

6  
2ej



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FACTORES QUE HAN DETERMINADO LA AFLUENCIA DE USUARIAS EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA DENTRO DE LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR, DE LOS MODULOS DE SANTIAGO TANGAMANDAPIO Y VENUSTIANO CARRANZA, PERTENECIENTES A LA JURISDICCION SANITARIA No. 2 DE LA CIUDAD DE ZAMORA, MICHOACAN.

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N :

MARIA ERIKA CABRERA BUENDIA

OSCAR GUTIERREZ GARCIA

ASESORA: MTRA. LAURA MORAN PERA



MEXICO, D. F.

1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

1973

## **AGRADECIMIENTOS**

### **UNAM-ENEO:**

*A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por ser Instituciones que me forjaron a la culminación de mi carrera profesional y me dieron las herramientas básicas para poder desempeñarme día con día como profesionista*

### **PROFESORES:**

*A los profesores por mi formación académica recibida, en especial a la prof Sandra Soto Mayor y al prof Alexis Santillán por sus valiosos conocimientos que me brindaron y su profunda amistad*

### **ASESORA:**

*A la maestra Laura Morán Peña por su valioso apoyo, tiempo y cooperación en las asesorías de nuestro trabajo*

### **DR. EUGENIO CERVANTES**

*Con respeto y admiración, agradezco su profunda generosidad, dedicación y apoyo brindado para finalizar mi carrera. Por sus valiosos conocimientos y por alentarme a quitar ese miedo que se presenta en situaciones difíciles. Por todo esto y más gracias*

**DR. BASALDUA:**

*Al Doctor Basaldua de la  
Jurisdicción Sanitaria # 2 de Zamora,  
Michoacán por su iniciativa para elaborar  
ésta tesis*

**OSCAR:**

*Por último a mi compañero y amigo  
Oscar Gutiérrez García que en todo el  
transcurso de la elaboración de la tesis me  
brindo siempre sus consejos para seguir  
adelante*

## **DEDICATORIAS**

### **A DIOS:**

*Por la vida y la luz que me otorga día con día al enfrentarme al temor, al dolor, a la enfermedad y a la muerte.*

### **A MI MADRE:**

*Aunque no nos expresemos el cariño que nos sentimos, sé que estará orgullosa de mí por haber llegado a la culminación de ésta tesis*

### **A MIS HERMANOS JOEL Y EDGAR:**

*Por su constante apoyo incondicional y el tiempo que me dedicaron para finalizar la tesis. Los quiero*

### **A MIS TIOS:**

*Martha, Miguel y Fernando con profundo respeto, cariño y agradecimiento por el tiempo que dedicaron a mi cuidado.*

### **A MIS PRIMOS MIRNA, MIRIAM, OSCAR Y HECTOR:**

*Por el apoyo y cariño auténtico que me brindan y en memoria de mi prima Isabel que se hizo presente a través de sus pensamientos y acciones, que supo elegir el lugar y el momento para darnos lecciones de vida, por lo vasto que se presenta y la extensión de sus aplicaciones, un ser humano que con sus hechos, su conducta y su amor nos ha permitido que la recordemos eternamente.*

*A MI ABUELITA:*

Tu que estás en el cielo, que dejaste de existir en la tierra, pero no en mi corazón, se que te sentirás sumamente feliz y contenta de que haya finalizado mi carrera. Sé que en algunas acciones no era lo que tu esperabas de mí, pero ¿sabes? Ya no soy la misma. Si estuvieras a mi lado te sentirías orgullosa de lo que he logrado hasta ahora.

*Té extraño*

*A MIS MEJORES AMIGAS:*

Erika Acosta y Marisol Bernal  
gracias por su amistad y apoyo brindado en  
los momentos que más lo he necesitado.

MARIA ERIKA CABRERA BUENDIA

A G R A D E C I M I E N T O .

HARIA FALTA UNA TESIS A PARTE PARA AGRADECER A TODAS LAS PERSONAS QUE HAN CONTRIBUIDO AL SURGIMIENTO-- DE ESTA.

AGRADESCO A MIS HERMANOS Y FAMILIA RES POR EL APOYO QUE ME BRINDARON EN LOS MOMENTOS EN QUE NECESITE-- EL CONSEJO PRUDENTE DE CADA UNO DE ELLOS Y A CADA UNO DE MIS PROFESORES PROQUE GRACIAS A SUS CONSEJOS, PASO A PASO LLEGUE HASTA ESTE-PUNTO.

SIN EMBARGO POR SU GENEROSIDAD CON SU TIEMPO Y SU CONOCIMIENTO, TENGO UNA DEUDA DE AGRADECIMIENTO ESPECIAL A LA MAESTRA "LAURA MORAN PEÑA" POR CADA UNA DE LAS INDICACIONES UTILES PROPORCIONADAS EN LAS ASESORIAS BRINDADAS POR SU PARTE A NOSOTROS.

POR ULTIMO QUISIERA AGRADECER TAMBIEN A MI AMIGA "MA. ERIKA CABRERA B." COMPAÑERA Y COLABORADORA EN ESTA TESIS POR SU CONSTANTE APOYO Y SUS PRUDENTES CONSEJOS Y POR--- CONVERTIR MIS GARABATOS ILEGIBLES EN PAGINAS PULCRAMENTES MECANOGRAFIADAS.

OSCAR



D E D I C A T O R I A .

DEDICO ESTA TESIS CON PROFUNDO  
AFECTO Y GRATITUD A .....

MIS PADRES Y ABUELO .....

POR EL APOYO DE USTEDES, SU ESTIMULO Y SU INQUEBRANTABLE  
CONFIANZA. EN MI, JAMAS HABRIA LLEGADO A LA CIMA EN MI  
EDUCACION FUNDAMENTAL, POR ESO PADRES HE CUMPLIDO Y DE-  
HOY EN ADELANTE CON GRATITUD PERMANENTE, EMOCION Y RESPEU  
TO A DIOS Y A USTEDES LES DIGO .....

G R A C I A S

O S C A R

# PENSAR

Pensar que ya no tengo remedio, saber que no me voy aliviar  
creer que todo se acabó, dejar pasar la vida sin más, creer  
Que sólo yo sufro, encerrarme en mi dolor y egoísmo.

¡Qué tonta y presumida soy! Creer que sólo yo sufro y me digo  
¿Es que acaso estoy ciega?

Más ahora que veo a través de mi dolor, me doy cuenta  
que la vida es tan bella, que hay tantas cosas buenas que  
admirar, que toda la vida es para aprender, que sí estoy  
viva, y no sé cuanto tiempo será, pero lo que sea así, sólo  
Me quede un día.

Voy hacer feliz, voy amar a los demás como quisiera  
que me amarán, voy aprender a perdonar, voy a vivir  
con alegría, sin pensar en el mañana, porque quizás ese  
Nunca llegue.

Pero ahora en este momento voy hacer feliz  
y a contagiar mi felicidad, mi alegría, y mi saber  
porque: he comprendido el valor de la vida, de  
los amigos y el más importante del amor

He aprendido a sufrir y a comprender el dolor ajeno  
y entonces viene lo mejor, me he olvidado del mío  
al ver sufrir a los demás, es por eso y muchas cosas  
más, que de ahora en adelante trataré de ser feliz SIEMPRE

**ISABEL MUNIVE BUENDIA**

# CONTENIDO

TEMA	PAGINA
AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS	
I. INTRODUCCION .....	4
II MARCO REFERENCIAL	
2.1. Antecedentes.....	6
2.2. Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.)	
2.2.1. Definición.....	9
2.2.2. Objetivos.....	9
2.2.3. Características.....	10
2.2.4. Organización.....	10
2.2.5. Subsistemas de atención.....	11
2.3. Personal laboral, requisitos y actividades.....	12
2.3.1. Coordinador Médico Jurisdiccional.....	13
2.3.2. Supervisora de auxiliar de salud.....	14
2.3.3. Auxiliar de Salud.....	15
2.4. Servicios básicos proporcionados.....	17
2.5. Capacitación.....	19
2.6. Convenio Específico de la Dirección General de Salud Reproductiva (D G S.R ) con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO-UNAM).....	19
2.6.1. Objetivos.....	20
2.6.2. Organización y programación.....	20
2.6.3. Recursos humanos, materiales y financieros.....	21
2.6.4. Supervisión.....	22
2.6.5. Participación del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la E.E.C.....	23
2.7. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 1995-2000 .....	24
2.7.1. Objetivos y metas en Planificación Familiar .....	26
2.7.2. Objetivos y metas en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes .....	29
2.8. Cobertura de la atención en el Programa de Planificación en el Estado de Michoacan .....	31

III.	ESQUEMA DE LA INVESTIGACION	
3.1.	Planteamiento del problema.....	32
3.2.	Objetivos.....	32
3.3.	Variables en estudio.	
3.3.1.	Definición conceptual e indicadores.....	33
IV.	MARCO TEORICO	
4.1.	Binomio Salud-Enfermedad.....	36
4.2.	Salud Pública.	
4.2.1.	Atención Primaria a la Salud.....	36
4.2.2.	Servicios de salud	
4.2.2.1.	Orígenes.....	39
4.2.2.2.	Prestación de los servicios.....	43
4.2.2.3.	Cobertura de los servicios.....	43
4.3.	Planificación Familiar.	
4.3.1.	Definición.....	44
4.3.2.	Origen de los programas de Planificación Familiar...	44
4.3.3.	Servicios de Planificación Familiar.....	45
4.3.4.	Impacto de la Planificación Familiar en las localidades Rurales.	
4.3.4.1.	La familia rural.....	46
4.3.4.2.	Religión y Planificación Familiar.....	47
4.4.	La Salud Reproductiva.	
4.4.1.	Población en riesgo y factores de riesgo.....	48
4.4.2.	Acciones para enfrentar la salud reproductiva.....	49
V.	METODOLOGIA	
5.1.	Características de la investigación.....	51
5.2.	Criterios de selección de personal participante.....	52
5.3.	Procesamiento de datos e instrumentos.....	53
5.4.	Requerimientos para la investigación.....	53
VI.	RESULTADOS	
6.1.	Del estudio exploratorio.....	54
6.2.	Del estudio principal.	
6.2.1.	Resultados obtenidos en la aplicación de la Cédula No. 1 a Auxiliares de Salud.....	59
6.2.2.	Resultados obtenidos en la aplicación de la Cédula No 2 a usuarias del servicio de Planificación Familiar	79

6.2.3. Resultados obtenidos en la aplicación de la Cédula No. 3 a Supervisoras de auxiliar de salud.....	93
VII. CONCLUSIONES.....	107
VIII. SUGERENCIAS.....	111
BIBLIOGRAFIA.....	113
HEMEROGRAFIA.....	116
ANEXOS	
Anexo No.1 Mapa 1. Jurisdicciones Sanitarias del Edo. de Michoacán.....	117
Anexo No.2 Mapa 2. Ubicación de los módulos de la E.E.C. pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No.2 de Zamora, Michoacán.....	118
Anexo No.3 Mapa 3. Comunidades del módulo de Santiago Tangamandapio.....	119
Anexo No.4 Mapa 4. Comunidades del módulo de Venustiano Carranza.....	120
Anexo No.5 Cédula 1. Dirigida a las Auxiliares de Salud.....	121
Anexo No.6 Cédula 2. Dirigida a las usuarias del servicio de Planificación Familiar.....	124
Anexo No.7 Cédula 3. Dirigida a Supervisoras .....	126
Anexo No.8 Cuadros del estudio exploratorio.....	138
Anexo No.9 Cronograma de actividades.....	132

## I. INTRODUCCION

La tendencia actual de las Instituciones de salud es lograr altos niveles de calidad en los servicios que proporcionan, esto sin duda es un reto dada la diversidad de servicios que brindan, la complejidad de su organización, los elevados costos que representan y la variedad de elementos que la constituyen.

La salud no puede ser considerada como un hecho aislado y estático, por eso en los últimos 50 años el gobierno de México ha realizado esfuerzos crecientes para atender a las poblaciones más desprotegidas que generalmente habitan en localidades pequeñas y alejadas en el área rural, tratando así de involucrar a la misma comunidad en la restauración de sus propios problemas en lo que se refiere a materia de salud, implementando programas como el Programa de Extensión de Cobertura (P.E.C.), Programa Comunitario Rural (P.C.R.), Programa de Salud Rural (P.S.R.) y actualmente Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) que está coordinada por la Dirección General de Salud Reproductiva (D.G.S.R.).

La Secretaría de Salud es la que crea la E.E.C. para llevar servicios básicos de salud a las poblaciones rurales primordialmente la Planificación Familiar, con el fin de reducir la fecundidad y contribuir al descenso de la morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Una de las prioridades del servicio de Planificación Familiar es ofrecer sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva servicios de salud, en especial a las mujeres de mayor riesgo reproductivo; pero existen factores que influyen en el logro o fracaso de los programas, ejemplo claro fue el que nosotros experimentamos en el servicio social, porque se detectaron diversos problemas que influían en la atención a la comunidad.

El trabajo muestra como punto de partida para la investigación un estudio exploratorio que presenta el comportamiento del número de usuarias activas y nuevas existentes en el servicio de Planificación Familiar de los módulos estudiados, la población total de cada uno de ellos de los años de 1996 y 1997 y el comportamiento en la tasa de natalidad que ha existido a nivel estatal desde el año de 1993 a 1997

Por tal motivo la presente investigación se hizo para conocer los factores que han determinado la afluencia de usuarias en la E.E.C. dentro de las actividades de Planificación Familiar de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de la Ciudad de Zamora, Michoacán.

Se incluye también dentro de la investigación un amplio panorama sobre la E.E.C. donde se mencionan los cambios que ha habido dentro de ella y en que consiste. Metodológicamente se aplicaron 3 Cédulas dirigidas a la población estudiada, integrada por 24 Auxiliares de Salud, 9 Supervisoras de auxiliar de salud y 290 usuarias del servicio de Planificación Familiar a las cuales se les seleccionó de forma aleatoria, encontrando como resultados cada uno de los problemas que ocasiona el no seleccionar a la Auxiliar como es normado en la E.E.C., la reducida capacitación que se le brinda a la Auxiliar por parte de la Supervisoras resultando como problema que la Auxiliar no brinde orientación adecuada del uso apropiado de cada método anticonceptivo que otorga a cada una de las usuarias a las que proporciona el servicio de Planificación Familiar.

Por otra parte encontramos que la insuficiente preparación de la Supervisoras en Salud Pública así como el bajo número de cursos de capacitación proporcionados por el Nivel Jurisdiccional repercuten en las funciones y actividades que realiza en cada una de sus comunidades.

Por último este estudio nos permite proponer acciones para contribuir a la corrección oportuna de desviaciones en la calidad de los servicios de Planificación Familiar que se proporcionan por la E.E.C. en zonas rurales, con el fin de alcanzar el autocuidado personal de salud de los habitantes de estas poblaciones, ya que muestra cada uno de los factores que impiden que los servicios sean proporcionados correctamente por cada uno del personal que labora en la E.E.C.

## II. MARCO REFERENCIAL

### 2.1. Antecedentes.

La década de los años 70s. se caracterizó, tanto en el plano nacional como internacional, por el reconocimiento de la distribución desigual en la prestación de servicios de salud y la necesidad de adoptar nuevas estrategias considerando que el acceso a servicios de salud es un derecho fundamental del hombre. En este periodo, en nuestro país se instrumentaron nuevas políticas tendientes a extender la cobertura de servicios a la población abierta.

Las reformas a la Ley del Seguro Social en 1973 sentaron las bases para la incorporación de grupos no directamente contributivos que se beneficiaron con la prestación de servicios de salud mediante mecanismos de solidaridad social.

La entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia introdujo modelos de atención, utilizando nuevas estrategias para ampliar la cobertura en el medio rural. Estos esfuerzos se concretaron en los Programas de Extensión de Cobertura (P.E.C.) y Comunitario Rural (P.C.R.), que finalmente se integraron en el Programa de Salud Rural.

Tanto el P.E.C. como el P.C.R. comenzaron sus operaciones simultáneamente en el año de 1977 en diferentes áreas geográficas del país. A partir de 1978, se fueron homogeneizando diversos espacios y a partir de 1979 se fusionaron ambos para constituir el Programa de Salud Rural que incluye dentro de sus lineamientos y estrategias lo que se vio que había resultado más eficaz y adecuado de ambas experiencias. Del año de 1977 a 1978, se continuó el impulso y apoyo al programa, permaneciendo hasta el momento en las localidades rurales la estructura básica operativa sustentada en la (el) Auxiliar de salud o encargada (o) de la comunidad, denominación que se dio a la persona que cada comunidad propuso para fungir como agente de salud comunitario y, en la enfermera (o) Supervisor de auxiliar de salud o responsable de módulo.

Actualmente la Secretaría de Salud (S.S.A) tiene la responsabilidad de atender a la población abierta del país, la mayor parte de ella habita en el área rural, en localidades menores de 2,500 habitantes que se encuentran diseminadas geográficamente en zonas de difícil acceso y por ello se le considera como población dispersa



Ante esta situación, en 1984 la Secretaría de Salud con base en la experiencia del Programa de Salud Rural (P.S.R.) crea la Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.), como una herramienta para llevar servicios básicos de salud, entre ellos la Planificación Familiar. Desde entonces se le encargó a la Dirección General de Planificación Familiar (D.G.P.F.) la normatividad, seguimiento y evaluación de la E.E.C., mediante una coordinación con las autoridades estatales y la organización de la Jurisdicción Sanitaria.

Estos servicios básicos de salud se ofrecen a la población a través de una (o) Auxiliar de salud de la propia comunidad, quien previa capacitación pudiera garantizar la cobertura de servicios en 9,500 localidades, menores de 2,500 habitantes. La supervisión, adiestramiento en servicio y asesoría de cada una de éstas (os) Auxiliares de salud está a cargo de una enfermera (o) quien actúa como Supervisor (a) de auxiliares de salud, quien tiene la responsabilidad de visitar dos veces al mes cada una de las diez auxiliares de su módulo para revisar la forma en que llevan a cabo sus tareas, ayudándoles en la prestación de servicios a la población, asesorarlas para la resolución de sus dudas, proveerles los materiales necesarios y recabar la información registrada en los calendarios de control de actividades relativas a los usuarios de planificación familiar, a las mujeres embarazadas, a los niños menores de cinco años de edad y al resto de la comunidad.

El Coordinador Médico Jurisdiccional es el responsable del seguimiento, control y realización de las actividades de la E.E.C. representando un apoyo permanente tanto para la Supervisora de auxiliar de salud como a la propia Auxiliar de salud, lo que le confiere una autoridad directa en la operatividad de esta área. (1)

La E.E.C. que está dentro de la supervisión del Departamento de Salud Reproductiva perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Zamora, Michoacán, abarca nueve módulos en estudio, los cuales son: Zamora, Chilchota, Santiago Tangamandapio, Villamar, Jiquilpan, Sahuayo, Cotija, Venustiano Carranza e Ixtlán. (Anexo No. 2). De los cuales para la investigación sólo se tomarán en cuenta dos módulos, Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza, los cuales cada uno cuenta con 10 comunidades a su cargo.

El módulo de Santiago Tangamandapio está conformado por:

1. San Esteban
2. Linda Vista
3. Monte Bello
4. Salinas de Gortari
5. El Realejo
6. La Estancia
7. Rancho Nuevo
8. Jerusalén
9. Telonzo
10. Churintzio

Este módulo se encuentra ubicado al suroeste de la Ciudad de Zamora, Michoacán a 28 km de distancia y apoyado por el Centro de Salud de Santiago Tangamandapio. (**Anexo No. 3**)

Las comunidades de éste módulo se encuentran distribuidas en tres Municipios, los cuales son: Santiago Tangamandapio, Jacona y Zamora. La distancia que hay del Centro de Salud hacia las comunidades es la siguiente:

Santiago Tangamandapio .....	Churintzio	6 km	Municipio de Santiago T.
Santiago Tangamandapio .....	Telonzo	5 km	Municipio de Santiago T.
Santiago Tangamandapio .....	Jerusalén	3 km	Municipio de Santiago T.
Santiago Tangamandapio .....	Rancho Nuevo	15 km	Municipio de Jacona
Santiago Tangamandapio .....	El Realejo	17 km	Municipio de Jacona
Santiago Tangamandapio .....	La Estancia	19 km	Municipio de Jacona
Santiago Tangamandapio .....	Monte Bello	21 km	Municipio de Jacona
Santiago Tangamandapio .....	Salinas de Gortari	21 km	Municipio de Jacona
Santiago Tangamandapio .....	Linda Vista	32 km	Municipio de Zamora
Santiago Tangamandapio .....	San Esteban	31 km	Municipio de Zamora

El módulo de Venustiano Carranza cuenta con las siguientes comunidades:

1. La Villa
2. El Monte
3. Pueblo Viejo
4. Lázaro Cárdenas
5. La Esperanza
6. El Cometa

7. La Yerbabuena
8. La Limonera
9. Puerto de León
10. Paso de Alamos

Este módulo se encuentra ubicado al noroeste de la Ciudad de Zamora, Michoacán a 143 km de distancia y apoyado por el Centro de Salud de Venustiano Carranza. (**Anexo No. 4**)

Las comunidades de éste módulo se encuentran distribuidas en cinco Municipios, los cuales son: Pajacuarán, Venustiano Carranza, Briseñas, Sahuayo y Cojumatlán. La distancia que hay del Centro de Salud hacia las comunidades es la siguiente:

Venustiano Carranza.....	Pueblo Viejo	10 km	Municipio de Venustiano C.
Venustiano Carranza.....	La Villa	2 km	Municipio de Venustiano C.
Venustiano Carranza.....	El Monte	2 km	Municipio de Venustiano C.
Venustiano Carranza.....	Lázaro Cárdenas	15 km	Municipio de Pajacuarán
Venustiano Carranza.....	La Esperanza	16 km	Municipio de Pajacuarán
Venustiano Carranza.....	El Cometa	29 km	Municipio de Pajacuarán
Venustiano Carranza.....	La Yerbabuena	15 km	Municipio de Sahuayo
Venustiano Carranza.....	La Limonera	15 km	Municipio de Sahuayo
Venustiano Carranza.....	Puerto de León	55 km	Municipio de Cojumatlán
Venustiano Carranza.....	Paso de Alamos	30 km	Municipio de Briseñas

## **2.2. Estrategia de Extensión de Cobertura.**

### **2.2.1. Definición.**

La Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) constituye un conjunto de servicios de Atención Primaria a la Salud, que se otorgan a través de personal voluntario de la misma comunidad diseñada para satisfacer las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas.

### **2.2.2. Objetivos.**

La E.E.C. tiene como objetivos proporcionar servicios de Planificación Familiar y Atención Primaria a la Salud, a la población rural y lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud

Estos servicios se realizan por una persona voluntaria de la misma comunidad, a quien se le denomina "Auxiliar de Salud". Esta se encuentra vinculada a los servicios formales de atención médica mediante la supervisión y asesoría por parte de personal de enfermería, con funciones de "Supervisor de Auxiliares de Salud".

### 2.2.3. Características.

Para poder alcanzar estos objetivos y desarrollar las actividades de la E.E.C es importante proporcionar los servicios de manera ordenada y sistemática de acuerdo a las siguientes características:

- ◆ Calidad y calidez. Otorgar servicios a toda la comunidad, con prioridad a los grupos más desprotegidos.
- ◆ Accesibilidad económica. Los servicios otorgados por la E.E.C. a las poblaciones rurales son gratuitos, capacitar y asesorar en servicio y dotar a la Auxiliar de salud. (2)

### 2.2.4. Organización.

La E.E.C. está organizada en los siguientes niveles operativos:

- 1.-Central
- 2.-Estatad
- 3.-Jurisdiccional
- 4.-Modular
- 5.-Comunitario

**Nivel Central:** Este nivel está representado por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, es aquí donde se establecen los lineamientos operativos, así como la tramitación administrativa de los recursos que apoyan las actividades en las entidades federativas del país; además de establecer la coordinación nacional con las diferentes instituciones involucradas en la E.E.C.

(2) S.S.A. Capacitación a Auxiliares de Salud en la E.E.C. 1991. p. 4,5.

**Nivel Estatal:** A este nivel le corresponde verificar el cumplimiento de los lineamientos operativos, la adecuada utilización de los recursos proporcionados por el nivel central para la operatividad de la E.E.C. en el estado. Para cumplir con estas actividades el estado cuenta con personal específico responsable.

**Nivel Jurisdiccional:** Este nivel se responsabiliza de la coordinación operativa de los módulos, aquí se cuenta con la participación de un Coordinador Médico Jurisdiccional con la función de coordinar, apoyar y asesorar en las actividades de las Supervisoras de auxiliares de salud y de los Auxiliares de salud de la E.E.C.

**Nivel Modular:** Es el nivel operativo intermedio que establece el enlace entre la comunidad y los servicios institucionales de salud. Un módulo está constituido por aproximadamente 10 comunidades y su sede está ubicada en el centro de salud más cercano o intermedio a las comunidades que lo integran, al cual se le denomina Cabecera de Módulo es aquí donde se encuentra ubicada la Supervisora de auxiliares de salud (Enfermera general o Auxiliar de Salud).

**Nivel Comunitario:** Es el nivel aplicativo esencialmente y corresponde a las comunidades menores de 2,500 habitantes, es aquí donde se fundamentan las acciones de la E.E.C. a través de las Auxiliares de Salud. (3)

### 2.2.5. Subsistemas de Atención.

La E.E.C. proporciona servicios de salud a la población abierta de las comunidades rurales dispersas, además constituye un mecanismo operativo a nivel jurisdiccional, mediante el cual la Secretaría de Salud proporciona servicios de atención primaria a la población en los diferentes niveles de atención, teniendo como apoyo primordial el primer nivel de atención.

El funcionamiento de las unidades de este nivel se sustentará en el trabajo conjunto de los recursos institucionales y comunitarios, de esta manera, para el medio rural disperso que se caracteriza por una alta dispersión geográfica de las localidades; se ha definido como estrategia para extender la cobertura de los servicios el establecimiento de unidades de salud ubicados en las localidades estratégicas. Por lo anterior, se deberán de identificar localidades con población de 1.000 a 2.500 habitantes, en las que se ubicará un Centro de Salud Rural, cuyo

(3) S.S.A. Actividades y tareas de la Auxiliar de Salud en la E.E.C. 1991. p. 13,14.

funcionamiento estará a cargo de un equipo de salud, conformado por médico general o en servicio social y una Auxiliar de Enfermería.

La extensión de los servicios a localidades de menor rango poblacional se establecerá a través de la participación de personal de la propia comunidad, quienes recibirán previamente cursos y capacitaciones; así las localidades con un rango de población de 500 a 1000 habitantes contarán con Auxiliares de Salud encargadas de otorgar los servicios básicos de Atención primaria; estableciendo para el desempeño de sus funciones una vinculación estrecha y permanente con el equipo de salud del Centro de Salud.

Las unidades del primer nivel de atención basarán su operación con la formulación de un diagnóstico local a partir del cual establecerá un programa anual de trabajo; este proceso implica la participación conjunta del personal Institucional y comunitario.

La operación de las unidades de primer nivel exige la implantación de mecanismos de supervisión y capacitación continuas que garanticen la adecuada conducción de programas y actividades. Para ello se preveé que se identifiquen zonas dentro del área geográfica que tendrán a su cargo las jurisdicciones debiendo garantizar que cada unidad puede ser supervisada con una periodicidad mensual. (4)

### **2.3. Personal, requisitos y actividades.**

El personal de la E.E.C. depende del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria, quien se vincula con los integrantes restantes de la E.E.C que son: Auxiliares de Salud, Supervisora de Auxiliares de salud y los Coordinadores Médicos Jurisdiccionales.

La proporción de servicios de Atención Primaria que brinda la E.E.C. está dada a través de un recurso de la comunidad, la Auxiliar de Salud. Dicho recurso, conjuntamente con el resto del personal de salud involucrado en la misma E.E.C. deben tener conocimientos de las características de la comunidad, como son: tipo, ubicación, vías de comunicación, líderes, autoridades, grupos formales, servicios públicos, organización, así como los valores, costumbres, tradiciones, etc., a fin de identificar en forma conjunta con la comunidad tanto las necesidades como las

(4) Ibidem (1) p. 53-55.

alternativas para contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la propia comunidad. (5)

### **2.3.1. Coordinador Médico Jurisdiccional.**

El Coordinador Médico Jurisdiccional es el soporte de la acción concertada en la E.E.C. y la Jurisdicción Sanitaria. A su vez es el responsable del seguimiento, control y realización de las actividades de la E.E.C., representando un apoyo permanente tanto por la Supervisora de auxiliares de salud como para las Auxiliares de Salud; lo que le confiere una autoridad directa en la operatividad de esta área.

La incorporación del Coordinador Médico Jurisdiccional representa un apoyo permanente para el personal operativo que labora en el ámbito comunitario y depende del jefe de la Jurisdicción Sanitaria.

Este médico tiene como principales características, una preparación técnico-administrativa en servicios básicos de salud para cumplir en forma óptima con las actividades asignadas. Las funciones fundamentales son: programar, coordinar, dirigir, capacitar, supervisar, informar y evaluar las actividades en los componentes comunitario e institucional en el ámbito jurisdiccional.

#### **Funciones básicas:**

- ◆ Programar y organizar actividades que comprenden el programa de Planificación Familiar en el ámbito jurisdiccional.
- ◆ Capacitar y adiestrar en servicio al personal de las unidades médicas y las comunidades que realizan actividades de Planificación Familiar.
- ◆ Supervisar el desarrollo de las actividades del Programa de Planificación Familiar en la Jurisdicción Sanitaria de acuerdo a los lineamientos emitidos por la Dirección General de Planificación Familiar.
- ◆ Verificar el cumplimiento de la recopilación y envío oportuno al Nivel Central.

- ◆ Participación en la evaluación de las actividades del programa de Planificación Familiar en forma periódica.
- ◆ Participar con el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria en la selección de los recursos humanos que participan en el programa Planificación Familiar en el área rural.
- ◆ Promover y vigilar la obtención, distribución y control del material anticonceptivo y promoción, así como equipo y material del Programa de Planificación Familiar.
- ◆ Participar en las acciones de coordinación tanto dentro como fuera de la institución que coadyuven a mejorar y ampliar la cobertura de servicios de Planificación Familiar. (6)

### **2.3.2. Supervisora de auxiliar de salud.**

La Supervisora de auxiliar de salud es un personal de enfermería que ha demostrado experiencia en el trabajo rural comunitario, principalmente en las áreas de capacitación y supervisión. Este elemento es el puente de unión entre las comunidades rurales y la estructura formal de servicios en la Jurisdicción Sanitaria. De la labor que desempeña este personal depende directamente el éxito de los programas de salud incorporados a la E.E.C.

En la E.E.C. la Supervisora de auxiliar de salud representa el enlace entre la Auxiliar de Salud y los servicios institucionales, fortaleciendo de esta forma la cobertura de servicios de salud a la población rural. La Supervisora de auxiliar de salud se ha definido como el personal de enfermería de nivel general, técnico o auxiliar, con experiencia en trabajo de campo en lo que se refiere a atención materno infantil y Planificación Familiar. Además con habilidades de supervisión y capacitación que le permitan desarrollar las actividades que se realizan en las localidades rurales bajo su responsabilidad.

La selección, capacitación y supervisión de la Supervisora de auxiliar de salud son las etapas por las que deberá pasar para cumplir con el papel que se espera desempeñe en la E.E.C.



### **Características:**

- ◆ Escolaridad: Enfermera General, Técnica ó Auxiliar.
- ◆ Disponibilidad para viajar a las comunidades rurales que integran el módulo.
- ◆ Experiencia en actividades de campo, supervisión y capacitación, mínimo un año.
- ◆ De preferencia ser residente de la localidad que se seleccione cabecera del módulo.
- ◆ Habilidad para:
  - ◆ Establecer enlace entre el sistema de salud tradicional y el institucional.
  - ◆ Establecer comunicación con líderes de la comunidad.
  - ◆ Identificar áreas problemas a las cuales debe darse solución.
  - ◆ Mejorar la cantidad y calidad de trabajo realizado por el Auxiliar de salud mediante la asesoría que proporcione.

### **Funciones:**

La Supervisora de auxiliar de salud visita la comunidad dos veces por mes para asesorar, supervisar, dotar de material necesario a la Auxiliar de Salud y adiestrar en servicio, además recopila mensualmente los datos relativos a las atenciones prestadas por cada Auxiliar para concentrarlos en el informe mensualmente. (7)

#### **2.3.3. Auxiliar de Salud.**

El Auxiliar de Salud es la denominación que se da al personaje de la localidad que ha venido resolviendo problemas en su comunidad y que goza del reconocimiento de ésta. La identificación, selección, capacitación y supervisión de este agente de salud son las etapas por las que deberá cursar a fin de convertirse en Auxiliar de Salud

(7) S.S.A. Actividades de la Supervisora de auxiliar de salud en la E.E.C. 1991. p. 30-36.

### **Características:**

La selección de la Auxiliar de Salud se realiza en forma conjunta con la comunidad, lo que permite establecer los requisitos indispensables, con base a las siguientes características:

- ◆ Ser originaria o residente de la localidad rural en la que prestará los servicios.
- ◆ Ser líder natural y participar en acciones en bien de la comunidad
- ◆ Mostrar interés por el trabajo que desarrollará en la comunidad
- ◆ Disponer de un tiempo mínimo de cuatro horas diarias para el desarrollo de sus actividades.
- ◆ Ser propuesta por su comunidad para desempeñar el trabajo de Auxiliar de Salud.
- ◆ Obtener un resultado satisfactorio de las entrevistas.
- ◆ Tener entre 20 y 45 años de edad.
- ◆ Ser preferentemente casada o haberlo sido.
- ◆ Instrucción primaria o saber leer y escribir.
- ◆ Contar con el apoyo de su familia.

### **Funciones:**

La Auxiliar de Salud es la persona que suministra los servicios básicos de salud y promueve medidas que mejoren las condiciones sanitarias en la comunidad.

### **Acciones básicas:**

- ◆ Integrar sus acciones para apoyar la organización y desarrollo de la comunidad, como: conocer el área geográfica de trabajo, realizar censo poblacional, tener comunicación con líderes, autoridades locales y población general sobre los avances, obstáculos y acciones de salud como auxiliar.
- ◆ Reforzar las acciones de población consideradas en la E.E.C. y las requeridas por la comunidad tales como elaboración de material para la promoción, de acuerdo a las necesidades y recursos

- ◆ Proporcionar atención en Planificación Familiar, embarazo-parto- puerperio, niños menores de 5 años, y a la población que presente problemas de salud.
- ◆ Hacer uso adecuado del material, equipo y medicamentos e informar a la Supervisora de auxiliar de salud sobre las actividades realizadas. (8)

#### 2.4 . Servicios básicos proporcionados.

La E.E.C. es precisamente una estrategia para llevar los servicios básicos de salud a las comunidades rurales apartadas y dispersas, es un instrumento para operar los programas prioritarios de la Secretaría de Salud. Es importante señalar que las actividades que maneja la E.E.C. son aquellas de mayor impacto en la salud de las mujeres y los niños, ambos considerados como grupos prioritarios para su atención de acuerdo a las políticas señaladas en el Programa Nacional de Salud.

Para definir el universo de acción de la E.E.C. en cada comunidad, la Auxiliar de Salud y la Supervisora efectúan anualmente un censo poblacional por localidades agrupando a los habitantes por edad y sexo, escolaridad, número de parejas y familias, e identifican a las mujeres embarazadas. Así mismo realizan croquis donde se marcan los hogares de las embarazadas, de los infantes menores de cinco años, de los niños con esquemas incompletos de vacunación, de las usuarias de la Planificación Familiar, así como de los ancianos y de las personas enfermas ó incapacitadas. El censo y el croquis de la población sirven de base para hacer el plan de trabajo para la ejecución de las actividades de la Auxiliar de Salud y de la Supervisora.

Los diferentes servicios que se prestan en la E.E.C son: Planificación Familiar, Atención al embarazo, parto y puerperio, Atención al menor de cinco años, incluyendo la distribución de sobres de hidratación oral y el Esquema Básico de Vacunación, así como aquellas actividades en que sea necesaria su colaboración para atender problemas de salud prevalentes en la localidad o región como pueda ser el control de la tuberculosis, paludismo, dengue y otros. además de la notificación oportuna de enfermedades dentro del marco del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada y la referencia de pacientes a las unidades de atención médica.

(8) Ibidem (2) p. 17-23.

En lo referente a Planificación Familiar los servicios que provee la Auxiliar de Salud es la de promocionar las ventajas que para la salud de la mujer y la familia conlleva el espaciamiento entre los embarazos, el nacimiento del primer hijo después de los veinte años de edad de la madre y el último antes de los treinta y cinco años de edad, la distribución de los métodos anticonceptivos hormonales y preservativos de acuerdo al estado de salud de cada mujer y sus condiciones familiares atendiendo las disposiciones que señala la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.

El Control Prenatal comprende la aplicación del toxoide tetánico, actividades de promoción encaminadas a Planificación Familiar, la revisión periódica durante el embarazo con la finalidad de detectar factores de riesgo materno y perinatal que permitan la referencia oportuna a las unidades médicas y la educación sobre la atención del parto por personal capacitado y vigilancia del puerperio.

La atención al menor de cinco años comprende la asistencia al recién nacido, vigilancia y control del niño sano, promoción y aplicación de inmunizaciones, promoción de medidas para evitar las diarreas y uso de hidratación oral, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas y somatometría.

La referencia de pacientes contribuye a que las personas que deben ser atendidas fuera de su comunidad, reciban la atención en los Centros de Salud y Hospitales más próximos a su domicilio. Sin embargo para que esto se realice es indispensable que todo el personal de los Centros de Salud y Hospitales conozcan y reconozcan el trabajo que realiza la Auxiliar de Salud, Supervisora de auxiliar de salud y el Coordinador Médico Jurisdiccional en la E.E.C

Por último, se deben incluir sesiones educativas en cada localidad para la promoción y fomento de la salud, saneamiento básico como letrinización y potabilización del agua y promoción de acciones sociales para mejorar las condiciones de salud. (9)

---

(9) Ibidem (4) p. 133-140.

## 2.5. Capacitación.

La capacitación dentro de la E.E.C. proporciona la información técnica básica para desarrollar las habilidades necesarias durante la prestación de los servicios de salud y así mejorar la calidad de la atención y comprende tres modalidades: la capacitación formal, la capacitación continua y la capacitación en servicio.

En la capacitación formal el Coordinador Médico Jurisdiccional, las Supervisoras de auxiliar de salud y las Auxiliares de Salud reciben la información e instrucción básica a través del curso de introducción al puesto el cual es coordinado e impartido por la D.G.S.R. o bien por la Jefatura de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, esta actividad se realiza cada vez que ingresa el personal que forma parte de la estructura operativa de la E.E.C., en este curso se describen ampliamente los lineamientos normativos y operativos de la E.E.C., las características, responsabilidades y funciones de cada una de las personas que integran el equipo de salud, así como las normas y procedimientos institucionales para la prestación de los servicios de salud.

La capacitación en servicio se realiza durante la asesoría técnica durante las visitas de supervisión que realizan la Supervisora o el Coordinador Médico de vez en cuando para presenciar las actividades y al mismo tiempo corregir aquellas desviaciones durante la prestación del servicio que otorga la Auxiliar de Salud con el propósito de mejorar la calidad de la atención.

La capacitación continua se efectúa periódicamente mediante información actualizada sobre las actividades de los programas de la E.E.C. y para ello el personal como lo es la Supervisora se reúne mensualmente con las Auxiliares de Salud de su módulo. Cabe mencionar que en esta actividad se cuenta con la participación del Coordinador Médico Jurisdiccional. (10)

## 2.6. Convenio Especifico de la Dirección General de Salud Reproductiva (D.G.S.R) con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO-UNAM).

En Octubre de 1990, la S.S.A y la UNAM, suscribieron un Programa Especifico de Colaboración que tiene como objetivo, entre otros, contribuir al

(10) Ibidem (4) p. 142-153.

mejoramiento en la calidad de los servicios que se proporcionan en la E.E.C. y participar en la capacitación de las Auxiliares de Salud, complementando la enseñanza teórico-práctica de los pasantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

Debido a la responsabilidad que tiene la Auxiliar de Salud de atender a la población, es indispensable que cuente con los conocimientos básicos y actualizados sobre Atención Primaria a la Salud, y tomando en cuenta a la UNAM se consideró importante incorporar al pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia como recurso idóneo para esa actividad.

### **2.6.1. Objetivos.**

#### **General:**

- ◆ Definir los lineamientos que regirán las acciones del personal involucrado en el Convenio Específico de Colaboración ENEO-DGSR en los diferentes niveles.

#### **Específicos:**

- ◆ Establecer los lineamientos para las actividades del pasante durante su servicio social, específicamente en lo relativo a la capacitación de las Auxiliares de Salud y Parteras tradicionales en Atención Primaria a la Salud, con énfasis en Salud Reproductiva.
- ◆ Definir la forma de coordinación y apoyo del personal involucrado en el Convenio Específico de Colaboración ENEO-DGSR

### **2.6.2. Organización y Programación.**

Los pasantes deberán mantener coordinación con el personal de la E.E.C de su lugar de adscripción para el cumplimiento de sus actividades.

Al cumplimiento del servicio social el pasante deberá elaborar:

- ◆ Programa General de trabajo.

- ◆ Guías de detección de necesidades de capacitación iniciales aplicadas a cada Auxiliar.
- ◆ Proyecto de investigación.
- ◆ Programa de Capacitación a Auxiliares de Salud.
- ◆ Informe de trabajo

Durante el servicio social el pasante deberá elaborar su Programa General de Trabajo así como el Programa de Capacitación durante los tres primeros meses de su servicio social. Las vacaciones del mes de diciembre serán acordadas con las autoridades Jurisdiccionales considerándose éste como 1er. periodo vacacional.

Los pasantes recibirán información previa sobre el Convenio Específico de Colaboración ENEO-UNAM, la selección de las sedes estará conforme a los criterios establecidos por la D.G.S.R. y la ENEO a saber:

- ◆ Comunidades menores de 2,500 habitantes de fácil acceso.
- ◆ Que no sean de alto riesgo.
- ◆ Que cuenten con Auxiliares de salud.
- ◆ Que los Auxiliares de salud cuenten con su maletín.

Los pasantes deberán entregar los siguientes documentos al término del servicio social como requisitos:

- ◆ Programa General de trabajo.
- ◆ Guías de detección de necesidades de capacitación.
- ◆ Programa de Capacitación.
- ◆ Trabajo de Investigación.
- ◆ Comprobación de entrega de Informes mensuales.
- ◆ Informe global de actividades.

### **2.6.3. Recursos humanos, materiales y financieros.**

Se solicitará el apoyo de las autoridades estatales y jurisdiccionales para proporcionar hospedaje a los pasantes en las sedes asignadas.

La D.G.S.R. proporcionará a cada estado el número de maletines para cada generación de pasantes. Este maletín deberá de ser entregado por el pasante al término de su servicio social al Departamento de Salud Reproductiva. El Nivel Estatal se encargará de entregar este maletín en buenas condiciones a los pasantes durante el primer mes del servicio social. La entrega del maletín se hará una vez que el pasante revise su contenido y firme la forma de control en donde se especifican las condiciones en que se recibe, todo será verificado por la Dirección General de Salud Reproductiva.

Los servicios estatales de salud, a través de la Jurisdicción Sanitaria proporcionarán a los pasantes el apoyo necesario (de transporte o económico) para el traslado a las comunidades del módulo de adscripción, así como a las reuniones convocadas a Nivel Estatal y Jurisdiccional siempre y cuando su asistencia implique desplazamiento de su módulo.

#### **2.6.4. Supervisión.**

A lo largo del servicio social, el pasante será supervisado en lo relativo al Convenio Específico, en base al desarrollo de sus actividades, así como, a los obstáculos y facilitadores que existen en el mismo. Cada Institución involucrada supervisará dando énfasis a los siguientes puntos:

- ◆ Por el Nivel Jurisdiccional y Estatal: aspectos operativos, obstáculos y facilitadores en el desarrollo del servicio social, que involucra tanto al Nivel Comunitario, como el Modular, Jurisdiccional y Estatal.
- ◆ Por la ENEO: aspectos relacionados con la formación académica, la entrega de los documentos que son requisitos para la liberación del servicio
- ◆ Por la D.G.S.R.: aspectos técnicos relacionados con el desempeño de la capacitación de la Auxiliar de Salud, así como a las parteras tradicionales; también se supervisan las características de la prestación de los servicios, así como los obstáculos y facilitadores en el desarrollo del servicio social



## **2.6.5. Participación del pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (P.L.E.O.) en la E.E.C.**

### **Capacitación y Asesoría a Auxiliares de Salud.**

La capacitación debe estar dirigida al área de Atención Primaria a la Salud, con énfasis en Salud Reproductiva. Dentro de las diferentes acciones que favorecen la mejora en la calidad de la atención, la capacitación es fundamental al preparar y actualizar al personal que proporciona el servicio.

Ante esta situación es que el Convenio Específico de Colaboración tiene la finalidad de integrar a la función de capacitación-supervisión de la Supervisora de auxiliar de salud, el apoyo del pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia para el desarrollo de la capacitación a la Auxiliar de Salud y partera tradicional.

La capacitación a realizarse por el pasante está definida como capacitación en servicio y consiste en una asesoría individualizada proporcionada al momento de la prestación del servicio. Es necesario que el pasante se traslade a cada una de las comunidades del módulo al que esté adscrito, realizando visitas a la Auxiliar de Salud que en promedio podrá ser de una o más al mes.

La asesoría realizada a parteras tradicionales también deberá ser individualizada, sin embargo la preparación se ajustará al interés y disponibilidad de este personaje.

La capacitación en servicio parte de la aplicación de las guías de detección de necesidades de capacitación a cada una de las Auxiliares de Salud del módulo correspondiente. En el caso de las parteras, este instrumento se aplicará en aquellos módulos en los cuales existe el trabajo de los pasantes durante más de dos años y de no ser así se reportará únicamente la estrategia creada por el pasante para proporcionar este servicio.

Las áreas a capacitarse son aquellas relativas a la Atención Primaria a la Salud, a través de los servicios de Planificación Familiar, atención prenatal y del puerperio, atención al menor de cinco años y actividades varias, así como la promoción para el desarrollo de la comunidad. En el caso de las parteras tradicionales se les dará énfasis en la atención de parto.

Con relación a Salud Reproductiva es necesario incorporar un enfoque integral en el servicio del hombre y la mujer, referente a un riesgo reproductivo, lo cual implica una actualización con relación a Planificación Familiar, Salud sexual, enfermedades de transmisión sexual, así como a la prescripción de Metodología anticonceptiva. Todo esto a su vez implicará el conocimiento de la Orientación-Consejería, a fin de favorecer el acceso a la Salud Reproductiva tanto a la mujer como al varón.

### **Prestación de Servicios.**

La prestación de servicios de los pasantes deberá ser acorde a las normas oficiales mexicanas vigentes en la Secretaría de Salud, relativas a Planificación Familiar y Atención Materno-Infantil.

Durante la prestación del servicio social el pasante tendrá las siguientes acciones básicas:

- ◆ Elaboración, ejecución y evaluación del Programa General de Trabajo para el servicio social.
- ◆ Coordinación directa con la Supervisora de auxiliar de salud dentro de las funciones de la E.E.C.
- ◆ Participación en actividades que contribuyan en el desarrollo de las comunidades
- ◆ Promoción a la salud en las comunidades.
- ◆ Referencia oportuna de los casos detectados que requieran atención, de acuerdo al nivel de complejidad que presentan.
- ◆ Registro de actividades realizadas en los informes mensuales. (11)

### **2.7. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 1995-2000.**

En los últimos 20 años, México ha conseguido notables avances en materia de Planificación Familiar y atención materno-infantil. El impacto de estos programas se ha traducido en un crecimiento más armónico de la población y a contribuido al crecimiento en la esperanza de vida al nacimiento; sin embargo, estos avances no han sido homogéneos en todo el territorio nacional y aún se tienen rezagos importantes, así como demandas y necesidades no satisfechas,

(11) ENEQ-UNAM. Programa operativo del Convenio específico de colaboración. ENEQ-D.G.S.R. 1996. p. 1-11.

particularmente en aquellas regiones con población que reside en comunidades rurales e indígenas de difícil acceso. Las prioridades reales se centran en la atención a los grupos sociales vulnerables y de alto índice de marginación.

Con el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 presentado por el Presidente de la República Mexicana Ernesto Zedillo Ponce de León, se considera a la salud reproductiva y a la Planificación Familiar como ejes estratégicos del desarrollo del país, y dentro de los esfuerzos encaminados a fortalecer el desarrollo de nuestro país y de acuerdo con los lineamientos del Programa de Reforma del Sector Salud y los Programas Nacionales de Población y de la Mujer, se constituye el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Este programa contiene un Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta, con lo que se pretende garantizar el acceso a la información oportuna y servicios de calidad a un mayor número de mexicanos.

En este contexto, el concepto integral de salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad, el estado social y legal de todas las personas

La misión del nuevo Programa de Salud Reproductiva comprende pilares esenciales como la Planificación Familiar, la salud perinatal, la salud reproductiva de la población adolescente, la salud de la mujer, incluyendo el riesgo preconcepcional, detección oportuna y manejo de la infertilidad y neoplasias del tracto reproductor femenino, la atención al climaterio y la posmenopausia, así como la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Por otra parte, para asegurar la calidad en la prestación de los servicios se requiere fortalecer el desempeño de los trabajadores del nivel directivo y operativo de salud a través de la capacitación permanente en todos y cada uno de los componentes de la salud reproductiva y Planificación Familiar.

El debido cumplimiento de este programa, constituye un reto formidable para todas las instituciones de los sectores público, social y privado y nos compromete a redoblar esfuerzos, optimizar los recursos, desarrollar estrategias innovadoras y vigorizar las acciones de concertación para el logro de los objetivos. La salud reproductiva se consolida así en un derecho de todos los mexicanos y en un pilar de la dignidad humana.

El programa incluye un diagnóstico situacional de la salud reproductiva y la Planificación Familiar, los objetivos generales y específicos, así como las estrategias y líneas de acción. Además está acorde con los lineamientos de las Normas Oficiales Mexicanas actualmente vigentes en materia de salud reproductiva y Planificación Familiar.

Con fines a la investigación se mencionan a continuación los objetivos, metas y líneas de acción del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.

### **2.7.1. Objetivos y metas en Planificación Familiar.**

#### **Objetivos.**

##### **General:**

- ◆ Garantizar a toda la población el acceso universal a información, orientación y servicios de alta calidad de Planificación Familiar en el contexto amplio de la salud reproductiva, con opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para todas las fases de la vida reproductiva, que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de los/las hijos (as) y mediante un procedimiento de consentimiento informado. Los servicios deberán ser proporcionados con absoluto respeto a la dignidad de las personas y de las parejas de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) y atendiendo a la diversidad cultural y étnica del país.

##### **Específicos:**

- ◆ Dentro del marco integral de la salud reproductiva, fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de la información, educación y comunicación de

las acciones en Planificación Familiar, así como la prestación de los servicios, para cubrir las necesidades y demandas no satisfechas, con particular énfasis en las áreas rural, rural dispersa y urbano marginada.

- ◆ Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, lo cual se logrará a través de una amplia acción intersectorial, que promueva la participación laboral y política de las mujeres y que aumente su escolaridad e información, en especial la relativa a la sexualidad y reproducción. Las instituciones de salud tendrán la responsabilidad de incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para así contribuir a modular en forma armónica el crecimiento demográfico del país.
- ◆ Reducir el número de embarazos no deseados, no planeados o de alto riesgo, contribuyendo a la prevención del aborto y a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.
- ◆ Contribuir a ampliar el espacio intergenésico a través del reforzamiento y la ampliación de la cobertura de la práctica anticonceptiva posevento obstétrico.
- ◆ Fortalecer la estructura familiar, propiciando una actitud responsable de los hombres y de las mujeres hacia la sexualidad y la reproducción.
- ◆ Fomentar la participación activa del varón en la planificación de la familia y su corresponsabilidad en las decisiones sexuales y reproductivas.
- ◆ Reforzar y ampliar las acciones de diversificación de métodos anticonceptivos modernos, facilitando su acceso a la población rural.
- ◆ Extender la cobertura de los servicios de Planificación Familiar en las comunidades indígenas, de acuerdo con sus percepciones y preferencias
- ◆ Mantener un proceso de información que garantice el correcto uso de los métodos anticonceptivos

## **Metas:**

### **Metas de cobertura.**

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos con respecto a las mujeres unidas en edad fértil deberá aumentar a 70.2% para el año 2000. Para alcanzar esta meta, se requerirá incrementar la prevalencia en el área rural a 57% y mantener la del área urbana por arriba del 70%.

El cumplimiento de esta meta representa alcanzar un número absoluto de 12.6 millones de usuarias (os) en el año 2000. Deberá darse particular atención a la reducción de las necesidades y demandas no satisfechas con énfasis en los grupos más vulnerables de la población.

Para incrementar la calidad en la prestación de los servicios de Planificación Familiar, la oferta de los métodos anticonceptivos deberá ser lo suficientemente amplia para cubrir las necesidades, percepciones y demandas de la población usuaria. Para el año 2000, la cobertura de anticoncepción posevento obstétrico deberá incrementarse al 70%, el número de vasectomías sin bisturí como un método anticonceptivo no reversible para el varón deberá duplicarse y se incrementará el acceso a métodos anticonceptivos modernos en el área rural.

En los servicios de Planificación Familiar se incluyen la prevención, el diagnóstico y el manejo de la infertilidad, por lo que se deberá proporcionar atención de calidad, en los diferentes niveles, a todas las parejas e individuos que así lo demanden.

Para contribuir al fortalecimiento y consolidación de una cultura demográfica y de salud reproductiva integral con pleno respeto a las decisiones de los/las usuarios (as), que propicie la satisfacción de las preferencias reproductivas de hombres y mujeres, se proporcionará información suficiente, veraz y oportuna a toda la población sobre las ventajas de la Planificación Familiar y del acceso a los servicios.

### **Metas de impacto.**

Para fortalecer el crecimiento armónico de la población y el desarrollo sostenido del país, la tasa global de fecundidad deberá disminuir a 2.4 hijos por mujer en el año 2000

A través de la ampliación de la cobertura de los servicios y de la comunicación educativa y social, se postergará la edad de la madre al nacimiento de/la primer(a) hijo(a) y se ampliará el espacio intergenésico; con estos dos comportamientos, se favorecerá la terminación temprana de la fecundidad.

## **2.7.2. Objetivos y metas en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.**

### **Objetivos.**

#### **General:**

- ◆ Proteger o propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, educación, comunicación y servicios de salud sexual y reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que permita a este grupo etáreo de la población asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos, así como incrementar su autoestima. Las acciones en salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes deberán salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento basado en una información correcta.

#### **Específicos:**

- ◆ Ampliar la cobertura de información, educación y servicios específicos para la atención de la salud integral de los/las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva a través de una amplia concertación interinstitucional e intersectorial, a fin de promover estilos de vida sana
- ◆ Prevenir los embarazos no deseados, el aborto y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, en la población adolescente y promover el uso del condón.
- ◆ Proporcionar información amplia y servicios de calidad en anticoncepción con énfasis en métodos de barrera a aquellos(as) adolecentes que hayan iniciado vida sexual.
- ◆ Proporcionar información y servicios de alta calidad para las adolescentes embarazadas con énfasis en consejería y anticoncepción posevento obstétrico.

### **Metas de cobertura.**

La información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva de la población adolescente constituye el eje central de la atención a este grupo etáreo de la población, por lo que se proporcionará información amplia a todos los/las adolescentes para propiciar el autocuidado de su salud, prevenir embarazos no deseados y no planeados, así como reducir la incidencia del aborto y de las enfermedades de transmisión sexual.

Para el año 2000 deberá ampliarse la cobertura de servicios específicos de atención a la salud integral de los/las adolescentes poniendo énfasis en la salud sexual y reproductiva en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre los/las adolescentes que ya hayan iniciado una vida sexual se incrementará al 60% con particular cuidado en el uso de estrategias que prevengan los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Los servicios para la población adolescente deberán incluir atención de calidad durante las etapas prenatal, del parto y del puerperio, así como en las complicaciones del aborto al 100% de las adolescentes embarazadas; a la vez se reforzará la orientación-consejería sobre anticoncepción posevento obstétrico.

### **Metas de impacto.**

La meta prioritaria de impacto en la atención de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes para el año 2000 es que este grupo de la población asuma su sexualidad de manera responsable y sin riesgos. Los embarazos no deseados en mujeres menores de 20 años deberán reducirse en un 50%, lo cual, aunado a la atención de calidad de las adolescentes embarazadas, contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en este grupo etáreo. Con esto se contribuirá a mejorar la calidad de vida de la población adolescente y se facilitará su acceso a las oportunidades de educación y empleo.

(12)



## **2.8. Cobertura de la atención en el Programa de Planificación Familiar en el Estado de Michoacán.**

La cobertura de la atención en el Programa de Planificación Familiar y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil para 1995 se encuentra de la manera siguiente:

En el Estado de Michoacán para el año de 1992 se tenía una cobertura del 55.8%, y para el año de 1995 se logró elevar a un 58.1%. Pero para dicho Estado se estableció una meta para el año 2000 del 63.5%. (13)

Para el año 2000 la cobertura de mujeres en edad fértil se estima en 66.7% dicho por el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.

---

(13) SSA. DGSR. CONAPO. Análisis de la situación del Programa de Planificación Familiar. Octubre, 1996.

### III. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

#### 3.1. Planteamiento del Problema.

¿Cuáles han sido los factores que han determinado la afluencia de usuarias en la Estrategia de Extensión de Cobertura dentro de las actividades de Planificación Familiar, de los Módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza, pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de la Ciudad de Zamora, Michoacán?

#### 3.2. Objetivos.

##### Generales:

- ◆ Conocer los factores que determinan la afluencia de usuarias en el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura, particularmente en las actividades de Planificación Familiar de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza, pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de la Ciudad de Zamora, Michoacán
- ◆ Contribuir a mejorar la cobertura y la calidad en la prestación de los servicios a la comunidad a través de las sugerencias realizadas basadas en el estudio.

##### Específicos:

- ◆ Conocer el comportamiento de demanda de atención de usuarias activas de planificación familiar.
- ◆ Conocer la aceptación que tiene la Auxiliar de Salud por parte de la comunidad
- ◆ Investigar los conocimientos de las Auxiliares de Salud para responder a las necesidades de las usuarias.
- ◆ Conocer el apoyo logístico respecto a su oportunidad y adecuación para el desarrollo del servicio de Planificación Familiar.

- ◆ Identificar los patrones culturales de las usuarias relacionados con los métodos de Planificación Familiar como una causa de modificación de la afluencia.
- ◆ Determinar el grupo predominante de edad de las usuarias activas del servicio de Planificación Familiar.
- ◆ Conocer si el desempeño del pasante de la ENEO es una causa importante para la modificación en la afluencia de usuarias del servicio de Planificación Familiar.

### 3.3. Variables en estudio.

#### 3.3.1. Definición conceptual e indicadores.

**Variable:** Personal que labora como Auxiliar de Salud.

**Definición conceptual:**

Definición que se da al personaje de la localidad que ha venido resolviendo problemas en su comunidad y que goza del reconocimiento de ésta. La identificación, selección, capacitación y supervisión de este agente de salud ayudará a que esta persona suministre los servicios básicos de salud y Planificación Familiar.

**Indicadores:**

- ◆ Edad
- ◆ Escolaridad
- ◆ Estado civil
- ◆ Antigüedad en la Estrategia de Extensión de Cobertura
- ◆ Selección de la Auxiliar de Salud
- ◆ Introducción al puesto
- ◆ Capacitación previa para laborar
- ◆ Proporción de maletín y equipo necesario
- ◆ Proporción de medicamento y material de Planificación Familiar
- ◆ Proporción de material de promoción de Planificación Familiar
- ◆ Acciones realizadas a las usuarias nuevas de Planificación Familiar
- ◆ Método anticonceptivo más aceptado
- ◆ Tipo de persona a la que es proporcionado el anticonceptivo
- ◆ Forma de proporcionar los anticonceptivos a las usuarias activas

- ◆ Opinión de los anticonceptivos de acuerdo a la religión
- ◆ Frecuencia de visitas realizadas por la Supervisora de auxiliar de salud
- ◆ Actividades de la Supervisora de auxiliar de salud en sus visitas
- ◆ Frecuencias de visitas realizadas por el P.L.E.O.
- ◆ Actividades del P.L.E.O. en sus visitas
- ◆ Personal que brinda más oportunidad de practicar los conocimientos
- ◆ Conocimientos del P.L.E.O.
- ◆ Aceptación del personal de salud por las usuarias

**Variable:** Usuarías del servicio de Planificación Familiar.

**Definición conceptual:**

Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanente.

Usuaría nueva: Es aquella que va a consulta y requiere un método de Planificación Familiar con la Auxiliar de Salud o tiene una inasistencia mayor de 3 años.

Usuaría activa: Es aquella persona que tiene una cita pendiente al servicio de Planificación Familiar o una inasistencia no mayor de 3 años.

**Indicadores:**

- ◆ Edad
- ◆ Estado civil
- ◆ Ocupación
- ◆ Religión
- ◆ Método anticonceptivo utilizado
- ◆ Tiempo de uso del anticonceptivo
- ◆ Forma de saber la existencia de la Auxiliar
- ◆ Colaboración de la Auxiliar con el Centro de Salud
- ◆ Capacidad de la Auxiliar para prestar el servicio
- ◆ Información de Planificación Familiar proporcionada por la Auxiliar
- ◆ Proporción gratuita del anticonceptivo
- ◆ Constancia de la Auxiliar proporcionando el servicio
- ◆ Colaboración de la Auxiliar en su comunidad en acciones de salud
- ◆ Proporción de información de Planificación Familiar por la Auxiliar
- ◆ Personal de salud con quien la Auxiliar tiene más práctica de trabajo

- ◆ Opinión de los métodos anticonceptivos
- ◆ Opinión de la Planificación Familiar

**Variable:** Personal que labora como Supervisora de auxiliar de salud.

**Definición conceptual:**

Personal de Enfermería que ha demostrado experiencia en el trabajo rural, comunitario, principalmente en las áreas de capacitación y supervisión. Este elemento es el puente de unión entre las comunidades rurales y la estructura formal de servicios en la Jurisdicción Sanitaria.

**Indicadores:**

- ◆ Edad
- ◆ Estado civil
- ◆ Escolaridad
- ◆ Antigüedad en la E.E.C.
- ◆ Requisitos solicitados para laborar en la E.E.C.
- ◆ Nivel de atención en el cual ha trabajado anteriormente
- ◆ Cursos impartidos por parte de la Jurisdicción No. 2 de Zamora
- ◆ Salario percibido
- ◆ Gastos de pasajes
- ◆ Frecuencia de visitas a las comunidades
- ◆ Tiempo de permanencia en las comunidades
- ◆ Actividades realizadas en la comunidad
- ◆ Satisfacción en el trabajo
- ◆ Funcionalidad de la E.E.C. en las comunidades
- ◆ Permisos solicitados

## IV. MARCO TEORICO

### 4.1. Binomio Salud-Enfermedad.

El concepto de salud y de enfermedad cambian a lo largo del tiempo y de la geografía. El proceso salud-enfermedad es continuo y permanente y a él está sometido dinámicamente el ser humano como el resultado de la interacción con el medio que lo rodea (ecosistemas, sociedad) y de su propio medio interno, que tiende a la defensa y al equilibrio (homeostasis); los distintos aspectos de la estructura y la dinámica de la población que afectan a la salud, constituyen el escenario humano en el que acontecen los fenómenos de salud-enfermedad, donde se considera a la salud como un bienestar físico, mental y social del individuo, y a la enfermedad como un desequilibrio biopsicosocial; y determinan, en cierta medida, las formas de organización sanitario-asistencial que se adoptan en una sociedad determinada. (14)

### 4.2. Salud Pública.

#### 4.2.1. Atención Primaria a la Salud.

El concepto de Atención Primaria a la Salud con frecuencia se confunde con el de primer nivel de atención y contacto primario; no son sinónimos, la atención primaria contiene al primer nivel de atención, pero no a la inversa. Esta sin duda sólo puede ofrecerse durante el estado de salud. La Atención Primaria a la Salud dentro de este contexto se constituye en base a servicios de primer nivel de atención y de contacto primario, dirigidos a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades más comunes. Sin embargo, desborda estas acciones y aplica acciones de Salud Pública de nivel "intermedio", es decir, aquellas ligadas al medio ambiente doméstico y a la familia, que constituyen las formas más elementales de comunidad. (15)

Existe una política de salud definida y aceptada por todos los países del mundo en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), denominada "Salud para todos en el año 2000", dictaminada en 1977. En 1978, en la reunión de Alma-Ata, URSS, quedó establecido que para llevar a cabo dicha

(14) Gomezjara, Francisco. Salud Comunitaria. 1992. p. 149.

(15) Alvarez, Manilla Jose Manuel. Atención Primaria a la Salud. 1988.p.33-35.

política era necesario una estrategia específica, distinta a las utilizadas desde entonces. Esta estrategia se definió como “Atención Primaria a la Salud”, donde uno de sus elementos más importantes fueron los programas dirigidos a poblaciones especiales (madre, niño, trabajador, edad avanzada, incapacitado), para la salud general y para la prevención, protección y control de enfermedades.

La declaración de Alma-Ata señala que la “Atención Primaria a la Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas y su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (16)

Aspectos relevantes que se dieron también a conocer en la reunión fueron:

- ◆ La salud es un derecho humano fundamental.
- ◆ Gravedad desigual en el estado de salud de la población mundial.
- ◆ Actividades primordiales de la atención primaria de salud: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.
- ◆ Responsabilidad de los gobiernos en el cuidado de la salud, que a la vez, requiere la participación y el autocuidado de la comunidad; formulación de políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de

(16) Kroeger, Axel. Atención primaria de Salud. 1987. p. 5-7.

iniciar y mantener la Atención Primaria de Salud como parte de un Sistema Nacional de Salud completo y en coordinación con otros sectores.

Con respecto al derecho de la salud de todo ser humano, en México, el día 3 de Febrero de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la adición del Artículo 4º Constitucional donde se consagró la referida garantía social, donde se mencionan estos elementos:

- ◆ El derecho de toda persona a la protección de su salud.
- ◆ La necesidad de definir en la Ley Reglamentaria las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.
- ◆ La concurrencia entre la Federación y los Estados en materia de salubridad general.

Si la salud es un bien de interés público, el Estado debe ser el principal responsable para garantizarla a todos los habitantes de la nación, propiciando las condiciones para el desarrollo armónico de todas las facultades del ser humano. El propósito principal del derecho a la protección de la salud es que todos los habitantes gocen de prestaciones básicas de salud de la misma calidad, eficacia y oportunidad.

La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de Febrero de 1984 significa el cumplimiento del mandato para desarrollar el nuevo derecho.

Para darle efectividad al derecho a la protección de la salud, la Ley establece el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, para que corresponsabilice a todos los sectores sociales en el cumplimiento del mencionado derecho.

El Sistema Nacional de Salud constituye, en el ámbito de los servicios de salud, la decisión del Estado por conducir el desarrollo del país a través de la planeación democrática. Es integrado por dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y por las personas físicas y morales de los sectores social y privado (17)

---

(17) González, Fernández José Antonio. Análisis de la Ley General de Salud. 1990. p. 524.



#### 4.2.2. Servicios de salud.

En cada formación económico social se generan una o varias instituciones cuyo fin es proporcionar servicios de salud que enfrentan en mayor o menor medida, las necesidades de salud de una población determinada. Los servicios sanitarios y asistenciales son una parte de la estructura económica y administrativa del Estado y sólo se entienden de este ámbito.

La salud en la población tiene determinantes sociales y ambientales; por lo tanto el mejoramiento de la salud puede consumarse a través de acciones deliberadas, como la prestación de servicios.

Entre los servicios específicamente dirigidos a mejorar la salud, podemos distinguir dos grandes modalidades: los servicios a la colectividad (regulación sanitaria, legislación de salud) y el ambiente (saneamiento ambiental); y los servicios a la persona (educación para la salud y atención médica, preventiva o curativa). Los primeros caen dentro del rubro de lo que se ha denominado Salud Pública, los segundos dentro de lo que se conoce como atención médica. Ambos utilizan estrategias operativas diferentes. En la atención médica los servicios son nominales, se prestan a una persona con una identidad en tanto que la Salud Pública los servicios se prestan impersonalmente y no están dirigidos a un individuo concreto, sino a atacar riesgos colectivos, aunque los beneficiados en última instancia son los individuos. (18)

##### 4.2.2.1. Orígenes.

En la Colonia la atención médica y la ayuda a los menesterosos era realizada por instituciones clericales o en lugares patrocinados por el gobierno virreinal o algún particular. La ideología cristiana de la ayuda al prójimo y la claridad determinó la aparición de asilos, hospitales, casas de asistencia y orfanatorios. Tras la Independencia, el Estado ejercería una obra filantrópica en materia hospitalaria sin que esto implicara obligación alguna para llevarla a cabo. Después de un abandono y una crisis que duraron décadas, el Porfiriato vio resurgir las ideas de la beneficencia y la salubridad; en esa época se fundó el Hospital General de la Ciudad de México. Pasada la Revolución, fueron creados el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad. Pero no fue sino a partir de la tercera década de este siglo que se modificó el concepto de

(18) Ibidem (15) p. 34,35.

beneficiencia. Surgió entonces la idea de la asistencia social como una función obligatoria del Estado.

El derecho a la salud comenzó a formularse como un derecho de todos los individuos. En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública, teóricamente destinada a brindar asistencia médica a todos los sectores de la población. En 1943 se fusionaron la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad, y nació la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

En el Cardenismo dio inicio una política de atención para la salud al medio rural, mediante el servicio social de los pasantes de medicina y los servicios médico-sanitario-ejidales, que en 1941 pasaron a ser los Servicios Rurales Cooperativos. También se impulsaron acciones para la integración de los pueblos indígenas, que incluían la prestación de servicios médicos. En 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social, que comenzó a proporcionar servicios médicos al sector más productivo del país: los asalariados urbanos y el proletariado industrial. Unos años después, en 1960, dado el crecimiento de la burocracia estatal y sus demandas asistenciales, se creó el ISSSTE, que entre sus funciones cuenta con la de dar servicio de salud a los trabajadores de la federación. Sobre la misma base fueron creándose los servicios de salud de algunos organismos y empresas descentralizadas, como PEMEX, Ferrocarriles Nacionales, Comisión Federal de Electricidad, etc. y de dependencias estatales selectivas como la Secretaría de Marina, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

La salud de las masas campesinas quedó asignada a la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados (antes Servicios Rurales por Cooperación). (19)

### **Políticas de salud intervenidas en el Sexenio del Presidente López Portillo.**

Es hasta este Sexenio cuando se crea un organismo para la planificación en el sector salud: La Subsecretaría de Planeación de la SSA

En su primer informe de gobierno, el Presidente López Portillo hizo mención que uno de los objetivos del gobierno era dar plena vigencia al derecho a

(19) López, Acuña Daniel. La Salud desigual en México. 1993. p. 101-104.

la salud, y extender los bienes de la medicina a todos los mexicanos. Al mismo tiempo impulsaría la coordinación interinstitucional y la regionalización de los servicios de atención médica curativa; que a mediano plazo la SSA ampliaría su cobertura a 15 millones más en el medio rural y 13 millones de personas adicionales en el medio suburbano.

Pero buena parte de estas estipulaciones se convierten más en filosofía política que en acción por no tener una traducción concreta. "Algunos de los programas implementados han sido modificados por completo o abandonados".

En 1977 fue aprobado el Plan Nacional de Planificación del sector salud. En el que se fijaron las metas de reducir al 2.5% anual, para 1982, la tasa de crecimiento de la población mexicana y de alcanzar una cobertura de los servicios de Planificación Familiar de 20.2% en ese mismo año, lo que supone la incorporación de alrededor de ocho y medio millones de mujeres en edad fértil al uso de algún método de control de la fertilidad; pero su expansión depende, en gran medida, de la expansión general de los servicios de salud y de mucha importancia más influyen en el logro los recursos financieros.

Para cumplir con la afirmación que se estipuló en el informe de gobierno, se creó el Programa de Extensión de Cobertura (P.E.C.) de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano.

El P.E.C. planteó que, en cinco años, serían cubiertas las necesidades de salud de 13,666 localidades mediante auxiliares de salud comunitaria. Este personal comenzó a ser formado por los propios servicios de la SSA, se incluyó, fundamentalmente, a mujeres de comunidades mayores de 500 habitantes y menores de 2,500 personas, con escolaridad que sólo en ocasiones llegaba a la primaria completa. Se les adiestró superficialmente durante un período de dos meses y no se les contrató como personal de base ni se les extendió un contrato por servicios profesionales. Se optó por darles un sueldo mensual de 500 pesos pagados indirectamente, a través de los comités de salud de las localidades, para evitar problemas y derechos laborales. Se les dotó de un maletín para curaciones y de un botiquín con un cuadro básico de menos de veinte medicamentos que ellas mismas prescriben. Finalmente, se les envió a sus comunidades de procedencia a manera de médicos descalzos subentrenados \*

\*La Atención Primaria que se proporciona con medios primitivos o tecnologías "para pobres" (por ejemplo, médicos descalzos) ha hecho que se identifique como una "atención de segunda clase" o como una atención destinada a países del Tercer Mundo. (Ibidem 15 p. 33.)

Resulta ridículo pensar que un personal tan mal capacitado será el que cubra las necesidades de atención médica y atención para la salud de veintiocho millones de personas que viven en comunidades rurales y suburbanas. Además, si no se les dota del apoyo técnico y logístico necesario por parte de los servicios de salud, su función será muy reducida, apenas como promotores de la salud.

Casi simultáneamente empezó a operar el Programa Comunitario Rural (P.C.R.), derivado de las proposiciones del Plan Nacional de Planificación Familiar y coordinado por la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil y Planificación Familiar de la SSA. El esquema básico de este programa fue el adiestramiento de auxiliares comunitarias de Planificación Familiar, un recurso semejante al empleado por el P.E.C., que en este caso sería coordinado en forma modular por una enfermera adiestrada especialmente. Los fracasos experimentados por el P.E.C., hicieron que la SSA suprimiera los dos programas y los unificara en un nuevo esquema de prestación de servicios para el campo, el Programa de Salud Rural (P.S.R.) que lo único que hizo fue integrar al P.E.C. y al P.C.R. y continuar las duplicaciones existentes en el programa ordinario y con las acciones específicas de los nuevos médicos familiares- comunitarias que también actúan en áreas rurales.

En su segundo informe de gobierno, el presidente López Portillo volvió a reiterar lo mismo que anteriormente había estipulado; reconoció la necesidad de incrementar la capacidad del Sector Salud.

En 1979 surge el convenio IMSS-COPLAMAR, que se deriva del fracaso del P.E.C. para extender la cobertura de servicios médicos, de la ineficiencia general de los servicios de la SSA; propuso proporcionar atención médica a núcleos indígenas y marginados del campo y las ciudades.

En suma, se han ido estrechando los recursos para la atención. A todo lo anterior se agrega que los servicios públicos de salud han venido a ser instrumento de intermediación política con el que el Estado sofoca parcialmente las demandas más exigentes de los núcleos organizados de trabajadores agrícolas e industriales otorgando concesiones en los servicios sin modificar las condiciones de producción. (20)

---

(20) *Ibidem* (19) p. 223-235.

#### 4.2.2.2. Prestación de los servicios.

Todos los servicios de salud que se proporcionan quedan sujetos a la regulación de la Ley General de Salud. Un criterio que establece esta Ley es buscar a quienes carezcan de recursos económicos para que tengan mejores posibilidades de acceder a los servicios de salud; además considera que los servicios básicos de salud, son aquellos que resultan imprescindibles para hacer efectiva la garantía social consagrada constitucionalmente. Estos servicios básicos comprenden, entre otras actividades, las de atención médica, salud pública, asistencia social y disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.

#### 4.2.2.3. Cobertura de los servicios.

Si bien la atención primaria abarca a toda la población, proponiéndose equidad en acceso a los servicios esenciales, la realidad obliga a satisfacer, en primer término, las necesidades básicas de los sectores pobres o excluidos; sin embargo no debe limitarse a ellos. Por lo tanto, no puede considerarse como "un programa" cuyo objeto sea solamente atender las necesidades mínimas de las personas que viven en extrema pobreza. Implica en todo caso, extender o ampliar la cobertura de los servicios de salud.

Así bien, se entiende como cobertura de servicios de salud, el porcentaje de población cubierto; y presenta tres aspectos fundamentales. acceso de la población a los servicios, disponibilidad relativa de recursos, y un sistema técnico y administrativo que responda a las necesidades y aspiraciones de la población.

A medida que va aumentando la población, sólo un porcentaje queda cubierto por los servicios de salud de algún régimen de seguridad social, mientras en cambio la otra población debe ser atendida en teoría por la SSA con hospitales, centros asistenciales y servicios de salud. Cuando menos un 40% de la población total no tiene servicios médicos de ningún tipo y la SSA sólo alcanza a cubrir un 25%, lo que en números redondos son alrededor de quince millones de personas (21)

La inconsistencia de la información existente sobre cobertura real de los servicios de salud hace difícil señalar situaciones precisas, más sin embargo, es

(21) Ibidem (17) p. 105-108.

necesario hacer mención de la influencia tan importante que tienen los recursos humanos, financieros y materiales para dicha cobertura.

### **4.3. Planificación Familiar.**

Las actividades de salud y dentro de ellas los servicios de Planificación Familiar constituyen uno de los temas de mayor prioridad por su importancia tanto para la vida de la población, puesto que un 70% está constituido por niños y menores de quince años y por mujeres en edad fértil, como también por su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.

#### **4.3.1. Definición.**

La Planificación Familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. (22)

El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.

#### **4.3.2. Origen de los Programas de Planificación familiar.**

La población mundial actual de 3,800 millones de habitantes va a llegar probablemente a 6,500 millones para el año 2000, de los cuales 5,000 se encontrarán en los países de vía de desarrollo. La proporción de la población total en los países del Tercer Mundo va aumentando gradualmente dado que la rapidez de aumento es mucho mayor que en los países ya desarrollados.

Estados Unidos como país gobernante, llegaría al extremo de exigir que se establecieran programas de Planificación Familiar como requisito de ayuda al desarrollo de los países dependientes; México, fue uno de ellos.

La historia de la Planificación Familiar en México, comienza con la creación de la Asociación Pro Salud Maternal, en 1959, cuyo objetivo era "determinar a través, de la investigación y los servicios de contracepción, la receptividad de los mexicanos a la Planificación Familiar" (23)

(22) SSA. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. 1994. P.14.  
 (23) *Ibidem* (14) p. 560.

Por datos registrados en el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se observa en los años 50s y 60s, tasas de fecundidad (promedio de hijos que tienen una mujer en su período reproductivo) de 6.5 hijos por mujer a lo largo de su vida reproductiva. Con la llegada de una mejor implementación de los programas de Planificación Familiar que dan inicio a partir de la década de los 70s, se viene un descenso en la fecundidad, que va de 6.5 a 3.6 hijos por mujer. (24)

Esto puede deberse a dos hechos: la situación económica y el cambio de actitud y de comportamiento de la población.

#### **4.3.3. Servicios de Planificación Familiar.**

Los servicios que son brindados por la Planificación Familiar como son la información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno-infantil constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como el bienestar de la población. Se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados; deben ofrecerse a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo; deben ser gratuitos los servicios cuando sean prestados por instituciones del sector público.

Todo solicitante de los servicios debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo; puede asistir libremente al servicio para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante imputable al uso del método anticonceptivo. El instrumental y los materiales que se emplean para prestar el servicio, deben cumplir con las condiciones de higiene y esterilización; como también los locales deben cumplir deben estar limpios y que garanticen la atención a los usuarios sin riesgo para su salud. (25)

(24) SSA. Salud y Enfermedad en el medio rural. 1993. p. 348.

(25) *Ibidem* (22) p. 18-19.

#### 4.3.4. Impacto de la Planificación Familiar en localidades rurales.

Es un hecho ampliamente documentado que las mujeres de los estratos económicos más desprotegidos tienen, en general, un mayor número de hijos, y que la prole disminuye conforme las localidades de residencia son más grandes y a medida que las mujeres están más escolarizadas. Esta última relación no estrictamente lineal. Hay un nivel crítico en el nivel de instrucción en que la disminución en el número de hijos es más marcada: entre los cuatro y seis años de educación primaria. Adicionalmente, existen trabajos que confirman que las mujeres económicamente activas tienen menor descendencia que las económicamente inactivas.

Por otra parte los miembros de la comunidad están ligados, en grados variables, por características (étnicas, culturales, profesionales, etc.) comunes, y/o por intereses y aspiraciones que pueden devenir comunes; la comunidad puede ser o no autosuficiente. En la comunidad rural existe un gran número de nacimientos pero debido a que a la vez existe una fuerte mortalidad infantil, la población permanece estacionaria: ni aumenta ni disminuye. (26)

##### 4.3.4.1. La familia rural.

La familia rural es el centro económico-social de la sociedad, en su interior se producen todos los requerimientos para su alimentación, vestido, adornos, etc. Está integrada por un gran número de miembros: los abuelos, los hermanos (as) con sus esposos (as), los hijos y los sobrinos. Y su gobierno está al mando absoluto del hombre más viejo de la familia, el patriarca. Con la aparición de la propiedad privada y la explotación del hombre por el hombre aparece también en la familia la sumisión de la mujer al hombre. Sin embargo, la incorporación de la mujer en las actividades productivas han conducido a un debilitamiento del autoritarismo familiar que conlleva un cambio en el papel conservador que la familia ha desempeñado tradicionalmente.

En el seno familiar se desarrolla la educación de los hijos, además los padres resuelven la profesión sin consultarles a ellos.

A la familia están reservadas las funciones sanitarias, en el hogar ocurren los nacimientos de los hijos, se cuida a los enfermos, y se practica la medicina herbolaria, etc.

---

(26) Gómezjara, A. Francisco. Sociología. 1990. p. 287.



Frecuentemente en las zonas rurales marginadas prevalecen condiciones materiales favorables a familias numerosas, por la importancia que tiene la incorporación temprana de los hijos que a menudo son valorados como inversión de fuerza de trabajo, ante el riesgo de eventuales siniestros en la producción o frente a enfermedades que incapacitan al jefe de familia, o incluso como seguridad económica ante la vejez.

Pero, sin embargo, es muy necesario que las parejas estén conscientes de que efectivamente pueden modificar su fecundidad y que regularla trae consigo beneficios personales y familiares. Con el uso de métodos anticonceptivos como medio para controlar voluntariamente el número y espaciamiento de los nacimientos está condicionado por las preferencias reproductivas de los individuos y las parejas, así como por la capacidad individual y social para actuar de manera acorde con estas preferencias. En este sentido, resulta prioritario que las preferencias reproductivas de las parejas reduzcan el número ideal de hijos deseados. (27)

La implementación de Programas de Planificación Familiar en el medio rural se ha presentado que el uso de los métodos anticonceptivos para 1992 era de un 44%, aunque se sigue observando patrones bajos en la actualidad. Esto es de vital importancia para la ampliación de cobertura de los servicios. (28)

#### **4.3.4.2. Religión y Planificación Familiar.**

Evidentemente el campo de la educación sexual es sumamente complejo. Posiblemente el problema más serio que debe enfrentar el comunicador al trabajar en Planificación Familiar y educación sexual es la religión.

Para la moral cristiana tradicional, el sexo está estrechamente relacionado al acto procreativo. A tal punto, que aún en nuestros días persisten, aunque cada vez con menos fuerza, corrientes que niegan la posibilidad de un pleno goce sexual, disociado de la reproducción.

Esta situación, la idea de "sexo = hacer hijos", perdura aún en la inmensa mayoría de las poblaciones rurales y urbanas de nivel cultural bajo. Cuando la población blanco de los programas educativos e informativos en la población rural, de estructura primitiva y tradicional, la relación sexo con "Dios" está

(27) Espencer, Paul. Anticonceptivos Hoy. 1992. P. 95-103.

(28) *Ibidem* (12) p. 2.

mucho más arraigada. Es simple comprobar como en todas las culturas primitivas, el fenómeno de la reproducción está ligado al culto religioso. (29)

#### **4.4. La Salud Reproductiva.**

La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

##### **4.4.1. Población en riesgo y factores de riesgo.**

En los últimos años la población adolescente se ha incrementado de manera notable, por lo que actualmente representa el 23.2% de la población total del país.

Esto refleja que se debe hacer más énfasis en orientar sobre salud reproductiva al grupo de mujeres menores de 20 años, que reportan poca aceptación y utilización de métodos anticonceptivos; esto reviste particular importancia, pues el embarazo en mujeres adolescentes se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad materna e infantil. Paralelamente, los embarazos adolescentes conducen a uniones más tempranas e incrementan la exposición al riesgo de concebir y a tener embarazos de alto riesgo; siendo que estos no son planeados ni mucho menos deseados, finalizando con la idea de realizarse un aborto.

La reproducción temprana puede implicar la interrupción de las actividades formativas de los adolescentes, inestabilidad psicosocial y económica y un menor cuidado de la madre y el hijo.

##### **Enfermedades de transmisión sexual.**

La prevención y manejo oportuno de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) constituye uno de los pilares fundamentales de la salud reproductiva, ya que este tipo de enfermedades afecta a la población de 15 a 49 años de edad, son causa de infertilidad femenina y masculina y se vinculan muy estrechamente con los otros componentes de salud sexual y reproductiva.

---

(29) Gally, Esther. Sexualidad Humana y Planificación Familiar. 1990. p. 172,173.

Reportes del Programa de Salud Reproductiva 1995-2000, señala que las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en 1993 para la población menor de 25 años fueron candidiasis, tricomoniasis y gonorrea. En el caso del SIDA, se han ido incrementando su frecuencia en poblaciones de 10 a 19 años y particularmente en la de 20 a 29 años, lo que indica una importante exposición al riesgo durante la adolescencia.

### **Mujeres en edad avanzada.**

El embarazo en las edades extremas de la vida y la concurrencia de enfermedades crónico-degenerativas en la mujer gestante constituyen factores de riesgo que contribuyen a incrementar la mortalidad materna y perinatal. Las enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, nefropatías, diabetes mellitus y diabetes gestacional se enlistan entre los factores más importantes de riesgo preconcepcional.

### **Perspectiva del género masculino-femenino.**

La diferente valoración social de lo femenino y lo masculino, determinan inequidades sociales entre varones y mujeres que se expresan en diferencias en el acceso a los recursos, la información y prestación de servicios, en el grado de autonomía que cada uno(a) tiene, en el papel que desempeñan en la familia y en la sociedad y en la valoración de retribución social de su trabajo, lo que a su vez se traduce de diferentes maneras en la salud reproductiva de la población con especiales desventajas para las mujeres.

Los esquemas culturales que identifican la maternidad como el núcleo fundamental de ser mujer favorecen los embarazos en edades extremas, la multigravidez y los embarazos de alto riesgo al centrar la autoestima, la aceptación y el reconocimiento social en la función reproductiva de las mujeres. De igual manera, la legitimación social de las relaciones de poder al interior de la pareja obstaculiza la toma de decisiones en cuanto al ejercicio pleno de sus sexualidad, la regulación de su fertilidad y una atención pre y posnatal adecuada.

(30)

#### **4.4.2. Acciones para enfrentar la Salud Reproductiva.**

Es claro que la salud reproductiva debe abordarse integralmente. Mediante

(30) Ibidem (12) p. 4,9,11.

la planificación familiar se pueden lograr progresos sustanciales en los niveles de salud materno-infantil, pero al mismo tiempo, mejoras en las condiciones de salud de este binomio, que repercuten positivamente en la planeación de la familia. De la oportunidad y calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, dependerá en mucho, la existencia de madres e hijos sanos.

Las acciones para mejorar la salud reproductiva de los adolescentes deben orientarse a fortalecer su capacidad para manejar adecuadamente su sexualidad y protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. Así mismo, los esfuerzos deben dirigirse a proteger a los adolescentes del abuso de los adultos, a incrementar la autodeterminación de las mujeres en lo relativo a su sexualidad e impulsar relaciones equitativas entre los sexos.

Para afrontar el reto de manejar el estado de salud reproductiva de los diversos grupos sociales se requiere el conjunto de diversos sectores gubernamentales, así como de la comunidad académica, para dar respuestas coherentes con las condiciones socioculturales de las regiones y comunidades. Una de las áreas prioritarias de acción es la comunicación y educación para la sexualidad, que incluye la revisión de los mensajes que se transmiten en los medios y de los programas de educación sexual en el sistema escolar y en las instituciones de salud.

Todos estos servicios deberán ser proporcionados con absoluto respeto a la dignidad de las personas y de las parejas de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar y atendiendo a la diversidad cultural y étnica del país. (31)

---

(31) Ibidem (24) p. 350-353.

## V. METODOLOGIA

### 5.1. Características de la investigación.

#### Tipo de Investigación.

La investigación exploratoria sirve de base para la investigación descriptiva, la primera tiene como objeto familiarizarnos con el problema de estudio y seleccionar, adecuar o perfeccionar, los recursos o procedimientos disponibles para una investigación posterior.

La investigación descriptiva tiene por objeto exponer las características de los fenómenos. Tiene carácter diagnóstico se propone establecer relaciones causales entre ellos. (32)

Por consiguiente la presente investigación tuvo como punto de partida un estudio de carácter exploratorio, el cual nos permitió definir nuestro objetivo ya que éste consistió en recolectar datos sobre aspectos del programa interno de Salud Reproductiva que es la Planificación Familiar, con base a la Estrategia de Extensión de Cobertura.

Al tener definido el problema de estudio y su objetivo, la investigación toma un carácter descriptivo ya que tiende a identificar y comparar registros de Planificación Familiar, entre los años de 1993 a 1997; por ese motivo se considera un estudio retrospectivo, porque abarca años anteriores.

La fundamentación de la investigación se llevó a cabo mediante investigación documental a través de fuentes secundarias (documentos, archivos, libros y revistas ) y fuentes primarias (Cédulas aplicadas a Auxiliares de Salud, Supervisora de Auxiliar de Salud y usuarias del servicio de Planificación Familiar).

#### Trabajo de Campo.

Al recolectar los datos de la investigación se realizó una búsqueda a través de fuentes secundarias; que fue ir a los archivos del Departamento de Salud

---

(32) Eyssa, Tier de la More. Metodología de la investigación. 1993. p. 53.

Reproductiva de la Jurisdicción No. 2 de Zamora, Michoacán, para recolectar todo lo relacionado con planificación familiar desde el año de 1993 a 1997 de los módulos antes mencionados, también se recolectó información con la aplicación de Cédulas al Universo estudiado.

De igual forma se hizo una recolección de datos bibliográficos en la Biblioteca de la ENEO-UNAM y los libros del Departamento de Enseñanza y Salud Reproductiva de la Jurisdicción No. 2 de Zamora, Michoacán.

### **Universo de Estudio.**

El Universo de estudio está compuesto por las Auxiliares de Salud de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de la Ciudad de Zamora, Michoacán, correspondiendo por ambos módulos 20 Auxiliares de Salud por todas las comunidades, por lo que se estudiaron respectivamente 20 comunidades.

También se tomó en cuenta a las Auxiliares de Salud que prestaron su servicio en los años de estudio que abarca esta investigación de 1993 a 1997.

De igual forma se estudiaron a las 9 Supervisoras de auxiliar de salud de cada módulo que conforman la E.E.C. y a 15 usuarias de cada comunidad, siendo un total de 300 mujeres que se encuentran registradas en las hojas de la carpeta del servicio de Planificación Familiar de los módulos antes mencionados. A estas usuarias se les seleccionó por medio de una muestra aleatoria simple y al azar, cabe señalar que en algunas de las comunidades no se contó con la cantidad exacta que se requería por tal razón el tamaño de la muestra total es de 290 usuarias.

## **5.2. Criterios de selección del personal participante.**

### **Criterios de inclusión.**

- ◆ Auxiliar de Salud.
- ◆ Supervisora de auxiliar de salud.
- ◆ Usuarias del servicio de Planificación Familiar que utilizan anticonceptivos hormonales y el condón.

### **Criterios de exclusión.**

- ◆ Usuarías que utilizan el DIU.
- ◆ Usuarías que tienen realizada la Oclusión Tubaria Bilateral (O.T.B.)

### **5.3. Procesamiento de datos e instrumentos.**

#### **Procesamiento de datos.**

El procesamiento de datos estadísticos se hizo de acuerdo al tipo de estudio y variables, por lo que básicamente se aplicaron medidas de tendencia central y de resumen.

#### **Instrumentos.**

Se aplicaron 3 Cédulas que proporcionaron datos generales y específicos de cada una de las personas a quienes se les interrogó, las cuales fueron: Supervisoras de auxiliar de salud, Auxiliares de Salud y usuarias del servicio de Planificación Familiar. (Anexo No. 5,6,7)

### **5.4. Requerimientos para la investigación**

#### **Recursos Humanos:**

- ◆ 20 Auxiliares de Salud
- ◆ 9 Supervisoras de auxiliar de salud
- ◆ 290 Usuarías del servicio de Planificación Familiar
- ◆ 2 Pasantes de la Lic. en Enfermería y Obstetricia
- ◆ 1 Asesor académico
- ◆ 1 Asesor Médico Estatal

#### **Recursos Materiales:**

- ◆ Papelería en general
  - ◆ Hojas de papel bond
  - ◆ Lápices
  - ◆ Plumas
  - ◆ Gomas
- ◆ Máquina de escribir
- ◆ Computadora HEWLETT PACKARD
- ◆ Impresora y Fax

#### **Recursos Financieros:**

- ◆ Gastos totales aproximados \$7.000 00

## VI. RESULTADOS

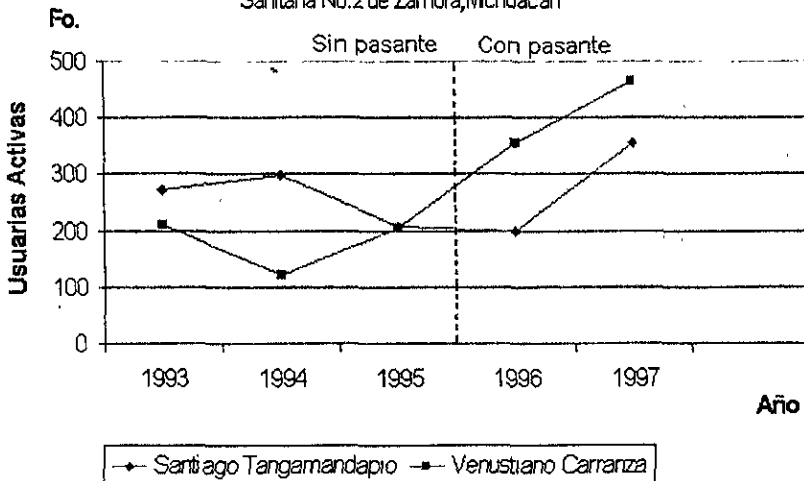
### 6.1. Del estudio exploratorio

Al comienzo de nuestro servicio social en la región de Zamora, Michoacán a partir del 1° del mes de Agosto de 1997, surge la decisión de hacer el presente estudio exploratorio al compartir experiencias de inadapabilidad y conflictos a los que se enfrentaron los pasantes anteriores en su servicio social dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) y al conocer los problemas que pasan las usuarias y Auxiliares de Salud de los módulos a los que estábamos adscritos.

Al llevar a cabo este estudio fue de vital importancia para nosotros hacer un análisis comparativo de la afluencia de usuarias, principalmente en el servicio de Planificación Familiar en los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza a partir del año de 1993 a 1997 al haber pasante de la ENEO-UNAM y cuando no hay, mostrando cambios significativos de afluencia de usuarias en las gráficas que a continuación se presentan.

**Gráfica No. 1**

Afluencia de usuarias activas registradas en el servicio de Planificación Familiar en el año de 1993 a 1997 de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No.2 de Zamora, Michoacán

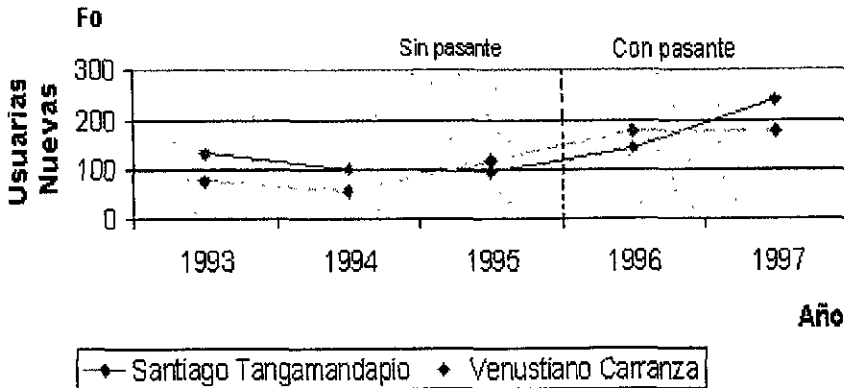


Fuente: Informe Jurisdiccional anual del año de 1993 a 1995 elaborado por el Departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria No.2 de Zamora, Michoacán.

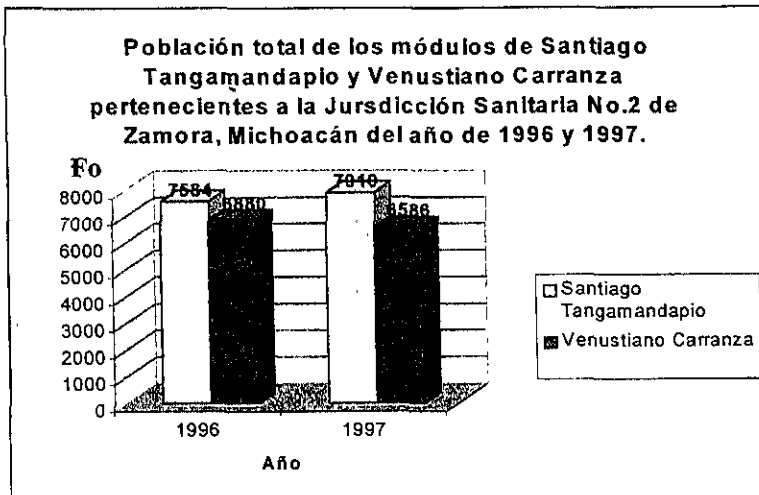


**Grafica No.2**

Afluencia de usuarias nuevas registradas en el servicio de Planificación Familiar en el año de 1993 al 1997 de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No.2 de Zamora, Michoacán.

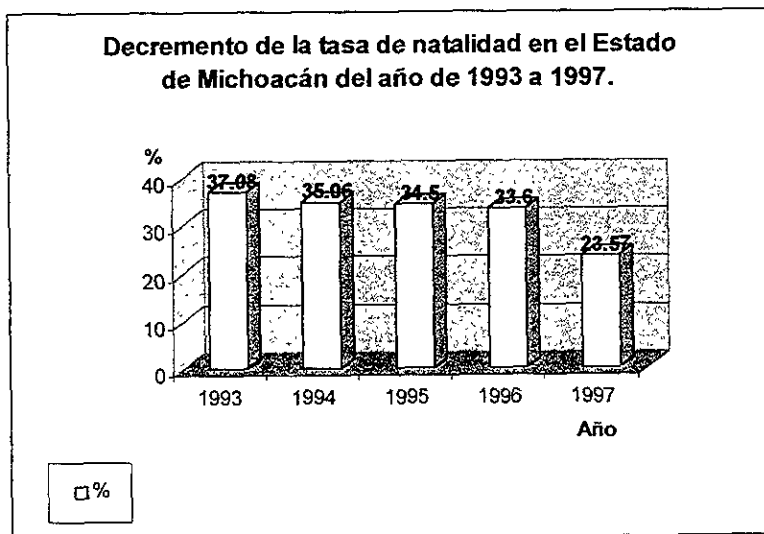


Fuente: Ibidem Gráfica No.1.

**Gráfica No.3**

Fuente: Estudio de Regionalización Operativa de la Jurisdicción Sanitaria No.2 de Zamora, Michoacán del año de 1996 y 1997.

Gráfica No.4



Fuente: SSM. Departamento de información y evaluación. Morelia, Michoacán.

Al recolectar datos sobre aspectos del servicio de Planificación Familiar se comprobó que durante los períodos de 1993 a 1997 hay altibajos en los porcentajes de afluencia de las usuarias tanto activas como nuevas, y revisando año por año encontramos que en ambos módulos se realiza una restructuración, la cual fué: Santiago Tangamandapio cambió de Supervisora de auxiliar de salud en el año de 1994, año donde el módulo de Venustiano Carranza dio de baja a varias comunidades por no cumplir con aspectos que requiere la E.E.C. por ende, dio de alta a otras comunidades; estas circunstancias favorecieron una mayor captación de usuarias al servicio de Planificación Familiar en ambos módulos.

A pesar de que el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (P.L.E.O.) pasa a formar parte de la E.E.C. en el año de 1990, no es sino hasta 1996 cuando se integran a los módulos antes mencionados como una opción para tratar de ampliar la extensión de cobertura en el servicio de Planificación Familiar; comprobando a partir de este período hay un incremento notable en el porcentaje de usuarias nuevas en el módulo de Venustiano Carranza por ende se sigue avanzando también en el aumento de usuarias nuevas, en lo referente a usuarias activas en el período de 1995 a 1996 existe una disminución; ya en el año de 1997 aumenta el porcentaje acorde a la captación de usuarias nuevas.

Estos avances que se presentaron con la presencia del P.L.E.O. realizando su servicio social nos hace pensar que si funciona la Planificación Familiar y que habría mayor eficacia de este servicio en la E.E.C.; y así con estos resultados se compara la tasa de natalidad del Estado de Michoacán donde predomina la disminución año por año de un 2% a un 10%, con el Censo poblacional de ambos módulos, donde Santiago Tangamandapio tiene un crecimiento poblacional de un año a otro de 4.30% y Venustiano Carranza tiene una disminución de 4.27% en su población total entre 1996 y 1997.

Una de las principales metas de llevar a cabo la Planificación Familiar es el que repercuta en la disminución de los nacimientos para que no haya una mayor explosión demográfica lo cual se ha cumplido, como se observa en la gráfica No. 4, también el estudio refleja un aumento constante en las usuarias del servicio de Planificación Familiar como se muestra en las gráficas No 1 y 2, sin embargo estos datos debemos tomarlos con reserva, en tanto que según nuestra experiencia la cantidad de usuarias atendidas por el servicio de Planificación Familiar todavía no es suficiente, si consideramos al total de población de mujeres en edad

reproductiva que serían susceptibles de participar en el mismo, factor que influye en el objetivo que persigue la Planificación Familiar ya que se observa en uno de los módulos aumento parcial en su población; esto puede deberse a que podrán existir factores que influyan en el logro de la atención eficaz de este servicio como pueden ser: la emigración, la falta de información de Planificación Familiar, ideología de la gente, los recursos materiales idóneos, eficiente supervisión de la Supervisora de auxiliar de salud, Auxiliar de Salud adecuada, etc.; por tal motivo este estudio exploratorio nos permitió sentar las bases para estructurar el estudio de investigación cuyo problema está enfocado a conocer: ¿Cuáles han sido los factores que han determinado la afluencia de usuarias en la E.E.C. dentro de las actividades de Planificación Familiar de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de la Ciudad de Zamora, Michoacán?. **(Anexo No. 8)**

## 6.2. Del estudio principal.

### 6.2.1. Resultados obtenidos en la aplicación de la Cédula No. 1 a Auxiliares de Salud.

#### CEDULA No.1

**Cuadro No. 9**

Distribución por grupo de edad de las Auxiliares de Salud que laboran en los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza

EDAD	Fo.	%
De 16 a 20 años	1	4.17
De 21 a 25 años	6	25.00
De 26 a 30 años	5	20.83
De 31 a 35 años	4	16.67
De 36 a 40 años	2	8.33
De 40 a más años	6	25.00
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: 24 Cédulas aplicadas a las Auxiliares de Salud de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No.2 de la Ciudad de Zamora, Michoacán, del 1º del mes de Junio al 31 de Julio de 1998.

De acuerdo a la normatividad planteada en la Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C) para la selección de la Auxiliar de Salud con respecto a la edad la cual debe ser de 25 a 40 años, el cuadro muestra que el 79.16% de las Auxiliares la cubren y el 20.84% no cubren esta característica, por lo tanto se podría decir que el objetivo de la E.E.C. en este rubro se cumple

**Cuadro No. 10**  
Escolaridad de las Auxiliares de Salud

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Sin estudios	1	4.17
Primaria	19	79.16
Secundaria	0	0
Carrera Técnica (Enfermería)	1	4.17
Preparatoria	3	12.5
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 9

En cuanto al nivel de escolaridad de las Auxiliares de Salud se visualiza que el 79.16% de éstas tienen instrucción primaria y solamente el 16.22% tienen mayor preparación académica, por lo tanto se cumplen los requisitos señalados por la E.E.C. respecto al mínimo de educación, sin embargo esto es de vital importancia ya que trae como consecuencia una mala aplicación de los programas en las comunidades, esto podría ser una posibilidad de que no se cumplan las metas programadas.

**Cuadro No. 11**  
Distribución del estado civil de las Auxiliares de Salud

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Soltera	12	50
Casada	12	50
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 9

En lo referente al estado civil de las Auxiliares de Salud se observa que la mitad cubre el requisito de la E.E.C. y la otra mitad no. Otra de las normatividades que deben cumplir las Auxiliares al entrar a laborar, es que sean casadas porque influye en la orientación a sus usuarias del servicio de Planificación Familiar por tener madurez sexual, y no deben ser solteras porque la mayoría de las mujeres en la adolescencia se enfrentan a la decisión de quedarse a vivir en su lugar natal o emigrar a los Estados Unidos por intereses personales, esto influiría en la Estrategia porque perdería personal continuamente

**Cuadro No. 12**  
Antigüedad laboral de las Auxiliares de Salud

<b>ANTIGÜEDAD EN EL PROGRAMA</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
1 mes a 6 meses	5	20.83
6 meses a 1 año	2	8.33
1 año 1 mes a 2 años	7	29.17
2 años 1 mes a 3 años	3	12.5
3 años 1 mes a 5 años	5	20.83
5 años 1 mes a 10 años	2	8.33
10 años 1 mes a más	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 9

El cuadro muestra que el 70.83% de las Auxiliares de Salud tienen entre 1 año 1 mes hasta más de 10 años de antigüedad en la E.E.C. viendo con esto que la mayoría tiene una continuidad en los programas y aunque el 29.16% restante tienen antigüedad de 1 mes a 1 año implica el constante cambio de Auxiliares al que tendrá que adaptarse la comunidad.

**Cuadro No. 13**  
Tipo de personal que seleccionó a la Auxiliar de Salud para prestar sus servicios

<b>PERSONAL QUE SELECCIONO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
La comunidad	3	12.5
La Supervisora de auxiliar de salud	20	83.33
Las autoridades de la comunidad	1	4.17
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 9

Una de las etapas por las que debe pasar la Auxiliar de Salud es la de selección. Sin embargo el cuadro muestra que el sólo el 12.5% de las Auxiliares fue seleccionada en forma conjunta con la comunidad, requisito formal que propone la E.E.C., cabe mencionar en forma importante que el 87.50% de las otras Auxiliares no fueron así seleccionadas, factor importante que desde nuestro punto de vista influye en la aceptación por la comunidad hacia la Auxiliar

**Cuadro No. 14**

Auxiliares de Salud que recibieron una introducción al puesto por parte de la E.E.C.

<b>RECIBIERON INTRODUCCION AL PUESTO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	10	41.67
No	14	58.33
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 9

En lo referente a la introducción al puesto de Auxiliar de Salud vemos que el 41.67% si recibieron información, mientras que el otro 58.33% no; esto significa que para algunas instituciones es un aspecto administrativo importante al contratar personal, mientras que para la E.E.C. no lo es; esto trae como consecuencia que la Auxiliar desde el inicio de su labor tenga dificultades para desempeñar su labor.

**Cuadro No.15**

Auxiliares de Salud que recibieron curso previo de capacitación al entrar a laborar en la E.E.C.

<b>RECIBIERON CURSO PREVIO DE CAPACITACION</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	11	45.83
No	13	54.17
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1

Con respecto a la capacitación previa que se les debe dar a las Auxiliares de Salud por parte de la E.E.C., es importante resaltar que un 54.17% no recibieron capacitación. Al ser la E.E.C. un conjunto de servicios de Atención Primaria a la Salud en las comunidades rurales y siendo una persona voluntaria el personal que otorga este servicio, se detecta que la Auxiliar de Salud al comienzo de su trabajo no satisface las necesidades básicas, puesto que la mayoría no recibe una capacitación previa



### Cuadro No. 16

Tipo de Institución y personal al cual es presentada la Auxiliar de Salud al inicio de sus labores

<b>INSTITUCION A LA QUE ES PRESENTADA</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Centro de Salud	5	20.83
Autoridades locales y Municipales	3	12.5
Comité de Salud	5	20.83
Jurisdicción Sanitaria No. 2	1	4.17
Comunidad	4	16.67
Ninguna	6	25.00
Todas	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No.9

Al comienzo de su trabajo en la E.E.C. las Auxiliares de Salud opinaron a qué tipo de Institución y personal fueron presentadas; se destaca en el cuadro que la mayoría de las Auxiliares que corresponde a un 75% son presentadas a una sola Institución o personal y un 25% no son presentadas a ninguna; es importante señalar que la E.E.C. marca que los representantes de Salud de la comunidad deben ser presentados a las diferentes Instituciones que se mencionan, sin embargo en los resultados obtenidos no se marca ningún porcentaje a esto. Muchas veces la falta de coordinación y comunicación de las Auxiliares con las diferentes organizaciones trae consigo la mala prestación de sus servicios

**Cuadro No. 17**

Entrega de maletín y equipo necesario a la Auxiliar de Salud por parte de la Dirección General de Salud Reproductiva (D.G.S.R.)

<b>RECIBIERON MALETIN Y EQUIPO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	2	8.33
No	22	91.67
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 9

Al prestar sus servicios a la comunidad las Auxiliares de Salud deben contar con un maletín y equipo necesario que les proporciona la D.G.S.R. para dar el servicio. El cuadro muestra que un 91.67% de ellas no cuentan con el equipo básico. Así, mientras la E.E.C. es aquella que se encarga de proporcionar los servicios de salud en zonas rurales, y teniendo como requisito que las Auxiliares de Salud deben contar con el maletín y equipo necesario para la atención, lamentablemente se observa que los niveles operativos no dotan con este material indispensable para todo el personal del área de la salud y primordialmente para las Auxiliares de Salud.

**Cuadro No. 18**

Frecuencia con que la Supervisora proporciona material de Planificación Familiar a la Auxiliar de Salud

<b>FRECUENCIA DE ENTREGA DE MATERIAL DE P.F.</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Cada mes	19	79.17
Cada tres meses	5	20.83
Cada año	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente Ibidem Cuadro No 9

Respecto al tiempo que tarda la Supervisora de auxiliar de salud para proporcionar los métodos anticonceptivos, un 79.17% de las Auxiliares opinan que cada mes los reciben y un 20.83% cada tres meses, observando así el cumplimiento de la E.E.C

### Cuadro No. 19

Frecuencia con que la Supervisora proporciona material de promoción de Planificación Familiar a la Auxiliar de Salud.

<b>FRECUENCIA DE ENTREGA DE MATERIAL DE PROMOCION DE PLANIFICACION FAMILIAR.</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Cada mes	9	37.5
Cada año	2	8.33
Sólo en campaña	6	25.00
Nunca le han dado	7	29.17
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No.9

Referente a la entrega de material de promoción de Planificación Familiar a las Auxiliares de Salud, es de vital importancia observar en el cuadro que casi un 30% de ellas nunca han recibido material, esto nos habla que aunque para la E.E.C. el servicio de Planificación Familiar es primordial, no se cubre al 100% disponer de material de promoción en zonas rurales.

### Cuadro No. 20

Opinión de las Auxiliares de Salud respecto a la cantidad de material de Planificación Familiar que se le proporciona en función de la cantidad de usuarias.

CANTIDAD DE MATERIAL	Fo.	%
Material restringido a un número "X" de usuarias sin considerar imprevistos	15	62.5
Sin límite	8	33.33
Insuficiente	1	4.17
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No.9

El servicio de Planificación Familiar es el primordial en la E.E.C. y por medio de la promoción que ejecute la Auxiliar de Salud se obtienen usuarias nuevas a este servicio. El cuadro muestra que casi el 70% de las Auxiliares de Salud no podrán promocionar el servicio a toda persona que lo solicite, ya que la cantidad de material que les proporcionan es insuficiente o de acuerdo al número de usuarias. Esto trae como consecuencia que la E.E.C. no cumpla con sus objetivos planteados.

**Cuadro No. 21**

Actividad que realiza la Auxiliar de Salud cuando la visitan las usuarias para adquirir por primera vez un método anticonceptivo

<b>ACTIVIDAD QUE REALIZA EN LA CONSULTA</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Les proporciona el método que ellas desean	13	54.17
Les proporciona orientación y dice que método les conviene	10	41.67
Usted les escoge el método anticonceptivo sin ninguna orientación	1	4.17
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No.9

Una de las funciones que debe realizar la Auxiliar de Salud es la de orientación sobre Planificación Familiar a las usuarias que solicitan este servicio como lo establece la Norma Oficial de Salud Reproductiva. El cuadro nos muestra que el 54.17% de las Auxiliares de Salud proporcionan el método que las usuarias desean, el 41.67% les dice el método que les conviene y dan orientación y por último el 4.17% de las Auxiliares les escogen el método a las usuarias sin ninguna orientación. Esto nos refleja que la mayoría de las Auxiliares de Salud no cumplen con la norma establecida por el Sector Salud, esto trae como consecuencia que las usuarias no sepan los riesgos que trae consigo el usar los anticonceptivos sin ninguna orientación.

### Cuadro No. 22

Método anticonceptivo más utilizado por las usuarias de Planificación Familiar de acuerdo a la opinión de la Auxiliar de Salud

<b>METODOS ANTICONCEPTIVOS MAS UTILIZADOS</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Pastillas	14	58.33
Inyección	0	0
Condón	4	16.67
DIU	0	0
Todos	6	25.00
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No.9

El método anticonceptivo que las usuarias utilizan más de acuerdo a la opinión de las Auxiliares, son las pastillas que cubren el 58.33%, lo que muestra que es probable que se ha dado una mayor promoción a los anticonceptivos hormonales orales; al contrastarlo con el cuadro No.21 que muestra un alto porcentaje donde se les proporciona el método anticonceptivo sin ninguna valoración ni orientación a las usuarias, se puede presentar a la larga un alto factor de riesgo que ellas sufran todas las complicaciones de mal uso que les dan.

Cuadro No. 23

Preferencia de criterios con los que la Auxiliar de Salud otorga los métodos anticonceptivos

CRITERIOS	Fo.	%
Usuarías de 15 a 20 años	0	0
Usuarías mayores de 20 años	4	16.67
Usuarías casadas	4	16.17
A quien pida el método de P.F. sin Importar la edad ni el estado civil	16	66.66
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No.9

Al proporcionar las Auxiliares de Salud los métodos anticonceptivos, el 66.66% de ellas, lo ofrecen a las usuarias sin importar la edad ni el estado civil. Es importante ver que el cuadro refleja que las Auxiliares de Salud siguen la tendencia del servicio de Planificación Familiar, el cual es proporcionar los métodos anticonceptivos a toda persona que tenga vida sexual activa, sin tomar en cuenta su edad ni estado civil u otras características que tengan que ser valoradas para evitar riesgos.

### Cuadro No. 24

Forma en que la Auxiliar de Salud proporciona los métodos anticonceptivos a sus usuarias activas

FORMA	Fo.	%
Se los lleva a su casa	1	4.17
Las usuarias acuden a la casa de la Auxiliar de Salud	21	87.5
Los envía con cualquier otra persona	2	8.33
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente. Ibidem Cuadro No 9

Una más de las actividades de la Auxiliar de Salud es proporcionar los métodos anticonceptivos a sus usuarias. El cuadro muestra que la mayoría de las usuarias que corresponde a un 87.5% acuden a la casa de la Auxiliar por su método anticonceptivo. Esto muestra que las usuarias del servicio de Planificación Familiar están conscientes de los servicios que proporciona la Auxiliar, por lo cual la mayoría acude a la casa de ésta a solicitarlo; sin embargo, un 8.33% restante la Auxiliar envía con cualquier otra persona el anticonceptivo a la usuaria, por ejemplo con los niños menores, esto da lugar a que se pueden extraviar los anticonceptivos.



### Cuadro No. 25

Opinión de la Auxiliar de Salud sobre el uso de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la religión de las usuarias

<b>OPINION DE LA AUXILIAR DE SALUD</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Buenos, y los deben de utilizar todas las personas	22	91.67
Malos, porque no los permite la religión	2	8.33
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 9

Uno de los factores relacionados a la aceptación de los métodos anticonceptivos por parte de la gente es la religión. La opinión que tiene la Auxiliar de Salud de acuerdo a su religión sobre el uso de los anticonceptivos, el 91.67% opinan que son buenos y los deben de utilizar todas las personas y un 8.33% opinan que son malos porque no permite la religión su uso. Es importante señalar que la mayoría de las Auxiliares a pesar de habitar en zonas rurales donde prevalecen las creencias religiosas sobresale la aceptación del uso de los anticonceptivos, aunque las religiones se opongan.

### Cuadro No. 26

Frecuencia de visitas por mes que recibe la Auxiliar de Salud por parte de la Supervisora

<b>FRECUENCIA DE VISITAS</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Una vez al mes	20	83.33
Dos veces al mes	4	16.67
Más de dos veces al mes	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No.9

Una de las funciones que estipula la E.E.C. a la Supervisora es la de programar y coordinar las visitas a la Auxiliar de Salud 2 veces por mes. Sin embargo, el cuadro refleja que el 83.33% de las Auxiliares opinan que sólo reciben 1 visita por mes de la Supervisora. Con estos resultados se observa que no se lleva a cabo lo establecido en la E.E.C. y más aún, ninguna Supervisora realiza más de 2 visitas por mes visto en el Cuadro No.11 de la Cédula No.3, esto podría ser consecuencia que la mayoría de las Supervisoras muestra inconformidad en los gastos de pasajes; lo que ocasionará que no se prosiga con la capacitación planeada hacia la Auxiliar para su preparación.

**Cuadro No. 27**

Actividades que realiza la Supervisora con la Auxiliar de Salud al visitarla

<b>ACTIVIDADES QUE REALIZA</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Capacita a la Auxiliar de Salud en Planificación Familiar	0	0
Recoge solamente información	19	79.17
Visita a las usuarias de Planificación Familiar	0	0
Realiza todas las actividades	5	20.83
No realiza ninguna	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente. Ibidem Cuadro No. 9

La Supervisora de auxiliar de salud es el personal de Enfermería que debe recoger información, capacitar, adiestrar y asesorar a la Auxiliar de Salud en la comunidad. Sin embargo, se observa en los resultados que un 79.17% de las Auxiliares de Salud opinan que la Supervisora solamente recoge información cuando la visita y un 20.83% opinan que realiza todas las actividades como son: pláticas de Planificación Familiar, recoger información y visitar usuarias que utilicen un método anticonceptivo o estén en control prenatal. Esto demuestra que mientras la E.E.C. dice que de este personal de Enfermería depende el éxito de los programas de salud, vemos que desgraciadamente sólo una mínima parte cumple con lo establecido.

**Cuadro No. 28**

Frecuencia de visitas por mes que recibe la Auxiliar de Salud por parte del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (P.L.E.O.)

<b>FRECUENCIA DE VISITAS</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Una vez al mes	5	20.83
Dos veces al mes	17	70.84
Más de dos veces al mes	2	8.33
Nunca	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente. Ibidem Cuadro No.9

El pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM se une a la E.E.C. como un apoyo mas en la integración de las funciones de capacitación y supervisión por medio del Convenio específico de colaboración de la Dirección General de Salud Reproductiva y la ENEO-UNAM, donde se establece como norma realizar una o más visitas al mes a la Auxiliar de Salud. El cuadro demuestra que el pasante visita a las Auxiliares dos veces al mes que corresponde a un 70.84% y el 20.83% visitan una vez al mes, esto es porque al ser pasante y tener comunidades de difícil acceso, los coordinadores permiten visitar una sola vez.

### Cuadro No. 29

Funciones que realiza el P.L.E.O con la Auxiliar de Salud al visitarla

<b>FUNCIONES QUE REALIZA</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Capacita a la Auxiliar de Salud en Planificación Familiar	2	8.33
Recoge solamente información	0	0
Visitan a las usuarias de Planificación Familiar	3	12.5
Realiza todas las funciones	19	79.17
No realiza ninguna	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 9

En la E.E.C. el P.L.E.O. tiene como funciones primordiales la de capacitación y promoción a la salud en las comunidades rurales. El Cuadro muestra que el 79.17% de las Auxiliares opinan que el pasante realiza todas las funciones con ella al visitarla, tales como: pláticas de Planificación Familiar, visitar a las usuarias de este servicio y recoger información, etc. Cabe señalar que además de sus actividades normadas del pasante, el se debe de acoplar a las necesidades de la comunidad para fomentar más la salud.

**Cuadro No. 30**

Personal de salud con quien la Auxiliar de Salud tiene más oportunidad de poner en práctica sus conocimientos

<b>PERSONAL DE SALUD</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
P.L.E.O.	14	58.33
Supervisora de auxiliar de salud	0	0
Los dos por igual	10	41.67
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 9

El Cuadro muestra que el 58.33% de las Auxiliares de Salud opinan que tienen más oportunidad de poner en práctica sus conocimientos con el P.L.E.O. y un 41.67% opinan que tanto con el pasante como con la Supervisora. Esto contrastándolo con el Cuadro No. 27 donde la mayoría de las Auxiliares opinan que la Supervisora sólo recoge información cuando la visita, y tomando en cuenta que el pasante es el encargado de la capacitación teórico-práctica de la Auxiliar de Salud, vemos que dentro de la E.E.C. el pasante se vuelve una pieza fundamental.

**Cuadro No. 31**

Opinión de las Auxiliares de Salud sobre los suficientes conocimientos aplicados en la atención de las usuarias del servicio de Planificación Familiar por parte del P.L.E.O.

<b>SUFICIENCIA DE CONOCIMIENTOS DEL P.L.E.O.</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	24	100
No	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 9

Al ser el P.L.E.O. el encargado de capacitar y orientar a la Auxiliar de Salud y siendo éste un elemento clave a consideración de la E.E.C. con conocimientos actualizados durante su preparación académica sobre atención primaria a la salud, se refleja con acierto en el Cuadro, donde el total de las Auxiliares de Salud opinan que el pasante tiene los conocimientos suficientes para atender a la comunidad.

**Cuadro No. 32**

Personal de salud que es más aceptado por las usuarias del servicio de Planificación Familiar, de acuerdo a la opinión de la Auxiliar de Salud

<b>PERSONAL DE SALUD</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Pasante de la L.E.O.	0	0
Supervisora de auxiliar de salud	10	41.67
Los dos por igual	14	58.33
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 9

Uno de los problemas durante el servicio social del P.L.E.O. es la desadaptación en las comunidades rurales en sus costumbres, tradiciones, formas de vida y por la falta de desenvolvimiento y experiencia en Salud Pública y primer nivel de atención; por tal razón se podría pensar que los resultados obtenidos que son: un 58.33% de las Auxiliares opinan que tanto la Supervisora como el pasante son aceptados por igual por la comunidad y un 41.67% la Supervisora tiene más aceptación por sí sola. Esto es, el pasante tiene que adaptarse al estilo de vida y la Supervisora no, por ser originaria de zonas cercanas al lugar de trabajo y estar más tiempo en la comunidad, y los pasantes a la contrario por ser su servicio social están en constante cambio de permanencia en la comunidad.



**6.2.2. Resultados obtenidos en la aplicación de la Cédula No. 2 a usuarias del servicio de Planificación Familiar.**

**CEDULA No. 2**

**Cuadro No. 33**  
Distribución por grupo de edad de las usuarias

<b>EDAD</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Menores de 15 años	1	0.34
De 15 a 20 años	50	17.24
De 21 a 25 años	79	27.24
De 26 a 30 años	87	30.0
De 31 a 35 años	42	14.49
De 36 a 40 años	25	8.63
De 41 a 45 años	5	1.72
De 46 a más años	1	0.34
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

**Fuente:** 290 Cédulas aplicadas a las usuarias del servicio de Planificación Familiar de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de la Ciudad de Zamora, Michoacán, del 1º del mes de Junio al 31 de Julio de 1998.

Dentro de los programas de salud, el servicio de Planificación Familiar es uno de los de mayor importancia para la población en edad reproductiva. Al respecto el Cuadro nos permite observar que el 71.73% de mujeres se encuentran en un grupo de 21 a 35 años de edad. Esto refleja que la mayoría se encuentra en una edad de menor riesgo reproductivo, pero también hay un grupo importante de mujeres que corresponde al 28.27% portadoras de un alto riesgo reproductivo que implicaría embarazos no deseados y de alto riesgo, que probablemente se asocia a una mayor morbi-mortalidad materno-infantil.

### Cuadro No. 34

Métodos anticonceptivos que utilizan las usuarias

<b>METODOS ANTICONCEPTIVOS</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Pastillas	127	43.80
Inyección mensual	51	17.58
Inyección bimestral	20	6.90
Condón	90	31.03
DIU	2	0.69
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

En el servicio de Planificación Familiar los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o pareja con el fin de evitar un embarazo no deseado, en forma temporal o permanente. A esto, el Cuadro manifiesta que el 68.28% de las usuarias utilizan un anticonceptivo hormonal, el 31.03% usan el condón y el 0.69% el DIU. Esto nos muestra que la totalidad de la población en estudio está protegida para evitar un embarazo no deseado o de alto riesgo; pero contrastándolo con el Cuadro No. 21 de la Cédula No. 1, pareciera haber contradicción ya que la mayoría de las Auxiliares de Salud proporcionan el anticonceptivo sin ninguna orientación sobre los factores de riesgo de uso, así la usuaria no tendrá elementos para que pueda tener decisiones voluntarias, conscientes e informadas de su vida sexual, así como para efectuar la selección de su método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades y asegurar el uso correcto y satisfactorio por el tiempo que desee la protección anticonceptiva.

### Cuadro No. 35

Distribución de las usuarias por estado civil

ESTADO CIVIL	Fo.	%
Soltera	4	1.38
Casada	281	96.90
Unión libre	2	0.69
Divorciada	3	1.03
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

Dentro de la E.E.C. la proporción, selección, consejería y prescripción de los métodos anticonceptivos no tiene carácter prioritario de acuerdo al estado civil de cada usuaria, sino que se ofrecen sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva independientemente de las causas que motive la consulta o demanda del anticonceptivo, con el fin de su uso y que las usuarias lleguen al autoreconocimiento de sus factores de riesgo. El Cuadro muestra que el 96.90% se trata de usuarias casadas, el 1.38% de usuarias solteras, el 1.03% divorciadas y el 0.69% usuarias en unión libre. En provincia sobre todo en zonas rurales, todavía existen condiciones socioculturales de comportamiento, que hacen que la mujer podría tener la oportunidad de reproducirse solamente casada o con una pareja estable, que sería la población que más demanda tenga por los anticonceptivos.

### Cuadro No. 36

Tiempo que las usuarias tienen utilizando los métodos anticonceptivos

TIEMPO	Fo.	%
De 1 a 5 meses	33	11.38
De 6 meses a 1 año	110	37.93
De 1 año 1 mes a 2 años	77	26.55
De 2 años 1 mes a 3 años	32	11.03
De 3 años 1 mes a 4 años	16	5.52
De 4 años 1 mes a más años	22	7.59
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 33

Al ser los métodos anticonceptivos aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o pareja en forma temporal o permanente, el tiempo de uso del anticonceptivo dependerá de su efectividad y buen uso de éste. El Cuadro muestra que el 49.31% el tiempo de uso del anticonceptivo por las usuarias es de 1 mes a 1 año y el 50.69% es de 1 año 1 mes hasta más años de uso. Uno de los factores importantes que se deben mencionar por las respuestas obtenidas de las usuarias, implica que casi la mitad tienen poco tiempo de uso del anticonceptivo, que a consideración nuestra, por la experiencia obtenida en el servicio social, se da por el continuo cambio de éstos; esto sucede por la falta de información del personal de salud con las usuarias sobre el uso correcto y satisfactorio que cada anticonceptivo y efectos colaterales que conllevan.

**Cuadro No. 37**  
Ocupación de las usuarias

OCUPACION	Fo.	%
Hogar	236	81.38
Campo	48	16.55
Empleada	6	2.07
Estudiante	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

Al tener la mayoría de las poblaciones rurales una cultura relativamente integrada con valores y prejuicios, satisfactoria y autosuficiente, con modalidades propias y consecuencias distintivas de orden social y psicológicas, cada uno de los miembros del núcleo familiar ponen al frente del hogar a la mujer. El Cuadro enseña que la ocupación de las usuarias se inclinan al hogar representando un 81.38%. Esto se manifiesta por las condiciones que se viven en poblaciones rurales, donde existe la tendencia de la mujer sumisa y las familias centradas en la madre, por la creencia del autoritarismo y superioridad masculina, donde el hombre es el que trabaja y la mujer tiene la obligación de cuidar a los hijos y estar al frente del hogar.

**Cuadro No. 38**  
Religión de las usuarias

RELIGION	Fo.	%
Católica	290	100
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 33

En las zonas rurales la religión es tomada como un pensamiento de diversas cualidades como son creencias, fe, bondad, fuerza, etc., y que se manifiestan en cada individuo en una forma de pensamiento realista y materialista. El Cuadro nos muestra que el 100% de las usuarias son católicas, esto nos habla que cada una tiene su criterio propio influido por su religión para la utilización de los anticonceptivos

### Cuadro No. 39

Forma de enterarse la usuaria de la existencia de la Auxiliar de Salud en la comunidad

FORMA DE ENTERARSE	Fo.	%
Por la vecina	104	35.86
Porque la visitó la Auxiliar de Salud	117	40.34
Por una reunión en la comunidad	69	23.80
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 33

La selección de la Auxiliar de Salud se realiza en forma conjunta con la comunidad, lo que permitirá establecer los requisitos indispensables que marca la E.E.C. El Cuadro muestra que el 40.34% de las usuarias se enteraron de la existencia de la Auxiliar porque ésta las visitó, el 35.86% por la vecina y el 23.80% por medio de una reunión en la comunidad. Es lamentable ver que sólo un mínimo porcentaje de las usuarias supieran de la Auxiliar de Salud como lo marca la E.E.C, esto es, porque la mayoría de las Auxiliares son seleccionadas solamente por la Supervisora de auxiliar de salud, persona que se encarga de capacitarla y orientarla en su trabajo comunitario.

**Cuadro No. 40**

Opinión de las usuarias sobre si la Auxiliar de Salud tiene colaboración conjunta  
con el Centro de Salud y Comité de Salud

<b>OPINION</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	259	89.31
No	31	10.69
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

Los servicios de la E.E.C. son proporcionados por una persona voluntaria de la misma comunidad a quien se le denomina Auxiliar de Salud. Esta desempeña sus funciones estableciendo una vinculación estrecha y permanente con el Centro de Salud y la comunidad. Al respecto, el Cuadro muestra de acuerdo a la opinión de las usuarias que un 89.31% de las Auxiliares si tienen contacto con el Centro de Salud y Comité de Salud, lo que demuestra la adecuada conducción de los programas de salud por la participación conjunta del personal institucional y comunitario con la Auxiliar.

**Cuadro No. 41**

Opinión de las usuarias sobre si la Auxiliar de Salud está capacitada para prestar este servicio

<b>ESTA CAPACITADA</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	247	85.18
No	43	14.82
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ibidem Cuadro No 33

La Auxiliar de Salud es el personaje de la comunidad que suministra los servicios básicos de salud y que goza del reconocimiento de ésta. Al respecto, el Cuadro muestra que el 85.18% de las usuarias opinan que la Auxiliar de Salud si está capacitada para prestar este servicio. Esto puede ser reflejo de toda comunidad rural donde hay solidaridad vecinal y tomando en cuenta que ésta persona para su selección debe ser originaria de la misma comunidad, factor importante para gozar del reconocimiento de las usuarias, independiente de los cuatro programas de trabajo que realiza en su comunidad; y por otra parte es que la Auxiliar tiene los suficientes conocimientos para dar la atención como en el caso de las parteras tradicionales.



### Cuadro No. 42

Información proporcionada de Planificación Familiar de parte de la Auxiliar de Salud a las usuarias del servicio

RECIBE INFORMACION	Fo.	%
Si	250	86.20
No	40	13.80
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

La Auxiliar de Salud en colaboración con la Dirección General de Salud Reproductiva (D.G.S.R.), es la responsable de proporcionar atención e información sobre Planificación Familiar en su propia comunidad o población rural. El Cuadro muestra que le 86.20% de las usuarias si reciben información por parte de la Auxiliar de Salud. Esto nos muestra que la mayoría de las Auxiliares cumplen con su trabajo de orientación, pero al contrastar con el Cuadro No.21 de la Cédula No.1 donde vemos que la mayoría de las Auxiliares no dan orientación de Planificación Familiar, nos hace caer a la conclusión de que éste resultado puede ser muestra de la situación del reconocimiento que goza la Auxiliar de Salud, visto en Cuadro anterior.

**Cuadro No. 43**

Opinión de las usuarias sobre la proporción gratuita del método anticonceptivo por parte de la Auxiliar de Salud

<b>PROPORCION GRATUITA DEL METODO ANTICONCEPTIVO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	290	100
No	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

Dentro de la E.E.C. como se ha mencionado anteriormente, la Auxiliar de Salud es la responsable de brindar los servicios de Planificación Familiar y proporcionar gratuita y oportunamente los métodos anticonceptivos. El Cuadro muestra que efectivamente la Auxiliar da los anticonceptivos gratuitamente de acuerdo a la opinión de las usuarias. Esto se debe a que todo servicio de Planificación Familiar prestado por alguna dependencia del Sector Público debe ser gratuita, ya que se establece así en la Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar

### Cuadro No. 44

Opinión de las usuarias sobre la permanencia de la Auxiliar de Salud en su casa ofreciendo el servicio de Planificación Familiar

PERMANENCIA DE LA AUXILIAR DE SALUD EN SU CASA	Fo.	%
Si	223	80.34
No	57	19.66
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

La E.E.C. proporciona servicios a las poblaciones rurales menores de 2,500 habitantes. Estos servicios se ofrecen con base a la Atención Primaria a la Salud y son proporcionados acudiendo a la casa de la Auxiliar de Salud o ella va al domicilio del enfermo si lo amerita. De acuerdo a las usuarias de Planificación Familiar el 80.34% de ellas opinan que sí se encuentra al Auxiliar ofreciendo el servicio en su casa constantemente. A pesar de que éste personal no es seleccionado como se establece, si cubre la mayor parte de las características deseadas para desempeñar esta labor, como son: disponer de tiempo mínimo de 4 horas diarias, demostrar interés por el trabajo comunitario, tener una buena relación con la comunidad y ser originaria de ella misma. Sin embargo cabe resaltar que casi una quinta parte no cubre este requerimiento.

**Cuadro No. 45**

Opinión de las usuarias sobre la colaboración de la Auxiliar de Salud con la comunidad para prevenir, conservar y mejorar la salud

<b>OPINION</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	232	80
No	58	20
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

La Auxiliar de Salud es la persona que en colaboración con sus vecinos realizan acciones para prevenir, conservar y mejorar la salud de todos los habitantes de la comunidad. Al respecto el Cuadro muestra que el 80% de las usuarias opinan que la Auxiliar si colabora con su comunidad para mejorar las condiciones sanitarias. Este resultado es favorable para la E.E.C. ya que su objetivo es brindar atención o servicios a las comunidades rurales dispersas teniendo como apoyo el 1er nivel de atención así se podrá llegar al autocuidado de la salud en la comunidad; aún así, hay una quinta parte de población que opina que esto no se lleva a cabo.

**Cuadro No. 46**

Opinión de las usuarias sobre si reciben información de Planificación Familiar por parte de la Supervisora de auxiliar de salud al visitarlas

<b>RECIBEN INFORMACIÓN</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	234	80.69
No	56	19.31
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

La Supervisora de auxiliar de salud además de capacitar y asesorar a la Auxiliar de Salud, tiene la responsabilidad de promocionar y fomentar la salud en sus comunidades a cargo para mejorar las condiciones de salud. Al respecto, el Cuadro muestra que el 80.69% de la población estudiada responde que si recibe orientación sobre Planificación Familiar por parte de la Supervisora. A esto se deduce en general que las usuarias tendrán una mayor información sobre los aspectos de Planificación Familiar y tal vez se generará un aumento del uso de la metodología anticonceptiva

**Cuadro No. 47**

Opinión de las usuarias sobre si reciben información de Planificación Familiar por parte del P.L.E.O.

<b>RECIBEN INFORMACION</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	254	87.59
No	36	12.41
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

En la realización del servicio social del P.L.E.O., una de sus actividades es la de involucrarse en la atención de los aspectos de salud en las comunidades del área rural de nuestro país. Al respecto el Cuadro muestra que un 87.59% de la población estudiada opina, que el pasante si proporciona orientación de Planificación Familiar; así se concluye que en general si se cumple con sus actividades planteadas y además se mejorará con eso la calidad del servicio prestado.

**Cuadro No. 48**

Opinión de las usuarias de Planificación Familiar sobre con que personal de salud tiene más práctica de trabajo la Auxiliar de Salud

<b>PERSONAL DE SALUD</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Pasante de la L.E.O.	94	32.41
Supervisora de auxiliar de salud	32	11.03
Los dos	164	56.56
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente Ibidem Cuadro No. 33

El Cuadro muestra que de acuerdo a la opinión de las usuarias respecto a con qué personal de salud tiene más práctica de trabajo la Auxiliar, un 56.56% de ellas opinan que con los dos, tanto con la Supervisora como con el P.L.E.O. Se puede deducir que siendo éstos dos agentes de salud, la mayoría de las usuarias opine así. Es importante señalar que en los otros dos rubros tiene mayor porcentaje el pasante que la Supervisora, esto puede deberse a que la función primordial del pasante es la de capacitación teórico-práctica a la Auxiliar de Salud

**Cuadro No. 49**

Opinión de las usuarias sobre el uso de los métodos anticonceptivos

<b>IDEOLOGIA DEL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Son buenos	283	97.58
Son malos	7	2.41
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>99.99</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 33

La mayoría de las usuarias de Planificación Familiar que corresponde a un 97.58% opinan que el uso de los métodos anticonceptivos es bueno simplemente y un 2.41% opinan que es malo su uso; así se deduce que la población estudiada en casi su totalidad está consciente que los métodos anticonceptivos sirven para evitar embarazos no deseados.

**Cuadro No. 50**

Opinión de las usuarias sobre que significa para ellas la Planificación Familiar

<b>IDEOLOGIA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Sirve para elegir los hijos que uno quiere o desee tener	290	100
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 33

Se muestra en el Cuadro que el 100% de las usuarias opinan que la Planificación Familiar sirve solamente para elegir los hijos que uno quiere o desee tener, aunque se observa al aplicar las cédulas que no tienen la orientación exacta de lo que representa verdaderamente la Planificación Familiar, esto conlleva a que siempre se tenga un enfoque hacia la mujer y no a la pareja conjunta.

### 6.2.3. Resultados obtenidos en la aplicación de la Cédula No. 3 a Supervisoras de auxiliar de salud.

#### CEDULA No. 3

**Cuadro No. 51**

Distribución por grupo de edad de las Supervisoras de auxiliar de salud

EDAD	Fo.	%
De 20 a 25 años	2	22.22
De 26 a 30 años	3	33.33
De 31 a 35 años	2	22.22
De 36 a 40 años	1	11.11
De 41 a más años	1	11.11
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: 9 Cuestionarios aplicados a Supervisoras de auxiliar de Salud de los 9 módulos que integran la E.E.C. pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Zamora, Michoacán, del 1º del mes de Junio al 31 de Julio de 1998

Aunque para la E.E.C. no es requisito indispensable cierta edad de las Supervisoras, se observa que la mayor parte de ellas que corresponde a un 77.77% son jóvenes adultos y el 22.22% son de 36 a más años. Se puede concluir que es un punto a favor para la E.E.C. que su personal sea joven porque así podrá laborar con más habilidad y destreza.

**Cuadro No. 52**  
Estado civil de las Supervisoras de auxiliar de salud

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Soltera	6	66.66
Casada	2	22.22
Divorciada	1	11.11
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 51

El estado civil de las Supervisoras es otro punto en que la E.E.C. no pide como requisito indispensable para laborar dentro de ella. El Cuadro demuestra que un 66.66% de ellas son solteras, así lo mismo que el cuadro anterior para la E.E.C. es a favor, porque así tendrán disponibilidad de trasladarse a sus comunidades.

**Cuadro No. 53**  
Escolaridad de las Supervisoras de auxiliar de salud

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Auxiliar de Enfermería	0	0
Técnica en Enfermería	9	100
Lic. en Enfermería	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente Ibidem Cuadro No 51

Una característica que pide la E.E.C. sobre la Supervisoras es que sea Enfermera General o Auxiliar de Enfermería. El Cuadro muestra que sí cumple con el 100% del total de las Supervisoras porque tienen carrera técnica. Pero sin embargo otro requisito que se les pide es que tengan experiencia en Salud Pública, característica que ninguna de ellas lo cubre



## Cuadro No. 54

Antigüedad laboral de las Supervisoras de auxiliar de salud en la E.E.C.

ANTIGÜEDAD	Fo.	%
4 meses a 1 año	2	22.22
1 años 1 mes a 2 años	2	22.22
2 años 1 mes a 3 años	0	0
3 años 1 mes a 4 años	1	11.11
4 años 1 mes a 5 años	0	0
5 años 1 mes a más años	4	44.44
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 51

Para el logro de cualquier programa de salud en área rural es indispensable la colaboración continua de su personal responsable para promover y proporcionar servicios de salud en las comunidades, más sin embargo se observa en el Cuadro que el 44.44% de las Supervisoras tienen una antigüedad de 4 meses a 2 años en la E.E.C. Esto implica que una parte importante de los módulos supervisados por alguna Supervisora no contará con la continuidad o seguimiento en la proporción de orientación y capacitación, ya que se han suscitado en los últimos dos años cambios de personal de salud.

### Cuadro No. 55

Requisitos solicitados a la Supervisora de auxiliar de salud para laborar dentro de la E.E.C.

REQUISITOS	Fo.	%
Título de Enfermera General	6	66.66
Carta de pasante	1	11.11
Disponibilidad de tiempo	1	11.11
Ninguno	1	11.11
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 51

En la E.E.C. es indispensable que para ejercer el trabajo de asesoría, capacitación y Atención Primaria a la Salud en zonas rurales, solicite un personal de Enfermería de nivel técnico o general, porque de ella dependerá el éxito de los programas y la cobertura de servicios de salud. Así, observando el Cuadro donde se muestra que el requisito que se les pidió, un 66.66% opinan que fue el título de Enfermera General y un 33.33% de las restantes la carta de pasante, disponibilidad de tiempo y ningún tipo de requisito. Cabe señalar que además del título, la E.E.C. pide como mínimo un año de experiencia en Salud Pública, lo cual no lo ha podido llevar a cabo la misma E.E.C.

### Cuadro No. 56

Introducción al puesto recibida por la Supervisora de auxiliar de salud al entrar a trabajar en la E.E.C.

<b>INTRODUCCION AL PUESTO RECIBIDA</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	7	77.77
No	2	22.22
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 51

Al formar parte la Supervisora de auxiliar de salud como personal de la E.E.C. en la Secretaría de Salud, el Nivel Jurisdiccional se responsabiliza que la Supervisora reciba un curso de introducción al puesto para facilitar la función de sus servicios comunitarios. Por consiguiente el Cuadro resalta que un 77.77% de las Supervisoras opinan que recibieron el curso. Esto nos habla que la mayoría de ellas conocerán el manejo y la estructuración de la E.E.C. en las zonas donde trabajarán.

### Cuadro No. 57

Nivel de atención de salud en que ha trabajado la Supervisora de auxiliar de salud antes de laborar en la E.E.C.

NIVEL DE ATENCION	Fo.	%
Primer nivel	0	0
Segundo nivel	3	33.33
Tercer nivel	0	0
Ningún nivel	6	66.66
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 51

Así como se mencionó en el Cuadro anterior sobre una de las características más que pide la E.E.C. a su personal que entra a laborar como Supervisora de auxiliar de salud, es la de tener un año mínimo de experiencia en Salud Pública para un mejor desempeño de sus actividades comunitarias; así vemos en el Cuadro un 66.66% de las Supervisoras no habían laborado en ninguno de los niveles de atención antes de ingresar a la E.E.C. y un 33.33% habían trabajado antes en el nivel hospitalario. Esto refleja que la S.S.A. contrata a su personal con el fin de cumplir o alcanzar sus objetivos propios de la E.E.C. y sin embargo la calidad de la atención queda en un segundo plano.

### Cuadro No. 58

Frecuencia de tiempo que recibe cursos formales la Supervisora de auxiliar de salud por parte de la Jurisdicción Sanitaria No. 2

TIEMPO	Fo.	%
Cada mes	3	33.33
Cada tres meses	2	22.22
Cada seis meses	4	44.44
Cada año	0	0
Nunca ha recibido	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 51

Al tener la Jurisdicción Sanitaria la coordinación operativa de los módulos, una de sus políticas es la capacitar constantemente a su personal laboral; así el Cuadro muestra que exactamente el total de las Supervisoras que corresponde a un 100% son capacitadas constantemente, y que les sirve para involucrar más al personal al Nivel Comunitario de acuerdo a las políticas señaladas en los programas nacionales de salud.

**Cuadro No. 59**

Salario que percibe la Supervisora de auxiliar de salud mensualmente

<b>SALARIO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
\$1,500	2	22.22
\$1,800	1	11.11
\$2,400	0	0
Más de \$2,500	6	66.66
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 51

El salario que cualquier persona recibe por sus servicios es de importancia en términos de status y reconocimiento social. En el Cuadro observamos que el 66.66% de las Supervisoras reciben más de \$2,500 mensuales, el 22.22% \$1,500 y el 11.11% menos de \$1,500. Cabe señalar que dentro de la E.E.C. las Supervisoras reciben el salario de acuerdo a una relación entre insumo y sus resultados de trabajo anuales. Esto es por un comentario expuesto por el Coordinador Médico que tiene a cargo la E.E.C. en la Jurisdicción Sanitaria No. 2.

### Cuadro No. 60

Opinión de las Supervisoras de auxiliar de salud sobre el apoyo de gastos de pasajes

GASTOS DE PASAJES	Fo.	%
Suficientes	3	33.33
Insuficientes	6	66.66
Más de lo que esperaba	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 51

Los servicios de Salud Reproductiva a través de la Jurisdicción Sanitaria deben de proporcionar un apoyo de gastos de pasajes a las Supervisoras para que puedan trasladarse a cada una de sus comunidades de acuerdo a su programación de visitas. El Cuadro muestra que el 66.66% de las Supervisoras opinan que los gastos de pasajes que les son brindados son insuficientes. Cabe señalar que a pesar de no tener cifras exactas del apoyo económico, la coordinación directa que existía del pasante de la L.E.O. con la Supervisora, los gastos que ella percibía si eran suficientes a pesar de que ellas mencionan que realizan más de dos visitas al mes.

**Cuadro No. 61**

Frecuencia de visitas que realiza la Supervisora de auxiliar de salud a sus comunidades

<b>VISITAS</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
1 vez	0	0
2 veces	7	77.77
3 veces	2	22.22
4 veces o más	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 51

Una de las normas que implementa la E.E.C. para las Supervisoras, es que visiten dos veces por mes a las comunidades del módulo a su cargo. El Cuadro muestra que el 77.77% de las Supervisoras visitan dos veces a su comunidad por mes y el restante realizan la visita tres veces, lo cual en principio es bueno; pero contrastándolo con el Cuadro 26 de la Cédula No.1 donde la mayoría de las Auxiliares opinan que la Supervisora las visita 1 vez al mes, se comprueba que no es tan veraz la opinión de las Supervisoras.



**Cuadro No. 62**

Tiempo que permanece la Supervisora de auxiliar de salud en las comunidades

<b>TIEMPO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
1 hora	0	0
2 horas	0	0
3 horas	1	11.11
Más de 4 horas	8	88.88
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: *ibidem* Cuadro No 51

La jornada laboral de la Supervisora de auxiliar de salud dentro de la E.E.C. es de 8 hr al día, sin embargo, este horario no se puede llevar a cabo porque el personal de supervisión va a laborar de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de la Auxiliar de Salud, por el motivo de que ésta es una persona voluntaria. El Cuadro muestra que el 88.88% de las Supervisoras permanecen más de 4 hr con la Auxiliar; cabe señalar que la Supervisora de acuerdo a lo que se muestra en el Cuadro 27 de la Cédula No. 1 en el que se observa que la mayoría de las Supervisoras utilizan el tiempo de visita sólo para recoger información, pensamos que el tiempo restante podría ser empleado para otras actividades tales como para la capacitación de las Auxiliares de Salud, así como para una mejor organización de sus actividades.

### Cuadro No. 63

Opinión de las Supervisoras de auxiliar de salud sobre el sentirse a gusto realizando sus actividades en la E.E.C.

OPINION	Fo.	%
Si	8	88.88
No	1	11.11
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 51

La mayoría de las Enfermeras que trabajan en la E.E.C. por ser originarias de la misma región pueden tener la posibilidad de trabajar con menor problema de comunicación con la población en general, aún con no contar con la experiencia en trabajo de zona rural; al respecto el Cuadro nos muestra que el 88.88% de las Supervisoras están a gusto realizando sus actividades en la E.E.C. porque se sienten bien al estar en contacto con la gente y pueden así brindarles una atención a sus problemas sociales y de salud.

### Cuadro No. 64

Opinión de las Supervisoras de auxiliar de salud sobre el funcionamiento de la E.E.C. en sus comunidades a cargo

<b>OPINION SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA E.E.C.</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
Si	8	88.88
No	1	11.11
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No 51

Con base en la experiencia de trabajo de cada una de las Supervisoras, el 88.88% de ellas opinan que sí ha funcionado la E.E.C. en sus módulos de trabajo, fundamentado por el aumento de la afluencia de usuarias en los programas de Planificación Familiar y Control Prenatal y un 11.11% que corresponde a una sola Supervisora que opina que no ha funcionado por la falta de recursos humanos y materiales. Sin embargo, contrario a esta opinión de los servicios que proporciona la Supervisora no se llevan de una manera ordenada y sistemática, ya que se observa en la mayoría de los cuadros anteriores irregularidades en diversas actividades de la Supervisora y Auxiliar de Salud. Esto nos lleva a pensar que para la E.E.C. muchas veces su mayor prioridad es la cantidad de afluencia de usuarias reflejada con números sin importar que la calidad también va incluida.

## Cuadro No. 65

Permisos solicitados por la Supervisora de auxiliar de salud en el año en curso para ausentarse de su módulo

PERMISOS EN EL AÑO	Fo.	%
Una vez	2	22.22
Dos veces	1	11.11
Tres veces	1	11.11
Cuatro veces	1	11.11
Más de cuatro veces	0	0
Ninguna	4	44.44
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 51

Observando la cantidad de permisos solicitados por las Supervisoras a la Jurisdicción Sanitaria, se ve que no hay un alto índice de solicitud de éstos. Un 55.55% de ellas han faltado de una vez a cuatro veces a su trabajo y un 44.44% restante no han pedido ningún permiso; esto refleja que aparentemente cumplen con sus asistencia laboral en su área de trabajo.

## VII. CONCLUSIONES

Es importante recalcar que han sido múltiples y muy variados los esfuerzos que en materia de salud se refieren a la zona rural, ya que el Gobierno Mexicano ha realizado esfuerzos crecientes para atender a las poblaciones más desprotegidas que generalmente habitan en localidades pequeñas y ubicadas en zonas rurales.

Estos esfuerzos se han visto reflejados en el Programa de Extensión de Cobertura (P.E.C.) , Programa Comunitario Rural (P.C.R.) y más reciente en la Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.).

El logro del servicio de Planificación Familiar dentro de la E.E.C. se basa en la participación constante de cada uno del personal que interviene dentro de ella, siendo estos: la Auxiliar de Salud, Supervisora de auxiliar de salud, pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (P.L.E.O) y primordialmente las usuarias del mencionado servicio.

A lo largo de esta investigación encontramos los factores que influyen para no alcanzar el éxito total de la E.E.C. como es, la aceptación de la Auxiliar de Salud, el que no reciba una capacitación previa al ingresar a trabajar como Auxiliar y así no satisfacer las necesidades y requerimientos que demandan las usuarias, ser presentada sólo con algún personal ó Institución de salud mientras se marca que debe ser con todo el personal de salud y municipal que abarca el módulo, no contar con el material y recursos idóneos para dar la atención y además la proporción de material anticonceptivo por parte de la Supervisora es de acuerdo al número de usuarias sin tomar en cuenta los imprevistos.

Al proporcionar los métodos anticonceptivos a sus usuarias las Auxiliares opinan que dan el que se les pide y menos de la mitad proporciona el anticonceptivo conjuntamente con una orientación; hay que tomar muy en cuenta que mientras la Auxiliar no esté bien capacitada no será posible que ella informe como lo marca la Norma de Planificación Familiar. Aunque el pasante sea el responsable al 100% de la capacitación de la Auxiliar, se observa que al comenzar nuevos pasantes el servicio social, no hay un proceso de información suficiente acerca de los temas ya abordados como educación para la salud en

Planificación Familiar, por lo que en ocasiones puede ser repetitivo para las mujeres de la comunidad perdiéndose el interés; pero no todo recae en él, sino también en la Supervisora, porque de ella depende en buena medida el éxito de los programas en zonas rurales, sin embargo, con las respuestas obtenidas de las Auxiliares, ellas realizan sólo una visita al mes a la comunidad y la mayoría del tiempo de visita lo ocupa para recolectar información de todo el mes en la comunidad.

Muchas veces los patrones culturales influyen en la aceptación del uso de los métodos anticonceptivos en zonas rurales donde se acentúan más los valores morales y creencias religiosas. Sin embargo, el total de usuarias de la muestra son católicas, opinando la mayoría de ellas que los métodos anticonceptivos son buenos, considerando así que están conscientes de la utilización de éstos para planificar la familia. La edad que predomina en ellas es de 25 a 35 años y una menor parte cursa con una vida sexual en edad de riesgo reproductivo, como presentar embarazos no deseados y de alto riesgo asociados a una morbi-mortalidad materno-infantil. Por otra parte el método anticonceptivo más usado por las usuarias son las pastillas; es necesario hacer incapié que el tiempo de uso de los anticonceptivos es corto, por usuarias nuevas que ingresan al servicio o porque las usuarias activas cambian constantemente el uso del anticonceptivo, esto da lugar a que la mayoría de las Auxiliares sólo dan el anticonceptivo sin orientar los efectos colaterales que traen consigo. Si bien es importante decir que la mayoría no recomiendan el uso del Dispositivo Intrauterino (D.I.U.) porque este método está fuera del servicio de Planificación Familiar en la E.E.C., exclusión que no contempla la normatividad del Sector Salud y de la Dirección General de Salud Reproductiva.

De acuerdo a la población total que se obtuvo de ambos módulos estudiados, aún no es suficiente la cantidad de usuarias que utilizan los métodos anticonceptivos, lo cual refleja la responsabilidad y reto que enfrenta el servicio de Planificación Familiar a implementar nuevas estrategias para mejorar estas cifras, hay que tomar en cuenta que también interfieren Instituciones de salud particulares y Centros de Salud de la misma Secretaría de Salud de Michoacán (S.S.M.) en la capacitación de usuarias en el control de la fecundidad, mismas que no son captadas por la E.E.C. y por lo tanto no se reflejan en las gráficas. Cabe señalar también, conforme a la gráfica de natalidad a nivel estatal se presenta una disminución gradual de nacimientos por año, comparado con la

población total de los módulos, uno presenta una tendencia baja de población de un año a otro en comparación del otro módulo, esto puede ser reflejo de los motivos antes mencionados.

Respecto a la desempeño del P.L.E.O. se observa que con su presencia hay un aumento de la afluencia de usuarias en el servicio de Planificación y al ser éste el encargado de capacitar a la Auxiliar y realizar todas las actividades a su cargo, la Auxiliar tuvo un mejor desempeño con el pasante que con la Supervisora en sus labores dentro de las comunidades y así las Auxiliares junto con las usuarias opinan que el pasante tiene los conocimientos necesarios para realizar su trabajo.

A pesar de no contar con un objetivo específico acerca de conocer el desempeño de la Supervisora en la modificación de la afluencia de usuarias en el servicio de Planificación Familiar; con el conjunto de datos obtenidos definimos que la E.E.C. no utiliza un control para determinar los avances en las actividades que realizan las Supervisoras, principalmente en lo referente a la capacitación teórico-práctica de la Auxiliar, ya que identificamos acciones que obstaculizan esta actividad disminuyendo los avances y rendimiento de cada Auxiliar de Salud; así por la falta de calidad en los servicios y actividades prestados por la Supervisora, esto conllevará al problema de no poder atender a las necesidades y demandas de la población que en materia de Planificación Familiar se refieren.

Al hacer la evaluación de los resultados comprobamos que la E.E.C. no responde a las necesidades reales de información para apoyar la oportuna toma de decisiones de su personal operativo, por lo que no sólo se debe enfocar a comparar los objetivos de los resultados, sino también a describir y analizar la forma en que fueron alcanzados, lo cual indudablemente requiere de incorporación de técnicas e indicadores de tipo cuantitativo y cualitativo. Con estos factores determinados para que la E.E.C. tenga un mayor funcionamiento dentro de las zonas rurales necesita tener personal de alta calidad o que tenga especialidad en Salud Pública o en Enfermería Perinatal en el caso de las Supervisoras, ya que cuando interviene la colaboración del P.L.E.O. es cuando hay un mejor desempeño en el autocuidado de la salud de las poblaciones que integran los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza.

Es importante mencionar por último que estos factores pueden servir de parámetro tanto a los niveles operativos (Central, Estatal, Jurisdiccional, Modular

y Comunitario) como para las generaciones posteriores interesadas en hacer su servicio social dentro de la E.E.C., ya que genera información valiosa y suficiente que permite formular acciones que contribuyan a la corrección oportuna de desviaciones y al logro de mejores resultados dentro de la Planificación Familiar.



## VIII. SUGERENCIAS

De acuerdo a nuestras experiencias vividas dentro del servicio social y a los resultados obtenidos en esta investigación, sugerimos algunos puntos que pueden servir como solución a cada uno de los problemas encontrados como son:

1. Identificar las necesidades y demandas de cada una de las poblaciones que integran cada módulo, para poder seleccionar a la persona adecuada que funcione como Auxiliar de Salud, con el fin de que pueda responder a cada una de las actividades que tenga que desempeñar. Esta Auxiliar tendrá que ser seleccionada como lo norma la E.E.C. y no solamente por la Supervisora de auxiliar de salud.
2. El Nivel Jurisdiccional debe llevar a cabo actividades de supervisión continuamente a los Niveles operativos Modular y Comunitario de la E.E.C., con el propósito de mejorar la calidad en los servicios que proporciona el personal que labora en él, para fortalecer los objetivos de la E.E.C. en todos sus aspectos.
3. El Nivel Jurisdiccional debe llevar a cabo cursos de capacitación sobre funciones y actividades que se realizan a Nivel Comunitario con el propósito de fortalecer la preparación y desenvolvimiento dentro de las comunidades de cada una de las Supervisoras de auxiliar de salud.
4. Generar lazos de comunicación de los Niveles operativos Modular y Comunitario de la E.E.C. con las autoridades locales, municipales y Unidades de Salud públicas, sociales y privadas de cada módulo para desarrollar actividades orientadas a favorecer el cambio de actitud y de comportamiento hacia la Planificación Familiar por parte de la población, a través de la difusión permanente de mensajes, pláticas y otras actividades específicas con el fin de ampliar la cobertura y la calidad de los servicios comunitarios de salud y de Planificación Familiar.
5. Proporcionar el material anticonceptivo a la Auxiliar de Salud continuamente para que tenga la posibilidad de ofrecer servicio a toda la población solicitante que acuda con ésta, previendo los casos de usuarias nuevas a fin de garantizar en forma permanente la prestación del servicio de Planificación Familiar de la E.E.C.

6. Fomentar a todo el personal que labora en el Nivel Modular y Comunitario de la E.E.C., el fortalecer y ampliar las acciones para continuar la prevalencia del uso de la metodología anticonceptiva (recomendada por la Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar) por parte de las poblaciones rurales, de acuerdo a sus percepciones y preferencias; manteniendo siempre un proceso de información que garantice el manejo y uso correcto de cada método anticonceptivo.
7. Diseñar estrategias especiales para ofrecer servicios de diagnóstico y prevención (papanicolaou, examen pélvico y de mama) continuamente en las poblaciones rurales como procedimiento a realizar en la prescripción de la metodología anticonceptiva, para consolidar y fomentar la oferta de servicios de calidad en Planificación Familiar.
8. Establecer en la E.E.C. un patrón de supervisión y evaluación para identificar las demandas, problemas y necesidades en servicio de la Supervisora de auxiliar de salud, con el propósito de que esta tenga un mayor desempeño o desenvolvimiento en cada uno de sus módulos, con el fin de que llegue a la aplicación total de sus actividades dentro del servicio de Planificación Familiar.
9. Definir un área responsable a Nivel Estatal y Jurisdiccional que se encargue de fortalecer el sistema de abasto y apoyo logístico para asegurar la disponibilidad de servicios e insumos de cada Auxiliar de Salud.
10. Reunir en el Nivel Jurisdiccional a la Supervisora de auxiliar de salud y al pasante de la L.E.O. con la finalidad de identificar obstáculos que influyan en las relaciones laborales que desempeñan en las comunidades y que puedan afectar el logro de la E.E.C. en zonas rurales.
11. Que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia establezca como norma a los pasantes que realicen el servicio social en la E.E.C. la elaboración de un diagnóstico de salud o situacional que identifique los factores de riesgo estructurales, programáticos y socioculturales que influyen o condicionan obstáculos para desarrollar cada una de las actividades que el pasante desempeña en sus módulos asignados

## BIBLIOGRAFIA

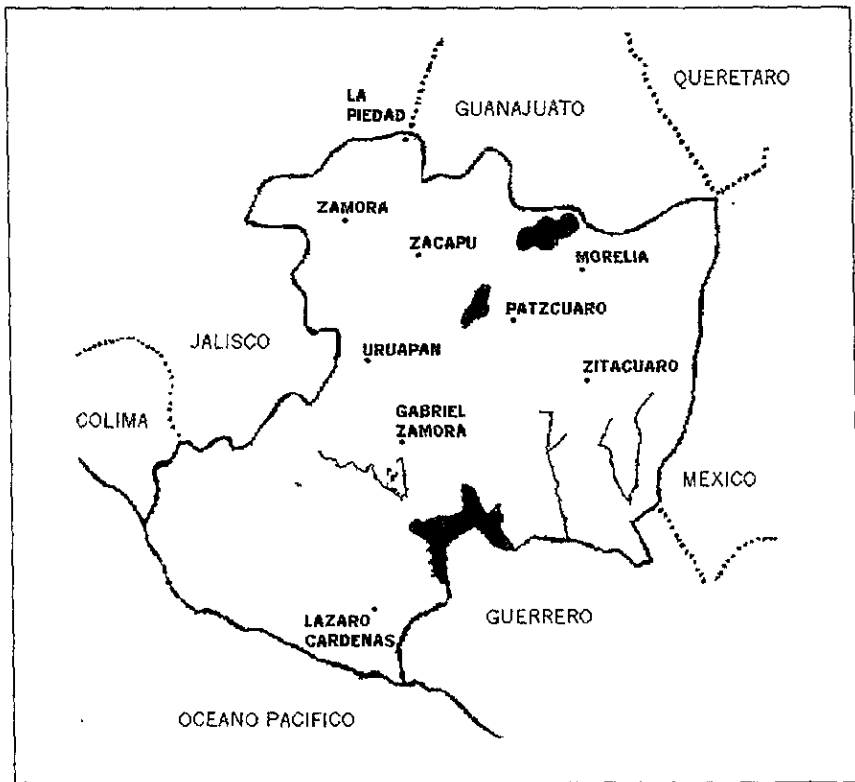
- AGUIRRE, Beltran Gonzálo. Antropología. Ed. Edicupes. México, 1986. 312 pp.
- ALVAREZ, Alba Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva.  
Ed. El Manual Moderno. México, 1991. 391 pp.
- BALSEIRO, Almairo Lasty. Investigación en Enfermería.  
Ed. Acuario. México, 1991. 225 pp.
- CAJA, López Carmen. Enfermería Comunitaria. Ed. España, 1993. 368 pp.
- Diccionario de la Lengua Española. Ed. Sevisa. Colombia, 1995. 791 pp.
- ELAYNE, N. Gary. La Salud y la Sexualidad. Ed. Lidium. México, 1991. 226 pp.
- ENEO-UNAM. Programa Operativo del Convenio específico de colaboración  
ENEO-DGSR. Junio, 1996. 11 pp.
- ESPENCER, Paul. Anticonceptivos Hoy. 2º ed. Ed. Trillas. México, 1992. 200 pp.
- EYSSA, Tier de la More. Metodología de la Investigación.  
Ed. Ecasa. México, 1993. 177 pp.
- GALLY, Esther. Sexualidad Humana y Planificación Familiar. 2º ed.  
Ed. Pax México, 1990. 190 pp.
- GOMEZJARA, Francisco. Sociología. 12º ed. Ed. Porrúa. México, 1990. 472 pp.
- GOMEZJARA, Francisco. Salud Comunitaria. 2º ed.  
Ed. Porrúa. México, 1992. 729 pp.
- HERNAN, San Martín. Tratado general de la salud en las sociedades humanas.  
Salud y Enfermedad. Ed. La prensa médica. México, 1998. 368 pp.

- HERNANDEZ, Rojas Efrén. Tesis. Influencia de la emigración en la atención de Enfermería dentro del Programa de Planificación Familiar, en el Módulo de Ixtlán de los hervores, de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 en el Estado de Zamora, Michoacán. UNAM-ENEO. 1997. 158 pp.
- HERNANDEZ, Sanpiery Roberto. Metodología de la investigación. Ed. Interamericana. México, 1995. 505 pp.
- KREIMERMAN, Norma. Métodos de investigación para tesis y trabajos semestrales. 3° ed. Ed. Trillas. México, 1990. 132 pp.
- KROEGER, Axel. Atención Primaria de Salud. Ed. Pax. México, 1987. 642 pp.
- Ley General de Salud. Ed. Porrúa. 1992. 1167 pp.
- LOPEZ, Acuña Daniel. La Salud Desigual en México. 9° ed. Ed. Siglo XXI. México, 1993. 247 pp.
- LOPEZ, María de la Paz. Población y Salud. Cuadernos de salud. Cuaderno No.4. México, 1994. 61 pp.
- MENDEZ, Ramírez Ignacio. El protocolo de investigación. Ed. Trillas. México, 1986. 210 pp.
- OLAZABAL, Ulacia Juan Carlos. Manual de sexualidad en atención primaria. Ed. Amarú. España, 1990. 142 pp.
- PISCK, Susan. Cómo investigar Ciencias Sociales. 5ª ed. Ed. Trillas. México, 1994. 160 pp.
- ROJAS, Soriano Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. 8° ed. Ed. UNAM. México, 1985. 280 pp.
- S.S.A. Cuaderno Técnico de capacitación. No.12. Capacitación a Auxiliares de Salud en la E.E.C. 1991. 160 pp.
- S.S.A. Cuaderno Técnico de la Auxiliar. No.7. Actividades de la Auxiliar de Salud en la E.E.C. 1991. 85 pp.

- S.S.A. Cuaderno Técnico de Planificación Familiar. No.1. El Coordinador médico Jurisdiccional dentro del Programa de Planificación Familiar. 1991. 110 pp.
- S.S.A. Cuaderno Técnico de Supervisión. No.6. Actividades de la Supervisora de auxiliar de salud en la E.E.C. a Nivel Modular. 1991. 80 pp.
- S.S.A. Dirección General de Extensión de Cobertura. Estrategia de Extensión de Cobertura. 1998. 183 pp.
- S.S.A. Dirección General de Salud Reproductiva. Análisis de la situación del Programa de Planificación Familiar según datos de la encuesta de Planificación Familiar 1995. CONAPO. México, Octubre de 1995.
- S.S.A. Habilidades de supervisión en la Estrategia de Extensión de Cobertura para supervisoras de auxiliares de salud. 1992. 96 pp.
- S.S.A. I. Reunión Nacional. Salud y enfermedad en el medio rural. México, 1991. 482 pp.
- S.S.A. La partera tradicional en la atención materno-infantil en México. México, 1994. 273 pp.
- S.S.A. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. (NOM-005-SSA2-1994) Mayo 1994. 66 pp.
- S.S.A. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Mayo, 1995. 36 pp.
- TENA, Suck Edgar Antonio. Elaboración de Tesis. Ed. Plaza y Valdez México, 1996. 82 pp.

**HEMEROGRAFIA**

- ALVAREZ, Manilla J.M. "Atención Primaria a la Salud".  
Salud Pública de México. Vol.30 No.5 SEP-OCT. México, 1988. p. 33-35.
- GONZALEZ, Fernández José Antonio. "Análisis de la Ley General de Salud"  
Salud Pública de México. Vol.26 No.6 NOV-DIC. México, 1990. p. 524.
- HERKLOTS, Bárbara. "Planificación Familiar". ORGYN.  
Vol.6 No.1 Enero, 1995. p.2-5.
- MICHEL, Marco Antonio. "Factores socioculturales de la salud en México".  
Salud Pública. Vol.28 No.3 México, 1992. p.82.
- POMBO, Gordillo Edmundo. "Reflexiones sobre la enfermedad y el padecer  
Humanos". Revista Médica IMSS. Vol.33 No.4 México, 1995. p.7.
- RUIZ, Massieu José Francisco "El derecho a la protección de la salud  
y responsabilidad del Estado". Salud Pública de México.  
Vol.27 No.1 ENE-FEB. México, 1985.
- S.S.A. Boletín de Salud Reproductiva. Año 1 No.1 SEP-OCT. 1996.

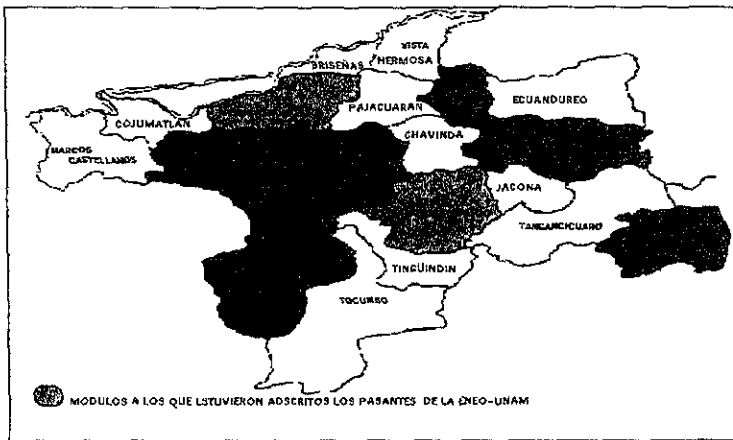
**ANEXO No.1****MAPA No.1****Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Michoacán**

Fuente: Departamento de Enseñanza de la D.G.S.R. de la Ciudad de Morelia, Michoacán.

## ANEXO No.2

## MAPA No.2

Ubicación de lo módulos de la E.E.C. pertenecientes a la  
Jurisdicción Sanitaria No.2 Zamora, Michoacán.



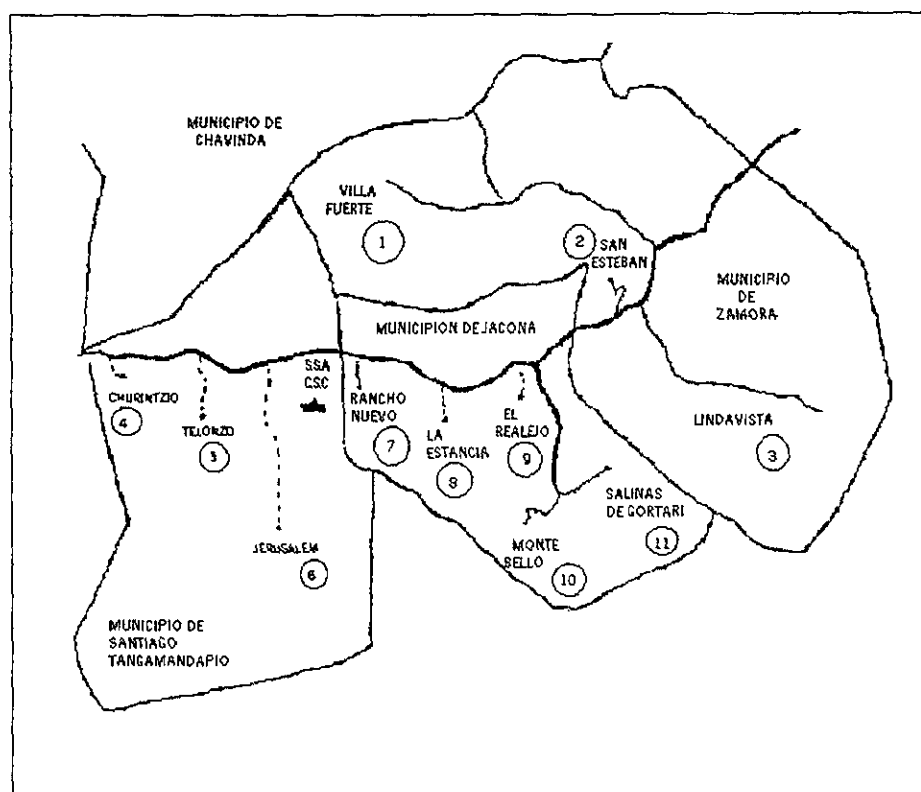
Fuente: Departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria No.2 Zamora, Michoacán



## ANEXO No.3

## MAPA NO.3

Comunidades del módulo de Santiago Tangamandapio de la E.E.C. pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No.2 Zamora, Michoacán.

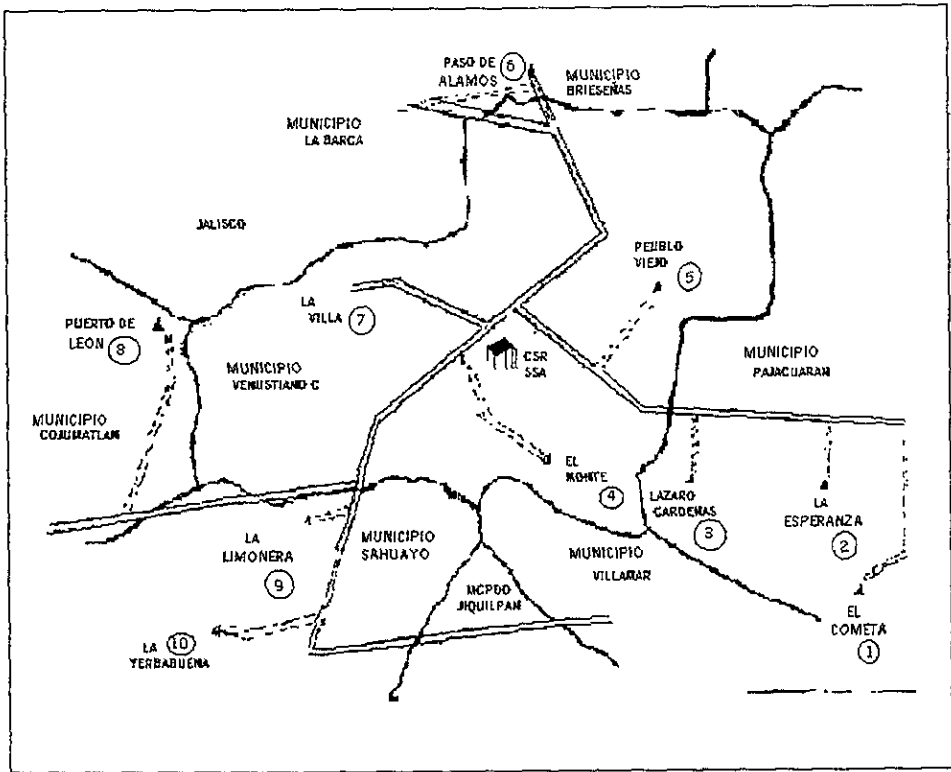


Fuente: Plan de Trabajo del pasante de la l.ic. en Enfermería y Obstetricia 97-98.

## ANEXO No.4

## MAPA No.4

Comunidades del módulo de Venustiano Carranza de la E.E.C. pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No.2 Zamora, Michoacán.



Fuente: Plan de Trabajo del pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia 97-98.

**Anexo No. 5**

ZAMORA, MICHOACAN 1998

CEDULA No.1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 DIRECCION GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA  
 SECRETARIA DE SALUD

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**OBJETIVO:** Esta encuesta tiene como finalidad recabar información referente a la atención que proporciona la Auxiliar de salud, para fines exclusivos de investigación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Módulo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Antigüedad en la E.E.C. \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo fué seleccionada para prestar sus servicios como Auxiliar de Salud?
  - a) Por la comunidad
  - b) Por la Supervisora de auxiliar de salud
  - c) Por las autoridades de la comunidad
  
2. Cuando usted fué contratada ¿Le dieron introducción al puesto de Auxiliar de Salud?
  - a) Si
  - b) No
  
3. ¿Fue capacitada previamente para trabajar como Auxiliar de Salud?
  - a) Si
  - b) No
  
4. Tipo de Institución y personal al cual se le presentó como Auxiliar de Salud al inicio de su trabajo
  - a) Centro de Salud
  - b) Autoridades locales y Municipales
  - c) Comité de Salud
  - d) Jurisdicción Sanitaria No. 2
  - e) Comunidad
  - f) Ninguna
  - g) Todas
  
5. Cuando usted empezó a trabajar como Auxiliar de Salud ¿Le proporcionaron el maletín con equipo y material necesario?
  - a) Si
  - b) No
  
6. ¿Qué tiempo tarda la Supervisora de auxiliar de salud para proporcionarle medicamento y material de Planificación Familiar?
  - a) Cada mes
  - b) Cada 3 meses
  - c) Cada año
  
7. El material de promoción de Planificación Familiar como folletos, carteles, rotafolios ¿Cada cuánto se lo proporcionan?
  - a) Cada mes
  - b) Cada año
  - c) En campaña
  - d) Nunca le han dado

- 8 El material que le proporcionan de Planificación Familiar es de acuerdo a:
- a) Al número de usuarias sin considerar imprevistos      b) Sin límite      c) Insuficiente
- 9 Cuando la visitan las usuarias de Planificación Familiar para recoger el método de su elección por primera vez ¿Qué realiza usted?
- a) Les proporciona el método que ellas desean      b) Les proporciona orientación y dice que método les conviene
- c) Usted les escoge que método de Planificación Familiar sin ninguna orientación.
- 10 ¿Cuál es el método de Planificación Familiar que sus usuarias utilizan con más aceptación?
- a) Pastillas      b) Inyección      c) Condón      d) DIU
- e) Todos
11. Usted al proporcionar el método de Planificación Familiar tiene prioridad por:
- a) Usuarias de 15 a 20 años      b) Usuarias mayores de 20 años
- c) Usuarias casadas      d) A quien pida el método de Planificación Familiar sin importar la edad ni el estado civil
12. Cuando usted proporciona los métodos anticonceptivos a sus usuarias activas ¿Cómo los da?
- a) Se los lleva a su casa      b) Las usuarias acuden a la casa de la Auxiliar de Salud
- c) Los envía con cualquier otra persona
- 13 De acuerdo a su opinión o religión el uso de los métodos anticonceptivos son:
- a) Buenos, y los deben utilizar todas las personas      b) Malos, porque no los permite la religión
- 14 ¿Cada cuánto recibe usted la visita de la Supervisora de auxiliar de salud?
- a) Una vez al mes      b) Dos veces al mes      c) Más de dos veces al mes
- 15 Cuando la visita la Supervisora de auxiliar de salud ¿Qué funciones realiza con usted?
- a) Pláticas de Planificación Familiar      b) Recoge solamente información
- c) Visitan a las usuarias de Planificación Familiar      d) Realiza todas las actividades
- f) No realiza ninguna
- 16 ¿Cuántas veces recibe usted la visita del pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM?
- a) Una vez al mes      b) Dos veces al mes      c) Más de dos veces al mes

17. Cuando la visitan los pasantes de la Lic. en Enfermería y Obstetricia ¿Qué funciones realiza con usted?
- a) Pláticas de Planificación Familiar
  - b) Recoge solamente información
  - c) Visitan a las usuarias de Planificación Familiar
  - d) Realiza todas las actividades
  - F) No realiza ninguna
18. ¿Con quién siente usted que hay más oportunidad de practicar los conocimientos aprendidos?
- a) Pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia
  - b) Supervisora de auxiliar de salud
  - c) Los dos por igual
19. ¿Cree usted que el pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM tiene los conocimientos suficientes para atender a las usuarias?
- a) Si
  - b) No
20. De acuerdo a lo que usted ha observado ¿Quién tiene más aceptación por parte de las usuarias?
- a) Pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia
  - b) Supervisora de auxiliar de salud
  - c) Los dos por igual

**¡GRACIAS POR SU COLABORACION!**

**Anexo No. 6**

ZAMORA, MICHOACAN 1998

CEDULA No. 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 DIRECCION GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA  
 SECRETARIA DE SALUD

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

OBJETIVO: Esta encuesta tiene como finalidad recabar información de acuerdo a la opinión de las usuarias de Planificación Familiar, referente a la atención que proporciona la Auxiliar de Salud, Supervisora de auxiliar de salud, y pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia, para fines exclusivos de investigación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Módulo: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_  
 Edo. Civil: \_\_\_\_\_ Método anticonceptivo que usa: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de uso del anticonceptivo: \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo supo usted que existía la Auxiliar de Salud en su comunidad?
  - a) Por la vecina
  - b) Porque la visitó la Auxiliar de Salud
  - c) Por medio de una reunión en la comunidad
2. Usted ha visto si la Auxiliar de Salud tiene contacto o colabora con el Centro de Salud y el Comité de Salud?
  - a) Si
  - b) No
3. ¿Cree usted si la Auxiliar de Salud está capacitada para prestar este servicio?
  - a) Si
  - b) No
4. ¿Le ha proporcionado información la Auxiliar de Salud sobre Planificación Familiar?
  - a) Si
  - b) No
5. Cuando usted acude por su método anticonceptivo la Auxiliar de Salud ¿Se lo proporciona gratuitamente?
  - a) Si
  - b) No
6. ¿Se encuentra la Auxiliar de Salud en su casa constantemente ofreciendo el servicio que proporciona?
  - a) Si
  - b) No
7. ¿La Auxiliar de Salud ha colaborado con la comunidad para realizar acciones para prevenir, conservar y mejorar su salud?
  - a) Si
  - b) No

8. Cuando la visita la Auxiliar de Salud ¿Le proporciona información u orientación sobre Planificación Familiar?  
a) Si b) No
9. Cuando la visita el pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia ¿Le proporciona orientación sobre Planificación Familiar?  
a) Si b) No
10. De acuerdo a su opinión ¿Con quién tiene la Auxiliar de Salud más practica de trabajo?  
a) Pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia b) Supervisora de Auxiliar de Salud  
c) Los dos por igual

11. ¿Qué opina sobre el uso de los métodos anticonceptivos?

---

---

---

12. Para usted ¿Qué es la Planificación Familiar?

---

---

---

**¡GRACIAS POR SU COLABORACION!**

**Anexo No. 7**

ZAMORA, MICHOACAN 1998

CEDULA No.3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 DIRECCION GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA  
 SECRETARIA DE SALUD

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

OBJETIVO: Esta encuesta tiene como finalidad obtener información referente a la Supervisora de auxiliar de salud, para fines de investigación

Nombre: \_\_\_\_\_ Módulo: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Antigüedad en la E.E.C.: \_\_\_\_\_  
 Edo. Civil: \_\_\_\_\_ Residencia \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuáles fueron los requisitos que se le pidieron para laborar dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura como Supervisora de auxiliar de salud?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
2. Cuando usted entró a trabajar como Supervisora de auxiliar de salud ¿Se le dio una introducción al puesto?  
 a) Si b) No
3. Mencione ¿En qué nivel de atención había trabajado antes de entrar a laborar en la Estrategia de Extensión de Cobertura?  
 a) Primer Nivel de atención b) Segundo Nivel de atención  
 c) Tercer Nivel de atención d) En ningún Nivel de atención
4. ¿Cada cuánto recibe cursos formales por parte de la Junsdicción Sanitaria No. 2 de Zámora?  
 a) Cada mes b) Cada tres meses c) Cada seis meses  
 d) Cada año e) Nunca ha recibido
5. Aproximadamente ¿Cuál es el salario que percibe mensualmente?  
 a) \$ 1,500 b) \$ 1,800 c) \$ 2,400 d) Más de \$ 2,500
6. De acuerdo a sus visitas comunitarias considera que el apoyo para gastos de pasajes son  
 a) Suficientes b) Insuficientes c) Más de lo que esperaba
7. ¿Cuántas visitas realiza usted a las comunidades de su módulo mensualmente?  
 a) Una vez b) Dos veces c) Tres veces d) Cuatro veces o más



8. ¿Cuál es el tiempo que permanece con la Auxiliar de salud?  
a) Una hora      b) Dos horas      c) Tres horas      d) Más de cuatro horas
9. Se siente usted a gusto realizando sus actividades en la Estrategia de Extensión de Cobertura?  
a) Si      b) No  
¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. A consideración suya ¿Cree usted que ha funcionado la Estrategia de Extensión de Cobertura en sus comunidades?  
a) Si      b) No  
¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿Cuántos permisos solicitó usted en el año en curso para ausentarse de su módulo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¡GRACIAS POR SU COLABORACION!**



## Anexo No. 8

## Cuadros del estudio exploratorio

Cuadro No. 1

Cantidad de usuarias activas y nuevas del servicio de Planificación Familiar del año de 1993 de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Zamora, Michoacán.

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Modulo												
Santiago Tangamandapio	227	233	234	252	208	209	212	213	219	21	268	274
Venustiano Carranza	9	9	9	18	6	5	5	9	10	17	24	11
	236	242	243	270	214	214	217	222	229	38	292	285
	6	6	3	8	13	0	12	12	4	6	5	1



 Usuaría Activa  
 Usuaría Nueva

Fuente: Informe Jurisdiccional anual elaborado por el Departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Zamora, Michoacán.

Cuadro No. 2

Cantidad de usuarias activas y nuevas del servicio de Planificación Familiar Del año de 1994 de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Zamora, Michoacán.

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Módulo												
Santiago Tangamandapio	283	291	298	246	283	280	280	295	222	188	225	299
Venustiano Carranza	10	5	7	7	6	14	6	10	10	3	5	18
	293	296	305	253	289	294	286	305	232	191	230	317
	0	7	0	1	1	10	4	0	12	17	0	5



 Usuaría Activa  
 Usuaría Nueva

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1

**Cuadro No. 3**

Cantidad de usuarias activas y nuevas del servicio de Planificación Familiar del año de 1995 de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Zamora, Michoacán.

Módulo \ Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Santiago	306	321	316	303	305	294	312	302	241	231	222	208
Tangamandapio	7	8	0	15	9	4	15	9	7	7	7	7
Venustiano Carranza	27	31	44	49	58	34	15	15	16	195	200	203
	6	8	16	11	10	8	2	8	18	7	17	6



 Usuaria Activa  
 Usuaria Nueva

Fuente: *Ibidem* Cuadro No. 1

**Cuadro No. 4**

Cantidad de usuarias nuevas y activas del servicio de Planificación Familiar del año de 1996 de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Zamora, Michoacán.

Módulo \ Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Santiago	237	219	226	222	244	216	221	212	246	234	195	198
Tangamandapio	13	12	5	9	16	16	9	14	7	14	22	7
Venustiano Carranza	231	245	246	258	255	260	276	288	283	313	397	356
	27	19	4	18	3	12	4	20	9	12	34	14



 Usuaria Activa  
 Usuaria Nueva

Fuente: *Ibidem* Cuadro No. 1

**Cuadro No. 5**

Cantidad de usuarias nuevas y activas del servicio de Planificación Familiar del año de 1997 de los módulos de Santiago Tangamandapio y Venustiano Carranza de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Zamora, Michoacán.

Módulo \ Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Santiago Tangamandapio	214	223	223	220	210	224	253	268	263	265	337	350
Venustiano Carranza	339	366	308	392	307	432	429	441	465	481	453	464
	16	11	21	9	18	10	15	18	30	14	4	11

 Usuaría Activa  
 Usuaría Nueva

Fuente: *Ibidem* Cuadro No. 1

**Cuadro No. 6**

Censo poblacional del módulo de Santiago Tangamandapio de sus 10 comunidades a cargo de los años de 1996 y 1997.

Comunidad \ Año	1996	1997
El Realejo	1440	1449
La Estancia	875	835
Telonzo	719	809
Churintzio	591	695
Linda Vista	1461	1625
San esteban	369	325
Salinas de Gortari	590	623
Rancho Nuevo	517	501
Jerusalén	653	652
Villa Fuerte	369	395
Monte Bello		

Fuente: Estudio de regionalización de la Jurisdicción Sanitaria No.2 de Zamora, Michoacán de los años de 1996 y 1997.

**Cuadro No. 7**

Censo poblacional del módulo de Venustiano Carranza de las 10 comunidades a su cargo de los años de 1996 y 1997.

Comunidad \ Año	1996	1997
El Cometa	454	458
Pueblo Viejo	1553	977
Paso de Alamos	1590	1636
La Villa	439	430
Lázaro Cárdenas	630	673
La Esperanza	489	561
El Monte	240	293
La Limonera	573	550
La Yerbabuena	696	713
Puerto de León	248	263

Fuente: *Ibidem* Cuadro No. 6.

**Cuadro No. 8**

Porcentaje de decremento de Natalidad del Estado de Michoacán del año de 1993 a 1997.

Año	1993	1994	1995	1996	1997
%	37.08	35.06	34.5	33	23.57

Fuente: SSM. Departamento de Información y evaluación Morelia, Michoacán.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	1997			1998												1999							
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR			
Conocimiento del área de estudio																							
Planteamiento del problema																							
Estudio exploratorio																							
Investigación bibliográfica																							
Elaboración del protocolo de investigación																							
Revisión del protocolo de investigación																							
Registro del protocolo de investigación																							
Elaboración de Cédulas																							
Aplicación de Cédulas																							
Análisis de resultados del estudio exploratorio																							
Análisis de resultados de las Cédulas																							
Elaboración de conclusiones y sugerencias																							
Entrega de informe final																							
Asesorías																							