

119

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN LA
CAPACITACIÓN DE AUXILIARES DE SALUD RURALES EN HUETAMO-MICHOACÁN

240462

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
Patricia López González



Director de tesis: M.S.P. Sofia del Carmen Sánchez Piña



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

México, D.F. 2001



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.

AGRADECIMIENTOS.

Mi más profundo agradecimiento por el apoyo brindado en la realización de esta tesis.

A mis padres que contribuyeron brindándome su apoyo moral y ejerciendo presión para la realización del trabajo.

A mis hermanos por ayudarme a sonreír cuando más lo necesitaba.

En especial a mi hermano Daniel por ayudarme a mejorar la presentación de la tesis y a la directora de tesis M. S. P. Sofía del Carmen Sánchez Piña por ayudar a dar forma a mis ideas.

AGRADECIMIENTOS.

Mi más profundo agradecimiento por el apoyo brindado en la realización de esta tesis.

A mis padres que contribuyeron brindándome su apoyo moral y ejerciendo presión para la realización del trabajo.

A mis hermanos por ayudarme a sonreír cuando más lo necesitaba.

En especial a mi hermano Daniel por ayudarme a mejorar la presentación de la tesis y a la directora de tesis M. S. P. Sofía del Carmen Sánchez Piña por ayudar a dar forma a mis ideas.

RESUMEN.

Este trabajo fue realizado con la finalidad de detectar necesidades de capacitación de auxiliares de salud rurales, para posteriormente realizar un programa de capacitación y promover el auto cuidado, de esta manera cooperar de alguna manera con el plan de extensión de cobertura por medio de la ejecución de los diversos programas de salud rurales.

Además de que se encontraron diversas situaciones por las cuales las auxiliares de salud no realizan las acciones mencionadas en el paquete básico de salud como son la prevención, control de hipertensión y diabetes mellitus, atención prenatal, del parto y del puerperio etc.

Con el descubrimiento de estas diversas situaciones se pretende dar diferentes alternativas de solución, como son el abastecimiento del material necesario, en este caso el maletín de la auxiliar de salud así como capacitación periódica de las 10 auxiliares de salud en grupo e individualmente.

ÍNDICE GENERAL

	Página
Índice de Cuadros	I
Introducción	1
Capítulo I. Marco referencial	3
Información general	3
Datos demográficos	4
Daños a la salud	4
Información socioeconómica	5
Recursos para la salud	6
Capítulo II. Marco teórico	10
1. Sistema Nacional de Salud	10
1.1 Programa de reforma del sector salud.	14
1.1.1. Programa de ampliación de cobertura.	17
1.2 Paquete básico de servicios de salud.	19
1.3 Atención primaria de salud.	24
1.3.1 Atención primaria orientada a la comunidad.	26
1.3.2 El equipo de atención primaria.	38
1.3.3 El profesional de enfermería en el equipo de salud.	42
2. Capacitación	45
2.1 Factores por considerar antes de la capacitación.	45
2.2 Capacitación basada en las necesidades, riesgo y demanda.	46
2.3 Tipos y planes de capacitación.	47
2.4 Etapas de un programa de capacitación.	48
2.5 Capacitación de la auxiliar de salud.	49
2.6 Capacitación como parte del programa de extensión de cobertura, según el plan nacional de desarrollo.	55
Capítulo III. Diagnóstico de necesidades de capacitación.	58
3. Planteamiento del problema	58
3.1 Por servicio que presta.	62
3.2 En control prenatal.	63
3.3 En la atención del parto.	64

3.4 En la atención del puerperio.	65
3.5 En la planificación familiar.	66
3.6 En la atención al menor de cinco años.	67
3.7 Atención al menor de cinco años, en las infecciones respiratorias.	68
3.8. Atención al menor de cinco años en enfermedades diarreicas agudas.	69
Capítulo IV. Programa de capacitación.	70
4.1 Introducción.	70
4.2 Justificación.	71
4.3 Objetivos.	72
4.4 Programa detallado de actividades.	72
4.5 Actividades desarrolladas en servicio social enfocadas a capacitación de auxiliares de salud	75
Capítulo V. Ejecución.	79
5.1 Factores que intervinieron en la realización del programa establecido.	79
Capítulo VI. Evaluación	81
6.1 Por servicio que presta.	83
6.2 En control prenatal.	84
6.3 En la atención de parto.	85
6.4 En la atención del puerperio.	86
6.5 En la planificación familiar.	87
6.6 En la atención al menor de cinco años.	88
6.7 Atención al menor de cinco años, en las infecciones respiratorias.	89
6.8 Atención al menor de cinco años, en enfermedades diarreicas agudas.	90
Conclusiones	91
Bibliografía referencial.	93
Bibliografía general.	95
Anexo I	98

ÍNDICE DE CUADROS** Diagnóstico de necesidades de capacitación.*

	Página
Cuadro 1 Por servicio que presta	62
Cuadro 2 En control prenatal	63
Cuadro 3 En la atención del parto	64
Cuadro 4 En la atención al puerperio	65
Cuadro 5 En la planificación familiar	66
Cuadro 6 En la atención al menor de cinco años	67
Cuadro 7 Atención al menor de cinco años, en las infecciones respiratorias	68
Cuadro 8 Atención al menor de cinco años, en enfermedades diarreicas agudas	69

** Evaluación*

Cuadro 9 Por servicio que presta	83
Cuadro 10 En control prenatal	84
Cuadro 11 En la atención de partos	85
Cuadro 12 En la atención del puerperio	86
Cuadro 13 En la planificación familiar	87
Cuadro 14 En la atención al menor de cinco años	88
Cuadro 15 Atención al menor de cinco años, enfermedades respiratorias agudas	89
Cuadro 16 Atención al menor de cinco años, en enfermedades diarreicas agudas	90

INTRODUCCIÓN.

Reconociendo que la atención de la salud en México no es equitativa, que por lo general todos los servicios se encuentran centralizados, y considerando que la salud es derecho de todo ciudadano, se estableció en el Plan Nacional de Salud 1995-200, una Reforma de Sector Salud, en la cuál la salud pública ha estado diseñando diversos programas cuya finalidad es la descentralización de los servicios de salud.

En la reforma de salud se establece el Paquete Básico de Salud, que esta constituido por 12 intervenciones, que a su vez se subdivide en 60 acciones y 220 actividades, las cuales precisan por quienes serán ejecutados: médicos, enfermeras, así como la auxiliar de salud, quien es miembro de la comunidad y será elegida en una junta comunitaria, estos personajes, además de desarrollar los programas, adiestrarán y educarán a la comunidad hacia el auto-cuidado de la salud, logrando así la atención primaria de salud.

Este programa se aplico en municipios de diferentes Estados de la República, se escogieron los que tienen menos servicios de salud, así como menor ingreso económico, como Huetamo. municipio de Michoacán, en el que predomina la migración de los hombres a Estados Unidos. La atención a la salud no se extiende a todas las comunidades, ya que en algunas el centro de salud más cercano esta a 1 hr. de distancia.

Estos programas deben ser diseñados para que toda la población tenga acceso a los servicios de salud y para lograrlo se tomarán en cuenta las sugerencias y problemas que la comunidad expresa, además de que deben ser programas continuos.

Para lograr esto se debe estar capacitando tanto a médicos, enfermeras y auxiliar de salud, ya que será esta última quien tenga un contacto más prolongado y próximo con la comunidad.

Esta capacitación debe estructurarse de acuerdo a la complejidad del trabajo que desarrolla, la disponibilidad de tiempo etc., además de que debe basarse en las necesidades, riesgo y demanda que exprese la comunidad, por esto se debe estructurar la capacitación de la auxiliar de salud según las prioridades definidas, pero no por ello se debe sobrecargarla de información, es así que se pretende que por medio de la auxiliar de salud, que capacitará y fomentará el auto-cuidado de su comunidad, se logre una extensión de los servicios de salud.

El presente trabajo de tesis se estructuro en seis capítulos; en el capítulo I, marco referencial, se hace mención sobre generalidades del Estado de Michoacán así como del municipio de Huetamo donde se realizo el servicio social, se mencionan daños y recursos de la

salud. El capítulo II es el marco teórico, se engloban diversos puntos como, el Programa de Reforma del Sector Salud, así como el paquete básico de salud y atención primaria de salud, como elementos del contexto nacional

Una vez que se obtuvieron los datos referenciales y teóricos sobre los programas que proponen la atención de salud comunitaria, se sintetizaron y analizaron las temáticas de capacitación los cuales se presentan destacando los factores que se deben considerar antes de la capacitación, las etapas de un programa de capacitación, los tipos y planes de capacitación etc.

Para conocer las necesidades de capacitación se aplicó una guía de detección de necesidades de esta a las auxiliares de salud, lo anterior se describe en el capítulo III, se utilizó una guía (anexo 1) subdividida en servicios que ella presta como son; control prenatal, atención del parto, atención del puerperio, planificación familiar, atención al menor de cinco años, este último punto subdividido en infecciones respiratorias, como en enfermedades diarreicas.

Una vez que se obtuvieron los resultados del diagnóstico de necesidades de capacitación, se elaboró un programa de capacitación que se presenta en el capítulo IV en el cual se describen las actividades del programa y posteriormente la ejecución para lograr la capacitación de auxiliares de salud.

En el capítulo V se mencionan los inconvenientes y ventajas que se tuvieron al llevar a cabo este programa de capacitación y finalmente en el capítulo VI, se redactan los hallazgos de la pos evaluación a los 6 meses posteriores a la capacitación de las auxiliares de salud para medir el grado de eficacia del programa.

La conclusión se presenta en términos de la importancia del servicio social como fase que consolida la formación profesional, se rescata la riqueza de la participación comunitaria a través de la interacción con las auxiliares de salud y se enfatiza la trascendencia y expectativas de la enfermería.

CAPITULO I. MARCO REFERENCIAL.

INFORMACIÓN GENERAL.

Michoacán es uno de los estados de nuestra República Mexicana, significa lugar donde abundan los peces o lugar de pescadores, este significado es de la palabra Mechoacan que fue una de las primeras poblaciones.

Huetamo es uno de los municipios que comprenden el estado de Michoacán y a su vez se divide en varias comunidades como son: La Parota, Quenchendio, El Carmen, Caramicuas, Pinzanangapio, Cuachalalates, Tziritzicuaro, El rosario, Quiringucua, comunidades que pertenecen al módulo asignado.

“ El nombre de esta región es porque en ella predomina el clima cálido con lluvias en los meses de junio a septiembre y clima cálido con lluvias escasas durante el año, la temperatura que prevalece es de 25° en invierno y de 32° en verano”.¹

En las comunidades de Huetamo, la vegetación predominante son el árbol de la Parota, tepeguaje, cueramano, ceiba negra y blanca, tabachin, trueno, pinzan, cuirindales, corongoros, mezquite, cuachalalate, entre muchos otros.

La fauna de esta zona es el coyote, águila, boa, carpa, zopilote así como los alacranes, tarántulas; sus productos agrícolas son el maíz, ajonjolí, cacahuate, frijol, tamarindo, papaya, plátano, melón, sandía, mamey, etc.

En esta región también se produce la leche con todos sus derivados y la mayoría de su población se dedica a la agricultura, aunque en algunas comunidades predomina más la “tradición” de mandar a los hijos a trabajar a nuestro vecino país del norte.

La mayoría de los nombres de las comunidades son tomados, por los árboles que abundan más en la comunidad, por ejemplo la comunidad de Cuachalalates, que tomo ese nombre porque ahí predomina ese árbol, o por las características de la tierra, como es el caso de Characharando, la cuál es una palabra tarasca que significa tierras coloradas al pie del cerro.

“ La superficie territorial de Huetamo corresponde a 1495.02 Km y esta ciudad esta localizada entre los 13°, 17°, 18° , 35° de latitud norte y a los 100° , 35 oeste del meridiano de Greengwish, tiene una elevación máxima de 295 mts sobre el nivel del mar.”²

¹ Historia J grado SEP. Michoacán.

² Ibidem (1).

Huetamo esta rodeado en su mayoría por cerros, entre los que se encuentra; el cerro de los pilares, de las ventanas, etc., así mismo por las comunidades antes mencionadas corren varios arroyos, como es el arroyo grande de Huetamo, arroyo de las Caramicuas, arroyo de Quenchendio, río Balsas y Cutzamala.

DATOS DEMOGRAFICOS.

El total de población suele variar demasiado de localidad, como es el caso de la Quiringucua que tiene una población de 96 habitantes en contraste con Tziritzicuaro que cuenta con 810 habitantes aproximadamente, todas las comunidades antes mencionadas son zonas rurales y por lo general se dividen en cuadrillas, que son pequeñas agrupaciones de casas.

“En cuanto a la natalidad de estas poblaciones se han registrado menos de 10 nacimientos al año como es el caso de Cuachalalates que solo contó con 9 en 1998 y Caramicuas que no obtuvo ninguno, en cuanto a su distribución por edad y sexo, en la mayoría de las comunidades predomina el género femenino y las edades de 0 a 29 años”.³

La composición familiar es de padres e hijos, generalmente no viven los abuelos, ni acostumbran a vivir dos familias en una casa, pero debido a que algunos esposos se van a trabajar al norte, dejan “encargadas” a sus esposas con la madre ya sea del esposo o de la misma esposa.

En estas familias predominan el gobierno de tipo patriarcal, y la escolaridad de las madres es básica, generalmente no terminaron la primaria, predominando el haber cursado hasta 4 año de primaria, como es el caso de las comunidades de Cuachalalates y Characharando.

DAÑOS A LA SALUD.

En estas comunidades la mortalidad general a lo largo del año fue de 2 a 3 personas por población, de las defunciones registradas en las comunidades la mortalidad por sexo es de 1 mujer por comunidad, siendo en mayor cantidad los hombres, debido al tipo de trabajo que realizan, esto es que están más expuestos a los accidentes.

La mortalidad por grupo registrada es en personas que se encargan de labores de agricultura y en niños menores de cinco años debido a la picadura de alacrán.

El tipo de alimentación depende de cada comunidad, ya que en algunas predomina el consumo de leche, debido a la crianza de estos animales, aunque la mayoría de las comunidades

no consumen verdura debido a que no las siembran y generalmente no la venden en el mercado en toda la semana, además de que no todas las familias cuentan con refrigerador donde almacenarla. La ablactación se realiza de los 3 a 6 meses de edad.

En cuanto al saneamiento ambiental en las comunidades se acostumbra a quemar la basura o tirarla a los arroyos, pero también existen familias que entierran la basura, esto es porque no se cuenta con la presencia de carro recolector de basura y por lo general también conviven con animales de cría como el cerdo y las gallinas, los cuales andan por lo común por las calles.

El agua la obtienen de pozo y generalmente es clorada, por las amas de casa y cuando es potable la clora el encargado del orden o el comisario ejidal, casi todas las casas cuentan con baño o letrina y las personas que no lo tienen continúan defecando a ras de suelo, no todas las comunidades cuentan con drenaje y las que lo tienen los tubos desembocan en los arroyos.

INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA.

“En su mayoría las construcciones de vivienda son de adobe y teja, muy pocas personas cuentan con casa de concreto y es muy raro que se utilice casa de madera, las casas cuentan con un baño o letrina, cocina, alrededor de 4 recamaras, son casas propias y no cuentan con sala, todas cuentan con luz eléctrica y aparatos electrodomésticos”.⁴

Sus ingresos los obtienen de la agricultura, cría y venta de animales, los hombres no trabajan todos los días del año, ya que la siembra es por temporadas esto es que solo llegan a trabajar 8 días al mes, ganando aproximadamente entre \$50 y 70 pesos por día, aunque algunas familias también se dedican a la venta de abarrotes.

Algo muy importante es que por lo general las comunidades no cuentan con teléfono en cada casa, sino que contadas veces solo existe un teléfono por comunidad y bocinas con las que dan avisos a toda la comunidad, estas bocinas están en casa de la promotora de salud o en casa del comisario ejidal, las comunidades no cuentan con parques públicos, sus centros de reunión son bajo la sombra de un árbol que se encuentra en el centro de la comunidad o en las primarias, no tienen campos ni zonas deportivas, tampoco grupos que se dediquen a las actividades recreativas. La mayoría de las comunidades cuenta con alumbrado público, no existen baños ni lavaderos públicos, todas las primarias cuentan con un kinder y una primaria, por lo que los

³ Censo poblacional 1998 Realizado por supervisoras de auxiliares de salud comunitarias.

⁴ Diagnóstico situacional Michoacán 1998.

niños pueden cursar la educación básica, la cantidad de maestros varía de una localidad a otra ya que en algunos solo existe un grupo de cada grado.

El transporte que lleva a cada comunidad, tiene un horario fijo y deja de funcionar a las 18:00 hrs. aunque para algunas comunidades se tienen que pagar un taxi especial para llegar a ellas.

Por servicio de salud, únicamente se cuenta con la promotora de salud, supervisoras de auxiliares y médicos pasantes, ya que los médicos adscritos y odontólogos se encuentran en el centro de Huetamo, en los centros de salud.

RECURSOS PARA LA SALUD.

La promotora de salud pertenece a un programa llamado Salud Rural, el cuál anteriormente se le conocía como Salud Reproductiva, en ambos se maneja el paquete básico de salud, que contiene acciones; como el control al menor de cinco años, control prenatal de mujeres embarazadas, saneamiento básico, vacunación etc., la diferencia básica es que en el programa de Salud Rural se maneja también PROGRESA, que es una ayuda tanto monetaria como alimenticia para las comunidades, cada programa de salud cuenta con diferentes módulos de atención y cada módulo atiende a 10 comunidades, en estas se verifica que no se localicen centros de salud cercanos o dentro de ellas, de lo que se trata en realidad es llevar atención de salud a comunidades lejanas y de difícil acceso, anteriormente no se contaba con unidad móvil ya que a las supervisoras de salud se les brindaba dinero en efectivo para los pasajes, en cada comunidad se realiza un croquis de toda la zona así como un censo de población, y una reunión para la elección de la auxiliar o promotora de salud, además de un comité de salud, integrado por tesorero, presidente, vocal de salud, nutrición etc., la unidad móvil únicamente va 2 veces por mes a cada comunidad.

A cada auxiliar de salud se le brinda material así como capacitación y un incentivo monetario que asciende a \$250 pesos mensuales.

Las actividades que realiza la supervisora de salud son:

1. Prevención de enfermedades más recurrentes.
2. Detección de diabetes e hipertensión arterial.
3. Capacitación de auxiliares de salud jurisdiccionales.
4. Supervisar las actividades de auxiliar de salud del área designada.

5. Atención a la población en cuanto al paquete básico de salud y detección oportuna de cáncer cervico-uterino.
6. Elaborar un micro diagnóstico de salud de cada localidad.
7. Participar en la elaboración del micro diagnóstico así como en la organización del comité de salud y elección de la promotora de salud.

Para este programa se cuenta con recursos humanos los cuales son:

1 médico coordinador.

1 pasante de licenciatura en enfermería y obstetricia

1 técnico polivalente.

1 médico pasante

Los recursos materiales son:

1 unidad móvil.

1 caja de medicamentos.

Papelería para recolección de información mensual.

Folleto de promoción para planificación familiar.

Material de curación.

1 maletín para transportar muestras de detección oportuna de cáncer cervico-uterino.

5 espejos vaginales.

Espátulas de ayre.

Rota folios.

Recursos financieros:

En cuanto al apoyo financiero, no existen recursos, ya que si se requiere dinero para elaborar murales o algún otro material de exposición, lo tiene que aportar el pasante de enfermería.

La organización de este programa es llevada a cabo por un coordinador jurisdiccional, el cual se encarga de programar, controlar y evaluar las acciones de planificación familiar y atención primaria a la salud, así como organizar y coordinar las actividades jurisdiccionales de salud reproductiva y salud rural, además de supervisar módulos y comunidades del programa, también detecta necesidades de capacitación del personal comunitario y elabora programas para su capacitación y adiestramiento en servicio.

El pasante de licenciatura en enfermería y obstetricia, participa en la elaboración del micro diagnóstico de salud así, como la organización del comité de salud y la elección de la auxiliar de salud, también en la prevención de enfermedades más recurrentes en la población, (detección oportuna de Cacú, diabetes e hipertensión arterial), así como la capacitación de auxiliares de salud, supervisa las actividades de la auxiliar de salud, proporciona atención a la población en cuanto al paquete básico de servicios.

El técnico polivalente, se encarga del mejoramiento y preservación de las condiciones sanitarias de fuente y sistema de abastecimiento de agua para uso y consumo humano, de la disposición sanitaria de basura, así como de la excreta en forma sanitaria, supervisa el control sanitario de fauna nociva y mejoramiento sanitario de la casa, la producción de huertos familiares y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo, vacunación antirrábica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector, traslado del personal de la unidad móvil a las comunidades y traslado de pacientes en estado crítico de salud y/ o para salpingoclasia y vasectomía en centros de salud.

El pasante de medicina, apoya, asesora y supervisa el trabajo del personal comunitario, coordina la programación de actividades del módulo junto con la enfermera supervisora, participa en la capacitación de auxiliares de salud, refuerza y vigila la atención médica de la población así como asesora y orienta a las auxiliares de salud y población, también apoya y participa en la detección y control de brotes epidémicos.

La auxiliar de salud, elabora el micro diagnóstico de salud, promueve la participación social, capacita a la población para la promoción y el fomento de la cultura en salud, en el manejo de enfermedades respiratorias y enfermedades diarreicas, otorga servicios de planificación familiar, identifica mujeres embarazadas y menores de 5 años con esquema incompleto, da tratamiento familiar antiparasitario, promociona el saneamiento básico familiar, desinfección de agua domiciliaria, eliminación sanitaria de excretas y desechos, control de fauna nociva, asiste al personal de la unidad móvil de salud rural, realiza sus actividades cotidianamente tanto en trabajo de campo como en la casa de salud.

El control de este programa se realiza en cada visita comunitaria, evaluando las actividades de las auxiliares de salud, las cuales son registradas diariamente, a la vez se hacen visitas domiciliarias y se lleva a cabo un registro de las mujeres que se realizan el papanicolaou.

Se dio seguimiento al plan de trabajo, por medio de un informe narrativo, así como de un informe numérico, donde se anotarán las actividades realizadas.

Para evaluar la capacitación de auxiliares de salud se utilizó como parámetro la guía de detección de necesidades de capacitación, la cuál se aplicó antes y después de cada capacitación.

CAPITULO II. MARCO TEORICO.

I. SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Nuestro Sistema Nacional de Salud comienza con la elaboración de un reglamento interior de la Secretaría de Salud, en el cuál se menciona la organización que tendrá la Secretaría, esto es que, el presidente decreta que según el artículo 89, fracción I de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 17, 18, y 39 de la ley orgánica de la administración pública federal elabora este decreto, donde menciona que la Secretaría de Salud, tendrá el desempeño de las atribuciones y facultades que le confiere la ley orgánica de la administración pública federal, la ley general de salud y otras leyes, así como los reglamentos, decretos, acuerdos u ordenes del presidente de la República.

La Secretaría se servirá de diferentes servidores públicos como apoyo para lograr estas actividades, como el subsecretario de coordinación sectorial, subsecretario de prevención y control de enfermedades, subsecretario de regulación y fomento sanitario, etc. y las unidades administrativas como la dirección general de asuntos jurídicos, dirección general de comunicación social, dirección general de extensión de cobertura, dirección general de salud reproductiva, dirección general de programas de salud, dirección de control sanitario etc.

“Art. 3. La Secretaría de Salud a través de sus unidades administrativas, conducirá sus actividades en forma programada y con base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de los programas a cargo de la secretaria y de las entidades del sector coordinado, establezca el Presidente de la República”.⁵

Una vez organizadas todas las instituciones se decreto que:

“ART. 5. El sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas Físicas o morales de los sectores

⁵ <http://www.ssa.gob.mx/organing/reglamento.html>

social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”⁶

Y tiene por objetivos, proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos poniendo especial interés en las acciones preventivas, apoyando el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente, así como apoyar a la sociedad mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores abandonados, ancianos y minusválidos.

La Secretaría de Salud será quien coordine el Sistema Nacional de Salud, estableciendo y conduciendo la política nacional, en términos de la ley aplicables y de conformidad dispuesto por el poder ejecutivo federal, también le corresponderá coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades, impulsara la descentralización y desconcentración de los servicios de salud, así mismo determinara la periodicidad y características de la información que deberán propiciar las dependencias y entidades del sector salud.

“Art. 10. La Secretaría de Salud, promoverá la participación en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan”.⁷

En aspectos de educación para la salud, el Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad, fomentar en la población el desarrollo de actividades y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales y colectivas, accidentes así como protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud, debe proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del medio ambiente, también debe orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, detección oportuna de enfermedades, etc.

⁶ <http://www.ssa.gob.mx/leysalud/t2c1.html>

⁷ <http://www.ssa.gob.mx/leysalud>.

“Art. 113. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollara programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población”⁸

Los servicios que se brindarán serán aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, estos servicios serán de atención médica, de salud pública y de asistencia social, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables, los servicios serán organizados y administrados, se definirán criterios de distribución de acuerdo a la zona geográfica, población y grado de cobertura en salud, se brindarán servicios básicos de salud como la educación para la salud, promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente así como la prevención y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes, además de actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, como la materno-infantil, planificación familiar, salud mental etc.

Para proporcionar todas las actividades antes mencionadas se auxiliara de un cuadro básico de insumos, el material necesario será proporcionado por la Secretaría de Salud, tomando en cuenta la ubicación geográfica de la zona, así como de las características de la población a quien se brindara la atención en salud. En cuanto a los prestadores de servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por cargo del poder ejecutivo federal presten los mismos servicios a otros grupos de usuarios, así como en servicios social y privado, siendo los sociales y públicos, todo servicios que sea gratuito, tendrán cuotas de recuperación dispuestas en la legislación fiscal y convenios entre el ejecutivo federal y los gobiernos de las entidades federativas, teniendo en cuenta los ingresos económicos de los usuarios, debiendo eximir al usuario que carezca de recursos para cubrir dicho pago.

⁸ *Ibidem* 7.

El servicio privado será el brindado por personas físicas o morales en las condiciones que convenga el usuario y sujeto a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles, se aplicará en este caso el Art. 43 de esta ley.

“Art. 49. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las actividades sanitarias, cuando estas lo requieran”⁹

Los encargados de brindar la atención a la salud, por disposición del Sistema Nacional de Salud serán los profesionales, técnicos y auxiliares enfocados a la salud, cubriendo como requisito un título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes, así como diplomas expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. Para la formación, capacitación y actualización del personal; “ Art.89. Las autoridades educativas en coordinación con las autoridades sanitaria y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendará normas y criterios para la formación de los recursos humanos para la salud”¹⁰

Se promoverán actividades para apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de recursos humanos para la salud, también se otorgarán facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio, dentro de los establecimientos de salud, y se promoverán las actividades docentes o técnicas; cada institución establecerá las bases para la utilización de sus instalaciones y servicios en la formación de recursos humanos para la salud. Teniendo por objetivo la promoción de la salud, para conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actividades, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva, entendiendo como promoción a la salud:

⁹ Ibidem 8

¹⁰ <http://www.ssa.gob/leysalud>

“Art. III La promoción de la salud corresponde:

I. Educación para la salud.

II. Nutrición.

III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

IV: Salud ocupacional, y

V. Fomento sanitario.”¹¹

1.1. PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD.

“En atención a lo dispuesto por los artículos 4º y 26º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9º de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 9º, 17, 22, 23, 27, 28, 29 y 32 de la Ley de Planeación, la Secretaría de Salud, presenta el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 el cuál se inscribe dentro de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 es el instrumento mediante el cuál el Gobierno de la República se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que son ampliar la cobertura de la seguridad social para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención, incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta”.¹²

Para llevar esto a cabo, se deben tomar en cuenta las características de la población y los recursos disponibles, ya que son los elementos que orientan la organización de los sistemas de salud; y el desarrollo de los mismos requiere la identificación tanto de grupos de población con necesidades específicas como de las barreras que obstaculizan su desempeño. Así mismo, la planeación de los sistemas de salud deben incluir mecanismos que posibiliten reaccionar

¹¹ <http://www.ssa.gob.mx/organing>

¹² Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Secretaría de Salud .Plan Nacional de Salud. pp.1

rápidamente a cambios potenciales en las condiciones de salud de la población, garanticen la calidad de los materiales de apoyo en la prevención y el tratamiento de patologías y la incorporación de avances tecnológicos.

El programa de Reforma resolverá el centralismo con el que ha venido operando el sistema de salud, por eso es necesario una adecuada coordinación entre las diversas instituciones responsables de la prestación de servicios de salud, también brindará una calidad suficiente y sin duplicaciones de servicio.

La descentralización de los servicios de salud a la población abierta, constituye la posibilidad real de conformar sistemas estatales de salud capaces de responder con mayor agilidad y eficiencia a las necesidades de salud propias de cada región, la descentralización que prestan la Secretaría de Salud y el Programa IMSS- SOLIDARIDAD, evitará que persistan sistemas paralelos para atender a una misma población, así mismo hará una distribución más racional del gasto *per capita* en salud, con esto habrá una mayor eficiencia y una mayor equidad.

Ante la cobertura limitada se implementarán 2 grandes estrategias, una en las zonas predominantemente urbanas, donde la población tiene mayor capacidad de pagar en forma económica y anticipada por los servicios de salud; y otra en zonas rurales dispersas, así como en urbanas de más alta marginación, la aplicación de un paquete básico de servicios de salud con acciones altamente costo – efectivas.

También se incluye el programa de Municipio Saludable, que propiciará un mayor compromiso con las tareas propias del saneamiento básico y una orientación fundamentalmente preventiva y de promoción de la salud; los comités de salud constituyen la base social de la estrategia.

La ampliación de cobertura no implicará la descentralización de objetivos y estrategias regionales en materia de salud, pero si una nueva forma de relación entre las autoridades federales y las entidades federativas hará posible que la Secretaría de Salud se concentre en normar y coordinar al Sector Salud, así los servicios estatales se concentrarán en el medio rural y urbano marginado contribuyendo al coordinamiento del sistema, eliminando duplicidades de programas de salud y haciendo un uso más eficiente de recursos.

Así se crean diversos programas, entre los cuales está; el programa de ampliación de cobertura, el cuál tiene acciones específicas como, proveer el paquete básico de salud a la

población sin cobertura, principalmente en las regiones prioritarias y a los grupos vulnerables, así como propiciar la organización y participación social de la salud de los grupos vulnerables, esta población sufre de enfermedades infecciosas, problemas frecuentes de salud materna y perinatal, y graves problemas de desnutrición.

Es así como el paquete básico de salud se define como: “ el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones y enfermedades). Se trata de intervenciones clínicas, de salud pública y de promoción de la salud. consta de 12 intervenciones que permiten ofrecer una atención integral a la salud. son intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, las cuales tienen como objetivo la ampliación de la cobertura “¹³; entre estas intervenciones se cuentan; saneamiento básico, planificación familiar, atención prenatal, del parto y del puerperio, vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil, inmunizaciones, manejo de casos de diarrea en el hogar, tratamiento antiparasitarios a las familias, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de tuberculosis pulmonar, capacitación comunitaria para el auto cuidado de la salud, este último es muy importante, pues se forman comités locales de salud; protección de fuentes de abastecimiento de agua, eliminación sanitaria de la basura, promoción de la producción y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo, y control de fauna nociva.

Estas intervenciones fueron elegidas según 2 criterios; que el padecimiento constituya una prioridad de salud, que sea una causa de incapacidad, muerte, enfermedad o discapacidad y que cuente con medidas preventivas o terapéuticas efectivas y de bajo costo.

Los recursos humanos que instrumentarán el Paquete Básico de Servicios de Salud son: médicos, enfermeras, pasantes de medicina, técnicos en atención primaria a la salud, promotores de salud, auxiliares de salud, parteras y promotores voluntarios.

Los sitios en los que habrán de instrumentarse las intervenciones son los centros de salud urbanos, centros de salud rurales dispersos y concentrados, casas de salud, posadas de nacimiento, comunidades, escuelas y hogares; finalmente los recursos del Paquete Básico de Salud incluyen medicamentos, material de curación, equipo específico e instrumental, biológicos, estudios de laboratorio y de gabinete, impresos y material didáctico y audiovisual.

¹³ *Ibidem* pp.55

Otro punto importante es la desagregación de las intervenciones, las cuales se dividieron en diversas acciones y estas acciones a su vez se dividieron en actividades, también es necesario determinar la periodicidad y el tiempo que requiere su ejecución. Dentro de los productos para la aplicación del paquete básico de servicios de salud, se enumeraron 41 medicamentos básicos, también se diseñaron cuadros básicos para biológicos, material de curación, instrumental, equipo, impresos, y material didáctico y educativo.

Para la puesta en marcha de este Paquete se escogieron 380 municipios de muy alta marginación de 11 estados de la República (Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí, Yucatán, Veracruz y Zacatecas) en donde el 30 por ciento de la población no cuenta con acceso regular a servicios básicos de salud, se trata de una población fundamentalmente rural indígena y con frecuencia monolingüe que vive en localidades de gran dispersión geográfica, escasos servicios sanitarios y vías de comunicación incipientes, sino que inexistentes

1.1.1 PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA.

El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) forma parte de la reforma del sector salud propuesta por el Banco mundial y negociada con el gobierno federal que incluye focalizar la atención primaria para la salud, lo que implica el recorte presupuestal al segundo y tercer nivel de atención, reubicando el gasto en los servicios del primer nivel en las zonas rurales, para lograr este programa se pusieron en marcha los proyectos del Paquete Básico de Salud, el cuál inicio la descentralización de los servicios de salud, así como la reforma al Seguro Social, el Fondo de asistencia técnica para la reforma al Seguro Social, afores etc.

Este programa comprende estrategias baratas y eficientes dirigidas a 10 millones de mexicanos que viven en zonas rurales marginadas y por ende sin servicios de salud, este paquete comprende las acciones de: saneamiento básico a nivel familiar, planificación familiar, atención prenatal, parto, puerperio del recién nacido, vigilancia en la nutrición, inmunizaciones, manejo en caso de diarreas, tratamiento antiparásito, infecciones respiratorias, tuberculosis pulmonar, prevención de hipertensión, diabetes, accidentes, capacitación para el auto cuidado de la salud, cólera, paludismo y leishmaniasis.

Además de las enfermeras supervisoras de módulo, el médico, y el técnico polivalente, el programa se apoya en una auxiliar de salud, persona que es elegida por la comunidad, además de pertenecer a ella, se le brinda una remuneración simbólica de \$250 pesos al mes, las actividades que realizara serán descritas más adelante.

Cada estado es dividido en Jurisdicciones sanitarias, las cuales a su vez están comprendido por municipios, “ con el objetivo de conocer las condicionantes de salud de la población y de los recursos con que se cuenta para otorgar los servicios, cubrir las necesidades y prioridades de atención en una forma programada, con una buena planificación, objetivos claros y un panorama de todos los aspectos que interfieren en el proceso de Salud. Enfermedad”¹⁴

La jurisdicción sanitaria es el área geográfica delimitada políticamente la cual proporciona servicios y programas permanentes de salud, los cuales están relacionados entre si, permiten aplicar actividades de prevención, curación y control del proceso salud-enfermedad bajo una responsabilidad directa.

Se elabora un diagnóstico de salud actualizado y fidedigno posible, por lo que debe abarcar la totalidad del sector salud, así como conocer las características sociales, demográficas, epidemiológicas, además de la red de servicios de salud con los que cuenta, su forma de gobierno y organización, el diagnóstico de salud es la primera etapa del proceso de planificación, a la cual siguen la programación, ejecución y evaluación, estableciendo alternativas visibles de solución a las necesidades de salud encontrados en la comunidad.

La descentralización de los servicios consiste básicamente en delegar a los estados el control para la solución de la problemática particular de cada entidad federativa, quedando solo la normatividad para nivel central, no debe quedar a nivel estado sino a nivel municipal, como un complemento a estas acciones el gobierno federal ha implementado en los municipios de alto grado de marginación el Programa de Educación, Salud y Alimentación con la finalidad de romper el círculo vicioso de la pobreza, aprovechando la experiencia acumulada y de programas anteriores como el PABSS.

“El Gobierno debe desplegar y subrayar su papel rector en la atención de las necesidades básicas de los grupos sociales y de las regiones más agudamente marginadas de los beneficios del

¹⁴ <http://www.tamaulipas.gob.mx/sedesol/salud/jurisdicciones/j6.htm>

progreso, al tiempo que promueve las condiciones que permiten a la sociedad desarrollar su propia iniciativa, se dará atención prioritaria a las familias en condiciones de pobreza extrema, a las poblaciones marginadas, a las comunidades indígenas y a los grupos con desventajas para integrarse al desarrollo.”¹⁵

1.2 PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS DE SALUD.

“Se conoce como el conjunto de intervenciones en salud que deben ser otorgadas a toda la población en respuesta a las necesidades prioritarias, en ella se encuentran acciones factibles de realizar, de bajo costo y alto impacto, es así que su aplicación constituye la estrategia fundamental para la ampliación de la cobertura de servicios de salud”.¹⁶

Esta compuesto por actividades de promoción, prevención, curación o rehabilitación, dirigidas tanto a la familia como a la comunidad y medio ambiente.

Para establecer las acciones a realizar; se debe partir de un diagnóstico de daños y riesgos a la salud, así como sus factores condicionantes, para poder responder a problemas prioritarios, la puesta en marcha de estas acciones incorporan las experiencias anteriores de los programas de atención de cobertura, de esta manera se impulsa la descentralización de los servicios de salud.

El paquete básico no es limitativo, la determinación regional de prioridades y la creciente complejidad de los servicios permite incorporar otras intervenciones como la prevención y el control de enfermedades endémicas (paludismo, dengue, oncocercosis), el que las intervenciones sean específicas da lugar a que puedan aplicarse con un mínimo de recursos a una mayor población, también asegura la eficacia técnica de los servicios.

Para la puesta en marcha del paquete se seleccionaron 380 municipios de muy alta marginación, desde su puesta en marcha se han distinguido dos etapas básicas; una etapa de implantación y una etapa operativa, divididas en periodos trimestrales que permitirán instrumentar progresivamente las intervenciones en las localidades.

Etapas de implantación: durante el primer trimestre se formularán los programas estatales, jurisdiccionales y operativos, y se elaborarán los documentos de ejecución presupuestal, también se llevarán a cabo tareas de fortalecimiento operativo y de capacitación de personal

¹⁵ Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Poder Ejecutivo. México pp.74

directivo, y se diseñarán los instrumentos de promoción del paquete.

En el segundo trimestre se procederá a adquirir los insumos del paquete; reclutar, contratar y capacitar al personal de nuevo ingreso; implantar el sistema de información y vigilancia epidemiológica, actualizar el padrón de promotores y recursos para la salud en localidades, y conformar los equipos de asesoría y supervisión.

Etapas de operación; en esta etapa se dedicarán a implementar las actividades de difusión del paquete básico de servicios de salud, se iniciará con la aplicación de las intervenciones.

La estrategia que se eligió para lograr la ampliación de cobertura fue la aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud, el cuál presenta enormes ventajas, ya que destaca la posibilidad de ofrecer una atención integral a las necesidades de salud de la población más desprotegida, su fácil instrumentación, etc.

Las 12 intervenciones se subdividieron en alrededor de 60 acciones y 220 actividades, las cuales son:

1. - SANEAMIENTO BÁSICO A NIVEL FAMILIAR.

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

2. - MANEJO EFECTIVO DE CASOS DE DIARREA EN EL HOGAR.

- Capacitación de madres.
- Reconocimiento de signos de alarma.
- Distribución de sobres VSO.
- Referencia para tratamiento.

3. - PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

- Identificación de la población en riesgo.
- Distribución de métodos: orales, inyectables y condones.
- Referencia para la aplicación de DIU, salpingoclasias, y vasectomía.
- Educación para la salud.

¹⁶ Paquete Básico de Servicios de Salud, Secretaría de Salud, pp.2

4. - ATENCIÓN PRENATAL, DEL PARTO Y DEL PUERPERIO.

- Identificación de embarazadas.
- Consulta prenatal de primera vez y subsecuente.
- Aplicación de toxoide tetánico.
- Cuidados inmediatos del recién nacido.
- Detección y referencia del recién nacido con problemas.
- Aplicación de SABIN y BCG al recién nacido.
- Ministración de hierro a embarazadas.
- Educación para la salud.

5. - VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN Y CRECIMIENTO INFANTIL.

- Identificación de menores de cinco años.
- Orientación nutricional.
- Detección.
- Diagnóstico.
- Capacitación a madres.
- Referencia.
- Seguimiento.
- Ministración de micro nutrientes.

6. - INMUNIZACIONES.

- Identificación de susceptibles.
- Derivación de susceptibles.
- Ministración de vacunas.
- Educación para la salud.

7. - TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO A LAS FAMILIAS.

- Ministración de antiparasitarios a las familias.
- Educación para la salud.

8. - MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

- Reconocimiento de signos de alarma.
- Capacitación de madres.

- Tratamiento específico.
- Referencia para tratamiento.

9. - PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS PULMONAR.

- Referencia de tosedores crónicos.
- Tratamiento supervisado de casos confirmados y de contactos.
- Educación para la salud

10. -PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES MELLITUS.

- Detección.
- Tratamiento supervisado.
- Educación para la salud.

11. -PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y MANEJO INICIAL DE LESIONES.

- Otorgamiento de primeros auxilios.
- Referencia.
- Educación para la salud.

12. - CAPACITACIÓN COMUNITARIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD.

- Formación de comités locales de salud.
- Protección de fuentes de abastecimiento de agua.
- Eliminación sanitaria de la basura.
- Promoción de la producción y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo.

En las intervenciones del paquete básico de servicios de salud es muy importante la actividad de la enfermera ya que será ella la que este en más contacto con la población y las auxiliares de salud, ésta debe verificar que las acciones de cada intervención se realicen según la periodicidad requerida, la cuál se dividirá en permanente, mensual, bimestral, cuatrimestral, semestral y anual., la enfermera verificará su cumplimiento según los datos aportados por la auxiliar de salud así como las visitas domiciliarias y la unidad

Para lograr lo antes establecido se necesitarán de recursos humanos, por esto se debe aplicar planes para mejorar y recuperar plantillas de personal, así como la incorporación de parteras tradicionales. desarrollar un sistema de estímulos para contrarrestar el recambio de

personal y de voluntarios, incentivar la productividad, y también desarrollar formas innovadoras de remuneración que incentiven el desempeño, se debe incorporar en las carreras de medicina, enfermería y otras la enseñanza del paquete básico de servicios de salud, elaborar manuales de auto enseñanza, se deben establecer los cuadros básicos de insumos, fortalecer la infraestructura física, en especial para la atención del parto eutócico, se deben determinar las formas de financiamiento e identificar las fuentes, movilizar una mayor cantidad de recursos, federales, estatales y municipales, evaluar constantemente el gasto, a través de los objetivos y metas logrados, así como con criterios de costo efectividad de las acciones.

También será necesario completar los instrumentos normativos, definir las necesidades de información mínima en su componente de servicios y vigilancia epidemiológica, para su incorporación al sistema regular, se deben establecer indicadores sobre actividades, procesos, resultados e impacto de las actividades, no se debe olvidar crear un sistema de capacitación permanente que incluya a todos los personajes que intervienen en la aplicación del paquete, se debe reforzar la supervisión.

Para garantizar la adecuada aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud, se diseñó un programa de capacitación y actualización dirigido al personal de los niveles estatal, jurisdiccional y de unidades operativas con 3 líneas básicas de acción:

- Difundir entre el personal directivo, el propósito y la estrategia de aplicación, para que se facilite su coordinación, ejecución y evaluación.
- Difundir a la totalidad del personal el contenido del paquete para que conozca su alcance y su trascendencia.
- Capacitar al personal operativo para que la aplicación de las intervenciones, se lleve a cabo con la mayor claridad posible.

El paquete, incluye un sistema de evaluación y seguimiento, el sistema de evaluación estará constituido por 3 componentes: esto es una evaluación de estructura y proceso, una evaluación operativa y una evaluación de impacto.

La evaluación de estructura y proceso estará dedicada a medir el comportamiento del paquete en lo referente al equipamiento, capacitación de personal, cumplimiento de las planillas de recursos humanos y abasto de insumos.

La evaluación operativa medirá el porcentaje de cumplimiento de las metas de cada una de las intervenciones.

La evaluación de impacto medirá la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud, y más específicamente, la aplicación de la cobertura de vacunación, de planificación familiar y el impacto de las intervenciones sobre algunos indicadores básicos de salud, como el número de casos de diarrea, infecciones respiratorias agudas y mortalidad materna etc.

Estos indicadores deberán realizarse para cada una de las 12 intervenciones.

El sistema de supervisión consistirá básicamente de la organización de visitas a unidades operativas para verificar la veracidad de la información registrada, esto se puede lograr con equipos centinelas los cuales registrarán de manera esporádica información de evaluación para compararla con la de los registros regulares.

1.3 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud, presenta 3 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.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE ESTRATEGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- a) Debe garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales. Esto implica, establecer prioridades, grupos rurales y urbanos marginados, familias y trabajadores expuestos a mayores riesgos.
- b) El contenido de los programas, debe acentuarse en las actividades de promoción y prevención, combinándolos en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.
- c) Entre las características deben figurar la universalidad, la equidad y la continuidad.
- d) Se debe hacer una selección cuidadosa de los programas que se llevaran a cabo para satisfacer necesidades prioritarias de salud.

Profesionales sanitarios, planificadores políticos y ciudadanos debemos ser cada vez más concientes de que la función primordial de un sistema sanitario no radica en exclusiva en

garantizar el derecho del enfermo a ser correctamente diagnosticado y tratado, sino también en procurar que no enferme, que se mantenga sano; asegurar en definitiva, su derecho a la salud, asumiendo la enfermedad como el resultado de un fracaso en el logro de este objetivo.

La salud es un derecho fundamental de la persona para cuya consecución necesita la colaboración y la coordinación de distintos sectores técnicos y sociales, entre ellos el sistema de salud tiene un papel relevante, pero ha de contar siempre con las aportaciones de otros como la educación, vivienda, comunicación y agricultura.

Para progresar en la consecución de un nivel de salud cada vez mejor, no basta con reorientar el sistema sanitario y propiciar la colaboración intersectorial e internacional, es preciso que los gobiernos eleven la prioridad del gasto en salud, lo que, en un contexto de recursos limitados y en ocasiones escasas, significa disminuir los que se dedican a otros campos socialmente menos justificables.

La población demanda cada vez más y mejores servicios de salud, y los recursos no siguen un crecimiento paralelo que permita cubrir totalmente las necesidades, por ello se hace necesario establecer políticas de salud que delimiten claramente las prioridades de acuerdo con criterios de equidad, eficacia y eficiencia, por esto se necesita que los programas sean eficaces y eficientes dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, la consecución y el mantenimiento de la salud no constituyen un problema que deban de resolver exclusivamente los profesionales sanitarios y sus tecnologías; las medidas de prevención y promoción de la salud son las que pueden tener un mayor grado de efectividad para modificar los hábitos de vida que están en la base causal de las enfermedades crónicas.

También es necesario transformar a los profesionales de la salud, para que se enfoquen en la atención primaria y no únicamente hospitalaria, para que no sientan que un profesional comunitario vale menos que un hospitalario, también es necesario que las actividades docentes y de investigación se pongan en primer plano y demostrar que la comunidad puede ser de gran ayuda en alcanzar un nivel de salud aceptable en la comunidad.

Para que el sistema sanitario responda de forma precisa a las necesidades de salud de la población es imprescindible que participe activamente en su planificación y control, pero el cambio cualitativo se producirá a partir de la participación de los ciudadanos como elementos protagonistas en la toma de decisiones y en la discusión de las directrices de los programas

concretos y sus resultados.

El sistema de salud, ha de estar orientado en su concepción, organización y actividades de acuerdo con las demandas expresadas y sentidas de la población atendida.

La atención primaria es parte integrante del Sistema Nacional de Salud, constituye la función central y el núcleo principal, como base el desarrollo social y económico de la comunidad, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud, un sistema basado en un desarrollo importante, con tecnologías simples y poco costosas, podría permitir un mayor ahorro de recursos, que otro centrado fundamentalmente en la asistencia hospitalaria, la atención comunitaria no genera en sí ahorro en términos cuantitativos, pero su puesta en práctica puede generar una racionalización de la utilización de los recursos, mejorando la equidad, eficacia y eficiencia del conjunto del sistema.

Las actividades de la atención primaria se pueden englobar en; educación sanitaria, provisión de alimentos, nutrición adecuada, salubridad del agua, saneamiento básico, cuidados materno infantiles, inmunización, prevención y control de las enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de fármacos.

1.3.1 ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD.

Ha de estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y los problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la auto responsabilidad y la participación comunitaria.

La atención primaria debe entenderse como un conjunto de actividades, como un nivel de asistencia, como una estrategia y como una filosofía, esto es, que como nivel de asistencia, maneja el primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud, no se limita al acceso de la persona enferma, sino también promueve los contactos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencia el auto cuidado y la auto responsabilidad respecto a la propia salud, a través de actividades realizadas en las consultas y en el seno de las instituciones propias de la comunidad, es indispensable que la atención primaria y el hospital trabajen conjuntamente y participen en todas las fases de los programas asistenciales,

docentes y de investigación diseñados para el conjunto del área de salud, es necesario potenciar los mecanismos institucionales de interrelación y los contactos profesionales en la atención de patologías y pacientes concretos y promover actividades asistenciales, formativas y de investigación que impliquen a ambos niveles del sistema de salud..

La atención de salud, como estrategia de organización de los servicios sanitarios hace referencia a la necesidad de que estos, estén diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no solo a una parte de ella, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados.

Como filosofía implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute de este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor.

La atención primaria debe ser integral, esto es ver al ser humano como un ente biopsicosocial, integrado, que interrelacione los elementos de promoción, prevención y rehabilitación, continuada y permanente, a lo largo de la vida de las personas de la comunidad, activa, esto es buscar y resolver las necesidades de salud, accesible, no quiere decir únicamente geográficamente, sino también económicamente, sin ser burocrática y discriminatoria, basada en el trabajo en equipo, integrado por profesionales sanitarios y no sanitarios, comunitaria y participativa, es decir, que se atiendan los problemas de salud colectivos y no solo los individuales, programada y evaluable con actuaciones basadas en programas, docente e investigadora

Sus raíces se remontan a diversas fuentes independientes, entre ellas se encuentran, los médicos de pueblo y de familia, de los primeros tiempos, las enfermeras de salud pública y los médicos responsables de los centros de salud materno- infantil.

Debido a los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención primaria se ha convertido en una meta en todo el mundo, de esta manera se inicia un proyecto de "promoción de salud", implicando a la población como un todo y no solo a las personas con riesgo de padecer enfermedades específicas, y recalcando el auto cuidado de la comunidad y las modificaciones del estilo de vida.

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (A. P. O. C.) tiene su origen en el examen de los puntos confluentes entre los aspectos más individuales del ejercicio de la salud

pública y los aspectos curativos y preventivos de la medicina de familia, estas experiencias han incluido el establecimiento y desarrollo de diversos centros de salud comunitaria en comunidades rurales y urbanas.

La salud comunitaria puede considerarse como una expresión de la interacción de los atributos biológicos, sociales, culturales y conductuales de la comunidad, su entorno y recursos materiales, y sus servicios sanitarios.

La atención individual y comunitaria no son contradictorias ni excluyentes sino complementarias. La A. P. O. C., centra su actuación en la comunidad y sus subgrupos, los profesionales sanitarios deben tener conocimientos básicos de epidemiología aplicada, para diseñar sus actividades sobre la base de programas y que asuman la necesidad de la participación de la comunidad en el proceso de atención, no se debe pretender asumir el papel principal o protagonista. se debe desarrollar una nueva forma de plantear actividades, diseñándolas para subgrupos concretos de población clasificados en razón de su edad, sexo, grado de integración social, lugar de trabajo, etc..

Dependiendo del grupo diana (grupo de estudio al que se brindará la atención de salud) y del tipo de actividad, la estrategia y el grado de participación del centro de salud serán diferentes, los centros de salud deben actuar coordinadamente con otros recursos más especializados y dirigir sus actuaciones tanto a la prevención del riesgo como a la detección de casos y a su seguimiento y reinserción social.

Las actividades de integración en las consultas y la actuación coordinada de médicos y enfermeras es uno de los elementos esenciales para posibilitar la integración necesaria del equipo, la asistencia domiciliaria, al igual que la que se da en las consultas, debe ser desarrollada conjuntamente por médicos y enfermeras y asistencia social del equipo de atención primaria.

Es imprescindible que la jornada laboral sea alrededor de 6 a 8 horas diarias.

La estrategia de Atención Primaria de Salud, tiene como meta que la población se haga conciente y se vuelvan personas activas que conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, y asuman responsabilidades específicas ante ella.

LA PLANIFICACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Esta planificación pretende el desarrollo de la salud, la prevención y disminución de la morbilidad, parte de la identificación y diagnóstico de los problemas de salud, para realizar dicho diagnóstico, se debe hacer equipo con la comunidad ya que ambos tienen percepciones diferentes de la realidad y de lo alcanzable de los programas, a nivel local se planifica mejor con metas y acciones a corto plazo (meses, a un año) ya que nos ayuda a detectar más rápido las deficiencias de las acciones de salud, también hay más participación de las auxiliares de salud en la comunidad y esta última con los profesionales de la salud, lo que favorece al mejor entendimiento de la aplicación, ejecución y recolección de información, dándonos cuenta de los problemas y los recursos que se pueden utilizar para hacer frente a ellos.

Para saber que tipo de programas se van a realizar junto con la auxiliar de salud, se precisa conocer las principales causas de muerte y de enfermedad; así como buscar las causas que mantienen la salud, las que producen enfermedad y los factores que la favorecen, también se deben tomar en cuenta los recursos existentes, para lograr esto se han de establecer prioridades y determinar necesidades de salud.

Para definir las prioridades se debe utilizar los siguientes criterios:

- Frecuencia de una enfermedad así como de muertes, para obtener esta información, se deben realizar encuestas informales, estudios epidemiológicos y la evaluación participante de la comunidad.
- Gravedad de una enfermedad, es la propiedad de la enfermedad para producir incapacidad, invalidez, alta letalidad y riesgo de transmisión.
- Preocupación de la comunidad.
- Vulnerabilidad de la enfermedad, frente a las medidas sanitarias.

Debido a los esfuerzos de la OMS, la atención primaria se ha convertido en una meta en todo el mundo, de esta manera inicia un proyecto de “ promoción de salud” implicando a la población como un todo y no solo a las personas con riesgo de padecer enfermedades específicas y recalcando el auto-cuidado de la comunidad y las modificaciones del estilo de vida, la atención tiene su origen en el examen de los aspectos más individuales del ejercicio de la salud pública y

Los aspectos curativos y preventivos de la medicina de familia, estas experiencias han incluido el establecimiento y desarrollo de diversos centros de salud comunitario rurales y urbanos.

La salud comunitaria puede considerarse como una expresión de la interacción de los atributos biológicos, sociales, culturales y conductuales de la comunidad, su entorno y recursos materiales, y sus servicios sanitarios.

La salud, a su vez, puede tener influencias sobre cada una de estas características ampliamente definidas, es esencial que la atención primaria comunitaria, incluya funciones de promoción, prevención, alivio, curación, rehabilitación. Con este fin la atención primaria utiliza los diversos métodos, que se refuerzan entre sí:

1. Atención personal individual del enfermo, o de los individuos que soliciten consejo y guía sanitaria, inmunización u otro tratamiento de prevención para ellos mismos o sus familias.
2. Fomentar la modificación de la conducta: en contactos individuales, en pequeños grupos y mediante la educación sanitaria, educación de masas y comunitaria a través de los medios de comunicación, prensa, radio y televisión.
3. Control del entorno: la prevención de la contaminación ambiental, protección e interacción contra riesgos ambientales, la promoción y mantenimiento de un entorno sano no solo para la población global, sino también en los hogares, lugares de trabajo, clases, comercios y otros lugares de reunión de la población.

La atención primaria, implica al trabajador de la salud e incluye la medicina general, la medicina familiar, la enfermería, la atención materno- infantil y otras formas de atención sanitaria de primera línea.

Los cinco atributos que se consideran esenciales para la práctica de una buena atención primaria son: accesibilidad, globalidad, coordinación, continuidad y responsabilidad, “ una definición más amplia fue presentada en la declaración de Alma-Ata; “ La atención primaria se dirige a los principales problemas sanitarios de la comunidad proporcionando servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación (.... incluye como mínimo educación referente a problemas de salud prevalentes y a los métodos de prevenirlos y controlarlos, promoción de suministros adecuados de agua potable y de saneamiento básico, atención materno-infantil,

incluyendo planificación familiar inmunización contra las principales enfermedades localmente endémicas, tratamiento apropiado de enfermedades y lesiones comunes y la previsión de enfermedades¹⁷

El ejercicio de la atención primaria ha cambiado de formas diversas en diferentes partes del mundo, incluye también a otros profesionales de la salud, además de médicos y enfermeras, así cuando no se cuenta con un médico o una enfermera, un residente local del pueblo puede ser designado como trabajador de salud de la comunidad y puede recibir inicialmente una formación limitada seguida de cursos periódicos adicionales .

El médico o enfermera, formados profesionalmente en consulta individual en la comunidad pueden ser sustituidos por un equipo de atención primaria que trabaja en un centro de salud. La atención primaria orientada a la comunidad es un método innovador que pretende dar respuesta a algunos de los principales defectos que han resultado de la organización independiente de varios servicios de salud personal, en la misma comunidad, entre ellas está la concentración exclusiva sobre el individuo que solicita atención con la exclusión de la comunidad local con sus familias y otros grupos.

Es una práctica en la que elementos idóneos de atención comunitaria, familiar e individual se presten conjuntamente, esto unifica las técnicas clínicas y epidemiológicas, como funciones complementarias, existe una dedicación a la salud de la comunidad como un todo o a sus grupos constituyentes, así se unifican dos tipos de práctica, la atención clínica de los individuos en la comunidad y aspectos de salud familiar y comunitaria.

REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Es necesario elaborar una estrategia que tome en cuenta, potenciar la calidad organizativa, funcional y científica, intensificar el reciclaje y la formación continuada de los actuales profesionales sanitarios, mejorar las condiciones económicas y la consideración técnica y social de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

La adscripción de la población a los equipos de salud debe permitir la atención integrada de las colectividades con problemas y necesidades de salud similares, las interrelaciones funcionales que el nivel secundario han de permitir, por un lado, dotar a los equipos de salud del

¹⁷ World Health Organization of the International Conference on Primary Health Care.

apoyo tecnológico y establecer cuáles han de ser las especialidades que han de tener un grado mayor de colaboración cotidiana y de interdependencia organizativa, los profesionales deben actuar basándose en planes y programas de salud que integren las actividades de promoción y prevención, con las asistenciales curativas.

También es importante desarrollar un sistema de información y registro que permita conocer todos los aspectos relevantes de la actividad realizada y sus resultados, la implantación de un modelo unificado de historia clínica ajustado a la realidad concreta y de fácil aplicación, el profesional sanitario en su situación como puerta de entrada del sistema, les proporciona una capacidad importante para delimitar cuánto, cómo y donde ha de gastarse en la atención de un problema de salud determinado y por un paciente concreto.

- Debe existir una práctica continua de atención primaria formando la base para el desarrollo de la misma, esta atención debe ser de fácil acceso, global y coordinada con otros servicios de salud, proporcionar continuidad en la asistencia sanitaria y ser respuesta de los pacientes individuales y de las familias en la comunidad.
- Los profesionales deben tener interés en aplicar su ejercicio clínico primario a la práctica.
- Debe existir una focalización sobre la comunidad en su globalidad y sus subgrupos, cuando se valoren sus necesidades, se planifican y proveen los servicios y se evalúan los efectos de la atención prestada.
- Debe definir y describir la población de la que es responsable, a esta comunidad se le conoce como comunidad diana para la vigilancia y atención, así como la población denominador para la medición del estado de salud y necesidades así también para la evaluación del servicio.
- El uso de técnicas epidemiológicas y clínicas apropiadas como funciones complementarias, debe existir un sistema de registro de las actividades epidemiológicas y de atención sanitaria comunitaria y de atención sanitaria personal individual.
- Programas definidos comunitarios o de grupo para tratar problemas de salud de la comunidad deben incluir intervenciones de promoción de salud, prevención primaria o secundaria, tratamiento curativo, paliativo o de rehabilitación y pueden llevarse a cabo junto con otros grupos de salud.

- La implicación de la comunidad en la promoción de su salud, es necesario como un requisito para el funcionamiento satisfactorio y continuado.
- Accesibilidad que no se limita a la geografía, sino que se refiere también a la ausencia de barreras físicas, sociales, culturales, de comunicación o de otro tipo.
- Movilidad del equipo de salud, esto es actividad de extensión, cómo entrar en la comunidad para vincularse con la población, con su salud y otros problemas, identificando los individuos de riesgo e invitándolos a acudir para vigilancia o tratamiento.

Los servicios de atención primaria que están situados en la comunidad a la que sirven se preocupan principalmente por el tratamiento de las personas, facilita que acudan para solicitar asistencia sanitaria personal o que asistan a discusiones de grupo o reuniones comunitarias. ; la proximidad facilita las visitas domiciliarias por el equipo sanitario, la atención domiciliaria del enfermo, las charlas con la familia y con el grupo y como parte de los programas preventivos y de promoción de la salud, estos frecuentes contactos pueden promocionar la implicación de la comunidad en la aceptación de la responsabilidad sobre aspectos importantes de su propia salud.

Si cada equipo de salud tiene la responsabilidad de una población definida o un área geográfica, esto puede contrarrestar una de las principales deficiencias (duplicidad de programas de salud) de la atención sanitaria moderna.

COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS DE SALUD.

En grandes ciudades, los servicios de salud son proporcionados por diferentes agencias de salud, la falta de coordinación y la ausencia de responsabilidad o disponibilidad, desemboca en vacíos de atención y los costos adicionales por la duplicación de servicios, la atención primaria busca satisfacer las necesidades actuales, integrando o coordinando las diversas actividades sanitarias primarias, ya sea de promoción, prevención, curación o rehabilitación..

Una característica principal, es la relación entre el profesional y el paciente, un equipo debe reconocer la relevancia de la salud social, que no solo definirá la salud comunitaria en términos epidemiológicos, sino que también ayudara a estimular la implicación de la comunidad en su propio cuidado, la acción comunitaria puede llevar al desarrollo de los recursos locales y a

cambios ambientales, conductuales o de otro tipo que conduzcan hacia la salud, el interés de la comunidad puede resultar en la formación de organizaciones de voluntarios, una disponibilidad para ayudar en la realización de estudios o en otras actividades y la voluntad de cumplir las recomendaciones de los profesionales, favorece la probabilidad de que estas decisiones sean apropiadas y aceptables.

En el seno de la atención primaria también colaboran otros profesionales que no forman parte directa del equipo de salud pero que son necesarios para el abordaje de problemas concretos de salud que deben ser resueltos en su mayor parte en este ámbito del sistema, contamos con apoyo especializado directo, que son profesionales de rehabilitación, atención a la mujer, odontología, salud mental, salud pública y comunitaria.

Los que mencionaremos dentro del apoyo especializado indirecto, son aquellos especialistas que actúan como consultores de los equipos de atención primaria, pero que generalmente están adscritos orgánica y funcionalmente a otros niveles del sistema sanitario, son especialistas de base hospitalaria.

“La colaboración de especialistas en salud pública y en medicina comunitaria con los centros y equipos de salud es imprescindible para la realización de las aportaciones que se requieren en los terrenos de la epidemiología, estadística, planificación y administración de servicios, política de calidad y evaluación”¹⁸

ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Para identificar los grupos de actividad básica que estos servicios deberían realizar, debido a los cambios que han experimentado los problemas de salud de las poblaciones y la evolución de los sistemas sanitario, se deben considerar cuatro aspectos, entre los cuales se encuentran los cambios epidemiológicos, como el proceso de envejecimiento de las poblaciones, cronicidad de las enfermedades y el conocimiento de los factores de riesgo, estos puntos están haciendo cambiar las características de la demanda asistencial y las oportunidades para la prevención de las enfermedades y originan nuevas necesidades de educación sanitaria individual y poblacional, también cuenta la tendencia al incremento de la utilización, en segundo lugar se encuentra la tendencia al incremento de la utilización de los servicios de salud, tanto hospitalarios como de atención primaria (medicalización de la vida en las sociedades avanzadas) y por último,

¹⁸ ZURRO, Martín. *Conceptos, organización y práctica*. Ed. Hecourt Brace 3ed. España pp.38

la evolución reciente de la organización de los sistemas sanitarios, que han llevado a analizar más profundamente el papel de la atención primaria como reguladora de la puerta de entrada del sistema.

Como primer nivel de acceso del sistema sanitario, se ha de diagnosticar y tratar las enfermedades, utilizando los instrumentos de apoyo, convirtiéndose progresivamente en oportunidades para la prevención de estas y la promoción de la salud en el ámbito individual, para proporcionar una asistencia correcta y satisfactoria, es necesario que sea continua, también domiciliaria la cuál, además de su función de atención de patologías, debe permitir evaluar las posibilidades y limitaciones del entorno familiar, cultural y económico con vista a futuras actuaciones del equipo de salud; es importante tener presente que las posibilidades de prevención de muchas de las enfermedades más importantes radican en la modificación de factores determinados por el entorno social y cultural, lo que hace necesario desarrollar actividades preventivas y educativas en el ámbito comunitario; las intervenciones culturales y educativas en la escuela y para los adolescentes pueden tener una importancia trascendental para la modulación de determinados hábitos o actitudes.

La atención primaria ha participado en los mecanismos de vigilancia epidemiológica para la evaluación de la situación de salud de la comunidad y para actuar en posibles situaciones o brotes epidémicos limitados, como las intoxicaciones alimentarias, así como establecer las indicaciones de derivación de pacientes hacia otros niveles asistenciales y la prescripción de otras prestaciones sanitarias.

FUNCIONES BÁSICAS:

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
- Actividades de prevención y promoción en las consultas.
- Atención continuada.
- Atención domiciliaria.
- Educación sanitaria y acciones preventivas en la comunidad.
- Vigilancia epidemiológica.
- Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y otras prestaciones sanitarias.

TIPOS DE ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS.

El reto actual consiste en conseguir la puesta en marcha de centros de salud integrales capaces de dar una respuesta coherente a las necesidades del sistema de salud y desarrollar el conjunto de funciones y tareas propias de una moderna atención primaria, en resumen se engloban los siguientes tipos de estructuras organizadas:

- Práctica asistencial individual.
- Práctica asistencial en grupo.
- Centro de salud..
- Centros asistenciales especializados.
- Policlínicas.

Han sido diversas; la práctica asistencial es la que se da entre la realizada en un marco físico organizado con una distribución funcional del trabajo, y la practicada individualmente (práctica independiente), constituye las posibilidades de ahorro al compartir los gastos de estructura y de personal así como la dura carga que representa la asistencia continuada y urgente.

Práctica en grupo. El centro de salud integral es la opción que se adopta mejor conceptualmente al desarrollo de todas las funciones señaladas con anterioridad, ya que incorpora una masa crítica de profesionales suficiente para conseguir una correcta distribución de las tareas a realizar, con funciones preventivas y en los que se priorizan programas como los de vacunación o los de higiene y alimentación, centros de salud que se inclinan a actividades curativas.

EL CENTRO DE SALUD.

El centro de salud integral es la estructura funcional y física en la que se desarrollan las actividades propias de la atención primaria, en los terrenos de la promoción, prevención, asistencia curativa y rehabilitación, sus funciones han de permitir plasmar programas en la práctica diaria.

La continuidad de la asistencia debe producirse tanto en el tiempo como en el espacio, esto es, un horario razonable y el seguimiento de casos, se ha de realizar una búsqueda activa de los problemas de salud bajo una perspectiva multidisciplinaria que integre los aspectos biológicos

con los psicológicos y sociales.

La educación para la salud ha de estar dirigida a potenciar la auto responsabilidad de las personas y de la comunidad sobre su salud y no a la mera transmisión de conocimientos e información sobre las características de las enfermedades; se debe establecer un contacto personal y de confianza entre el profesional sanitario y el paciente para tratar un problema concreto y establecer donde son mayores las posibilidades de intervención positiva y eficaz. Desde el centro de salud debe promoverse la participación comunitaria adaptándose a las posibilidades y características concretas de la comunidad y sus instituciones, las funciones y actividades de docencia e investigación han de desarrollarse y responder a programas que contemplen aspectos de formación continua, así como otros de investigación clínica y epidemiológica.

También se ha de asumir la gestión de los recursos sanitarios, así como la coordinación funcional con los otros niveles del sistema, ha de tener una estructura funcional acorde con sus características físicas y recursos concretos, además es necesario que se disponga de recursos humanos y medios complementarios de exploración y documentación.

Funciones básicas de un centro de salud.

- Atención preventiva y de promoción de la salud.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades, rehabilitación y reinserción social.
- Atención domiciliaria y urgente.
- Vigilancia epidemiológica.
- Educación sanitaria y acciones comunitarias preventivas.
- Docencia e investigación en atención primaria.

ATENCIÓN DOMICILIARIA.

Constituye una de las actividades básicas para dar respuesta a necesidades de asistencia a personas que, de forma temporal o permanente, se encuentran incapacitadas para desplazarse al centro de salud. En el ámbito de la atención domiciliaria, las prioridades se dirigen a los grupos de población más vulnerables y necesitados, los cuales suelen presentar una serie de características comunes, tales como edad avanzada, enfermedades crónicas y evolutivas,

dependencia física y /o psíquica o situaciones terminales, tales como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S. I. D. A.).

El proceso de atención primaria es complejo; no es específico de una patología concreta ni de ningún grupo de edad, sino que esta determinado por el grado de necesidad y /o incapacidad del enfermo; requiere la prestación de servicios tanto sanitarios como sociales, es necesario que existan diferentes niveles de atención a la salud, la demanda de asistencia no siempre es generada por el enfermo o la familia, requiere la implicación y el apoyo de los elementos familiares y del entorno comunitario. En este proceso podemos distinguir:

La atención domiciliaria espontánea; puede ser de carácter urgente y tener que ser realizada generalmente por el médico, en un corto espacio de tiempo.

Atención domiciliaria programada; son actividades dirigidas a la prevención, educación sanitaria, promoción del auto-cuidado y rehabilitación , dirigidas en su conjunto a la mejora de la calidad de vida.

Los criterios de inclusión y exclusión dependerán de la capacidad de los equipos para dar respuesta a las demandas del grupo de población atendida y estarán en relación con las prioridades de actuación decididas.

La detección de casos y el circuito de demanda son elementos básicos que han de permitir al equipo de salud la búsqueda de los grupos de riesgo priorizados y establecer formulas para canalizar las peticiones de asistencia procedentes de distintos ámbitos.

1.3.2 EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

La práctica médica como trabajo individual está tocando a su fin y la tendencia de los profesionales sanitarios a ejercer sus funciones en grupo es cada vez mayor, el agrupamiento permite no solo obtener mayor rentabilidad en la utilización de locales e instrumental o personal, sino también establecer mecanismos de comunicación entre los distintos componentes del equipo respecto a problemas de diagnósticos, terapéuticos o de otra índole, que se planteen como resultado de la actividad clínica, pero no se debe confundir la agrupación médica con el equipo de atención primaria a la salud, ya que el grupo médico tiene generalmente como objetivo principal, el de la atención de enfermos desde un punto de vista clínico e individual. mediante

actividades exclusiva o fundamentalmente médicas, el equipo de atención primaria debe asumir los objetivos y las actividades propias de ésta y hacerlo desde una perspectiva multidisciplinaria, con un enfoque individual y comunitario con unos contenidos relevantes preventivos y de promoción de la salud y otros relacionados con aspectos sociales, económicos y culturales propios de la población atendida.

El trabajo del equipo tiene una serie de ventajas respecto al realizado de forma aislada, ya que la actividad desarrollada por el conjunto de profesionales es mayor que la suma de las individuales, las técnicas poco habituales se utilizan mejor, los miembros del equipo tiene un mayor grado de satisfacción profesional, el trabajo en equipo facilita y potencia el desarrollo de actividades de educación para la salud y por último el paciente recibe mejor tratamiento.

“ En el seno de las profesiones sanitarias existen aún fuertes tendencias hacia la demarcación de límites “territoriales” de actuación de cada estamento o grupo especializado. Este hecho es fuente de rigideces y disfuncionalidades importantes en el momento de plantearse el desarrollo de verdaderos equipos de salud multidisciplinarios ya que estas demarcaciones de los ámbitos de actividad se efectúan habitualmente en función de los intereses de cada grupo profesional y no de las necesidades de las organizaciones encargadas de la atención y menos aún, de los usuarios.”¹⁹

COMPONENTES.

La composición de un Equipo de Atención de Salud (E. A. P.) ha de ajustarse a las características concretas del sistema y de la comunidad a la que atiende, lo que define un equipo de salud no es el tipo o estamento de los profesionales que lo constituyen o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cuál su estructura y su funcionamiento se adecuan para la solución de las necesidades y los problemas de una comunidad. en conclusión podemos decir que las características del trabajo en equipo son que se deben tener objetivos comunes, tener claro las funciones de cada profesional, coordinar las técnicas y conocimientos, tener una organización flexible y que participen todos en la toma de decisiones.

¹⁹ Ibidem. pp. 49

También existen factores que influyen en la composición del equipo de atención primaria, entre ellos se cuentan la situación política, económica y de la infraestructura sanitaria de cada país, así como las características de la población en cuanto a sus necesidades de salud, forma de organización general y sanitaria, distribución geográfica, las necesidades de salud, el saneamiento básico, suministro de agua y alimentos, contaminación ambiental, hábitos de vida nocivos y la disponibilidad de los profesionales titulados, que suele ser escasa, pudiendo recurrir a profesionales de carácter intermedio y agentes comunitarios de salud, los cuales, con un adiestramiento previo elemental, y una supervisión periódica, son capaces de enfocar y solucionar los problemas de salud principales de la población atendida, marcando de esta forma la composición y funciones de los Equipos de atención primaria.

La estructura poblacional, también es importante para determinar el número y tipo de profesionales, los objetivos y la organización general del sistema de salud de un país y las funciones que se atribuyen a los distintos profesionales de atención primaria condicionan también la composición de los equipos de salud.

Las funciones del E. A. P. como estructura organizativa abarcan, además de las asistenciales directas a las personas, otras relacionadas con la salud comunitaria que, para su desarrollo, requieren la colaboración de profesionales especializados en materias como epidemiología, estadística, demografía, administración de salud etc.

Para establecer el número y los tipos de componentes de los E. A. P. en relación con la población atendida pueden utilizarse diversas clases de criterios, como el piramidal, en el que la base es el médico general, a partir del cuál se establece, mediante una serie de razones proporcionadas relacionadas con el número de titulares del derecho a la asistencia, el de los pediatras y otros especialistas, así como el de los profesionales de enfermería de zona, aquí se relaciona principalmente el volumen de la población, pero no se toma en cuenta la estructura etaria o la distribución geográfica, las necesidades de salud constituyen uno de los criterios esenciales, es así que se recomienda que en los E. A. P., se incluyan además de médicos y enfermeras, a pediatras, matronas, auxiliares de clínica, farmacéuticos, veterinarios, asistentes sociales y personal auxiliar polivalente, dejando la puerta abierta para la adscripción posterior de otros profesionales.

En sí los médicos, los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales y los administrativos o profesionales polivalentes son los elementos constitutivos básicos.

FUNCIONES Y ACTIVIDADES.

El E. A. P. ha de asumir todas las funciones dirigidas a garantizar y mejorar el nivel de salud individual y colectivo del grupo de población que tiene adscrito, por esto necesitarán identificarse con su entorno demográfico social, geográfico y epidemiológico, identificación sin la cuál resultará muy difícil una objetivización clara de los problemas y las prioridades, es demasiado ambicioso pensar que un grupo reducido de profesionales pueden delimitar totalmente el nivel de salud de una población completa, el equipo tiene una función, promover cambios cualitativos en las actitudes y los hábitos de la población en todos los campos que tienen relación directa o indirecta con la salud, ha de estar siempre presente en funciones y actividades, en la asistencia a los individuos, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, la docencia e investigación, las funciones y actividades de promoción y prevención de la salud forman uno de los pilares fundamentales del cambio cualitativo a introducir en los procesos de cambio de los actuales sistemas sanitarios en la línea de A.P.S. , es necesario que los profesionales de enfermería se involucren directa y principalmente en su realización, con especial atención en las de educación sanitaria.

En las fases iniciales de funcionamiento de un equipo de salud, no será posible poner en marcha desde el primer día todas y cada una de las funciones y actividades descritas, es necesario diseñar un cronograma de actividades en el que éstas se vayan introduciendo progresivamente, cada equipo ha de construirse su propio cronograma, ya que los plazos y los tipos de actividades a introducir en cada uno de ellos varían de acuerdo con las circunstancias y características internas y del entorno, hay que ser realistas, para evitar frustraciones y consecuencia negativas, para el futuro del equipo, todo este conjunto de funciones y actividades requiere del apoyo de un área de importancia dentro del centro de salud, que es admisión y atención al usuario.

La constitución de un verdadero equipo de salud no se logra mediante la yuxtaposición física de sus componentes y actividades, es necesario que se asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de

sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de los profesionales que lo integran y no en línea jerárquica vertical

1.3.3 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL EQUIPO DE SALUD.

El desarrollo de la atención primaria en nuestro medio no es viable sin el profesional de enfermería, capaces de asumir un papel principal en la tarea de impartir cuidados de salud bajo una perspectiva integral, tanto en el ámbito individual como en el comunitario.

El profesional de enfermería ha de ser capaz de asumir funciones y actividades en todos los campos propios de ella, con amplios niveles de responsabilidad y autonomía, debe tener la preparación técnica necesaria, no como resultado de una simple delegación por parte del médico.

Las enfermeras que trabajan en las consultas son independientes de las comunitarias, aunque cada vez es mayor el número de enfermeras comunitarias que también colaboran en los consultorios, esto es positivo en la perspectiva de potenciación de la integración de los cuidados prestados, pero negativa en cuanto a la cantidad de recursos humanos, de que dispone el equipo, también deben participar en las actividades de docencia e investigación desarrolladas en el marco de los equipos de salud, así como en tareas de salud comunitaria y de coordinación.

En la asistencia curativa, participa en la prestación de cuidados de salud, con especial referencia al seguimiento y control de pacientes crónicos, la instrumentación de técnicas diagnósticas y terapéuticas, en la atención domiciliaria programada, es responsable del mayor porcentaje de las actividades desarrolladas, siendo el médico un elemento consultor; la atención a colectivos sanos y niños también forma parte de su campo de su responsabilidad.

En el ámbito de la promoción de la salud tiene un papel central, sobre todo en la dirección y la aplicación de las actividades de educación sanitaria, dirigidas tanto a individuos sanos como a enfermos o en situación de riesgo e impartidas de forma individual o colectiva, en las actividades preventivas, también desempeña un papel relevante, actuando como consejero de salud y realizando actividades de programas, como el de vacunación.

La organización de las actividades desarrolladas por los profesionales de enfermería, se basa en la programación y en la protocolización de los procedimientos, para su realización ha de disponer de espacios físicos y de tiempo apropiados, incluyendo la posibilidad de concertar visitas tanto en el centro como en el domicilio, utilizará la misma documentación clínica que los

miembros médicos del equipo, realizando en ella anotaciones pertinentes sobre los resultados de sus actuaciones.

Aunque en nuestro país existe cierta controversia acerca de la implantación de las denominadas consultas de enfermería, alimentada por los profesionales médicos, por el temor de invasión de un campo de trabajo; se ha comprobado que estas consultas son un elemento de gran utilidad e importancia para el desarrollo de las actividades del conjunto del equipo y que no son fuente de intrusismos profesionales, en estas consultas se llevan a cabo actividades relacionadas esencialmente con el seguimiento de pacientes crónicos, así como de la promoción de la salud y preventivas, la realización de maniobras de diagnóstico y terapéutica básicas, pero con esto no se quiere decir que se ha de independizar totalmente del equipo de atención primaria, ya que se requiere que se produzca una intercomunicación cotidiana suficiente para que unos y otros adquieran un conocimiento global de la población atendida.

Es necesario considerar los criterios utilizados para delimitar el número de profesionales de enfermería en proporción con los médicos, seguir planteando la asignación del personal de enfermería en relación directa con la del médico significa, partir una vez más de la base de que las funciones y actividades de enfermería depende exclusivamente de los médicos y olvidar la existencia fundamental que se tiene dentro del equipo de atención primaria.

PRINCIPIOS BÁSICOS Y COORDINACIÓN.

Cada profesional ha de desarrollar y responsabilizarse de actividades concretas, algunos de cuyos aspectos pueden ser compartidos por distintos miembros del equipo, en un contexto de colaboración y ausencia de conflictos y de competencia entre ellos.

Las bases para la organización del equipo de atención primaria son; trabajo coordinado y no jerarquizado de los distintos profesionales, esto implica romper con la idea de que la propia titulación lleva un grado de jerarquía, ninguno de los grupos profesionales que integran el equipo ha de tener en principio una situación jerárquica superior o inferior respecto a otros, también debe existir un trabajo programado, el cuál es idóneo para el cumplimiento de los objetivos planteados, no implica la parcelación o compartimentación de las actividades.

La participación de todos los integrantes del equipo en la planificación, ejecución y evaluación de todas las actividades a desarrollar, es fundamental ya que todos pueden y deben

asumir un cargo de responsabilidad y tener una visión de conjunto de las tareas, independientemente del papel concreto de cada grupo profesional.

La coordinación es de suma importancia, actualmente la figura del coordinador se ha planteado como un verdadero director del equipo, con amplias facultades de decisión en la planificación y gestión de los recursos y por tanto, con un perfil profesional diferenciándolo de los otros miembros, debe ser capaz de asumir funciones de liderazgo y ser considerado por sus componentes como un profesional clínico competente, con un perfil en el que combinen una amplia experiencia clínica y una capacitación suficiente en los terrenos de la organización y gestión propios de la Atención Primaria, el coordinador debe desarrollar actividades organizativas, así como de representación y relación, de dirección y gestión, así como asistenciales, docentes y de investigación.

2. CAPACITACIÓN.

Concepto. Acción y efecto de capacitar.

Capacitar: Hacer a una persona apta, habilitarle para alguna cosa.

2.1 FACTORES POR CONSIDERAR ANTES DE LA CAPACITACIÓN.

Existe la necesidad de diseñar programas esenciales de entrenamiento para los trabajadores básicos de salud (T. B. S), puesto que no es posible utilizar los modelos educativos tradicionales concebidos con un enfoque tecnicista, centrados en la institución más que en la comunidad y a veces, con énfasis excesiva en el conocimiento y no en la práctica concreta”²⁰.

La simplificación de los objetivos educacionales y de las técnicas en uso obligan a formular programas con nuevos contenidos y sobre todo, con una metodología diferente, en general, deben ser esquemas de enseñanza formal corta.

Duración de adiestramiento; el programa puede variar entre dos semanas (para agentes de salud de base o colaboradores voluntarios) hasta 12 meses o más (cuando se trata de trabajadores en salud del nivel medio o de auxiliares rurales), para esto se debe tomar en cuenta una serie de elementos los cuales son:

- La complejidad del trabajo de la auxiliar de salud.
- Su relación con el servicio de salud (funcionario de tiempo completo o voluntario de la comunidad)
- Disponibilidad de tiempo.

Las tareas asignadas son de complejidad muy variable y todas requerirán de una información general que va más allá de la función asignada, como la familiarización con el sistema global de salud, su estructura y dinámica internos, nociones básicas de diagnóstico comunitario, tales como elaboración de mapas, censos, técnicas de entrevista domiciliaria etc. , contenidos ideológicos propios de la atención primaria a la salud.

Se debe tener especial cuidado en las limitaciones de recursos financieros utilizables ya que a veces se compite entre programas.

²⁰KROEGER/LUNA, Atención Primaria de Salud, "Principios y métodos". Ed. OPS. México 1992pp 98-99

Hay que tener siempre en cuenta que un programa de capacitación formal inicial no basta, independientemente de su calidad y duración; un sistema complementario de educación continua, que permita evaluar el entrenamiento a través de la actividad desarrollada por la auxiliar de salud que asegure mecanismos para mantener y evaluar su productividad y eficacia, debería estar presente desde el comienzo en la programación de su entrenamiento, en cualquier parte y nivel.

2.2 CAPACITACIÓN BASADA EN LAS NECESIDADES, RIESGO Y DEMANDA.

Para realizar una adecuada capacitación sanitaria, se debe poner atención a las necesidades presentes en individuos y comunidades, es decir, necesidades personales y colectivas, partiendo de la utilidad de la planificación para la solución de situaciones de salud identificadas como mejorables por diversos motivos.

Se deben tomar en cuenta:

*Necesidades normativas; esta necesidad va relacionada a los conocimientos que ya deben tener auxiliares de salud y por algún motivo no poseen.

*Necesidad sentida o percibida; tiene relación con lo que la comunidad junto con la auxiliar de salud experimentan personalmente acerca de su situación de salud o con lo que ellos mismos piensan que precisan como atención sanitaria.

(Esta necesidad dependerá de los conocimientos que tengan tanto la auxiliar de salud y la comunidad sobre las causas de morbilidad y mortalidad)

*Necesidad expresada: significa la petición concreta que los usuarios hacen para recibir atención de los servicios sanitarios, y es la consecuencia lógica de la necesidad percibida, para la que se busca una solución de atención adecuada.

*Necesidad comparativa; se establece al tomar como referencia los datos de una comunidad respecto a otra definiendo la necesidad que un individuo o grupo debería presentar al ser sus condiciones similares a los de otras cuyas necesidades ya se conocen y se han determinado.

RIESGO.

El riesgo lo entenderemos como la contingencia o proximidad de un daño en la salud individual o colectiva, es la posibilidad y probabilidad de que ocurra un fenómeno no deseado que sería un daño o problema de salud.

El riesgo se relaciona con la presencia de los denominados “factores de riesgo” que suelen ser mediciones físicas, biológicas o sociales que incrementan la probabilidad de que los individuos o las comunidades presenten o sufran un problema de salud.

DEMANDA.

Se define como la solicitud consciente que realizan los usuarios del sistema de salud de determinados servicios, en relación con sus necesidades, la demanda tiene una estrecha relación con los problemas y necesidades.

2.3 TIPOS Y PLANES DE CAPACITACIÓN.

1- Según el ámbito de aplicación.

- a) De nivel estatal: sería el Plan Nacional de salud, elemento planificador aplicable a todo el territorio nacional y a la totalidad del sistema de salud.
- b) De nivel autonómico: constituido por los planes regionales de salud, elaborados para la atención de la población de comunidades autónomas por los servicios regionales de salud.
- c) De nivel local o institucional, como planes y programas de salud de áreas, zonas o centros de atención primaria o especializada.

2- Según el tiempo estos pueden ser:

- a) De corto plazo: 1 año o menos.
- b) De mediano plazo: 2 a 5 años.
- c) De largo plazo: 5 a 10 años.

El tiempo será fijado en función de la complejidad de las tareas y de la importancia de los objetivos, así como del nivel de influencia y posibilidad de modificación de otros factores no estrictamente sanitarios. como puede ser transporte, alimentación, servicios sociales, etc.

3- Según la amplitud y extensión.

Puede ser: **Estratégica:** Definida como el establecimiento de propósitos fundamentales a largo plazo, que implican cambios duraderos en el funcionamiento de la institución, es un tipo que se lleva a cabo en los altos niveles de cada institución o empresa, (un hospital), pero que tiene que ser conocida y compartida por todos los demás niveles para lograr su mayor efectividad, requiere una gran cantidad de información externa, ya que se precisa conocer todos los elementos que influyen en la situación de salud en el momento actual, pero también los que, en cualquier circunstancia, podrán influir o ser determinantes en el futuro que está previendo.

ii) **Planificación táctica:** Constituye un segundo nivel de aproximación a la solución de necesidades en salud, para ello tiende a detallar la acción ocupándose de la definición de las actividades y los recursos que se deban emplear, tiene que ver más con la posibilidad de realizar las acciones, es decir, que se hará para que la situación cambie, suele tener una duración de medio o corto plazo.

iii) **Planificación operativa:** define las acciones al más corto plazo, determinándolos en todos sus aspectos, constituye la expresión de un plan de acción directa, con un objetivo muy concreto, en el que se establecen, tiempo, recursos y procedimientos de una forma ajustada.

2.4 ETAPAS DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.

El proceso de la planificación de un programa de capacitación, se produce a través de varias etapas consecutivas, esta son:

- a) **Análisis y diagnóstico de la situación;** el análisis parte del estudio de unos hechos o circunstancias que se producen en un contexto determinado, conocido o no.

Se deben establecer:

- 1) **Identificación del problema.**
- 2) **Definición de la necesidad.**
- 3) **Conocimiento de la demanda.**
- 4) **Valoración de los recursos.**

Estas fases del análisis tienen que manejar los datos referidos a la población a la que se debe atender y que presenta la situación problemática, lo que se denomina población diana, las características de la información que se precisa también varían según el nivel del centro sanitario y del propio plan.

b) Establecimiento de prioridades; una vez que se realizó el análisis y diagnóstico de la situación, los aspectos a atender deben ser ordenados jerárquicamente, y se enfoca en la distribución de los recursos en razón de su mejor utilización, en sí la jerarquización de prioridades depende de la magnitud del problema, la trascendencia de la situación, "[criterios sociales (bienestar, seguridad), criterios económicos, políticos, sanitarios (número de muertes evitables)], opinión de la población, por medio de encuestas, vulnerabilidad de la situación, esto es acciones que realmente sean eficaces, y por último relación, costo – efecto.

c) Establecimiento de alternativas, esto es alternativas de acción, que deben ser realistas y posibles, contrastadas con otras experiencias anteriores.

d) Elaboración de prioridades, estos pueden ser generales(totalidad del plan), intermedios (definen situaciones o resultados), o específicos (aspectos parciales del plan).

e) Formulación del plan. Programación. Partiendo de los objetivos, se establecen normas de actuación, se fija un tiempo para el plan, se determinan los recursos que se emplearán y se considera cuáles serán los aspectos de la evaluación, la programación es la determinación de la situación que se quiere conseguir en un contexto concreto y temporal, con plazos, calendario, recursos y puntos de evaluación así como control basados en los objetivos.

2.5 CAPACITACIÓN DE LA AUXILIAR DE SALUD.

AUXILIARES DE SALUD.

La noción de la auxiliar de salud, define un tipo particular de persona que asume funciones propias de la atención primaria a la salud, en un contexto particular (comunidades rurales y marginadas), suele tratarse de una persona procedente de la comunidad, elegida por la población y entrenada para desarrollar ciertas actividades específicas, generalmente de un nivel bajo de complejidad técnica, y que usualmente no posee un rango funcionario dentro del aparato

institucional de la salud, aún cuando a veces reciben salario u otro tipo de compensación económica.

CAPACITACIÓN.

Para realizar algún programa, éste dependerá de quién va a ser entrenado, para qué, por quién y con que recursos. los pasos requeridos para desarrollar un programa, basado en las aptitudes que deben ser adquiridas, son los siguientes:

- 1) Identificar las necesidades de salud existentes, mediante la comparación de la situación actual con los objetivos propuestos.
- 2) Describir el cargo de auxiliar de salud, especificando las tareas que le corresponderá desarrollar, de acuerdo con las necesidades previamente identificadas.

Estas tareas deben descomponerse en deberes aislados, es decir, en los elementos que constituyen el trabajo mismo para identificar, finalmente a partir de ahí, las destrezas, habilidades y conocimientos que cada auxiliar de salud necesita adquirir para cumplir con sus funciones.

- 3) Establecer los objetivos educacionales, es decir las conductas terminales que se esperan de los entrenados.
- 4) Preparar el programa de enseñanza, el cuál además de recalcar la participación activa del estudiante en el proceso enseñanza- aprendizaje, se propone desarrollar su contenido en forma progresiva según niveles crecientes de complejidad, tratando de adaptar el ritmo de aprendizaje a las características del grupo y en lo posible, de los individuos.
- 5) Evaluación periódica del aprendizaje, siempre dentro de la más estrecha relación posible con la adquisición práctica de habilidades y destrezas.

Para la adecuada aplicación de atención primaria de salud, el conocimiento puro no tiene un valor en sí mismo, sino que es complementario y está subordinado a la adquisición de habilidades prácticas y para lograr esto, es necesario preparar cuidadosamente al personal instructor, al mismo tiempo que se debe preparar material didáctico apropiado.

FACTORES PREVIOS A LA CAPACITACIÓN.

Existe la necesidad de diseñar programas especiales de entrenamiento, ya que no es posible utilizar modelos educacionales tradicionales concebidos con un enfoque tecnista centrados en la institución más que en la comunidad, y a veces, con énfasis excesivo en el

conocimiento y no en la práctica concreta. La simplificación de los objetivos educacionales y de las técnicas en uso obligan a formular programas con nuevos contenidos y sobre todo, con una metodología diferente, en general, deben ser esquemas de enseñanza formal corta.

Duración de adiestramiento. El programa puede variar entre dos semanas (generalmente para agentes de salud de base o colaboradores voluntarios) hasta 12 meses o más (cuando se trata de trabajadores en salud del nivel medio o de auxiliares rurales), para esto se debe tomar en cuenta una serie de elementos los cuales son: la complejidad del trabajo, su relación con el servicio de salud, (funcionario de tiempo completo o voluntario de la comunidad), y disponibilidad de tiempo de ambas partes. .

Las tareas asignadas, son de complejidad técnica muy variable, todos ellos, requerirán de una información general; familiarización con el sistema global de salud, su estructura y dinámica internas, nociones básicas de diagnóstico comunitario, tales como elaboración de mapas, censos, técnicas de entrevista domiciliaria, contenido ideológico de la atención primaria a la salud etc.

Hay que tener siempre en cuenta que un programa de capacitación formal inicial no basta, independientemente de su calidad y duración, un sistema complementario de educación continuada que permita evaluar el entrenamiento a través de la actividad efectivamente desarrollada por la auxiliar de salud y asegure mecanismos para mantener y elevar su productividad y eficacia, debería estar presente desde el comienzo en la programación de su entrenamiento, en cualquier parte y nivel que éste se dé.

Para elegir al auxiliar de salud, se debe tener idea de qué tipo de auxiliar de salud deseamos obtener, existe cierta tendencia a contar con material " virgen" para efectuar su adiestramiento en la forma deseada, es probable que en la mayoría de los casos esto sea diferente; no solo es importante ocuparse de la formación de nuevos recursos humanos sino también de adaptar o reciclar al personal de salud existente, e incluso a colaboradores de la comunidad que pueden encontrarse en actividad desde hace tiempo, ellos deben diagnosticar y satisfacer las necesidades de salud de la comunidad, la auxiliar de salud debe estar enfocada en percibir las necesidades de la población y buscar sus posibles soluciones, esto solo será posible si se combinan los conocimientos y técnicas investigativas de los profesionales con la participación e interés activos de la comunidad respectiva, el adiestramiento debe enfocarse en aquellas tareas y actividades que tiene que realizar con frecuencia, además de esto, se debe

considerar el grado de aislamiento del lugar donde actúa la auxiliar de salud, el tamaño de la población en su área de influencia, ya que la auxiliar de salud que trabaja en comunidades muy aisladas necesita cumplir funciones curativas más sofisticadas y saber más que su compañero ubicado en una zona de fácil acceso a los servicios médicos.

El contenido del entrenamiento de una auxiliar de salud, dependerá, por una parte, de las prioridades definidas como "servicios esenciales de salud"; es decir, educación nutricional, inmunizaciones, saneamiento ambiental, control y tratamiento de diarreas, etc. Por otra, de las necesidades sentidas por la comunidad, que pueden no coincidir con las primeras. Entre ambos criterios de necesidad es necesario llegar a un compromiso, pero ambos deben ser tomados en cuenta. igualmente la descripción de tareas variará según tamaño de la población y accesibilidad a otros servicios.

Otro componente importante es el de recursos, para salvar este punto, se sugirió anteriormente la utilización de personas de la comunidad o personal ya existente, esto facilita la capacitación ya que se dispone de horarios flexibles y se puede realizar un entrenamiento mientras se trabaja, ya sea en la clínica o comunidad.

Una buena parte de los problemas pueden ser superados con aprovechar los recursos existentes, aunque los gastos corrientes suelen ser más difíciles de eludir, ya que rara vez alguien donará papel, tinta, viáticos etc., y sobre todo viáticos para compensar a los participantes el abandonar su hogar, o a los instructores o supervisores para gastos básicos en alimentación y materiales diversos.

La evaluación de auxiliares de salud, debe ser uno de los componentes permanentes de la atención primaria a la salud, debe ser periódica, en sí se trata de establecer la adecuación del proceso de entrenamiento con las tareas que deben ser efectuadas y, en última instancia, con las necesidades de salud de la población, en cada evaluación no es suficiente determinar el nivel de conocimientos presente en un momento dado, se trata de probar la adquisición de habilidades y destreza, así como la capacidad para asociarlas a un cierto grado de conocimiento teórico útil, se trata de introducir ajustes oportunos en el proceso de enseñanza- aprendizaje, mediante la educación continua.

También es importante saber qué hace, con qué calidad y en qué cantidad trabaja la auxiliar de salud, los datos estadísticos que reúnan deben de analizarse conjuntamente, pero no se debe sobrecargar de estos mismos, ya que, pueden ser insuficientes o aportar poco en cuanto a

aspectos cualitativos, hay que complementar la evaluación mediante métodos de observación participante y encuestas personales.

DIDÁCTICA PARA LA CAPACITACIÓN.

La didáctica es un conjunto de técnicas destinadas a dirigir la enseñanza, para que el aprendizaje de la misma se lleve a cabo con mayor eficiencia. “ La didáctica no se preocupa tanto por el “ contenido” de la enseñanza sino más bien por la manera en que se debe enseñar”.²¹

Para esto se debe tomar en cuenta varios elementos que intervienen en el proceso de enseñanza- aprendizaje.

- a) El alumno o educando.
- b) El maestro educador, instructor o docente.
- c) Los objetivos de la enseñanza.
- d) Técnicas y métodos de la enseñanza.
- e) Medio económico, cultural y social en el que se lleva a cabo la enseñanza.
- f) La materia, motivo de la enseñanza.
- g) Debe adaptarse al alumno, tanto a su edad como a sus características propias; capacidad intelectual, experiencias o conocimientos previos, personalidad, situación emocional etc.
- h) Orienta y estimula el aprendizaje, sirve de guía.
- i) De conocimientos, de aptitudes o habilidades para hacer algo concreto y de actitudes, o sea, tipos de comportamiento.
- j) Deben asegurar como condición indispensable, la participación activa del alumno.
- k) Permite adaptar la enseñanza a las condiciones existentes y así, hacerla efectiva.
- l) Contenido de la enseñanza.

Para llevar a cabo una adecuada capacitación son útiles los llamados “ momentos didácticos”, los cuales son:

PLANEACIÓN: Es una previsión de todo lo que debe hacerse; es una reflexión cuidadosa del educador para hacer más efectiva la enseñanza, considera a quienes va dirigida la enseñanza, de que edad son, su experiencia anterior y su nivel intelectual, debe considerar también las

²¹ ALVAREZ, Alba Rafael *Educación para la Salud*, Ed. Manual Moderno. México 1995

necesidades, aspiraciones y deseos de los integrantes, se pondrá especial interés en asegurar las condiciones adecuadas del o los lugares físicos donde se llevarán a cabo las actividades; suficiente luz, buena ventilación, facilidades para tomar notas o realizar práctica, ya que en comunidad no existen lugares especializados para la capacitación, se debe establecer un lugar junto con la auxiliar de salud para dar la capacitación.

Se debe pensar en los materiales didácticos y auxiliares que se van a utilizar, esto solo será útil cuando se dé la capacitación al módulo completo, esto es a las 10 auxiliares que constituyen el módulo, pero ya que se capacita a cada auxiliar por visita comunitaria, lo más conveniente son trípticos y rota folios, además de la práctica y la utilización de un pizarrón si se cuenta con él.

EJECUCIÓN: La preparación del tema asegura una buena presentación, éste debe atender las necesidades o interés de la auxiliar, se apoyará más en los temas que desconozca o no le sean familiares, una manera de presentar la ejecución es comparando con una situación real y experiencias de las otras auxiliares de salud, además es necesario promover la participación de la auxiliar de salud en las actividades de enseñanza de la comunidad, así como escuchar sus ideas y sugerencias sobre temas que a ella o la población le interesen.

EVALUACIÓN: Es importante porque permite conocer los avances del proceso y los resultados del mismo; da a conocer los errores y deficiencias de la enseñanza y proporciona la oportunidad de modificarlos para obtener mejores resultados.

Se puede realizar haciendo algunas preguntas, pedir un pequeño resumen oral sobre el tema, a la vez que se pide la repetición práctica de lo aprendido, esto se debe realizar en cada visita a comunidad ya que, como únicamente se visita cada 15 días, las auxiliares pueden quedarse con dudas o no poner en práctica lo aprendido.

MÉTODOS DE CAPACITACIÓN.

EXPOSICIÓN.- Se desarrolla el tema de manera clara y ordenada, pudiendo ayudarse con material didáctico, su principal inconveniente es que la participación es muy pobre o casi nula, en general no hay preguntas, ni aclaraciones, ni discusión, no es posible la evaluación inmediata del tema.

Para evitar esto siempre se debe dejar que la auxiliar exponga sus dudas y dar respuesta a ellas, así como intercambio de opiniones sobre el tema.

DEMOSTRACIÓN PRÁCTICA.- Aquí se explica el procedimiento que se pretende enseñar, muestra después como se efectúa cada paso del proceso y luego pide a las auxiliares de salud que lo realice.

Este método es adecuado porque es un método de enseñanza más personalizado, el instructor, se encarga de explicar y de hacer la demostración, de conocer paso a paso la manera de hacerla, presentando y explicando las razones de cada paso.

Si la demostración se hace a todo el módulo se pide que lo realicen por parejas y se debe de tener cuidado en tener la disponibilidad de material suficiente.

Es un método que requiere bastante tiempo además, permite corregir de inmediato las fallas que puedan presentarse, para evitar una práctica errónea.

ESTUDIO DE CASOS.- Es un método muy eficaz que estimula la reflexión, propicia la discusión y favorece la participación, se pone a consideración un caso en estudio, que debe ser real y de interés, relacionado con sus actividades y dejando pendiente la solución.

Se debe precisar cuál es el problema, analizar las distintas acciones a realizar y plantear la solución más adecuada, esto es con el propósito de que los alumnos analicen y juzguen lo correcto o incorrecto de las acciones, si se omitió alguna.

2.6 CAPACITACIÓN COMO PARTE DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA, SEGÚN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

La constitución postula garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades y al establecimiento de condiciones para el desarrollo de los individuos, las familias, las comunidades, los pueblos indígenas, los trabajadores y los sectores productivos. De este modo se establece el derecho de todos los mexicanos a la protección de la salud, a una educación básica gratuita, obligatoria y laica etc.

El gobierno debe desplegar y subrayar su papel rector en la atención de las necesidades básicas de los grupos sociales y de las regiones más agudamente marginadas de los beneficios del progreso, al tiempo que promueve las condiciones que permiten a la sociedad desarrollar su

propia iniciativa, se dará atención prioritaria a las familias en condiciones de pobreza extrema, a las poblaciones marginadas, a las comunidades indígenas y a los grupos con desventajas para integrarse al desarrollo.

La política social promoverá que la población y el crecimiento económico se apoyen mutuamente en la búsqueda de un equilibrio que eleve el nivel de bienestar de los diversos sectores de la sociedad y de las regiones que se enfrentan a condiciones de rezago.

En relación con la salud, a pesar de que la esperanza de vida se ha incrementado, el acceso regular a los servicios no es todavía una realidad para diez millones de mexicanos, quienes se encuentran al margen de los requerimientos básicos de salubridad e higiene. Además, prevalecen importantes desigualdades regionales en los principales indicadores de salud, las dificultades en el acceso y la calidad de estos servicios se suman a los problemas de desnutrición y malnutrición. El mayor desafío es que toda la población tenga acceso a los servicios de salud y elevar la calidad de éstos.

“La política de desarrollo social, encaminada a mejorar el bienestar de cada individuo, se fortalecerá con el resto de los esfuerzos gubernamentales, privados y sociales en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida de toda la nación, mediante cinco estrategias: ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos; armonizar el crecimiento y la distribución territorial de la población; promover el desarrollo equilibrado de las regiones; privilegiar la atención a los grupos y las zonas con mayor desventaja económica y social, y construir una política integral de desarrollo social orientada por los principios del nuevo federalismo”²²

La reforma del sistema nacional de salud adquiere entonces un doble compromiso: mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones, y ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización. Un aspecto central del nuevo sistema de salud radicará en estimular la vocación de servicio de quienes tienen a su cuidado la salud de millones de mexicanos.

Aunque han existido grandes avances también es innegable que estos no han sido uniformes ya que todavía existen alrededor de diez millones de personas que carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene.

²² Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Poder Ejecutivo. México pp. 75

CAPITULO III. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La necesidad de lograr la meta planteada en la reunión de Alma-Ata, de salud para todos en el años 2000, ha dispuesto que se intensifique la búsqueda de la descentralización de los servicios de salud rural, para lo cuál se crean diversas estrategias como el Programa de Salud Rural , el cuál tiene la finalidad de capacitar a personas de la comunidad en las intervenciones de atención primaria a la salud y diversas actividades que se mencionan en la Reforma del Sector Salud.

Se requiere de un programa de capacitación de auxiliares de salud que se elaborará en base a los datos obtenidos por la guía de detección de necesidades de capacitación, los resultados muestran la falta de conocimientos y práctica de las intervenciones como en la atención del parto, atención del puerperio, control del menor de cinco años etc.

Por lo anterior se demanda el diseño de un programa de capacitación de auxiliares de salud que responda a las necesidades de acuerdo al nivel de conocimientos de las auxiliares de salud y las estrategias más atractivas para su composición.

OBJETIVO GENERAL.

- Realizar un programa de capacitación acorde con las necesidades de salud comunitarias, fomentando el auto-cuidado a la salud.

Metodología

Para este proyecto de titulación se necesitó la información obtenida durante el servicio social en Huetamo –Michoacán, así como la utilización de recursos materiales tales como lápiz, hojas, computadora, tinta, goma, etc., además de recursos humanos y financieros, proporcionados por la pasante.

La información que se utilizó de los informes mensuales, programa de capacitación, diagnóstico situacional de cada comunidad y guía de detección de necesidades de capacitación, todos los datos obtenidos fueron seleccionados y distribuidos, así se elaboró la lista de todas las actividades y los días aproximados de duración de cada una, los temas en los que las auxiliares de salud necesitan más información y los obstáculos que impiden la realización de algunas actividades como la toma de presión arterial por falta de baumanómetro y estetoscopio, además de esta información fue necesaria la consulta bibliográfica y de otros medios como el Internet, los temas de consulta básicamente fueron; atención primaria a la salud, salud pública, administración de los servicios de enfermería, programa de ampliación de cobertura, educación para la salud entre otros.

Una vez recopilada la información se dividió por temas específicos, poniendo énfasis en la atención a la salud comunitaria, su educación y el programa de capacitación dedicado a las auxiliares de salud, personaje que tendrá funciones muy importantes para ayudar a lograr la meta de extensión de cobertura en salud.

Para formular el programa de capacitación dirigido a las auxiliares de salud comunitarias, fue necesaria la elaboración de cuadros descriptivos donde se agrupan las actividades que realiza la auxiliar de salud y la continuidad en su ejecución representada en porcentajes.

Se escogió el diseño de evaluación de los datos de la guía de detección de necesidades de capacitación que incluyen la pre y pos medición en grupo ya que así se pudieron comprobar los avances en la capacitación del grupo de 10 auxiliares de salud por módulo.

VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE REFERENCIA	PROCESO ESTADÍSTICO
CONTROL PRENATAL	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTOMICA	GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	FRECUENCIA; SI/ NO Y PORCENTAJE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTOMICA	GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN.	FRECUENCIA; SI/ NO Y PORCENTAJE
ATENCIÓN DE PARTO	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTOMICA	GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	FRECUENCIA; SI/ NO Y PORCENTAJE
ATENCIÓN DE PUERPERIO	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTOMICA	GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	FRECUENCIA; SI/ NO Y PORCENTAJE
CONTROL DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTOMICA	GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	FRECUENCIA; SI/ NO Y PORCENTAJE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTOMICA	GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	FRECUENCIA; SI/ NO Y PORCENTAJE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTOMICA	GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	FRECUENCIA; SI/ NO Y PORCENTAJE

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Para detectar el grado de conocimientos con los que cuenta las auxiliares de salud del módulo asignado, se aplicaron instrumentos de detección (Guía de detección de necesidades de capacitación) para conocer las necesidades de capacitación, dichos formatos cuentan con preguntas sobre 6 intervenciones mencionadas en el paquete básico de servicios de salud, estas actividades son las básicas que realizan las auxiliares de salud, las cuales son; control prenatal, atención del parto y puerperio, control del menor de cinco años, prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas , prevención y control de las infecciones respiratorias agudas. (Anexo 1)

También se incorporó una ficha de identificación, con el nombre de la auxiliar, edad, escolaridad, estado civil, antigüedad en el programa, estos datos son de importancia por que de esta manera se conoce con que persona se está trabajando, así como su disponibilidad de tiempo, que tanto conoce el programa y el grado de escolaridad que poseen, esto es, si saben leer y escribir.

Estas guías de detección de necesidades de capacitación se aplicaron a cada una de las auxiliares de salud del módulo asignado, se aplicó uno al principio y otro al final del año del servicio social.

Con la aplicación de estos formatos se demostró que muchas de las actividades y conocimientos que deberían tener y realizar las auxiliares de salud, no se conocían, ni en teoría ni en práctica, como es por ejemplo en cálculo de la fecha probable de parto (F. P. P.), semanas de gestación (S. D. G.), identificar signos y síntomas de complicación del puerperio, así como la forma de usar el condón e información sobre la oclusión tubaria bilateral y vasectomía.

También se identificó que no realizaban diversas actividades como prevención y control de tuberculosis, así como de hipertensión arterial y diabetes mellitus, prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.

Existen diversas actividades que no se realizaban, por la falta de material, como básculas para adultos y mantenimiento a las pediátricas, los maletines de las auxiliares se encontraban en malas condiciones y además no se contaba con un lugar específico, como casa de salud para realizarlas.

A lo largo del servicio social, se capacitó a las auxiliares de salud en diversos temas que ellas desconocían o que tenían mayor duda, reforzándose en cada visita a la comunidad, e intentando plantear diversos programas como la detección de hipertensión, tuberculosis. En la aplicación del segundo cuestionario se identificó que en la mayoría de las auxiliares de salud, se habían desvanecido diversas dudas anteriores, pero surgieron nuevas, las cuales no se resolvieron por completo, ya que no se contó con el tiempo suficiente, además de que se estaban cambiando algunas y las nuevas que se eligieron deben ser más lejanas y que no contarán con acceso rápido a servicios de salud.

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.

Toda la información obtenida se proceso por cuadros representando los resultados en porcentajes, de acuerdo a la frecuencia con la eran realizadas las actividades, utilizando como parámetros únicamente las respuesta si/ no, esta información se presenta a continuación.

RESULTADOS

3.1 POR SERVICIO QUE PRESTA.

Como se mencionó anteriormente son seis las actividades básicas que realizan las auxiliares de salud, encontrándose que solo un 3.3% por ciento de ellas realizaban control prenatal, un 1.6% atención de parto, únicamente realizado por las auxiliares de salud que al mismo tiempo compartían la función de parteras en la comunidad, 6.6% atendían el puerperio, 15% llevaba un control del menor de cinco años, 13.3% realizaba actividades de prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas y 8.3% de ellas prevenían y controlaban las infecciones respiratorias agudas.

CUADRO 1: SERVICIO QUE PRESTA

FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 11-01-99 A 23-03-99

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Control Prenatal	2	3.333	8	13.333	10
Atención al Parto	1	1.667	9	15.000	10
Atención del Puerperio	4	6.667	6	10.000	10
Control del niño menor de cinco años	9	15.000	1	1.667	10
Prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas.	8	13.333	2	3.333	10
Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas	5	8.333	5	8.333	10
Total.	29	48.333	31	51.667	60

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S.S.A.. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U.N.A.M. E.N.E.O.-

3.2 EN CONTROL PRENATAL.

Por medio de la aplicación de las guías de detección de necesidades de capacitación, se observo que al inicio del año de servicio social con relación a control prenatal solo un 34% realizaban diversas acciones, como la identificación y valoración de signos y síntomas de un embarazo, valorar la altura de fondo uterino, de acuerdo a edad gestacional y estado de salud del feto, proporcionar información nutricional, promocionar la lactancia materna etc.

En comparación con un 65.8% que no realizaba estas actividades, debido tanto a la falta de material, conocimientos o ya sea porque existía un centro de salud cercano a la comunidad

CUADRO 2: CONTROL PRENATAL..

FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 11-01-99 A 23-03-99.

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Identifica y valora signos y síntomas de embarazo	3	1.765	7	4.118	10
Identifica y valora factores de riesgo durante el embarazo	4	2.353	6	3.529	10
Mide, registra y valora la presión arterial.	1	0.588	9	5.294	10
Valora la altura de fondo uterino de acuerdo a edad gestacional y estado de salud del feto	2	1.176	8	4.706	10
Mide, registra y valora peso y talla.	2	1.176	8	4.706	10
Identifica y valora situación, presentación del producto	1	0.588	9	5.294	10
Localiza y valora el foco fetal.	2	1.176	8	4.706	10
Determina y corrobora la F.P.P. de acuerdo a la edad gestacional.	3	1.765	7	4.118	10
Refiere en forma oportuna a la usuaria al centro de salud.	5	2.941	5	2.941	10
En las visitas domiciliarias proporciona atención prenatal.	0	0.000	10	5.882	10
Proporciona orientación sobre como tratar las molestias que presentan en el embarazo	4	2.353	6	3.529	10
Identifica y valora signos y síntomas de alarma	2	1.176	8	4.706	10
Proporciona información acerca de toxoide tetanico y refiere oportunamente al centro de salud para su aplicación	8	4.706	2	1.176	10
Proporciona orientación nutricional y así mismo de los cuidados prenatales	5	2.941	5	2.941	10
Promociona la lactancia materna	5	2.941	5	2.941	10
Promociona y orienta sobre la planificación familiar	7	4.118	3	1.765	10
Registra la información en el calendario de embarazo, parto y puerperio	4	2.353	6	3.529	10
Total	58	34.118	112	65.882	170

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S.S.A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U.N.A.M. E.N.E.O.

3.3 EN LA ATENCIÓN DEL PARTO.

Con relación a la atención del parto, solo un 1.25% sabían identificar y valorar signos y síntomas del trabajo de parto, así como identificar y valorar signos y síntomas que pudieran complicar la evolución del trabajo de parto, en comparación con un 6.25% que no tenían conocimiento de que se debe verificar y registrar la contractilidad uterina y latido cardiaco fetal durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos

CUADRO 3: ATENCIÓN DEL PARTO.
FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 11-01-99 A 23-03-99

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Identifica y valora signos y síntomas del trabajo de parto	2	1.25	8	5.00	10
Identifica y valora signos y síntomas que puedan complicar la evolución del trabajo de parto	2	1.25	8	5.00	10
Propicia la de ambulación alternada con reposo en posición sedente y decúbito lateral para mejorar la evolución del trabajo de parto	1	0.62	9	5.62	10
Verifica y registra la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.	0	0.00	10	6.25	10
Verifica y valora el progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales de acuerdo a la evolución del trabajo de parto	0	0.00	10	6.25	10
Mantiene la hidratación de la paciente durante el trabajo de parto	1	0.62	9	5.62	10
Para la atención del periodo expulsivo efectúa el aseo perineal y de la cara interna de los muslos sin hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión	0	0.00	10	6.25	10
Para la atención del alumbramiento propicia el desprendimiento espontáneo de la placenta y evita la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo	1	0.62	9	5.62	10
Comprueba la integración y normalidad de la placenta y sus membranas	1	0.62	9	5.62	10
Revisa el conducto vaginal y verifica que el pulso y la presión arterial sean normales	0	0.00	10	6.25	10
Verifica que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso	0	0.00	10	6.25	10
Identifica y valora las condiciones del recién nacido al nacimiento.	1	0.62	9	5.62	10
Realiza los cuidados inmediatos al recién nacido	1	0.62	9	5.62	10
Proporciona los cuidados mediatos al recién nacido	1	0.62	9	5.62	10
Refiere oportunamente a la paciente al centro de salud	3	1.87	7	4.37	10
Registra la información en el calendario de embarazo, parto y puerperio	3	1.87	7	4.37	10
Total	17	10.62	143	89.37	160

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S.A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U. N. A. M. E. N. E. O.

3.4 EN LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO.

En la atención al puerperio el 2.7% sabe identificar y valorar signos y síntomas que pueden complicar la evolución del puerperio, al mismo tiempo un 7.2% si realizaban la promoción de los métodos anticonceptivos y un 3.6% que si sabe identificar y valorar signos y síntomas de riesgo en el recién nacido, a la vez de que un 7.2% no verificaba la normalidad del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de micción, este último, importante para la verificación y así poder descartar que todo el periodo de puerperio evolucione favorablemente y sin complicaciones

CUADRO 4: ATENCIÓN DEL PUERPERIO.

FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DE 11-03-99 A 23-03-99.

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Identifica y valora signos y síntomas que pueden complicar la evolución del puerperio	3	2.727	7	6.364	10
Verifica la normalidad del pulso, presión arterial y temperatura	3	2.727	7	6.364	10
Verifica la normalidad del sangrado transvaginal y tono y tamaño del útero y la presencia de la micción	2	1.818	8	7.273	10
Orienta a la madre sobre la de ambulación, la alimentación normal y la hidratación	3	2.727	7	6.364	10
Orienta a la madre sobre los cuidados del recién nacido sobre la técnica de lactancia materna, sobre los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos	5	4.545	5	4.545	10
Durante el puerperio mediato vigila la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura	3	2.727	7	6.364	10
Promueve los métodos anticonceptivos para las mujeres	8	7.273	2	1.818	10
Valora el crecimiento y desarrollo del recién nacido	6	5.455	4	3.636	10
Identifica y valora signos y síntomas de riesgo en el recién nacido	4	3.636	6	5.455	10
Refiere de manera oportuna al centro de salud en caso de detectar algún riesgo	8	7.273	2	1.818	10
Registra la información en el calendario de embarazo, parto y puerperio	5	4.545	5	4.545	
Total	50	45.455	60	54.545	110

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U. N. A. M. E. N. E. O.

3.5 EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

En cuanto a planificación familiar los porcentajes son más favorables, un 6% promueve y difunde este servicio tanto a hombres como a mujeres, solo que existe un porcentaje relativamente bajo de 2% correspondiente a la toma de la presión arterial y realización de examen de mama. debido a la falta de equipo y conocimientos.

CUADRO 5: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 11-01-99 A 23-03-99.

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Promueve y difunde los servicios de planificación familiar tanto a hombres como a mujeres	9	6.000	1	0.667	10
Informa y orienta sobre salud reproductiva haciendo énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo	8	5.333	2	1.333	10
Informa sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres	10	6.667	0	0.000	10
Antes de prescribir el hormonal oral, o inyectable efectúa interrogatorio e informa a la mujer sobre el uso adecuado del método anticonceptivo.	10	6.667	0	0.000	10
Efectúa toma de la presión arterial y realiza el examen de mamas	3	2.000	7	4.667	10
Una vez que prescribe el método anticonceptivo, informa acerca de, los efectos colaterales	10	6.667	0	0.000	10
Explica la conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales	8	5.333	2	1.333	10
Proporciona el anticonceptivo como un método anticonceptivo de apoyo en las siguientes situaciones:					
Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.	10	6.667	0	0.000	10
En personas con actividad sexual esporádica.	10	6.667	0	0.000	10
Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de la vasectomía.	9	6.000	1	0.667	10
Cuando hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el S: I: D: A.	10	6.667	0	0.000	10
Explica al usuario la forma de cómo usar el preservativo.	9	6.000	1	0.667	10
Proporciona la información acerca de la oclusión tubaria bilateral y de la vasectomía sin bisturí como					
Otra opción anticonceptiva.	8	5.333	2	1.333	10
Refiere al centro de salud de manera oportuna a la usuaria en caso de presentarse efectos colaterales.	9	6.000	1	0.667	10
Registra la información en el calendario de planificación familiar	10	6.667	0	0.000	10
Total	133	88.667	17	11.333	150

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALU REPRODUCTIVA. U.N.A.M. E. N. E. O.

3.6 EN LA ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS.

La atención al menor de cinco años también se encuentra dentro de los porcentajes favorables únicamente se presentó un porcentaje bajo de 1.76 %, con relación a la valoración del desarrollo psicomotor del niño de acuerdo a los siguientes parámetros lenguaje, socialización, coordinación y movimientos, así como un 5.2% acerca de la importancia del esquema completo de inmunizaciones y distribución de vida suero oral en la prevención y tratamiento de diarreas.

**CUADRO 6: ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS.
FECHA. INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 11-01-99 A 23-03-99**

Actividad	SÍ	%	NO	%	Total.
Identifica y valora signos y síntomas de riesgo	5	2.94	5	2.941	10
Valora el estado de nutrición, utilizando los índices antropométricos: peso-edad, talla-edad	7	4.11	3	1.765	10
Vigila el crecimiento y desarrollo valorando la relación de los índices antropométricos, relacionándolos con tablas o gráficas.	7	4.11	3	1.765	10
Valora el desarrollo psicomotor del niño de acuerdo a lenguaje, socialización etc.	3	1.76	7	4.118	10
Promueve la alimentación al seno materno en el menor de un año, como el mejor y único alimento, desde el nacimiento hasta los cuatro meses de edad	8	4.70	2	1.176	10
Orienta a la madre sobre la técnica de alimentación al seno materno y de las ventajas que esta tiene para ella y su hijo	8	4.70	2	1.176	10
Para que inicie la ablactación a partir de, los cuatro meses de edad, incorporando alimentos diferentes a la leche materna y continuar con esta.	8	4.70	2	1.176	10
La alimentación del niño enfermo para que continuase dando dieta habitual, sin excluir alimento					
Alguno	9	5.29	1	0.588	10
La alimentación del preescolar con base en los grupos de alimentos	6	3.52	4	2.353	10
La importancia del control de la nutrición del crecimiento del niño y del cumplimiento de las citas establecidas para este,	7	4.11	3	1.765	10
Cuando es necesario dar al niño alimentación artificial basándose en leche de vaca natural o en polvo, si existe alguna contraindicación o impedimento para la lactancia al seno materno.	4	2.35	6	3.529	10
Acerca de la importancia del esquema completo de inmunizaciones.	9	5.29	1	0.588	10
Referente a la vigilancia de la nutrición y prevención de caries dental.	6	3.52	4	2.353	10
Prevención y tratamiento de diarreas (utilización de V.S.O.	9	5.29	1	0.588	10
La prevención de accidentes	6	3.52	4	2.353	10
Refiere de manera oportuna al centro de salud en caso de presentarse alguna complicación	9	5.29	1	0.588	10
Registra la información en el calendario de atención al menor de cinco años	9	5.29	1	0.588	10
Total	120	70.5	50	29.4	170

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD.

D.G.S.R. U.N.A.M. E.N.E.O.

3.7 ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS, EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS.

Para la atención de infecciones respiratorias agudas en el menor de cinco años las auxiliares de salud saben identificar y valorar signos y síntomas de una infección aguda de vías respiratorias en un 8.8 %, siendo el porcentaje más bajo de un 3.3% en dar a la comunidad información acerca del manejo y tratamiento comprendiendo las siguientes opciones: tratamiento sintomático y cuidados generales.

CUADRO 7: ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS, INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 11-03-99 A 23-03-99.

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Realiza acciones de educación para la salud y promoción para prevenir las IRAS.	6	6.66	4	4.44	10
Informa y orienta a la comunidad sobre la importancia y consecuencias de las I.R.A.S..	7	7.77	3	3.33	10
Orienta a la población en la identificación temprana de los signos y síntomas de gravedad de las I.R.A.S. dando prioridad a la neumonía.	6	6.66	4	4.44	10
Identifica y valora signos y síntomas de una infección aguda de vías respiratorias..	8	8.88	2	2.22	10
Identifica y valora signos y síntomas de una neumonía en fase avanzada o bien en su fase aguda.	5	5.55	5	5.55	10
Proporciona información acerca del manejo y tratamiento comprendiendo las siguientes opciones de tratamiento sintomático y cuidados generales	3	3.33	7	7.77	10
Revalora todos los casos de I.R. A. a las 24 hrs. de haber sido proporcionada la atención o antes si presentan signos de complicación o gravedad	7	7.77	3	3.33	10
Refiere de manera oportuna al centro de salud en caso de presentarse algún signo de complicación o gravedad	9	10.00	1	1.11	10
Registra la información en el calendario de control de atención al menor de cinco años.	9	10.00	1	1.11	10
Total	60	66.66	30	33.33	90

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S.S.A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U.N. A. M. E. N. E. O.

3.8. - ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS EN ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.

En lo referente a las enfermedades diarreicas agudas el porcentaje más bajo fue de 4.3% correspondiente a la realización de actividades de promoción orientadas hacia la participación social, pero si se informaba a la población sobre el mejoramiento de la calidad del agua, evitar el fecalismo a ras de suelo, así como a identificar y valorar manifestaciones clínicas de deshidratación, estos últimos datos con un porcentaje de realización de un 6.25%.

CUADRO 8: ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS, ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.

FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 11-03-99 AL 23-03-99.

Actividad	Si	%	No	%	Total
Realiza actividades de promoción orientadas a la participación social	7	4.37	3	1.87	10
Informa a la población respecto al mejoramiento de la calidad del agua	10	6.25	0	0.00	10
Lavado de manos con agua y jabón antes de preparar alimentos, así mismo después del cambio de pañales o la defecación.	10	6.25	0	0.00	0
Evitar el fecalismo a ras de suelo y procurar la construcción y uso de letrinas o fosas sépticas	10	6.25	0	0.00	10
Consumir alimentos bien cocidos o fritos, cuando por alguna razón no se consuman los alimentos es necesario conservarlos tapados.	10	6.25	0	0.00	10
Lavar y tallar con agua y jabón las frutas y verduras en general	10	6.25	0	0.00	10
Guardar la basura en recipientes y eliminarla mediante entierro	10	6.25	0	0.00	10
Promueve la desinfección del agua para consumo por medios físicos o químicos	10	6.25	0	0.00	10
Promueve el lavar y desinfectar los tambos, tinacos y otros depósitos donde se almacena el agua por lo menos cada seis meses y mantenerlos tapados	10	6.25	0	0.00	10
Identifica y valora manifestaciones clínicas de deshidratación	10	6.25	0	0.00	10
Orienta sobre como prevenir la deshidratación.	10	6.25	0	0.00	10
Proporciona información relacionada de cómo llevar a cabo la terapia de hidratación oral	9	5.62	1	0.62	10
En casos de diarrea o deshidratación prescribe el vida suero oral.	10	6.25	0	0.00	10
Orienta a la madre sobre la preparación y forma del uso del vida suero oral	10	6.25	0	0.00	10
Refiere de manera oportuna al centro de salud si presenta complicaciones	10	6.25	0	0.00	10
Registra la información en el calendario de atención al menor de cinco años	10	6.250	0	0.00	10
Total	156	97.5	4	2.50	160

FUENTE: GUIA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACION. S. S. A. SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U. N. A. M. E. N. E. O.

CAPITULO IV. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.

4.1 INTRODUCCIÓN.

El plan de capacitación va dirigido, no solo a las auxiliares de salud sino también a la población de cada comunidad, la capacitación desarrollara temas los cuales son incluidos en el programa básico de salud que proporciona la Secretaria de Salud Michoacán, a sus comunidades a través del programa Salud Rural.

Estos temas serán presentados a auxiliares de salud de una manera más explicativa debido a que la mayoría no los lleva a cabo ya que por lo común estas actividades las realizaba la supervisora de la comunidad, por lo cuál no conocen sobre estos, y a la población se expondrán de una manera más general.

Los temas que se abarcan son; atención prenatal, atención del parto y puerperio, atención del menor de cinco años, etc. , de estos se tocarán puntos clave y sencillos como es por ejemplo, concepto, importancia de la toma de la presión arterial, nutrición etc., posteriormente según como se vaya avanzando en la capacitación, se aumentaran más actividades del paquete básico de salud, sin dejar de retro-alimentar las actividades ya establecidas anteriormente, para que las auxiliares de salud los comprendan y asimilen.

Para la capacitación se elaborarán rota folios, así como la colaboración de la población para la enseñanza teórico-práctica, se impartirán estos temas según las necesidades que demande la población, además de que previamente se aplico una guía de detección de necesidades de capacitación, la cuál tiene la finalidad de proyectar en que actividades de salud las auxiliares de salud necesitan un refuerzo de aprendizaje. Una vez que se conocieron estos datos se elaboro el presente programa, el cuál tiene la finalidad de resolver dudas e involucrar a la práctica a las auxiliares de salud ya que serán ellas quienes fomenten el auto-cuidado de las personas de su comunidad, para lograr un estado de salud optimo.

Se debe procurar no sobrecargar de información a la auxiliar de salud ya que puede confundirse y no realizar las tareas encomendadas, así cada vez que se termine de capacitar en una actividad se comenzará otra sin dejar de dar un repaso a las intervenciones antes explicadas.

Es así como se pretende lograr una expansión en atención a la salud por medio del adiestramiento a la auxiliar de salud, quien a su vez capacitará a su comunidad, resolviendo dudas, dando charlas y promoviendo todas las actividades de salud posibles.

4.2 JUSTIFICACIÓN.

Para brindar una mejor atención a la salud, dentro del Plan Nacional de Salud, se diseñó una Reforma de Salud, la cuál contempla la aplicación del Paquete Básico de Salud, que consta de 12 intervenciones. a su vez se desglosa en 60 acciones y 220 actividades, estos subprogramas son ejecutados por la auxiliar de salud comunitaria, persona que es elegida dentro de la misma comunidad para desempeñar funciones de prevención, curación y canalización a un nivel superior de atención (si el caso lo amerita) y será supervisada por enfermeras comunitarias, quienes se encargara de capacitarlas tanto teórico como prácticamente.

Estos programas no deben sobrecargarse a la auxiliar de salud y se deben de priorizar según las demandas y problemas existentes en la comunidad.

Las intervenciones que se ejecutan principalmente en las comunidades rurales de Huetamo - Michoacán son; control prenatal, atención al parto, atención del puerperio, control del niño menor de cinco años, prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas, además de actividades como la detección oportuna de hipertensión y diabetes mellitus actividades que de las que no se llevaba un control de las personas que ya padecían estas enfermedades crónicas.

Para detectar el grado de conocimientos con los que cuenta la auxiliar de salud se aplico un instrumento de diagnóstico, los resultados demostraron que existen diversos programas que las auxiliares no manejan debido a desconocimiento del tema, así como a la falta de material y muchas veces por que la desconfianza que existía de la población.

Con la enseñanza teórico- práctica, la participación de la comunidad se pretende que la población colabore en la participación de la auxiliar de salud para la aplicación de los programas establecidos en la comunidad.

Debido a los resultados encontrados en los instrumentos de detección de necesidades de capacitación se elabora un plan de capacitación, que además de incluir las intervenciones que ejecuta normalmente una auxiliar de salud, también incluye las intervenciones faltantes del Paquete Básico de Salud, los cuáles serán establecidos en la comunidad de acuerdo a las necesidades y demandas que esta exprese .

4.3 OBJETIVOS.

- Resolver dudas que manifiesten las auxiliares de salud sobre la aplicación de las intervenciones, establecidas en el Paquete Básico de Salud.
- Dar una mejor atención de salud a la población, adiestrando tanto teórica como prácticamente a la auxiliar de salud.
- Fomentar el auto-cuidado de la salud en las comunidades, concientizando a la población sobre los diferentes riesgos de salud existentes.

4.4 PROGRAMA DETALLADO DE ACTIVIDADES.

NOMBRE DEL CURSO: Capacitación de auxiliares de salud y comunidades, de Huetamo-Michoacán.

DIRIGIDO: Auxiliares de salud y población de módulo asignado.

PARTICIPANTES: 1 pasante de licenciatura en enfermería y obstetricia.

LIMITES:

LUGAR: Huetamo- Michoacán.

TIEMPO: Año de servicio social.

ESPACIO: Comunidades asignadas por el programa Salud rural.

RECURSOS:

HUMANOS: 1 pasante de licenciatura en enfermería y obstetricia.

FISICOS: Lápiz, pluma, goma, sacapuntas, estetoscopio, estetoscopio de pinard, baumanómetro, cinta métrica, maletín para D.O.C., rota folios, hojas.

FINANCIEROS: Proporcionados por la pasante de enfermería.

METODOLOGÍA:

Técnica didáctica: Rota folio.

Tarjetas con información proporcionado por la Secretaria de Salud Michoacán (S.S.M.).

Participación de mujeres embarazadas, así como de niños menores de 5 años y comunidad.

CONTENIDO PROGRAMÁTICO.

TÍTULO: 1. - Atención prenatal.

- 1.1. Concepto.
- 1.2. F.C.F. normal y medición de F.U.
- 1.3. Cálculo de F.P.P. y S.D.G.
- 1.4. Importancia de la toma de presión arterial.
- 1.5. Maniobras de Leopold.
- 1.6. Nutrición.
- 1.7. Medidas higiénicas, ejercicio y descanso.
- 1.8. Dependencias tóxicas y restricción de relaciones sexuales.
- 1.9. Lactancia materna.

TÍTULO: 2. - Atención al menor de cinco años.

- 2.1. Valoración física del R.N.
- 2.2. Importancia de la aplicación de vacunas.
- 2.3. Estimulación temprana.
- 2.4. Peso y talla.
- 2.5. Actividades a realizar desde R. N. Hasta 6 años.
- 2.6. Deshidratación y diarrea.
- 2.7. Nutrición.

TÍTULO: 3. - Atención del puerperio.

- 3.1. Concepto.
- 3.2. Valoración de loquios.
- 3.3. Nutrición.
- 3.4. Higiene, ejercicio y de ambulación.
- 3.5. Valoración de F.U.
- 3.6. Lactancia materna.

TÍTULO: 4. - Prevención y control de diarreas.

- 4.1. Concepto.
- 4.2. Deshidratación.
- 4.3. Preparación y uso de suero oral.

TITULO: 5. - Prevención y control de infecciones respiratorias agudas.

- 5.1. Concepto.
- 5.2. Signos y síntomas.
- 5.3. Tratamiento.

TITULO: 6. - Atención del parto.

- 6.1. Concepto.
- 6.2. Material necesario.
- 6.3. Asepsia y preparación de zona vulvo perianal.
- 6.4. Expulsión del producto.
- 6.5. Alumbramiento.
- 6.6. Atención al R.N.

4.5 ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN SERVICIO SOCIAL ENFOCADAS A CAPACITACIÓN DE AUXILIARES DE SALUD

ACTIVIDADES	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
Abatizar	<ol style="list-style-type: none"> 1) Breve explicación del llenado de formulario. 2) Dotación de recursos materiales (cubeta, lápiz, cuchara, hoja de formulario). 3) Solicitar transporte. 4) Coordinación de equipo. 	7 Días	P.L.E.O. Patricia López González	M.P.S.S.
Capacitación sobre métodos de planificación familiar.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Entrega de manuales de métodos de planificación familiar. 2) Mesa redonda sobre métodos de planificación familiar. 	1 Día	Coordinador de módulo	P.L.E.O. M.P.S.S.
Promoción de planificación familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dotación de métodos de planificación familiar. 2) Coordinación con otros equipos. 3) Visitas domiciliarias 	29 Días	P.L.E.O. Patricia López González	M.P.S.S.
Informe	<ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitar transporte o viáticos para llegar a comunidad. 2) Entrevista con auxiliar de salud. 3) Recabar información de carpetas de servicios de auxiliar de salud. 4) Determinación del día asignado a la elaboración del informe. 5) Elaboración de plan de trabajo, cronograma 	1 Día	P.L.E.O. Patricia López González	
Detección oportuna de cáncer cervicouterino.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitar maletín de d.o.c. 2) Dotación de laminillas, espátulas de ayre, guantes, formas, spray, etc. 3) Solicitar transporte o viáticos. 4) Visitas domiciliarias. 5) Envío de muestras. 6) Entrega de resultados. 	1 Día	P.L.E.O. Patricia López González	P.L.E.O. Sonia Vargas. P.L.E.O. Alicia Gómez.
Elaborar auxiliares didácticos	<ol style="list-style-type: none"> 1) Elección del tema. 2) Solicitud de recursos materiales. 3) Diseñar auxiliares didácticos. 	1 Día	P.L.E.O. Patricia López González	P.L.E.O. Sonia Vargas. P.L.E.O. Alicia Gómez.
Supervisión a comunidad	<ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitud de medio de transporte. 2) Solicitud de formas de control. 3) Visita a casa de auxiliar de salud (previa cita) 4) Recolección de datos de las carpetas de auxiliar de salud. 5) Visitas domiciliarias. 6) Abastecer a auxiliar de salud de material faltante. 7) Presentación como nuevas supervisoras pasantes de comunidad. 	1 Día	P.L.E.O. Patricia López González	

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN SERVICIO SOCIAL
ENFOCADAS A CAPACITACIÓN DE AUXILIARES DE SALUD**

ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES.
Platicas a tele secundaria	<ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitar material de apoyo y medio de transporte o viáticos. 2) Entrevista con director de tele secundaria así como maestros. 	1 Día	P.L.E.O. Patricia López González	
Atención del menor de cinco años	<ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitud de gasolina y transporte. 2) Visita a la auxiliar de salud (previa cita) 3) Coordinación con auxiliar de salud y equipamiento de material necesario. 4) Visitas domiciliarias. 5) Llevar registro de somatometria y valorar según tabla de crecimiento y desarrollo. 	20 Días	P.L.E.O. Patricia López González	Auxiliar de salud.
Control de embarazo.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitar gasolina y transporte 2) Visita a auxiliar de salud (previa cita) 3) Coordinación con auxiliar de salud y equipamiento de material necesario. 4) Visitas domiciliarias. 5) Asesoramiento teórico y práctico a auxiliar de salud. 6) Llevar registro en carpeta correspondiente 	20 Días	P.L.E.O. Patricia López González	Auxiliar de salud.
Control de puerperio	<ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitud de medio de transporte. 2) Elaboración de auxiliar didáctico. 3) Visita domiciliaria. 4) Enseñanza teórico- práctica a auxiliar de salud. 5) Registro de actividades. 	20 Días	P.L.E.O. Patricia López González	Auxiliar de salud
Pago de nomina	<ol style="list-style-type: none"> 6) Recepción de incentivo. 	1 Día	P.L.E.O. Patricia López González	

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN SERVICIO SOCIAL
ENFOCADAS A CAPACITACIÓN DE AUXILIARES DE SALUD**

ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
Presentación del programa salud rural.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Visita comunitaria para recoger material y realizar pago a auxiliares de salud que cambiarían 2) Visita diagnóstica a nueva comunidad. 3) Entrevista con autoridades de comunidad. 4) Determinación de cita para reunión comunitaria. 5) Reunión para elegir comité de salud y auxiliar de salud. 6) Entrega de material y equipo de curación 	3 Días	Coordinador de módulo P.L.E.O. Patricia López González	M.P.S.S.
Vacunación universal y antirrábica	<ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitud de biológico. 2) Solicitud de material (termo, nomina de vacunación) 3) Solicitud de transporte. 4) Visita a auxiliar de salud. 5) Coordinación con auxiliar de salud. 6) Visitas domiciliarias. 7) Puesto de vacuna antirrábica. 8) Llenado de formulario 8 (nomina de vacunación) 	20 Días	P.L.E.O. Patricia López González	Auxiliar de salud M.P.S.S.
Aplicar guía de detección de necesidades de capacitación	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sacar copias necesarias 2) Visita a auxiliares de salud 3) Enviar guías 	14 Días	P.L.E.O. Patricia López González	
Capacitación de papelería progresá y manejo del programa	<ol style="list-style-type: none"> 1) Reunión con autoridades jurisdiccionales y compañeros pasantes. 2) Mesa redonda. 3) Entrega de papelería progresá. 4) Entrega de suplemento materno e infantil. 5) Visita comunitaria, presentarnos como coordinadores progresá con representante comunitario progresá. 6) Recepción de trípticos y rota folios. 	3 Días	P.L.E.O. Patricia López González	M.P.S.S.
Pláticas a comunidad progresá y no progresá	<ol style="list-style-type: none"> 1) Visita comunitaria. 2) Visita con auxiliar de salud y coordinadora progresá, (previa cita). 3) Reunión de comunidad. 4) Plática. 5) Entrega de trípticos y suplemento alimenticio. 	1 Día	P.L.E.O. Patricia López González	Auxiliares de salud, Coordinadora PROGRESA. M.P.S.S.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN SERVICIO SOCIAL
ENFOCADAS A CAPACITACIÓN DE AUXILIARES DE SALUD**

ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
Aplicar guías de detección y necesidades de capacitación	<ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitar copias necesarias. 2) Visita comunitaria a auxiliar e salud y promotora progresista. 3) Tabulación de datos. 	22 Días	P.L.E.O. Patricia López González	M.P.S.S. Coordinador de módulo.
De educación.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Priorizar temas. 2) Seleccionar y elaborar métodos didácticos. 3) Visitas comunitarias a las auxiliares de salud y promotora progresista. 4) Desarrollo de plática. 5) Motivar la participación de auxiliares y promotoras. 6) Asesoramiento práctico. 	1 Año s.s.	P.L.E.O. Patricia López González	M.P.S.S. Coordinador de módulo.
Control	<ol style="list-style-type: none"> 1) Supervisión comunitaria. 2) Asesoramiento teórico y práctico. 3) Opinión comunitaria. 4) Aplicar guías de detección de necesidades de capacitación. 5) Tabulación de datos. 	1 Año s.s.	P.L.E.O. Patricia López González	M.P.S.S. Coordinador de módulo.

CAPITULO V. EJECUCIÓN.

EJECUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN DE AUXILIARES DE SALUD.

5.1 FACTORES QUE INTERVINIERÓN EN LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA ESTABLECIDO.

Uno de los primeros inconvenientes para ejecutar este programa fue, el hospedaje, que se nos proporcionaría, según acuerdo de promoción entre Michoacán y la E.N.E.O., el lugar en el que nos querían ubicar, era el centro de salud de Huetamo, el cuál no tenía un lugar específico para pasantes, específicamente la zona que utilizaríamos era la de hospitalización para dormir, y utilizaríamos el baño de regadera que anteriormente había sido destinado a pasantes, y el lavadero era el mismo que se utilizaba para lavar guantes y espejos vaginales.

Además de que las unidades móviles que habían mencionado no existían, ni tampoco los gastos de camino, motivo por el cuál nos quedábamos en el centro de salud, ocupándonos en otras actividades (abatizar) que no correspondían al programa, y no podíamos utilizar nuestros propios recursos económicos ya que la beca que se nos asignó era de \$300 pesos, dinero con el cuál, como comentábamos entre nosotras sobrevivíamos, no vivíamos, pues en Morelia se nos había informado que sería de \$1200, quincenales, nosotras y nuestros compañeros no estábamos de acuerdo con la cantidad antes mencionada ya que veníamos de un lugar más lejano (al menos en horas de camino) que los demás pasantes que se encontraban ahí que por lo general eran del mismo pueblo o de Morelia y aparte a los demás pasantes se les tramita una beca de SEDESOL y a nosotros no.

Otro problema que en mi caso, existió fue la actuación de mi compañero de módulo, el cuál padece problemas psiquiátricos y a pesar de que todo el tiempo del servicio se estuvo sugiriendo, un cambio, no se realizó, hasta pocos meses de finalizar el servicio social y el nuevo compañero quería que realizáramos funciones de enfermera de consultorio, siendo que nosotras teníamos otras funciones, como la capacitación de la auxiliar de salud, recabar información, y ejecución del programa básico de salud. etc.

En todo el tiempo que se estuvo sin salir a comunidades, el director del centro de Salud, nos asignaba actividades que no nos correspondían, como es el caso de salir a vacunar

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

comunidades que no eran de nuestros módulos, e incluso, participación en la consulta externa del centro de salud y limpieza del refrigerador, esto es que nos incluían en los roles de limpieza y guardias que realizaba la jefa de enfermeras de ese centro de salud e incluso se nos llevo a amenazar con darnos de baja del servicio social.

En cuanto al coordinador que teníamos, no nos apoyaba por completo, ya que le comentábamos que esas no eran nuestras funciones y no hacia caso, y de esa manera fue como empezamos a llamar directamente a la Dra. Gomezluna, la cuál se encargo de llamar al jefe jurisdiccional y llamarle la atención, el cuál a su vez hizo lo mismo con el coordinador y se nos llamo la atención por saltarnos jerarquías, pero era la única manera de que se nos hiciera caso, fue así como se empezó a movilizar la búsqueda de casa y apoyo económico, para salir a las comunidades.

Cuando llegaron las unidades móviles, que solo llevo una para tres módulos, comenzamos a salir a las comunidades, solo salíamos los módulos 4 y 9 juntos y para el módulo faltante se consiguió una camioneta, del centro de salud, la cuál era muy vieja y la mandaron a componer varias ocasiones.

En sí de todo lo que se menciona de promoción sobre este proyecto muy poco se cumplió, esto es que no existía un lugar para hospedar a las pasantes, y nosotras teníamos que pagar la renta, dinero que después se nos devolvió, las camionetas de los módulos no existían hasta después de varios meses de comenzado el servicio social y solo fue una camioneta. Aunque después llegó otra camioneta, la cuál se asigno al módulo de mi segunda compañera y que después el coordinador presto al centro de salud de Huetamo para ir a vacunar al otro lado del río, y ahí se descompuso dejando sin unidad a mi compañera, el medicamento que nos mandaban era insuficiente así como los espejos vaginales con que contábamos.

Incluso lo más básico que era proporcionarnos uniformes, no fue cumplido por completo, ya que lo único que se nos dio fue una filipina en el día de la inauguración formal del programa y ni siquiera podían mandar dinero para la gasolina, por lo cuál tenia que aportar ese gasto el coordinador.

Además de que a últimos meses se comenzó el cambio de comunidades y por consiguiente bajo la productividad de las auxiliares de salud y se nos dijo que éramos nosotras las que no trabajamos.

CAPITULO VI. EVALUACIÓN

Después de haber aplicado el instrumento de detección de necesidades de capacitación, se realizaron actividades de capacitación, a auxiliares de salud.

Los temas que se abordaron fueron; toma de la presión arterial, calculo de semanas de gestación, maniobras de Leopold, control prenatal, así como atención del parto, entre otros temas.

Según como se iba realizando la capacitación con cada auxiliar, se detecto que además de la enseñanza teórica y práctica, hace falta material, ya que por lo general, el material con el que cuenta cada auxiliar de salud, carece de diferentes cosas, como por ejemplo, el baumanómetro, estetoscopio, etc. , así como material didáctico que puedan utilizar ellas para enseñanza de la comunidad. Cada tema se presento con terminación técnica escasa o nula para que cada auxiliar de salud no tuviera problemas para comprender, a la vez que se realizaba una práctica de cada tema.

Para conocer el grado de asimilación de los temas presentados a auxiliares de salud, se aplicaron las guías de detección de necesidades de capacitación al final del servicio social, los resultados que se obtuvieron fueron únicamente de cuatro auxiliares de salud en lugar de 10, pues se realizo el cambio de 6 de ellas, que por lo general eran las comunidades que contaban con centro de salud cercano.

De las comunidades que no se cambiaron, se obtuvieron avances, esto es que las auxiliares comenzaron a realizar más actividades y los habitantes de la comunidad empezaron a confiar más en ellas. Por medio de la evaluación nos damos cuenta que partes del programa de capacitación de auxiliares de salud, funcionan para alcanzar los objetivos propuestos.

Con esta capacitación se pretende que : “ sean ellas, quienes hagan desde el diagnóstico de salud. dar platicas, vigilar que la gente tenga sus letrinas, que cloren el agua, estar en contacto permanente con las mujeres embarazadas y llevarlas a consulta, acercar a otras a la planificación familiar y brindar (algo así como atención médica)”²³

Estas actividades serán realizadas con el apoyo de el comité de salud que fue seleccionado en cada comunidad cada vez que se instala en alguna comunidad

²³ <http://www.cimac.org.mx/noticias/semana100/s0050502.html>

Una de las formas como podemos evaluar el programa es por medio de la comparación con los objetivos alcanzados anteriormente con los planes de trabajo de las supervisoras de salud, así como la evaluación del efecto y eficacia.

Evaluar el efecto determinara si se obtienen los efectos deseados en el largo plazo “la medición del efecto se centra en los cambios logrados en las condiciones de salud de la comunidad en el largo plazo, es decir, en 3,5 o más años”.²⁴

La evaluación de la eficacia nos permitirá saber si los objetivos del programa son alcanzables con el mejor uso posible de los recursos, para que una evaluación sea más eficaz y se observe desde varios puntos de vista la eficacia del programa, se recomienda incluir al comité de salud, auxiliar de salud y miembros de la comunidad que no pertenezcan al comité de salud.

Para este programa se escogió el diseño de evaluación que incluye la pre y pos medición en un grupo, en este caso las 10 auxiliares de salud, utilizando una guía de detección de necesidades de capacitación, posteriormente se compararan los dos cuestionarios para observar los cambios.

Se recomienda en una evaluación futura utilizar alternamente este mismo tipo de evaluación, pero con un grupo de comparación, en este caso auxiliares de salud de otra comunidad para retomar según los resultados, aspectos positivos encontrados, a la vez de utilizar una medición seriada utilizando la evaluación que se hará cada año a las auxiliares de salud, para recabar más información se recomienda utilizar también la observación.

Para el análisis de la información se utilizaron cuadros descriptivos, que permiten interpretar los datos recabados y evaluar el logro de las metas del programa de capacitación.

En conclusión según el informe semanal de cimac, “desde la visión de la propia Secretaría de Salud que plantea que gracias al PAC hay avances, como podrían ser el incremento de niños inmunizados o el aumento de consulta general a la que antes ni siquiera tenían acceso, pero eso no nos indica la parte de las necesidades de salud sentidas de la población ni si en realidad las personas están más sanas.”²⁵

²⁴ BRINDIS- LASKI. *Evaluación de programas de salud*. Ed. Mc Graww-Hill Interamericana, México 1997 pp.74

²⁵ <http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal00/s00050502.html>

6.1 POR SERVICIO QUE PRESTA.

En las auxiliares de salud que se les continuo capacitando, existieron ciertos avances, pero se encontró que anteriormente una realizaba atención del parto, en estos nuevos resultados ninguna realiza esta actividad, ya que de las auxiliares que no se cambiaron ninguna es partera, por otro lado se elevó el porcentaje de auxiliares que brindan atención prenatal, y en las demás actividades, de las auxiliares que quedaron del equipo original más del 75% sí realizaban dichas actividades.

CUADRO 9: SERVICIOS QUE PRESTA.

INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 12-06-99 AL 05-07-99.

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Control prenatal	3	12.500	1	4.167	4
Atención al parto	0	0.000	4	16.667	4
Atención del puerperio	3	12.500	1	4.167	4
Control del niño menor de cinco años.	4	16.667	0	0.000	4
Prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas.	4	16.667	0	0.000	4
Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas	4	16.667	0	0.000	4
Total.	18	75.000	6	25.000	24

FUENTE. GUIA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U. N. A. M. E. N. E. O.

6.2 EN CONTROL PRENATAL.

En control prenatal, el 5.8% de las auxiliares realizaban actividades de identificación y valoración de signos y síntomas d embarazo, así como de identificar factores de riesgo durante el embarazo, sobre como tratar las molestias que se presentan en el embarazo, información sobre la aplicación del toxoide tetánico etc., pero también en un 1.4% se realizaba, la toma de la presión arterial así como valorar la altura del fondo uterino de acuerdo a la edad gestacional y estado de salud del feto, en cada actividad que se no se efectuaba se encontró que una de las causas era la falta de material o mantenimiento de este, además de la falta de práctica, la cuál generalmente era difícil de conseguir porque algunas mujeres expresaban cierta desconfianza hacia las auxiliares de salud.

CUADRO 10: CONTROL PRENATAL.

FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 12-06-99 AL 05-07-99

Actividad.	Sí	%	No	%	Total
Identifica y valora signos y síntomas de embarazo.	4	5.882	0	0.000	4
Identifica y valora factores de riesgo durante el embarazo	4	5.882	0	0.000	4
Mide, registra y valora la presión arterial.	1	1.471	3	4.412	4
Valora la altura de fondo uterino de acuerdo a edad gestacional y estado de salud del feto.	1	1.471	3	4.412	4
Mide, registra y valora peso y talla.	0	0.000	4	5.882	4
Identifica y valora, situación y presentación del producto	2	2.941	2	2.941	4
Localiza y valora el foco fetal	2	2.941	2	2.941	4
Determina y corrobora la f.n.p de acuerdo a la edad gestacional	4	5.88	0	0.000	4
Refiere en forma oportuna a la usuaria al centro de salud	4	5.88	0	0.000	4
En las visitas domiciliarias proporciona atención prenatal.	3	4.412	1	1.471	4
Proporciona orientación sobre como tratar las molestias que presentan en el embarazo	4	5.882	0	0.000	4
Identifica y valora signos y síntomas de alarma.	3	4.412	1	1.471	4
Proporciona información acerca de toxoide tetánico y refiere oportunamente al centro de salud para su aplicación	4	5.882	0	0.000	4
Proporciona orientación nutricional y así mismo de los cuidados prenatales.	1	1.471	3	4.412	4
Promociona la lactancia materna	4	5.882	0	0.000	4
Promociona y orienta sobre la planificación familiar	4	5.882	0	0.000	4
Registra la información en el calendario de embarazo, parto y puerperio.	4	5.882	0	0.000	4
Total.	49	62.64	19	27.94	68

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U.N. A. M. E. N. E. O.

6.3 EN LA ATENCIÓN DE PARTO.

Ya que se cambiaron las auxiliares que realizaban al mismo tiempo funciones de partera, se encontró que ninguna de las auxiliares de salud efectuaba las funciones de partera además de la falta de material, también se detectó que la población prefería ir a un médico particular.

CUADRO 11: ATENCIÓN DEL PARTO.

INFORMACIÓN: RECOLECTADA DEL 12-06-99 AL 05-07-99

Actividad	Si	%	No	%	Total
Identifica y valora signos y síntomas del trabajo de parto	0	0.000	4	6.250	4
Identifica y valora signos y síntomas que puedan complicar la evolución del trabajo de parto	0	0.000	4	6.250	4
Propicia la de ambulación alternada con reposo en posición sedente y decúbito lateral para mejorar la evolución del trabajo de parto.	0	0.000	4	6.250	4
Verifica y registra la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.	0	0.000	4	6.250	4
Verifica y valora el progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales de acuerdo a la evolución del trabajo de parto	0	0.000	4	6.250	4
Mantiene la hidratación de la paciente durante el trabajo de parto	0	0.000	4	6.250	4
Para la atención del periodo expulsivo efectúa el aseo perineal y de la cara interna de los muslos sin hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.	0	0.000	4	6.250	4
Para la atención del alumbramiento propicia el desprendimiento espontáneo de la placenta y evita la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo	0	0.000	4	6.250	4
Comprueba la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas.	0	0.000	4	6.250	4
Revisa el conducto vaginal y verifica que el pulso y la presión arterial sean normales	0	0.000	4	6.250	4
Verifica que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso	0	0.000	4	6.250	4
Identifica y valora las condiciones del recién nacido al nacimiento.	0	0.000	4	6.250	4
Realiza los cuidados inmediatos al recién nacido	0	0.000	4	6.250	4
Proporciona los cuidados mediatos al recién nacido	0	0.000	4	6.250	4
Refiere oportunamente a la paciente al centro de salud.	0	0.000	4	6.250	4
Registra la información en el calendario embarazo, parto y puerperio.	0	0.000	4	6.250	4
Total	0	0.000	64	100.000	64

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U. N. A. M. E. N. E. O.

6.4 EN LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO.

En atención del puerperio, el 9% sabe detectar signos y síntomas que puedan complicar la evolución del puerperio, también orientan sobre la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, en comparación con un 2.2% que únicamente, verificaba la normalidad del pulso, presión arterial y temperatura y verificaban la normalidad del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero, la presencia de micción, siendo este porcentaje el más bajo.

CUADRO 12: . ATENCIÓN DEL PUERPERIO.

FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 12-06-99 AL 05-07-99

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Identifica y valora signos y síntomas que pueden complicar la evolución del puerperio.	4	9.091	0	0.000	4
Verifica la normalidad del pulso, presión arterial y temperatura	1	2.273	3	6.818	4
Verifica la normalidad del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción	1	2.273	3	6.818	4
Orienta a la madre sobre la deambulación, la alimentación normal y la hidratación	4	9.091	0	0.000	4
Orienta a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de lactancia materna y sobre los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos	4	9.091	0	0.000	4
Durante el puerperio mediano vigila la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura	2	4.545	2	4.545	4
Promueve los métodos anticonceptivos para las mujeres	4	9.091	0	0.000	4
Valora el crecimiento y desarrollo del recién nacido	2	4.545	2	4.545	4
Identifica y valora signos y síntomas de riesgo en el recién nacido	2	4.545	2	4.545	4
Refiere de manera oportuna al centro de salud en caso de detectar algún riesgo	4	9.091	0	0.000	4
Registra la información en el calendario de embarazo, parto y puerperio	4	9.091	0	0.000	4
Total	32	72.727	12	27.273	44

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U. N. A. M. E. N. E. O.

6.5 EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

De planificación familiar el porcentaje más bajo fue de 3.3%, el cuál corresponde a explicar la conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales de los métodos anticonceptivos junto con efectuar la toma de la presión arterial, sin embargo un 6.6% ellas explicaban los diferentes métodos anticonceptivos que existen para hombres y mujeres así como realizar un interrogatorio diagnostico antes de prescribirlos.

CUADRO 13: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
FECHA. INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 12-03-99 AL 05-07-99

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Promueve y difunde los servicios e planificación familiar tanto a hombres como a mujeres	4	6.667	0	0.000	4
Informa y orienta sobre salud reproductiva, haciendo énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo..	4	6.667	0	0.000	4
Informa sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres..	4	6.667	0	0.000	4
Antes de prescribir el hormonal oral o inyectable efectúa interrogatorio e informa a la mujer sobre el uso adecuado del método anticonceptivo.	4	6.667	0	0.000	4
Efectúa toma de la presión arterial y realiza el examen de mamas.	2	3.333	2	3.333	4
Una vez que prescribe el método anticonceptivo, informa acerca de los efectos colaterales.	3	5.000	1	1.667	4
Explica la conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.	2	3.333	2	3.333	4
Proporciona el preservativo como un método anticonceptivo de apoyo en las siguientes situaciones: como apoyo a otros métodos anticonceptivos.	4	6.667	0	0.000	4
En personas con actividad sexual esporádica..	4	6.667	0	0.000	4
Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de la vasectomía.	4	6.667	0	0.000	4
Cuando hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.	4	6.667	0	0.000	4
Explica al usuario la forma de cómo usar el preservativo.	4	6.667	0	0.000	4
Proporciona la información acerca de la oclusión tubaria bilateral y de la vasectomía sin bisturí, como otra opción anticonceptiva..	3	5.000	1	1.667	4
Refiere al centro de salud de manera oportuna a la usuaria en caso de presentarse efectos colaterales.	4	6.667	0	0.000	4
Registra la información en el calendario de planificación familiar	4	6.667	0	0.000	4
Total	54	90.000	6	10.000	60

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. DGRS. UNAM. ENEO

6.6 EN LA ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS.

La atención al menor de cinco años fue mejorada, según las respuestas de las guías de detección de necesidades de capacitación, ya que las auxiliares de salud identificaban signos y síntomas de riesgo, valoraban el estado de nutrición utilizando los índices antropométricos, peso-edad y talla-edad, en un 5.8%, pero vigilaban el crecimiento y desarrollo valorando la relación de los índices antropométricos relacionándolos con tablas o gráficas en un 4.4%.

**CUADRO 14: ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS.
FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 12-06-99 AL 05-07-99.**

Actividad	Sí	%	no	%	total
Identifica y valora signos y síntomas de riesgo..	4	5.882	0	0.000	4
Valora el estado de nutrición, utilizando los índices antropométricos, peso-edad, talla-edad.	4	5.882	0	0.000	4
Vigila el crecimiento y desarrollo valorando la relación de los índices antropométricos, relacionándolos con tablas o gráficas.	3	4.412	1	1.471	4
Valora el desarrollo psicomotor del niño de acuerdo a lenguaje, socialización, etc.	2	2.941	2	2.941	4
Promueve la alimentación al seno materno en el menor de un año, como el mejor y único alimento desde el inicio del nacimiento hasta los cuatro meses de edad.	4	5.882	0	0.000	4
Orienta a la madre sobre: la técnica de alimentación al seno materno y de las ventajas que esta tiene para ella y su hijo.	4	5.882	0	0.000	4
Para que inicie la lactación a partir de los cuatro meses de edad, incorporando alimentos diferentes a la leche materna y continuar con ésta.	4	5.882	0	0.000	4
La alimentación del niño enfermo, para que continúe dando dieta habitual, sin excluir alimento alguno	4	5.882	0	0.000	4
La alimentación del preescolar con base en los grupos de alimentos.	2	2.941	2	2.941	4
La importancia del control de la nutrición, del crecimiento del niño y del cumplimiento de las citas establecidas para este.	4	5.882	0	0.000	4
Cuando es necesario dar al niño alimentación artificial basándose en leche de vaca natural o en polo, si existe alguna contraindicación o impedimento para la lactancia al seno materno.	3	4.412	1	1.471	4
Acercar de la importancia del esquema completo de inmunizaciones.	4	5.882	0	0.000	4
Referente a la vigilancia de la nutrición y prevención de caries dental..	4	5.882	0	0.000	4
Prevención y tratamiento de diarreas (utilización de v.s.o.)	4	5.882	0	0.000	4
La prevención de accidentes..	1	1.471	3	4.412	4
Refiere de manera oportuna al centro de salud en caso de presentarse alguna complicación	4	5.882	0	0.000	4
Registra la información en el calendario de atención al menor de cinco años	4	5.882	0	0.000	4
Total	59	86.76	9	13.24	68

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD DGRS UNAM. ENEO.

6.7 ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS, EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS.

En la atención de enfermedades de vías respiratorias, el porcentaje 2.7% en la promoción de educación para la salud y promoción para prevenir estas enfermedades, en las demás actividades se encuentra un 11.1% en la realización de las acciones, como son: informar a la población sobre la importancia y consecuencias de las infecciones respiratorias agudas, identificar y valorar signos y síntomas de una infección aguda de vías respiratorias, así como de neumonía etc.

CUADRO 15: ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS, INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

FECHA: INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 12-06-99 AL 05-07-99.

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Realiza acciones de educación para la salud y promoción para prevenir las IRAS.	1	2.778	3	8.333	4
Informa y orienta a la comunidad sobre la importancia y consecuencias de las I.R.A.	4	11.111	0	0.000	4
Orienta a la población en la identificación temprana de los signos y síntomas de gravedad de las I.R.A.S. dando prioridad a la neumonía.	4	11.111	0	0.000	4
Identifica y valora signos y síntomas de una infección aguda de vías respiratorias..	4	11.111	0	0.000	4
Identifica y valora signos de una neumonía en fase avanzada o bien en su fase aguda.	4	11.111	0	0.000	4
Proporciona información acerca del manejo y tratamiento comprendiendo las siguientes opciones: tratamiento sintomático y cuidados generales.	4	11.111	0	0.000	4
Revalora todos los casos de I.R.A. a las 24 hrs. de haber sido proporcionada la atención o antes si presentan signos de complicación o gravedad	2	5.556	2	5.556	4
Refiere de manera oportuna al centro de salud en caso de presentarse algún signo de complicación o gravedad	4	11.111	0	0.000	4
Registra la información en el calendario de control de atención al menor de cinco años	4	11.111	0	0.000	4
Total	31	86.111	5	13.889	36

FUENTE: GUÍA PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. U. N. A. M. E. N. E. O.

6.8 ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS, EN ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.

En atención a enfermedades diarreicas agudas, solo un 1.5% de las auxiliares realizaban actividades de promoción orientadas hacia la participación comunitaria en comparación con el 4.3% al principio del año de servicio social, este porcentaje fue el más bajo, ya que todos los demás son de un 6.2% en ejecución de las actividades, tales como informar a la comunidad respecto al mejoramiento de la calidad del agua, lavado de manos con agua y jabón antes de preparar, servir y consumir alimentos, evitar el fecalismo a ras de suelo, lavar con agua y jabón frutas y verduras, etc.

CUADRO 16: ATENCIÓN DEL MENOR DE CINCO AÑOS, ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.

FECHA. : INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL 12-06-99 AL 05-07-99

Actividad	Sí	%	No	%	Total
Realiza actividades de promoción orientadas a la participación social	1	1.563	3	4.688	4
Informa a la población respecto a: mejoramiento de la calidad del agua.	4	6.250	0	0.000	4
Lavado de manos con agua y jabón antes de preparar, servir y consumir alimentos, así mismo, después del cambio de pañales o la defecación.	4	6.250	0	0.000	4
Evitar el fecalismo a ras de suelo y procurar la construcción y uso de letrinas o fosas sépticas.	4	6.250	0	0.000	4
Consumir alimentos bien cocidos o fritos, cuando por alguna razón no se consuman los alimentos es necesario conservarlos tapados.	4	6.250	0	0.000	4
Lavar y tallar con agua y jabón las frutas y verduras en general.	4	6.250	0	0.000	4
Guardar la basura en recipientes y eliminarla mediante entierro.	4	6.250	0	0.000	4
Promueve la desinfección del agua para consumo para consumo por medios físicos o químicos.	4	6.250	0	0.000	4
Promueve el lavar y desinfectar los tambos, tinacos y otros depósitos donde se almacena el agua por lo menos cada seis meses y mantenerlos tapados.	4	6.250	0	0.000	4
Identifica y valora manifestaciones clínicas de deshidratación.	4	6.250	0	0.000	4
Orienta sobre como prevenir la deshidratación.	4	6.250	0	0.000	4
Proporciona información relacionada de cómo llevar a cabo la terapia de hidratación oral.	4	6.250	0	0.000	4
En casos de diarrea o deshidratación prescribe vida suero oral.	4	6.250	0	0.000	4
Orienta a la madre sobre la preparación y forma de uso del vida suero oral	4	6.250	0	0.000	4
Refiere de manera oportuna al centro de salud si presenta complicaciones	4	6.250	0	0.000	44
Registra la información en el calendario de atención al menor de cinco años.	4	6.250	0	0.000	4
Total	61	95.313	3	4.688	64-

FUENTE: GUÍA PARA DETECRA NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. S. S. A. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD D-G-S-R-U. N. A. M. - E. N. E. O.

CONCLUSIONES.

De acuerdo a las actividades que realizan las auxiliares de salud de las comunidades que no cambiaron, se encontró que el 75% de ellas si realizaban las seis actividades que se incluyen en el paquete básico de salud, cabe destacar que las actividades que casi no realizan son control prenatal, atención del parto, y atención del puerperio, se cree que no realizan estas actividades por falta de material y un lugar específico, al mismo tiempo que a muchas mujeres de la comunidad, les provoca desconfianza el hecho de que no se tenga privacidad, además de que les incomoda el hecho de que una mujer de su misma comunidad que apenas la están capacitando, les lleve el control del embarazo o puerperio, aunado a que muchas embarazadas prefieren la atención del IMSS- Coplamar, por que es ahí donde se atiende el parto y les exigen el control prenatal.

Además de que no existe el material suficiente y necesario para realizar dichas actividades.

Dentro de las actividades que se realizan en el control prenatal se encontró que un 62.64 % si realiza las actividades que engloban dicha práctica, lleva un registro, en comparación con un 27.94 % que no los realiza, el medir, registrar y valorar peso y talla.

En atención del parto un 100% de los auxiliares no realiza esta actividad por falta de material, confianza, por parte de la comunidad, un lugar adecuado, así como falta de práctica de auxiliares de salud.

Para la atención del puerperio un 72.72 % realiza las acciones correspondientes a esta actividad, una de las actividades que se vieron más favorecidos fue el correspondiente a planificación familiar, con un 90% en cuanto a la realización de las acciones.

Otra de las actividades que aumentan en cuanto a realización de las acciones fue la atención al menor de 5 años con un 86.76 %, así como la atención al menor de cinco años en infecciones respiratorias agudas con un 86%.

En atención del menor de cinco años orientado a enfermedades diarreicas agudas, un 95.31 % de auxiliares de salud realizan las acciones correspondientes.

Para que estos porcentajes sigan aumentando, se aconseja que el plan de capacitación que se planeo al inicio del año de servicio social, se valore al año siguiente junto con los nuevos pasantes y se realicen modificaciones donde sea necesario, por que con cada cambio de pasante se pierde la secuencia de capacitación y adiestramiento, también se pide que se dote del material

que en un principio se ofrece, tanto a las auxiliares de salud como al pasante, así como la promoción de buscar un lugar específico donde se realice la consulta y atención de la salud a la población.

El haber realizado el servicio social en provincia, me dio la oportunidad de vivir diferentes experiencias tanto en el plan profesional como en el personal, dado que en ese lugar ya no se tiene al lado ni a los padres ni maestros, es la responsabilidad que se aprende en el hogar y escuela, se pone en práctica, porque sé esta solo o solas (en mi caso) y aunque no se tiene una autoridad a quien rendir cuentas, se tiene a sí mismo y de demostrar que se puede lograr que se planea al decidir realizar el servicio social en provincia.

En el plan profesional me di cuenta de que en los libros consultados se tiene razón, la enfermería comunitaria no es bien vista por la enfermería hospitalaria, siendo que la primera tiene mucho campo de trabajo, porque es ahí donde se encuentra la base para conservar la salud y aunque en la escuela se enseñan ambas, se privilegia la enfermería hospitalaria. Ubica a la enfermería comunitaria en provincia, olvidando de esta manera, las enfermedades se combaten desde la casa, familia y comunidad, con capacitación y demostrando a la población que al fomento el auto-cuidado, pueden evitar muchas enfermedades y accidentes. Además de que se conocen directamente las inquietudes de la gente en cuanto a su salud, y con el trato diario van adquiriendo confianza para platicar los problemas de salud que llegan a padecer.

Con lo anterior percibo que la enfermería es muy importante, más de lo que generalmente se cree, porque siempre será la enfermera quien esta en más contacto directo con la gente, la que se gana la confianza de la población, la que enseña a la población como cuidarse, fomentando las practicas idóneas para conseguir y mantener la salud.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIAL.

- 1.- **MICHOACAN.** Monografía estatal. S. E. P. Comisión nacional de libros de texto gratuitos 1997 pp10-38.
- 2.- *Ibidem .*
- 3.- Censo poblacional 1998. Realizado por supervisora de auxiliares de salud comunitarias.
- 4.- Diagnóstico situacional. Michoacán 1998.
- 5.- <http://www.ssa.gob.mx/organing/reglamento.html>.
- 6.- <http://www.ssa.gob.mx/leysalud/t2c1.html>.
- 7.- <http://www.ssa.gob.mx.leysalud>
- 8.- *Ibidem 7*
- 9.- *ibidem 7*
- 10.- <http://www.ssa.gob.leysalud>
- 11.- <http://www.ssa.gob.mx/organing/reglamento.html>
- 12.- Programa de Reforma del Sector Salud 1995- 2000. Secretaria de Salud. Plan Nacional de Salud. pp. 1
- 13.- *Ibidem pp. 55*
- 14.- <http://www.tamaulipas.gob.mx/sedesol/salud/jurisdicciones/j6html>
- 15.- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Poder Ejecutivo. México pp74.
- 16.- Paquete Básico de Servicios de Salud. Secretaria de Salud . pp. 2
- 17.- World Health Organization of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata. Genova : Who 1978.
- 18.- **ZURRO, Martín.** Conceptos, Organización y Práctica. Ed. Hercourt Brace . 3 ed. España.1997 pp. 38
- 19.- *Ibidem pp. 49*

- 20.- **KROEGER/ LUNA.** Atención Primaria de Salud. “ Principios y Métodos”. Ed. Organización Panamericana de la Salud. México 1992.pp. 98-99
- 21.- **ALVAREZ, Alva Rafael.** Educación para la Salud. Ed. Manual Moderno . México 1995. pp. 64
- 22.- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 . Poder Ejecutivo. México. Pp.75
- 23.- <http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal00/500050502.html>
- 24.- **BRINDIS- LASKI** . Evaluación de programas de salud. Ed. Mc Graw- Hill- Interamericana. México 1997 pp.74.
- 25.- <http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal00/500050502.html>

BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

ABRAHAM, Sonis y cols. Atención a la salud. "Medicina sanitaria y administración de salud". Ed. El ateneo . 3ed, tomo II , México pp 857.

ALVAREZ, Alva Rafael. Educación para la salud. Ed. Manuel Moderno. México 1995.

ALVAREZ ,Alva Rafael. Salud pública y medicina preventiva. Ed. Manual Moderno. 2ed. México 1998

BARQUIN, Calderón Manuel. Socio medicina. "Medicina social y Salud Pública" Ed. Méndez Editores. 3 ed. México. 2000 pp. 826

BRINDIS - LASKI. Evaluación de programas de salud. Ed. Mc GRAW -HILL-INTERAMERICANA. México 1997 pp. 74

CARPENITO .L .J. Diagnóstico de enfermería. Ed. Mc Graw-Hill . 5 ed. México. 1995. pp.1200

DEE ANN, Gillies. Gestión de enfermería. " Una aproximación a los sistemas". Ed. Masson . España 1994.

DEL LLANO. Gestión sanitaria innovaciones y desafíos. Ed. Masson México 2000.

Diagnóstico Situacional 1998-1999. Michoacán.

DIRS. S.DNEY / KARK et al. Atención primaria orientada a la comunidad . Ed. Harcourt Brace. Barcelona. 1997. pp. 185

Dr. IBANÉZ, José Luis. La sanidad pública. Ed. Colimbo-colección respuestas medicas. Barcelona 1995 .pp. 37

Dr. SÁNCHEZ, Rosado Manuel. Elementos de salud pública. ED. Mendez . 2 ed. México 2000 pp.308

DSM-IV . Atención primaria. Ed. Masson. España. 1997 pp. 300.

HALL y WEABER. Enfermería de salud comunitaria: un enfoque de sistemas . Ed. OPS . México .1997.pp.800.

HIGASHIDA, Hisose Berte Yoshiko. Educación para la salud. Ed. Mc- Graw-Hill. México 1995. pp.302

JULIO Frank. La Salud de la Población. "Hacia una nueva salud pública". Ed. La ciencia / 133 desde México. México. 1997. pp. 164

KROEGER/ LUNA. Atención Primaria de salud. “Principios y métodos”. Ed. Organización panamericana de la Salud . México 1992 pp.639.

LÓPEZ, Luna Ma. Concepción. Salud Pública. Ed. Interamericana- Mc Graww-Hill. México 1995. pp. 212

Manual de normas de evaluación para la salud. S.S.A. México. 1983 .D.F.

MARTINEZ NAVARRO. Salud pública. Ed. McGraw - Hill México 1998. pp.1000

MAZZÁFERO, Vicente Enrique y cols. Medicina en salud pública. Ed. El ateneo. México 2 ed. 2000 pp 526

McMAHON- BARTON. Guía para la gestión de la atención primaria de salud. Ed. OPS . México 1997. pp.480

MERCADO, Ramírez Ernesto. Educación para la salud. Ed. Limusa. España .1990.

MERCHOFF. Descentralización, financiamiento, costeo y autogestión de establecimientos de atención primaria de salud: una visión integrada. Ed. OPS México. 1997. pp.260.

MICHOACAN. Monografía estatal. SEP. Comisión nacional de los libros de texto gratuitos 1997. pp10-38.

MILLER – BURTH. Salud individual y colectiva. Ed. Interamericana . 3 ed México 1973. pp. 449

MOMPART , García Mari Paz. Administración de servicios de enfermería. Ed. Masson. México.

MORA. Introducción a la medicina social y salud pública. Ed. Trillas. México 2000

Paquete Básico de Servicios de Salud...Secretaria de salud. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Poder Ejecutivo- México.

Plan Nacional de Desarrollo 1995- 2000 . Poder Ejecutivo. México.

Programa de Reforma del Sector Salud 1995- 2000. Secretaria de salud. Plan Nacional de Desarrollo 1995- 2000.

Propuesta para uniformar nomenclatura de las actividades de enseñanza continua y capacitación. Comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud. Comité de enseñanza continua y capacitación.

PEREZ, Sosa. Administración de los servicios de salud en enfermería. Ed. Trillas México 2000

ROCHAN, Alain. Educación para la salud. Ed. Masson. México 1996

SANCHEZ. Elementos de salud pública. Ed. Mendez Editores. México 2000.

SERRANO, González Ma. Isabel. Educación para la salud y participación comunitaria. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid 1990. pp. 229

SAN MARTÍN, Hernán. Manual de salud pública y medicina preventiva. Ed. Masson. Madrid. 1996 pp. 376

SAN MARTÍN, HERNAN. Tratado General de la Salud. Ed. La Prensa Medica Mexicana. Tomo 2 México 1998. pp. 520

VARGAS / PALACIOS. Educación para la salud. Ed. Mc Graw -Hill México 1993. pp.308

ZURRO, Martín. Atención primaria. Ed. Harcourt Brace vol. 2 México 1999.

ZURRO/ PEREZ. Conceptos, organización y práctica. Ed. Harcourt Brace. 3 ed. España 1997 pp.1158

<http://www.enlacecivil.org.mx/proyectos/salud.html>

<http://www.iadb.org/cont/pilo/op-742.html>

<http://www.salud.sonora.gob.mx/salud.html>

<http://www.ssa.gob.mx/new/reforma/indi.htm>

<http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal00/s00050502.html>

<http://www.ssa.gob.mx/organing/reglamento.html>

<http://ssa.gob.mx/leysalud/t2c1.html>

<http://www.ssa.gob.mx/leysalud>

<http://www.iwrn.net/para.htm>

<http://www.ssa.gob.mx/prueba/discursos/20000628b.html>

http://cwis.kub.nl/fsw_2/home/worschot/rc19/papers/gor.htm

<http://www.ins.mx/salud/36/366-12s.html>

<http://www.tamaulipas.gob.mx/sedesol/salud/jurisdicciones/j6html>

Anexo 1: Guía para detectar necesidades de capacitación

(Ficha de identificación)

FICHA DE IDENTIFICACION			
NOMBRE COMPLETO DE LA ALDIA/R: _____		EDAD: _____	ESCOLARIDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____		ANTIGÜEDAD EN EL PROGRAMA: _____	ESTADO: _____ JURISDICCION: _____
MODULO: _____		COMUNIDAD: _____	FECHA DE ENTREVISTA: _____
SERVICIO QUE SE PRESTA	SI	NO	OBSERVACIONES *
1. Control Prenatal			
2. Atención de Parto			
3. Atención del Puerperio			
4. Control del Niño Menor de 5 años			
5. Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas Agudas			
6. Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas			
* En caso de registrar NO, favor de anotar la causa			

Anexo I: Guía para detectar necesidades de capacitación

(Control prenatal)

CONTROL PRENATAL	SI	NO	OBSERVACIONES *
1. Identifica y valora signos y síntomas de embarazo			
2. Identifica y valora factores de riesgo durante el embarazo			
3. Mide, registra y valora la presión arterial			
4. Valora la altura del fondo uterino de acuerdo a la edad gestacional y estado de salud del feto			
5. Mide, registra y valora peso y talla			
6. Identifica y valora situación y presentación del producto			
7. Localiza y valora el foco fetal			
8. Determina y corrobora la FPP de acuerdo a la edad gestacional			
9. Refiere en forma oportuna a la usuaria al Centro de Salud			
10. En las visitas domiciliarias proporciona Atención Prenatal			
11. Proporciona orientación sobre como tratar las molestias que se presentan durante el embarazo			
12. Identifica y valora signos y síntomas de alarma (cefaleas, edema, signos de infección de vías urinarias y vaginales)			
13. Proporciona información acerca del Tétanos Tetránico y refiere oportunamente al Centro de Salud para su aplicación			
14. Proporciona Orientación nutricional y asistencial de los cuidados prenatales			
15. Promociona la Lactancia Materna			
16. Proporciona y orienta sobre Planificación Familiar			
17. Registra la información en el Calendario de Embarazo, Parto y Puerperio			

Anexo I: Guía para detectar necesidades de capacitación (Atención del parto)

ATENCIÓN DEL PARTO	SI	NO	OBSERVACIONES *
1. Identifica y valora signos y síntomas del Trabajo de Parto			
2. Identifica y valora signos y síntomas que puedan complicar la evolución del Trabajo de Parto			
3. Propone la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar la evolución del Trabajo de Parto			
4. Verifica y registra la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.			
5. Verifica y valora el progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales de acuerdo a la evolución del Trabajo de Parto			
6. Mantiene la hidratación de la paciente durante el Trabajo de Parto			
7. Para la atención del periodo expulsivo efectúa el asco perineal y de la cara interna de los muslos sin hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión			
8. Para la atención del alumbramiento propicia el desprendimiento espontáneo de la placenta y evita la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo			
9. Comprueba la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas			
10. Revisa el conducto vaginal y verifica que el pulso y la presión arterial sean normales			
11. Verifica que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso			
12. Identifica y valora las condiciones del recién nacido al nacimiento (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad reflejo, color)			
13. Realiza los cuidados inmediatos al recién nacido (mantener vías aéreas permeables, mantener la temperatura corporal, doble ligadura del cordón umbilical, prevención oftálmica)			
14. Proporciona los cuidados médicos al recién nacido (permeabilidad rectal, peso, talla)			
15. Refiere oportunamente a la paciente al Centro de Salud.			
16. Registra la información en el Calendario de Embarazo, Parto y Puerperio			

Anexo I: Guía para detectar necesidades de capacitación

(Planificación familiar)

PLANIFICACION FAMILIAR	SI	NO	OBSERVACIONES *
1. Promueve y difunde los servicios de Planificación Familiar tanto a hombres como a mujeres			
2. Informa y orienta sobre Salud Reproductiva, haciendo énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo			
3. Informa sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres			
4. Antes de prescribir el hormonal oral o inyectable efectúa interrogatorio e informa a la mujer sobre el uso adecuado del método anticonceptivo			
5. Efectúa toma de la presión arterial y realiza el examen de mamas			
6. *Una vez que prescribe el método anticonceptivo (tabletas, inyectable y preservativo) informa acerca de cuáles son los efectos colaterales que pueden presentarse			
7. Explica la conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales			
8. Proporciona el preservativo como un método anticonceptivo de apoyo en las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Como apoyo a otros métodos anticonceptivos - En personas con actividad sexual esporádica - Como apoyo durante las primeras 25 eyeculaciones posteriores a la realización de la vasectomía - Cuando hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA 			
9. Explica al usuario la forma de como usar el preservativo.			
10. Proporciona información acerca de la Oclusión Tubaria Bilateral y de la Vasectomía sin Bisturí, como otra opción anticonceptiva			
11. Refiere al Centro de Salud de manera oportuna a la usuaria en caso de presentar efectos colaterales			
12. Registra la información en el Calendario de Planificación Familiar			

Anexo 1: Guía para detectar necesidades de capacitación

(Atención al puerperio)

ATENCIÓN DEL PUERPERIO	SI	NO	OBSERVACIONES *
1. Identifica y valora signos y síntomas que pueden complicar la evolución del puerperio			
2. Verifica la normalidad del pulso, presión arterial y temperatura			
3. Verifica la normalidad del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción			
4. Orienta a la madre sobre la deambulación, la alimentación normal y la hidratación			
5. Orienta a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna y sobre los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos			
6. Durante el puerperio mediano vigila la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura			
7. Promueve los métodos anticonceptivos para que la mujer pueda planificar su familia			
8. Valora el crecimiento y desarrollo del recién nacido			
9. Identifica y valora signos y síntomas de riesgo en el recién nacido			
10. Refiere de manera oportuna al Centro de Salud en caso de detectar algún riesgo			
11. Registra la información en el Calendario de Embarazo, Parto y Puerperio			

Anexo I: Guía para detectar necesidades de capacitación (Atención al menor de cinco años)

ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS	SI	NO	OBSERVACIONES *
1. Identifica y valora signos y síntomas de riesgo			
2. Valora el estado de nutrición utilizando los índices antropométricos, peso-edad y talla-edad			
3. Vigila el crecimiento y desarrollo valorando la relación de los índices antropométricos relacionándolos con tablas o gráficas			
4. Valora el desarrollo psicomotor del niño de acuerdo a los siguientes parámetros: lenguaje, socialización, coordinación y movimientos			
5. Promueve la alimentación al seno materno en el menor de un año, como el mejor y único alimento desde el inicio del nacimiento hasta los cuatro meses de edad			
6. Orienta a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> - La técnica de alimentación al seno materno y de las ventajas que ésta tiene para ella y su hijo - Para que inicie la lactación a partir de los cuatro meses de edad, incorporando alimentos diferentes a la leche materna y continuar con éste - La alimentación del niño enfermo, para que continúe dando dieta habitual, sin excluir alimento alguno, sobre todo la leche (leche materna en menores de cuatro meses). - La alimentación del preescolar, con base en los grupos de alimentos. - La importancia del control de la nutrición, del crecimiento del niño y del cumplimiento de las citas establecidas para éste. - Cuando es necesario dar al niño alimentación artificial a base de leche de vaca natural o en polvo, si existe alguna contraindicación o impedimento para la lactancia al seno materno - Acerca de la importancia del esquema completo de inmunizaciones - Referente a la vigilancia de la nutrición y prevención de caries dental - Prevención y tratamiento de diarreas (utilización del sobre "Vida Suro Oral" - La prevención de accidentes 			
7. Refiere de manera oportuna al Centro de Salud en caso de presentarse alguna complicación			
8. Registra la información en el Calendario de Atención al Menor de Cinco Años			

Anexo I: Guía para detectar necesidades de capacitación

(Atención al menor de cinco años infecciones respiratorias agudas)

ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	SI	NO	OBSERVACIONES *
1. Realiza acciones de educación para la salud y promoción para prevenir las I.R.A.			
2. Informa y orienta a la comunidad sobre la importancia y consecuencia de las I.R.A.			
3. Orienta a la población en la identificación temprana de los signos y síntomas de gravedad de las I.R.A. dando prioridad a la neumonía			
4. Identifica y valora signos y síntomas de una infección aguda de vías respiratorias			
5. Identifica y valora signos de una neumonía en fase avanzada o bien en su fase aguda			
6. Proporciona información acerca del manejo y tratamiento comprendiendo las siguientes opciones: tratamiento sintomático y cuidados generales			
7. Revela todos los casos de I.R.A. a las 24 hrs. de haber sido proporcionada la atención o antes si presentan signos de complicación o gravedad			
8. Refiere de manera oportuna al Centro de Salud en caso de presentarse algún signo de complicación o gravedad			
9. Registra la información en el calendario de Control de Atención al Menor de Cinco Años			

Anexo 1: Guía para detectar necesidades de capacitación

(Atención al menor de cinco años. enfermedades diarreicas agudas)

ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	SI	NO	OBSERVACIONES *
1. Realiza actividades de promoción orientadas hacia la participación social			
2. Informa a la población respecto a: <ul style="list-style-type: none"> - Mejoramiento de la calidad del agua 			
<p>Lavado de manos con agua y jabón antes de preparar, servir y consumir alimentos; asimismo, después del cambio de pañales o la defecación</p> <p>Evitar el fecalismo a ras de suelo y procurar la construcción y uso de letrinas o fosas sépticas.</p>			
- Consumir alimentos bien cocidos o fritos. Cuando por alguna razón no se consuman los alimentos es necesario conservarlos tapados			
- Lavar y tallar con agua y jabón las frutas y verduras en general			
- Guardar la basura en recipientes tapados y eliminarla mediante enterrío			
3. Promueve la desinfección del agua para consumo por medios físicos o químicos			
4. Promueve el lavar y desinfectar los tambos, tinacos y otros depósitos donde se almacena el agua por lo menos cada seis meses y mantenerlos tapados			
5. Identifica y valora manifestaciones clínicas de deshidratación			
6. Orienta sobre como prevenir la deshidratación			
7. Proporciona información relacionada de como llevar a cabo la terapia de hidratación oral			
8. En casos de diarrea o deshidratación prescribe el Vido Suero Oral			
9. Orienta a la madre sobre la preparación y forma de uso del Vido Suero Oral			
10. Refiere de manera oportuna al Centro de Salud en caso de presentarse alguna complicación			
11. Registra la información en el Calendario de Atención al Menor de Cinco Años			