y en la aplicación del Código Sanitario.

En 1984 la organización se compone por tres Subjefaturas: la de Regulación Sanitaria, la Coordinación de Servicios de Salud y la de Administración.

Los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Morelos, inician una etapa de perfeccionamiento como Órgano Desconcentrado por Territorio; estableciendo un Consejo Interno de Administración, presidido por el Gobernador del Estado a partir del 24 de octubre de 1984.

³⁴ Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Modelo de Investigación Operativa de los Servicios de Salud.

Con la expedición del Decreto Presidencial del 4 de marzo de 1984, en el que dispone que los Servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los del IMSS - COPLAMAR se integren orgánicamente en Servicios Estatales de Salud, bajo la responsabilidad de los Gobiernos Estatales; se inician en Morelos los trabajos de Integración Orgánica y Descentralización Operativa.

En mayo de 1985 el Gobierno del Estado integra a su estructura orgánica la Secretaría de Salud y Seguridad Social como Órgano de Coordinación del Sector Salud en el Estado, funcionando también los Servicios Coordinados de Salud Pública.

El 4 de octubre del mismo año se firma el acuerdo de coordinación, por medio del cual, se integran los Servicios Coordinados a la Secretaría de Salud y Seguridad Social, al igual que los servicios del IMSS - COPLAMAR, existentes en el Estado. Se publica la Ley Orgánica del Gobierno Estatal el 27 de noviembre de 1985, que determina la creación de la Secretaría de Educación, Cultura, Salud y Turismo.

A partir de entonces las atribuciones de salud del Estado recaen en esta dependencia, a través de la Subsecretaría de Salud y Seguridad Social.

El 13 de julio de 1988 se publica la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado, en la que se determina la creación de la Secretaría de Salud y Bienestar Social, con la siguiente estructura: Departamento de Asuntos Jurídicos, cuatro Direcciones que son: Servicios de Salud; Planeación; Regulación, Control y Fomento Sanitario y Administración y Finanzas; con tres Jurisdicciones Sanitarias y cuatro Hospitales.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece como estrategia fundamental para el logro de los objetivos de la Secretaría de Salud, el que los servicios de atención a la población no asegurada operen en forma descentralizada, buscando una mayor racionalidad económica, una administración más eficiente y la formación de un mercado más amplio de servicios médicos; ejercitando un auténtico federalismo, que permita fortalecer las bases de la Organización Política Federal uniendo esfuerzos y delimitando compromisos y responsabilidades de los tres

niveles de Gobierno: Federal, Estatal y Municipal. Dentro de este marco de ideas, el 25 de septiembre de 1996, se publica en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

El 20 de agosto del mismo año, se firma el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la entidad, mismo que es publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 16 de diciembre de 1996.³⁵

En cumplimiento a los acuerdos señalados el Ejecutivo Estatal emite el Decreto No. 824, publicado en el Periódico Oficial "Tierra y libertad" el 27 de noviembre de 1996, que crea el organismo descentralizado Servicios de Salud de Morelos.

Con este hecho, se inicia una nueva etapa en la historia de la Institución, quedando a cargo del gobierno del Estado, con el apoyo de la Federación, la responsabilidad en la prestación de los servicios de salud a población abierta, lo que con toda seguridad redundará en beneficio de la población Morelense.

La estructura con la que inicia sus actividades los Servicios de Salud de Morelos es la siguiente: un Director General; 4 Direcciones de área: Servicios Médicos; Regulación Sanitaria; Planeación y Evaluación y Administración; 14 Subdirecciones, que incluyen 5 Hospitales, un Laboratorio Estatal de Salud Pública y un Comisario; y 35 Departamentos que incluyen 3 Jurisdicciones Sanitarias.

Es importante resaltar, que la estructura orgánica ha sido definida tomando como base las características y necesidades de salud de la entidad, así como la normatividad en materia de organización, tanto de la Secretaría de Salud, como del Gobierno Estatal.

En sesión de la Junta de Gobierno del día trece de Junio de 1997, se aprueba la primera modificación a la Estructura Original del Organismo Descentralizado, con la incorporación de una Comisaría integrada por: un Comisario designado por la Contraloría General del Estado, un Departamento de Auditoría, que resulta de transformar al departamento de Contraloría Interna que subsiste dentro de la

³⁵ Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in family Planning. 1990. 21(2): 61-91.

estructura transferida por la Secretaría de Salud, ubicándola orgánica y funcionalmente dentro de la Comisaría, con dependencia jerárquica directa del Comisario, un departamento de Evaluación y Control, que resulta de la fusión de tres plazas estatales homologadas. En cumplimiento a preceptos contenidos en el Decreto de creación del Organismo Público Descentralizado, en sesión de la Junta de Gobierno de fecha 17 de diciembre de 1997, se somete a su consideración los proyectos de Reglamento Interno y Manual de Organización, conteniendo la Estructura Orgánica, en la que se incluye una Subdirección de Planeación y Desarrollo, mismos que por unanimidad son aprobados en lo general, acordándose, que sean revisados por la Subprocuraduría de Asuntos Jurídicos y Legislativos de la procuraduría Estatal; Habiendo dado su visto bueno la Procuraduría General de Justicia, en sesión de fecha 5 de Junio de 1998, la Junta de Gobierno aprueba definitivamente el Manual de Organización de los Servicios de Salud de Morelos.

En la misma sesión de referencia, en el párrafo anterior, se aprueba por unanimidad, adecuación a la Estructura Orgánica, con la creación de cuatro nuevas Subdirecciones: de Hospitales, Administración y Fomento Sanitario, Calidad y Control Sanitario y Comisaría de la Contraloría en los Servicios de Salud de Morelos, así como modificación a la Subdirección de Atención Médica, la que cambia a Subdirección de Primer Nivel de Atención.³⁶

El estado de Morelos se encuentra ubicado en la zona centro de la República Mexicana, su división política esta conformada por treinta y tres municipios los cuales en el aspecto de salud son abordados para su atención por medio de tres Jurisdicciones Sanitarias: la Jurisdicción Sanitaria No. I con sede en Cuernavaca, la Jurisdicción Sanitaria No. II con sede en Zacatepec y la Jurisdicción Sanitaria No. III con sede en Cuautla. Todas ellas regidas por los Servicios de Salud del estado de Morelos. (ANEXO 1)

En 1978, a petición de los estados miembros, la Organización Mundial de la Salud (OMS) preparo unas normas provisionales para la evaluación de programas de

³⁶ Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Modelo de Investigación Operativa de los Servicios de Salud.

salud, que pudieran aplicar los países en sus programas y actividades así como la misma OMS en sus programas en colaboración.

Esas normas generales que fueron aprobadas por la 31° Asamblea Mundial de la Salud, han sido adaptadas en un texto de evaluación de los programas de salud con miras a integrar la evaluación en el conjunto del proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud.³⁷

A nivel internacional y nacional se ha trabajado desde hace varios años en los temas de los sistemas de control como son la supervisión y la evaluación que les permiten a las organizaciones la medición de la actuación y el control de las acciones aplicados a la salud pública. Estos trabajos han contribuido a mejorar la calidad de los servicios de salud y con ello el nivel de salud de la población.

En la actualidad se destacan trabajos realizados en el tema de la supervisión y evaluación, entre ellos tenemos:

Propuesta para medir la relación supervisión-satisfacción laboral de enfermería. En donde se hace énfasis en la definición de supervisión, tipos de supervisión directa e indirecta como factores que generan satisfacción laboral en el personal operativo lo cual permite trascender en la calidad de la atención de enfermería a los usuarios de los servicios de salud de la satisfacción laboral constada mediante la aplicación de una cedula.³⁸

De la Evaluación de los Servicios y Programas a la Evaluación Comparativa de los Sistemas de Salud. Programa de evaluación implementado por la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal el cual desarrolla desde 1991 el programa de Evaluación Integral de mejoría de la Calidad, apoyado en los principios del desarrollo y cambio organizacional para valorar las modificaciones en el desempeño y la satisfacción laboral, mediante un estudio con enfoque multidimensional, se midió la percepción y opinión del usuario, del

³⁷ Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los Programas de Salud. Ginebra, 1981: 3-49

³⁸ Sistemas de control, Evaluación en la supervisión de enfermería,
<http://www.aibarra.org/enfermería/profesional/supervisión/evaluación.htm:1-6>

trabajador y del cuerpo directivo.³⁹

Los Equipos de Supervisión y sus Niveles. En este documento se menciona sobre la tarea supervisora y evaluadora que constituye un proceso que implica en principio, un examen, un análisis, una valoración cuidadosa y objetiva de la prestación del servicio y con base en resultados se promuevan las actividades didácticas necesaria para cumplir con éxito la labor educativa, menciona además las diferentes técnicas de supervisión con el objetivo fundamental de procurar el óptimo funcionamiento de escuelas y encauzar convenientemente el proceso enseñanza-aprendizaje.⁴⁰

Supervisión y Evaluación de Programas Asistenciales y Equipos de Apoyo para el Control del Sector Salud de Calidad mediante el Control del Equipo Profesional de Supervisión. Se mencionan los mecanismos para fortalecer y consolidar la operación del sistema de control y evaluación a nivel municipal, así como establecer y operar a petición expresa de los gobiernos municipales, normas que promuevan la participación de la sociedad en la ejecución, seguimiento, evaluación, control y seguimiento de los planes y programas y consolidar con estricto respeto a su autonomía la operación del sistema municipal del control y evaluación de la gestión pública.⁴¹

Guía de Taller de Supervisión y Guía de Evaluación y Administración en Centros de Salud. Refiere sobre la evaluación y sus funciones en todos los campos de la actividad del ser humano, fincando su interés en la evaluación de los aprendizajes escolares (salud), refiriéndose al proceso sistemático y continuo mediante el cual se determina el grado en el que se están logrando los objetivos de aprendizaje y refiere la evaluación como proceso para determinar el grado en que los objetivos de aprendizaje van siendo alcanzados, distinguiéndose tres tipos de ellos: a) Evaluación Diagnóstica, b) Evaluación Formativa, c) Evaluación Sumaria.⁴²

³⁹ Murray C, Frenk J. A. De la evaluación de los servicios y programas a la evaluación comparativa de los sistemas de salud, <http://www.ssa.gob.mx/apps/htdocs/evaluación/:1-6>.

⁴⁰ Huber D. Proponed approach for medical quality of care in family planning/reproductive health services supported by Pathfinder International. 1994:11

⁴¹ Díaz V. Cultura Económica. Fondo de Cultura Económica. México, D.F; 1995: 66-67.

⁴² Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in family Planning. 1990. 21(2): 61-91.

Todas estas investigaciones relacionadas sobre supervisión y evaluación, están vinculadas en determinar estos procesos como una herramienta de apoyo, que permite a las organizaciones, brindar los servicios con calidad y como un factor importante del progreso, logrando la eficacia de las acciones.

En el Instituto Nacional de Salud Pública se han realizado trabajos para obtener los grados académicos como son:

Propuesta de un Modelo de Supervisión, Jurisdicción Sanitaria de San Miguel de Allende, Guanajuato.⁴³

Evaluación del Desempeño de los Equipos Zonales de Supervisión del Primer Nivel de Atención de la Jurisdicción Sanitaria de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.⁴⁴

Los resultados obtenidos en estos trabajos de investigación muestran que los integrantes de los equipos de supervisión no cuentan con el código correspondiente al desempeño de sus actividades, no recibieron en su totalidad inducción al puesto y aprendieron en base a lo que sus compañeros les enseñaron, no reciben capacitación continua ni actualizada para la ejecución de sus actividades, por tanto la mayoría de ellos desconocen sus funciones y los aspectos básicos de la supervisión.

Así mismo el personal de las unidades tiene una mala percepción de la supervisión y consideran que no reciben el apoyo requerido para la resolución de sus problemas y las asesorías necesarias para el cumplimiento de los objetivos e indicadores propuestos y brindar la calidad requerida a los usuarios de sus unidades.

Por lo que estos trabajos concluyeron con la propuesta de modelos de supervisión que permitieron a los Servicios de Salud de sus respectivos estados aprovechar al máximo sus recursos y minimizar o corregir sus errores.

De siempre, la Secretaría de Salud ha desarrollado acciones de supervisión de Servicios de Salud.

⁴³ Perez C. Carlos Evaluación del Desempeño de los Equipos Zonales de Supervisión del Primer Nivel de Atención de la Jurisdicción Sanitaria de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Tesis de Grado, INSP, 1-25.

⁴⁴ Flahault. Piot, D. La Supervisión del Personal de Salud a Nivel de Distrito, OMS, Ginebra: 1988. 1-82.

En 1978 la Subsecretaría de Planeación, a través de la Dirección General de Evaluación, editó los Lineamientos para la Supervisión serie evaluación.⁴⁵

En 1979 la Subsecretaría de Planificación, elaboró un Proyecto para el Fortalecimiento de la Supervisión, cuyo objetivo general consistía, en desarrollar un sistema de supervisión basado en la desagregación de acciones, atribuciones y de competencias de los Servicios Coordinados de Salud.⁴⁶

En junio de 1986, El Taller de Fortalecimiento de Programas y Servicios de Salud de los SESA, en el que se señalaron, la problemática para el desarrollo de programas Estatales de Supervisión y en el cual se propusieron líneas de acción resolutivas.

En septiembre de 1986, se efectuó el Taller de Intercambio de Experiencias de Supervisión de los Servicios Estatales de Salud (SESA). En el que personal de mandos medios de los Servicios Estatales de Salud, de oficinas centrales y personal técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), contribuyeron en el ejercicio de la supervisión, abocado a la modalidad de integración orgánica y descentralizada operativa.⁴⁷

En los Servicios de Salud de Morelos la existencia de los Equipos de Supervisión data de 1986, año en el que se conformaron equipos multidisciplinarios del nivel estatal, integrados por médico, enfermera, administrativo y chofer polivalente, su conformación respondió a las necesidades que en esa época demandaba el proceso de descentralización en todo el país.

En el año de referencia, 1986, Morelos era uno de los 14 estados de la República Mexicana que había suscrito el Acuerdo para la Descentralización de los Servicios de Salud con la Federación.⁴⁸ En ese período las unidades de salud del Programa IMSS Coplamar, pasaron a formar parte de los Servicios de Salud y la administración vigente implantó metodologías procedentes de dicho programa, entre otras los equipos multidisciplinarios de supervisión.

⁴⁵ Dirección General de Planeación, Programa de supervisión de los servicios de salud. México-BID 1988: 5-25

⁴⁶ Ibidem.;

⁴⁷ Ibidem.;

⁴⁸ Dirección General de Planeación, Programa de supervisión de los servicios de salud. México-BID 1988: 5-25

En 1989 toma vigencia nacional la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) centrada en el reforzamiento de las Jurisdicciones Sanitarias. En todos los estados del país fueron seleccionadas Jurisdicciones Sanitarias denominadas “tipo” a efecto de ensayar las metodologías de esta estrategia. En Morelos la Jurisdicción Sanitaria III con sede en Cuautla fue la elegida para formar parte de las “Jurisdicciones Sanitaria Tipo”.

La estrategia SILOS contemplo el reforzamiento del sistema de abasto, información, organización jurisdiccional, conservación y mantenimiento, participación social, capacitación y supervisión.

El apoyo nacional consistió concretamente en la apertura de mas de 40 plazas codificadas, 20 de las cuales eran específicas para los integrantes de los equipos de supervisión y el resto para las diferentes coordinaciones jurisdiccionales.

El nivel salarial de las plazas para supervisores era particularmente atractivo ya que rebasaba ampliamente los salarios para médicos y enfermeras existentes en la época. Por otra parte cada uno de los equipos se vio favorecido con vehículos pick-up del año con caseta de protección.⁴⁹

Para 1992-1993 se inicio la implantación de esta estrategia al resto de las jurisdicciones sanitarias utilizando la experiencia de la jurisdicción III. Previamente capacitados se integraron 4 equipos de supervisión en la jurisdicción 1, pero sin los apoyos materiales y financieros, los integrantes de los equipos fueron reclutados del personal existente y esta diferencia con la codificación de los equipos de la jurisdicción III marco un precedente organizacional que no ha sido superado hasta la fecha.

A partir de entonces y con la llegada de nuevas administraciones, diferentes prioridades e inmersos en el proceso de desconcentración, las jurisdicciones asumieron de manera independiente y sin ninguna normativa homogénea la responsabilidad de su propia estructura jurisdiccional y la organización y funcionamiento de sus propios equipos de supervisión, heredados de la abandonada

⁴⁹ Ibidem.;

estrategia de los Sistemas Locales de Salud.⁵⁰

Para que un servicio de salud tenga éxito, depende en gran medida del buen desempeño de los trabajadores de salud, por lo que es importante supervisar su trabajo estrechamente para cerciorarse de que están desempeñando sus funciones en forma correcta y apropiada.

La supervisión es una actividad importante que permite observar si existen problemas en el desempeño de las labores de los trabajadores de salud, que afecten la calidad, eficiencia y eficacia de la atención brindada a la población, permite además ver que tareas se están realizando bien y cuales son las que se deben mejorar.

El proceso de supervisión es un elemento fundamental para mejorar la calidad y eficiencia de la atención, facilita y orienta la capacidad de los diferentes grupos de trabajo y acciona la toma de decisiones en donde se origina el problema, con la vigilancia del cumplimiento de las normas y procedimientos del programa se asegura la disponibilidad y suficiencia de los recursos, su aprovechamiento racional, así como detectar los obstáculos para la adecuada aplicación de los mismos.⁵¹

Las actividades de supervisión están vinculadas íntimamente con las de programación, administración, apoyo logístico, asesoría, capacitación y evaluación, estas se ven fortalecidas gracias al proceso de supervisión que las perfeccionan al ajustarlas a los lineamientos.

⁵⁰ SSM, Lineamientos para la reorganización y funcionamiento de los equipos de supervisión. junio2002: 3-14

⁵¹ Artemisa 10, <http://bus.insp.mx.componen/svirtual/calidad/calidad/05052002>

OBJETIVOS.

Objetivo General:

- Identificar los factores personales y laborales, de los integrantes del equipo zonal, que influyen en el proceso de supervisión en la Jurisdicción Sanitaria número 1 de los Servicios de salud de Cuernavaca, Morelos en 2006.

Objetivos Particulares:

- Determinar la conformación, capacitación, inducción al puesto, perfil, apoyo, seguimiento y recursos con los que cuentan los equipos de Asesoría-Supervisión de la Jurisdicción Sanitaria número 1.
- Integrar equipos de asesoría y supervisión capacitados, motivados, con liderazgo, dirección, facultad de mando en la toma de decisiones, con el apoyo y remuneración al desempeño de sus actividades y comprometidos para con la institución.

METODOLOGÍA.

Diseño del estudio.

Es un estudio de Salud Pública, de características: Observacional, Descriptivo, Transversal, Prospectivo.

Ubicación espacio-temporal.

Personal de la Jurisdicción Sanitaria número 1 del Estado de Morelos y sus 82 Centros de Salud durante el año 2006.

Muestreo.

Definición de la unidad de población.

Población Fuente:

Personal de los equipos de supervisión y el que labora en las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria número 1 de los Servicios de Salud de Cuernavaca, Morelos en el año 2006.

Población Elegible:

Personal directivo: Jefe de la Jurisdicción Sanitaria número 1 de los Servicios de Salud de Cuernavaca Morelos y Coordinador Jurisdiccional de Atención a la Salud.

Integrantes de los Equipos de Asesoría-Supervisión de la Jurisdicción Sanitaria número 1.

Personal Operativo de Unidades de Salud que conforman la Jurisdicción Sanitaria número 1 durante el año 2006.

Población en Estudio:

Criterios de Selección de la Muestra:

Criterios de Inclusión:

- Personal directivo: Jefe de la Jurisdicción Sanitaria número 1 de los Servicios de Salud de Cuernavaca Morelos y Coordinador Jurisdiccional de Atención a la Salud.
- Integrantes de los equipos de asesoría-supervisión de la Jurisdicción Sanitaria número 1.
- Personal Operativo de unidades de salud que conforman la Jurisdicción Sanitaria número 1

Criterios de exclusión:

- Personal operativo con menos de tres meses de actividad en los servicios

Criterios de eliminación:

- Los que no deseen participar independientemente de la causa
- Personal operativo que no asista el día de la aplicación de la encuesta.

Diseño y tipo de muestreo.

De tipo probabilístico, se realizará a través del programa Epi-info. Con un Universo de 82 unidades de salud, distribuidas en 4 estratos, tres de 22 unidades y un estrato de 16 unidades, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 0.05% y una prevalencia del 50%.

Se utilizará un muestreo Aleatorio por Estratos, clasificándose a la Jurisdicción en cuatro estratos:

- ❖ Estrato 1: con 22 unidades de salud (equipo de supervisión 1)
- ❖ Estrato 2: con 22 unidades de salud (equipo de supervisión 2)
- ❖ Estrato 3: con 22 unidades de salud (equipo de supervisión 3)

- ❖ Estrato 4: con 16 unidades de salud (equipo de supervisión 4)

Tamaño de la muestra

Una vez determinada la muestra, las unidades de salud fueron seleccionadas por un muestreo Aleatorio Simple por estratos con los siguientes resultados:

Estrato 1

UNIDAD DE SALUD	LOCALIDAD	MUNICIPIO
Calera Chica	Calera Chica	Jiutepec
Sto. Domingo Ocotitlán	Sto. Domingo Ocotitlán	Tepoztlán
Amatlán	Amatlán	Tepoztlán
San Andrés de la Cal	San Andrés de la Cal	Tepoztlán

Estrato 2

UNIDAD DE SALUD	LOCALIDAD	MUNICIPIO
Sta. Maria Ahuacatitlán	Sta. Maria Ahuacatitlán	Cuernavaca
Lázaro Cárdenas	Lázaro Cárdenas	Cuernavaca
Benito Juárez	Benito Juárez	Cuernavaca
Emiliano Zapata	Emiliano Zapata	Cuernavaca

Estrato 3

UNIDAD DE SALUD	LOCALIDAD	MUNICIPIO
Cuentepec	Cuentepec	Temixco
Emiliano Zapata	Emiliano Zapata	Emiliano Zapata
Tepetzingo	Tepetzingo	Emiliano Zapata
Tezoyuca	Tezoyuca	Emiliano Zapata

Estrato 4

UNIDAD DE SALUD	LOCALIDAD	MUNICIPIO
Coatlán del Río	Coatlán del Río	Coatlán del Río
Palpan	Palpan de Baranda	Miacatlán
Tetecala	Tetecala	Tetecala
Michapa	Michapa	Coatlán del Río

Definición de las variables y escalas de medición.

Variables Dependientes: Calidad, Eficiencia, Eficacia, **proceso de supervisión**

Variables Independientes: Edad, sexo, estado civil, escolaridad, formación profesional, funciones, antigüedad en la institución, antigüedad en el puesto y capacitación continua, inducción, perfil, manuales y normas oficiales, guías de supervisión, integración de equipos de supervisión.

Método de recolección de datos.

Fuentes de información:

Fuentes primarias: se aplicara una encuesta con preguntas cerradas y abiertas a equipos zonales de supervisión, personal de las unidades de salud y entrevista a directivos jurisdiccionales (Jefe de jurisdicción y Coordinador de Atención a la Salud jurisdiccional). Para constatar la preparación, perfil, acciones de supervisión y el impacto y desarrollo jurisdiccional alcanzado mediante este proceso.

Se utilizarán *fuentes de información secundaria*, como son: informes de supervisiones mensuales, semestrales y anuales, evaluaciones de la Coordinación de Atención a la Salud de la que dependen, guías de supervisión y registros en las bitácoras de las unidades de salud supervisadas.

Técnicas y procedimientos.

Se aplicará un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas y lista de chequeo (chek-list) a equipos zonales de supervisión y personal operativo de los centros de salud participantes, se aplicarán previo consentimiento de estos, explicándoles que será en forma confidencial, se captura en Epi Info. (anexo1)

Análisis de datos.

Mediante el Paquete Estadístico Epi info. Se efectuará un análisis univariado modelo utilizado para analizar variables como: frecuencias simples, porcentajes, proporciones, relación de estratos entre equipos, y bivariado a través de la correlación de variables como capacitación/calidad.

RESULTADOS.

Se encuestaron a 61 trabajadores de 16 centros de salud seleccionados. No se encuestaron a 8 trabajadores que reunían los criterios de inclusión por no encontrarse en el centro laboral al momento de la visita.

Por cada equipo de supervisión zonal correspondieron a cuatro centros de salud. También se entrevistó a supervisor responsable de programa en la jurisdicción. En total el grupo de supervisores fue de 6 personas. No se entrevistaron a un médico y una enfermera de uno de los equipos de supervisión por no encontrarse en la jurisdicción.

Finalmente se encuestó al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria número 1 de los Servicios de Salud de Cuernavaca Mor; y al Coordinador Jurisdiccional de Atención a la Salud.

Características Sociodemográficas del Personal Operativo:

De los 61 trabajadores el promedio de edad fue de 36 años, el 70.5% fueron femeninas, su escolaridad fue de 50.8% Técnico Profesional, 8.2% Bachillerato, 39.3% Licenciatura, 1.6% Especialidad. Respecto a la formación profesional 34.4% son Médicos, 47.5% Técnicas en Enfermería, 11.5% Promotor, 1.6% Trabajador

Social, 4.9% Dentista.

Características Laborales:

De los 61 trabajadores el 51.7% tiene un salario promedio menor de \$5,000, 38.3% percibe entre \$5,000 y \$10,000, y el 10% cuenta con un salario de mas de \$10,000; en cuanto a su Plaza 50.85 es personal de Base, 3.3% Confianza, 14.8% es personal Eventual y el 31.1% es Becario, 78.7% no tiene Nombramiento; la Antigüedad en la Institución media fue de 6 años, y la Antigüedad en el Puesto media fue de 2 años.

Evaluación de la actividad del equipo de supervisión zonal por el Personal Operativo:

El 51.7% opino que los equipos realizan Asesoría y/o capacitación en servicio, 61.7% indico que no solo realizan Detección de Problemas, el 80.3% conoce las funciones de un supervisor de las cuales el 58.5% dijo que era realizar Asesoría y Capacitación, el 60% considera que el equipo no participa como Gestores, Capacitadores y evaluadores en la solución de los problemas, 45% considero el desempeño del equipo de supervisión como regular, 34.6% señala que el principal problema que obstruye la función del supervisor es que realiza otras funciones, 65% del personal piensa que solo se resuelve el 30% de los problemas en el mismo sitio, 61.7% considera que se le da seguimiento a los problemas detectados, 60.7% piensa que el equipo informa el objetivo de la visita, sin embargo 51.7% señala que no se reúne a todo el personal para informar resultados encontrados, el 100% opina que el equipo anota en bitácora los resultados, 95% del personal considera adecuado el trato del equipo de supervisión, 86.9% considera capaz al equipo, 72.1% indica que los equipos no utilizan guías y que el tiempo de supervisión no es suficiente, 63.9% dice que si se evalúan las metas establecidas, el 52.5% del personal no se siente motivado por los equipos.

Características Sociodemográficas de los Equipos de Supervisión:

De los 6 supervisores el promedio de la edad fue de 44 años, el 66.7% es femenino, en cuanto a su escolaridad el 16.7% tiene Bachillerato, 16.7% es Técnico Profesional, y 66.7% tiene nivel Licenciatura; su Formación Profesional el 50% es

Médico, 33.3% es Técnico en Enfermería y 16.7% Promotor.

Características Laborales:

Del personal el 50% percibe un salario menor de \$5,000 y el otro 50% percibe entre \$5,000 y \$10,000, el 83.3% tiene plaza de base y el 16.7% es eventual, el 66.7% no tiene Nombramiento, la antigüedad media en la Institución es de 17 años y la antigüedad media en el puesto actual es de 13.5 años.

Evaluación de su actividad como supervisor de los Equipos Zonales:

El 100% indica que no recibió curso de inducción al puesto, el 83.3% señala que no recibió capacitación previa al puesto que desempeña actualmente, 83.3% no cuenta con código de supervisor, el 66.7% conoce las características básicas de un supervisor, 83.3% no conoce los estilos de supervisión, 50% realiza actividades acorde a su función, el 66.7% considera el principal problema para desarrollar su función la falta de apoyo de las autoridades, el 100% cuenta con las normas y las guías pero solo el 66.7% las aplica en cada supervisión, 50% realiza las supervisiones conforme a calendario, 83.3% realiza la mitad de las supervisiones programadas, 66.7% considera que no es suficiente el tiempo para realizar la supervisión, 50% recibe apoyo administrativo, el 83.3% no recibe apoyo de otras coordinaciones, 66.7% realiza actividades que no le competen como supervisor, el 100% indica que no participan en la elaboración del programa de supervisión estatal, el 83.3% tampoco participa en el programa Jurisdiccional, 66.7% señala que no participan en reuniones de staff, el 83.3% dice que no evalúan los programas junto con los responsables, el 100% asegura que realiza acciones de capacitación, evaluación y gestión, el 100% opina que registra y comenta los problemas detectados con todo el equipo de salud, 66.7% asegura que se le da seguimiento a los problemas detectados, el 33.3% considera la falta de apoyo de las autoridades y la falta de recursos como la situación actual de la Jurisdicción con respecto a la supervisión.

Características Sociodemográficas de los Jefes de Jurisdicción -Coordinación:

De los jefes el promedio de la edad fue de 39 años, uno de los jefes es femenino,

tienen nivel de Licenciatura, en cuanto a su formación profesional uno de ellos es medico y el otro promotor en salud.

Características Laborales:

Ambos perciben un salario mayor de \$10,000, con plaza de base, con una antigüedad en la Institución media de 15 años, y una antigüedad media en el puesto actual de 4.5 años.

Opinión sobre las actividades de supervisión de los Equipos Zonales:

Indican que en forma irregular realizan evaluaciones a los equipos de supervisión, que algunos no cuentan con el programa anual de supervisión, no se visita unidad por día ni se reprograman al mes, solo uno de ellos prioriza las supervisiones de las unidades de salud, comentan que no se efectúa análisis de SISPA previo a las unidades, consideran los principales problemas detectados por la supervisión la falta de seguimiento y organización, no registran ni comentan los problemas detectados con todo el equipo, no se le da seguimiento a los problemas detectados, indican que no hay uso ni procesamiento con los informes de los equipos, consideran que solo el 30% de los problemas detectados son resueltos el mismo día, cuentan con las NOM de los programas prioritarios sin embargo no las conocen ni analizan como equipo, solo uno de ellos considera al equipo capaz para realizar su actividad, no consideran suficiente el tiempo que se le da a la supervisión, no se evalúan metas, no hay comunicación con los equipos, señalan que los equipos no participan en reuniones, que no cuentan con el perfil para ser supervisor, que los equipos no están conformados de acuerdo a la norma, que no cuentan con el material ni el equipo necesario, comentan que no tienen código de supervisor y que no reciben apoyo económico, ambos opinan que los equipos utilizan guías para su actividad, que realizan una supervisión de tipo Directo, además de que aseguran que los equipos reciben capacitación continua frecuente. (anexo2)

DISCUSIÓN.

En los resultados podemos observar las discrepancias existentes entre los actores

del proceso de evaluación, en cuanto a la percepción que se tiene del grado de cumplimiento de los indicadores que a continuación se señalan:

Al evaluar una de las actividades mas importantes de los equipos de supervisión como lo es la solución de problemas destaca la subestimación que tiene el personal operativo respecto al trabajo de estos, ya que el 60% del personal considero que no participan como gestores, capacitadores y evaluadores, cuando por el contrario, del personal supervisor el 100% aseguro realizar dichas acciones.

Cabe destacar la baja percepción general en cuanto al porcentaje de resolución de los problemas en el mismo sitio o día donde son detectados ya que todas las partes en su mayoría coinciden que solo es del 30%

En cuanto a los principales problemas que obstruyen el adecuado desarrollo de las funciones del supervisor el personal operativo (34.6%) considero el hecho de que realizan otras funciones que no les competen, y a pesar de que los equipos en su mayoría (66.7%) reconocen esta situación no la consideran como su principal problema, siendo para ellos en el mismo porcentaje la falta de apoyo de las autoridades y estas a su vez detectan como problema principal la falta de seguimiento y de organización.

Cuando hablamos de seguimiento resalta de manera importante la gran heterogeneidad existente entre los elementos del sistema de evaluación ya que mientras que el personal operativo (61.7%) y supervisor (66.7%) manifiestan valores que muestran que esta se realiza puntualmente, el personal directivo manifestó que dicha actividad no se lleva a cabo y que no se cuenta con un procesamiento de los informes entregados por los equipos de supervisión. Otra de las acciones relevantes de la supervisión es objeto también de una gran discrepancia ya que el 51.7% del personal operativo comento que no se reúne a todo el personal para informar los resultados encontrados, sin embargo el 100% del personal supervisor indico que dicha acción se cumple.

Con respecto al indicador de evaluación de metas el 63.9% del personal operativo manifestó que si eran evaluadas, en tanto que los jefes señalaron que esta actividad no se realizaba.

Lo que se refiere a utilización de guías el personal operativo (72.1%) opina que no son utilizadas por los equipos a pesar de que el 66.7% del personal supervisor afirma aplicarlas al igual que lo afirman los jefes.

Al valorar una cualidad de los supervisores como lo es la capacidad solo uno de los jefes (50%) considero que los equipos la tienen, en el personal operativo (86.9%) se percibe al equipo capaz para realizar su función.

Los equipos de supervisión concientes de la importancia del conocimiento de sus funciones admiten no haber recibido capacitación previa al puesto que desempeñan ni curso de inducción aun cuando los jefes opinan que los equipos reciben capacitación continua frecuente.

Es de importancia señalar que el 83.3% del personal supervisor afirma que realiza sus funciones con la información previa requerida para tal efecto (SISPA), en tanto los jefes opinan que no se efectúa ningún análisis previo.

CONCLUSIONES.

- El proceso de supervisión de los Servicios de Salud en el Estado de Morelos es deficiente e ineficaz ya que no se cumple con el objetivo medular que se contempla en la dirección como elemento del proceso administrativo y que es básicamente ver que las actividades se realicen tal y como se planearon.
- Se dice que es ineficiente e ineficaz en virtud de que se adecua el puesto a la persona y no como debe de ser “la persona idónea para el puesto idóneo” esto es en otras palabras que el personal de supervisión es un recurso improvisado carente de personalidad y de recursos administrativos, legales y técnicos.
- No existe una adecuada selección del personal para realizar la función de supervisor, lo que provoca una desconfianza de los directivos para delegarle la autoridad correspondiente
- La falta de concientización de responsabilidad de algunos integrantes que participan en la supervisión de la trascendencia e importancia que la misma representa en el quehacer sanitario lo cual trae como consecuencia irresponsabilidades e ineficiencia.
- No se cuenta con un proceso de aprendizaje constante y permanente que permita al personal supervisor tener un desarrollo profesional en beneficio propio y de la población a la que sirve.

SUGERENCIAS:

- Es imperativo vigorizar las acciones de supervisión a fin de coadyuvar en el logro de los objetivos de los programas de salud en operación, en mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios y como consecuencia el nivel de salud de la población y la satisfacción del usuario.
- Si la supervisión es eficiente y eficaz el resultado es la satisfacción personal, la productividad, cumplimiento de objetivos y la armonía en el trabajo.

ANEXO 1.

CUESTIONARIO: EVALUACIÓN DEL PROCESO Y EQUIPOS DE SUPERVISIÓN ZONAL EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1 DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CUERNAVACA, MORELOS EN EL AÑO 2006.

CUESTIONARIO PARA PERSONAL OPERATIVO DE UNIDADES DE SALUD

Tu opinión es de gran importancia para evaluar el proceso de supervisión de los equipos de asesoría en la jurisdicción sanitaria No1 Cuernavaca. El cuestionario es anónimo y confidencial y solo será utilizado para fines académicos.

Número de cuestionario:_____

I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1.- Edad:_____ (años cumplidos)

2.- Sexo:

2.1 Femenino

2.2 Masculino

3.- Escolaridad:

3.1 Bachillerato

3.2 Técnico Profesional

3.3 Licenciatura

3.4 Especialidad

3.5 Otros

4.- Cuál es su salario:

4.1 menos de 5000 pesos

4.2 Entre 5000 y 10000 pesos

4.3 más de 10000 peso

II. PERFIL PROFESIONAL

5.- Mencione los distintos niveles alcanzados en su formación profesional. |_|_|

5.1 Medico

5.2 Enfermera

5.3 Promotor en Salud

5.4 Trabajadora Social

III. PERFIL LABORAL

Ahora hablaremos solamente de su trabajo en la Secretaria de Salud

6.- Coordinación en la que labora actualmente_____

7.- ¿Qué tipo de plaza laboral tiene? ()

1. Base 2. Confianza 3. Eventual 4. Becario

8.- ¿Tiene algún tipo de nombramiento? Si () No ()

9.- Especifique que tipo de nombramiento tiene:

10.- ¿Qué antigüedad tiene?

10.1 Institución _____

10.2 Puesto Actual _____

11.- Función que desempeña _____

12.- ¿Los equipos de supervisión realizan asesoría y/o capacitación en servicio?

Si ()

No ()

13.- ¿Solo realizan detección de problemas? Si () No ()

14.- ¿Conoce cuáles son las funciones de un supervisor? Si () No ()

¿Cuáles? _____

15.- ¿Participan en la solución de los problemas detectados en la supervisión, como gestores, capacitadores y evaluadores? Si () No ()

16.- ¿Cómo considera el desempeño del supervisor?

Bueno () Malo () Regular ()

17.- ¿Cuáles son los principales problemas que obstaculizan la correcta función del supervisor? _____

18.- ¿Qué porcentaje de los problemas detectados se resuelven en el mismo sitio De la supervisión? 30% () 50% () 70% () 90% y más ()

19.- ¿Se da seguimiento a los problemas detectados? Si () No ()

20.- ¿El supervisor informa el objetivo de su visita a todo el personal?

Si () No ()

21.- ¿Al término de la supervisión reúne a todo el personal e informa los

Resultados encontrados? Si () No ()

22.- ¿Anota en bitácora los resultados, compromisos y responsables de su Ejecución, así como las fechas de compromiso para su resolución?

Si () No ()

23.- ¿Considera adecuado el trato que recibe por parte del supervisor?

Si () No () Por qué _____

24.- ¿Considera al equipo de supervisión capaz para esta actividad?

Si () No () Por qué _____

25.- ¿Utilizan los equipos de supervisión guías para esta actividad?

Si ()

No ()

26.- ¿Considera suficiente el tiempo empleado para la supervisión?

Si ()

No ()

27.- ¿Evalúan las metas establecidas? Si ()

No ()

28.- ¿Son motivados por el supervisor para el logro de los objetivos y el correcto

Desempeño de sus actividades? Si ()

No ()

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

CUESTIONARIO: EVALUACIÓN DEL PROCESO Y EQUIPOS DE SUPERVISIÓN ZONAL EN LA JURISDICCION SANITARIA No. 1 DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CUERNAVACA, MORELOS EN EL AÑO 2006.

CUESTIONARIO PARA JEFE DE JURISDICCION Y COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD

Tu opinión es de gran importancia para evaluar el proceso de supervisión de los equipos de asesoría en la jurisdicción sanitaria No1 Cuernavaca.

El cuestionario es anónimo y confidencial y solo será utilizado para fines académicos.

Número de cuestionario:_____

I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1.- Edad:_____ (años cumplidos)

2.- Sexo:

2.1 Femenino

2.2 Masculino

3.- Escolaridad:

3.1 Secundaria:

3.2 preparatoria

3.3 Técnico Profesional

4.- Cuál es su salario:

4.1 menos de 5000 pesos

4.2 Entre 5000 y 10000 pesos

4.3 más de 10000 pesos

5.4 Licenciatura

5.5 Especialidad

II. PERFIL PROFESIONAL

5.- Mencione los distintos niveles alcanzados en su formación profesional. | |_| |

5.1.1 Medico Especialista

5.1.2 Medico General

5.1.3 Medico Pasante

5.1.4 Otros

| |_| |

5.1.5 Licenciada en Enfermería

5.1.6 Enfermera General

5.1.7 Auxiliar de Enfermería

5.1.8 Otra

5.1.9 Promotor en Salud

| |_| |

5.2.1 Trabajadora Social

III. PERFIL LABORAL

6.- ¿En cuantas instituciones de salud trabaja? _____

7.- Cuales son estas instituciones | |_| |

7.1 Privadas

7.2 Oficiales

7.2.1- Secretaria de salud

| |_| |

7.2.2 I.S.S.S.T.E.

7.2.3- I.M.S.S.

7.2.4 SEDENA

7.2.5 DIF

Ahora hablaremos solamente de su trabajo en la Secretaria de Salud

8.- Coordinación en la que labora actualmente _____

9.- ¿Qué tipo de plaza laboral tiene? ()

1. Base 2. Confianza 3. Eventual 4. Honorario

10.- ¿Tiene algún tipo de nombramiento? Si () No ()

11. Especifique que tipo de nombramiento tiene:

12.- ¿Qué antigüedad tiene?

12.1 Institución _____

12.2 Puesto Actual _____

13.- ¿Qué número de personal tiene a su cargo? _____

14.- ¿Dirige otro personal? Si () No ()

15.- Personal que dirige | |_| |

15.1 Auxiliares de Salud

15.2 Parteras

15.3 Promotores voluntarios

15.4 Otros

16.- ¿Se realizan periódicamente evaluaciones a los equipos de supervisión?

Si ()

No ()

17.- ¿Cuentan con el programa anual de supervisión? Si () No ()

18.- ¿Visitan una unidad por día y reprogramación mensual? Si () No ()

19.- ¿Priorizan las supervisiones de las unidades de salud? Si () No ()

20.- ¿Efectúan análisis del SISPA de la unidad antes de supervisarla?

Si ()

No ()

21.- ¿Cuáles son los principales problemas detectados por la supervisión?

22.- ¿Registran y comentan los problemas detectados y posibles soluciones con todo el equipo de supervisión? SI () No ()

23.- ¿Se da seguimiento a los problemas detectados? Si () No ()

24.- ¿Que uso y procesamiento se le da a los informes de los equipos de Supervisión? _____

25.- ¿Que porcentaje de los problemas detectados son resueltos el mismo día de la supervisión? 30% () 50% () 70% () 90% y más ()

26.- ¿Dispone de todas las normas oficiales mexicanas de los programas Prioritarios? Si () No ()

27.- ¿Conocen y analizan las normas como equipo?
Si () No () Por qué _____

28.- ¿Considera al equipo de supervisión capaz para esta actividad?
Si () No () Por qué _____

29.- ¿Utilizan los equipos de supervisión guías para esta actividad?
Si () No ()

30.- ¿Considera suficiente el tiempo empleado para la supervisión?
Si () No ()

31.- ¿Evalúan las metas establecidas? Si () No ()

32.- ¿Existe comunicación entre los integrantes del equipo?
Si () No ()

33.- ¿Qué tipo de supervisión realizan? _____

34.- ¿Son motivados los equipos para realizar su trabajo?
Si () No ()

- 35.- ¿Reciben capacitación continua frecuentemente?
Si () No ()
- 36.- ¿Son invitados a participar en las reuniones del Staff jurisdiccional?
Si () No ()
- 37.- ¿Son requeridos específicamente para actividades de supervisión?
Si () No ()
- 38.- ¿Cuentan con el perfil requerido para ser supervisor?
Si () No ()
- 39.- ¿Están conformados los equipos de acuerdo a la norma?
Si () No ()
- 40.- ¿Cuentan con los materiales y equipo necesario para el desarrollo de su
Actividad? Si () No ()
- 41.- ¿Cuentan con código de supervisor? Si () No ()
- 42.- ¿Reciben algún apoyo económico? Si () No ()
-

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

**CUESTIONARIO: EVALUACIÓN DEL PROCESO Y EQUIPOS DE SUPERVISIÓN ZONAL EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1 DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CUERNAVACA, MORELOS EN EL AÑO 2006.
CUESTIONARIO PARA SUPERVISORES.**

Tu opinión es de gran importancia para evaluar el proceso de supervisión de los equipos de asesoría en la jurisdicción sanitaria No1 Cuernavaca.

El cuestionario es anónimo y confidencial y solo será utilizado para fines académicos.

Número de cuestionario: _____

I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1.- Edad: _____ (años cumplidos)

2.- Sexo:

- 2.1 Femenino
- 2.2 Masculino

3.- Escolaridad:

- 3.1 Bachillerato
- 3.2 Técnico profesional
- 3.3 Licenciatura
- 3.4 Especialidad
- 3.5 Otros

4.- Cuál es su salario:

- 4.1 menos de 5000 pesos
- 4.2 Entre 5000 y 10000 pesos
- 4.3 más de 10000 pesos

II. PERFIL PROFESIONAL

5.- Mencione los distintos niveles alcanzados en su formación profesional. |_|_|

5.1 Medico

5.2 Enfermera

5.3 Promotor en salud

5.4 Trabajadora social

III. PERFIL LABORAL

Ahora hablaremos solamente de su trabajo en la Secretaria de Salud

6.- Coordinación en la que labora actualmente _____

7.- ¿Qué tipo de plaza laboral tiene? ()

1. Base 2. Confianza 3. Eventual 4. Becario

8.- ¿Tiene algún tipo de nombramiento? Si () No ()

9.- Especifique que tipo de nombramiento

tiene: _____

10.- ¿Qué antigüedad tiene?

10.1 Institución _____

10.2 Puesto Actual _____

11.- Función que desempeña _____

12.- ¿Que región supervisa? _____

13.- ¿Recibió curso de inducción al puesto? Si () No ()

14.- ¿Recibió capacitación previa al puesto que actualmente desempeña?

Si ()

No ()

15.- ¿Durante que tiempo recibió capacitación? ()

1. Menos de 1 semana 2. 1- 2 semanas 3. 3- 4 semanas 4. 5- 6 semanas 5. Más de 6 semanas.

16.- ¿Ha recibido cursos de Educación continua o Capacitación en los últimos dos años? Si () No ()

17.- Mencione los cursos de educación Continua o capacitación que ha recibido en los últimos dos años con relación a su trabajo actual.

No.	Nombre del curso	Institución	Lugar	Duración Horas/semana

18.- ¿Requiere de capacitación para realizar sus actividades?
Si (). De que tipo:_____ No ()

19.- ¿En las funciones de supervisión efectúas acciones de capacitación, evaluación y gestoría? Si () cuales?

20.- ¿Cuenta con código de Supervisor? Si () No ()

21.- ¿Realiza actividades acorde a sus funciones? Si () No ()

22.- ¿Conoce las características básicas de un supervisor? Si ()
Cuáles:_____ No () Por qué: _____

23.- ¿Conoce los estilos de la supervisión? Si ()
Cuáles:_____ No () Por qué: _____




24.- ¿Cuáles son los problemas que se te presentan al desarrollar tu función?

- 25.- ¿Propones alguna solución a los problemas que se te presentan?
 Si () Cuáles? No ()
-
-
- 26.- ¿Participan en la elaboración del programa de supervisión Estatal y
 Jurisdiccional? Estatal Si () No () Jurisdiccional Si () No ()
- 27.- ¿Disponen de todas las Normas Oficiales Mexicanas de los programas
 Prioritarios? Si () No () Algunas ()
- 28.- ¿Registran y comentan los problemas detectados en la supervisión, así como,
 Sus posibles soluciones con todo el equipo de salud?
 Si () No () Por qué : _____
- 29.- ¿Se da seguimiento a los problemas detectados?
 Si () No () Por qué: _____
- 30.- ¿Que porcentaje de los problemas detectados se resuelven en los plazos
 Fijados? 30% () 50% () 70% () 90% y mas ()
- 31.- ¿Reciben apoyo de la coordinación de que dependen? Si () No ()
- 32.- ¿Reciben apoyo administrativo para el desarrollo de sus actividades?
 Si () No ()
- 33.- ¿Reciben apoyo de otras coordinaciones? Si () No ()
 Cuales: _____
- 34.- ¿Las supervisiones las realizan conforme a calendario? Si () No ()
- 35.- ¿Cuántas supervisiones realizan al mes conforme a lo programado?
 30% () 50% () 70% () 90% y mas ()
- 36.- ¿El tiempo que utilizan para realizar las supervisiones es suficiente?
 Si () No ()
- 37.-¿ Acuden a supervisar la unidad con la información previa requerida para ello?
 Si () No () Por qué? _____

- 38.- ¿En reuniones de staff jurisdiccional participan los equipos zonales de Supervisión? Si () No () Ocasionalmente ()
- 39.- ¿Existe coordinación entre los integrantes de los equipos de supervisión? Si () No ()
- 40.- ¿Son motivados para el desempeño de su trabajo? Si () No ()
- 41.- ¿Realizan actividades que no les competen como supervisor? Si () No () Cuales_____
- 42.- ¿Evalúan los programas conjuntamente con los responsables de programas? Si () No ()
- 43.- ¿Reciben compensación económica por el desarrollo de sus actividades? Si () No ()
- 44.- ¿Cuentan con guías de supervisión? Si () No ()
- 45.- ¿Las aplican en cada supervisión que realizan a la unidad de salud? Si () No ()
- 46.- ¿Cuál es la situación actual de la jurisdicción con respecto a la supervisión
-
-



GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

ANEXO 2 JEFES




EDAD	Frecuencia	Porcentaje	
31	1	50.0%	
47	1	50.0%	
Total	2	100.0%	

Observaciones	Media	Desviación típica
2	39.0000	11.3137

Mínimo	Mediana	Máximo
31.0000	39.0000	47.0000



PLAZA	Frecuencia	Porcentaje	
BASE	2	100.0%	
Total	2	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
BASE	15.8%	0.0 %



ANTIGUEDAD INSTITUCION	Frecuencia	Porcentaje	
12	1	50.0%	
18	1	50.0%	
Total	2	100.0%	

Total	Varianza	Desviación típica
30.0000	18.0000	4.2426




Mínimo	Mediana	Máximo
12.0000	15.0000	18.0000

EVALUACION A LOS EQUIPOS DE SUP.	Frecuencia	Porcentaje	
NO	2	100.0%	
Total	2	100.0%	

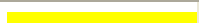

Int. Conf. 95 %		
NO	15.8%	0.0%

ANALISIS DE SISPA PREVIO	Frecuencia	Porcentaje	
NO	2	100.0%	
Total	2	100.0%	




Int. Conf. 95 %		
NO	15.8%	0.0%

PROBLEMAS DETECTADOS	Frecuencia	Porcentaje	
FALTA SEGUIMIENTO	1	50.0%	
FALTA ORGANIZACIÓN	1	50.0%	
Total	2	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
FALTA SEGUIMIENTO	1.3%	98.7%
FALTA ORGANIZACION	1.3%	98.7%

SEGUIMIENTO A PROBLEMAS DETECTADOS	Frecuencia	Porcentaje	
NO	2	100.0%	
Total	2	100.0%	




Int. Conf. 95 %		
NO	15.8%	0.0%

USO DE LOS INFORMES DE LOS EQUIPOS	Frecuencia	Porcentaje	
NO HAY COMUNICACIÓN	1	50.0%	
MANEJA COORDINACION CORRESPONDIENTE	1	50.0%	
Total	2	100.0%	

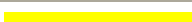

Int. Conf. 95 %		
NO HAY COMUNICACIÓN	1.3%	98.7%
MANEJA COORDINACION CORRESPONDIENTE	1.3%	98.7%

PORCENTAJE DE PROBLEMAS RESUELTOS	Frecuencia	Porcentaje	
30%	2	100.0%	
Total	2	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
30%	15.8%	0.0%

EQUIPO DE SUPERVISION CAPAZ	Frecuencia	Porcentaje	
SI	1	50.0%	
NO	1	50.0%	
Total	2	100.0%	



Int. Conf. 95 %		
SI	1.3%	98.7%
NO	1.3%	98.7%

RECIBEN CAPACITACION FRECUENTE	Frecuencia	Porcentaje	
SI	2	100.0%	
Total	2	100.0%	



Int. Conf. 95 %		
SI	15.8%	0.0%

CUENTAN CON PERFIL REQUERIDO P/SUPERVISOR	Frecuencia	Porcentaje	
NO	2	100.0%	
Total	2	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
NO	15.8%	0.0%

CONFORMADOS DE ACUERDO A NORMA	Frecuencia	Porcentaje	
NO	2	100.0%	
Total	2	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
NO	15.8%	0.0%

CUENTAN CON CODIGO DE SUPERVISOR	Frecuencia	Porcentaje	
NO	2	100.0%	
Total	2	100.0%	




Int. Conf. 95 %		
NO	15.8%	0.0%

PERSONAL OPERATIVO

EDAD

Observaciones	Media	Desviación típica
61	34.4098	10.9154

Mínimo	Mediana	Máximo
17.0000	36.0000	57.0000






SEXO	Frecuencia	Porcentaje	
FEMENINO	43	70.5%	
MASCULINO	18	29.5%	
Total	61	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
FEMENINO	57.4%	81.5%
MASCULINO	18.5%	42.6%

SALARIO				
FORMACION PROFESIONAL	<5,000	5,000-10,000	>10,000	TOTAL
MEDICO	9	6	6	21
ENFERMERA	19	9	0	28
PROMOTOR	3	4	0	7
TRABAJO SOCIAL	0	1	0	1
DENTISTA	0	3	0	3
TOTAL	31	23	6	60

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
20.4668	8	0.0087

PLAZA	Frecuencia	Porcentaje	
BASE	31	50.8%	
CONFIANZA	2	3.3%	
EVENTUAL	9	14.8%	
BECARIO	19	31.1%	
Total	61	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
BASE	37.7%	63.9%
CONFIANZA	0.4%	11.3%
EVENTUAL	7.0%	26.2%
BECARIO	19.9%	44.3%

ANTIGÜEDAD INSTITUCION




<input type="checkbox"/>	Observaciones	Media	Desviación típica
<input type="checkbox"/>	57	7.2982	7.1887

<input type="checkbox"/>	Mínimo	Mediana	Máximo
<input type="checkbox"/>	0.0000	6.0000	33.0000




ANTIGÜEDAD PUESTO ACTUAL

<input type="checkbox"/>	Observaciones	Media	Desviación típica
<input type="checkbox"/>	46	4.4783	4.8978





<input type="checkbox"/>	Mínimo	Mediana	Máximo
<input type="checkbox"/>	0.0000	2.0000	24.0000

ASESORIA Y/O CAPACITACION	Frecuencia	Porcentaje	
SI	31	51.7%	
NO	29	48.3%	
Total	60	100.0%	








Int. Conf. 95 %		
SI	38.4%	64.8%
NO	35.2%	61.6%


PARTICIPAN EN SOLUCIONES	Frecuencia	Porcentaje	
SI	24	40.0%	
NO	36	60.0%	
Total	60	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
SI	27.6%	53.5%
NO	46.5%	72.4%




DESEMPEÑO	Frecuencia	Porcentaje	
BUENO	26	43.3%	
MALO	7	11.7%	
REGULAR	27	45.0%	
Total	60	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
BUENO	30.6%	56.8%
MALO	4.8%	22.6%
REGULAR	32.1%	58.4%





PROBLEMAS	Frecuencia	Porcentaje	
OTRAS FUNCIONES	18	34.6%	
NO APOYO AUTORIDAD	17	32.7%	
COOPERACION DE PERSONAL	1	1.9%	
PREPOTENCIA	4	7.7%	
FALTA ORGANIZACIÓN	10	19.2%	
NINGUNO	2	3.8%	
Total	52	100.0%	

SEGUIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	
SI	37	61.7%	
NO	23	38.3%	
Total	60	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
SI	48.2%	73.9%
NO	26.1%	51.8%

CAPAZ	Frecuencia	Porcentaje	
SI	53	86.9%	
NO	8	13.1%	
Total	61	100.0%	

Int. Conf. 95 %		
SI	75.8%	94.2%
NO	5.8%	24.2%

EVALUA METAS	Frecuencia	Porcentaje	
SI	39	63.9%	
NO	21	34.4%	
NO CONTESTO	1	1.6%	
Total	61	100.0%	




Int. Conf. 95 %		
SI	50.6%	75.8%
NO	22.7%	47.7%
NO CONTESTO	0.0%	8.8%




SUPERVISORES





EDAD




Observaciones	Total	Media	Varianza	Desviación típica
6	259.0000	43.1667	70.5667	8.4004

Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo	Moda
33.0000	35.0000	44.0000	48.0000	55.0000	33.0000

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	
FEMENINO	4	66.7%	
MASCULINO	2	33.3%	
Total	6	100.0%	

SALARIO	Frecuencia	Porcentaje	
< 5,000	3	50.0%	
5,000–10,000	3	50.0%	
Total	6	100.0%	

FORM. PROF	Frecuencia	Porcentaje	
MEDICO	3	50.0%	
ENFERMERA	2	33.3%	
PROMOTOR	1	16.7%	
Total	6	100.0%	

PLAZA	Frecuencia	Porcentaje	
BASE	5	83.3%	
EVENTUAL	1	16.7%	
Total	6	100.0%	

ANTIGÜEDAD INSTITUCION



Observaciones	Media	Desviación típica
6	16.3333	9.3737


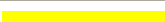

Mínimo	Mediana	Máximo
3.0000	17.0000	27.0000


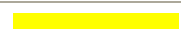

ANTIGÜEDAD PUESTO ACTUAL

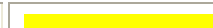

Observaciones	Media	Desviación típica
6	341.5000	509.3371


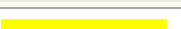

Mínimo	Mediana	Máximo
2.0000	18.0000	999.0000




INDUCCION AL PUESTO	Frecuencia	Porcentaje	
NO	6	100.0%	
Total	6	100.0%	




CAPACITACION PREVIA	Frecuencia	Porcentaje	
SI	1	16.7%	
NO	5	83.3%	
Total	6	100.0%	





TIEMPO DE CAPACITACION	Frecuencia	Porcentaje	
<1 SEMANA	1	16.7%	
NO APLICA	5	83.3%	
Total	6	100.0%	

ACC. DE CAP, EVALUACION Y GEST.	Frecuencia	Porcentaje	
SI	6	100.0%	
Total	6	100.0%	




CODIGO DE SUPERVISOR	Frecuencia	Porcentaje	
SI	1	16.7%	
NO	5	83.3%	
Total	6	100.0%	




ACT. ACORDE A FUNCION	Frecuencia	Porcentaje	
SI	3	50.0%	
NO	3	50.0%	
Total	6	100.0%	






SEGUIMIENTO DE PROB. DETECTADOS	Frecuencia	Porcentaje	
SI	4	66.7%	
NO	2	33.3%	
Total	6	100.0%	

PROB. PARA FUNCION	Frecuencia	Porcentaje	
NO RESPETO DE AUTORIDAD	1	16.7%	
NO APOYO DE AUTORIDADES	4	66.7%	
FALTA ORGANIZACION	1	16.7%	
Total	6	100.0%	

SEGUIMIENTO DE PROB. DETECTADOS	Frecuencia	Porcentaje	
SI	4	66.7%	
NO	2	33.3%	
Total	6	100.0%	

SUPERVISA CON LA INFORMACION PREVIA REQUERIDA	Frecuencia	Porcentaje	
SI	5	83.3%	
NO	1	16.7%	
Total	6	100.0%	

ACTIVIDADES QUE NO LE COMPETEN	Frecuencia	Porcentaje	
SI	4	66.7%	
NO	2	33.3%	
Total	6	100.0%	

SITUACION ACTUAL	Frecuencia	Porcentaje	
FALTA DE RECURSOS	2	33.3%	
FALTA DE APOYO	2	33.3%	
INICIA CAPACITACION	1	16.7%	
FUNCIONES NO PROPIAS	1	16.7%	
Total	6	100.0%	

BIBLIOGRAFÍA.

Artemisa 10, <http://bus.insp.mx.componen/svirtual/calidad/calidad/05052002>

Ayala M. Juan Propuesta de un Modelo de Supervisión, Jurisdicción Sanitaria de San Miguel de Allende, Gto. Tesis de Grado, INSP: 1-25.

Brook R, Apel F. Quality of care assessment: Choosing a method for peer review. The New England Journal of Medicine. 1973. Vol.288: 1323-1329.

Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in family Planning. 1990. 21(2): 61-91.

Díaz V. Cultura Económica. Fondo de Cultura Económica. México, D.F; 1995: 66-67.

Dirección General de Planeación, Programa de supervisión de los servicios de salud. México-BID 1988: 5-25

Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Modelo de Investigación Operativa de los Servicios de Salud.

Donabedian A. Defining and measuring the quality of health care. Assessing Quality health care: Perspectives of clinicians. 1992: 41-64.

Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Organización Panamericana de la Salud. 1992: 382-404.

Donabedian A. Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. Enfoques básicos para la evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana. 1991:95-155.

Ernest p. Young, Evaluación del Desempeño, Editorial Consultores. 1-27.

Flahault. Piot, D. La Supervisión del Personal de Salud a Nivel de Distrito, OMS, Ginebra: 1988. 1-82.

FORSTPU, www.unfpa.org/exbrd/2003/anual/dpfpa-2007-7. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Sistemas de Supervisión y evaluación de Programas, Oct.2003,

Frenk J. La Salud de la Población hacia una nueva Salud Pública. Fondo de Cultura Económica. México D.F: 66-67.

Huber D. Proponed approach for medical quality of care in family planning/reproductive health services supported by Pathfinder International. 1994:11.

Mantell EJ, Divittis AT, Auerbach IM. Evaluating HIV prevention interventions. Plenum Press New York and London 1997:256.

Metodología para la Evaluación de Programas de Desarrollo Rural, Comisión Europeo (2000), Indicadores de Seguimiento y Evaluación, Orientaciones Metodológicas. El Nuevo Período de Programación 2000-2006: documentos de trabajo metodológicos dirección general XVI. Política Regional y Cohesión: 1-115

Murray C, Frenk J. A. De la evaluación de los servicios y programas a la evaluación comparativa de los sistemas de salud, <http://www.ssa.gob.mx/apps/htdocs/evaluación/:1-6>.

Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los Programas de Salud. Ginebra, 1981: 3-49

Pabón-Lasso H. Evaluación de los Servicios de Salud, Modelo de Prides, Universidad del Valle; Facultad de Salud, Departamento

Perez C. Carlos Evaluación del Desempeño de los Equipos Zonales de Supervisión del Primer Nivel de Atención de la Jurisdicción Sanitaria de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Tesis de Grado, INSP, 1-25.

Pineault R, Daveluy C. La evaluación en R. Pineaul. Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2edición Barcelona, España. Masson. 1995: 327-331

SANITEC, www.sanitecworldwide.com/studies, El Manual de Asistencia a la Supervisión.

Sistemas de control, Evaluación en la supervisión de enfermería, <http://www.aibarra.org/enfermería/profesional/supervisión/evaluación,htm:1-6->

SSM, Lineamientos para la reorganización y funcionamiento de los equipos de supervisión. junio2002: 3-14

