ISSN: 1870-2767

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO II Y SALUD PÚBLICA II:
PRODUCTOS DE LOS MÓDULOS

(Generación 2005 - 2007, segundo semestre)

Dra. Elsa Ladrón de Guevara
(Compiladora)

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO 2 Y SALUD PÚBLICA 2:
PRODUCTOS DE LOS MÓDULOS
(Generación 2005 - 2007, segundo semestre)
Dra. Elsa Ladrón de Guevara
(Compiladora)
4

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA / UV

COLECCIONES EDUCATIVAS 4 EN SALUD PÚBLICA

Universidad Veracruzana
Dr. Raúl Arias Lovillo
Rector

Dr. Ricardo Corzo Ramírez
Secretario Académico

Lic. Víctor Aguilar Pizarro
Secretario de Administración y Finanzas

Dr. Adalberto Tejeda
Director General de Investigaciones

Dr. Porfirio Carrillo Castilla
Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Dr. Agustín Aguirre Pitalúa
Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud

Mtro. Enrique Hernández Guerson
Director del Instituto de Salud Pública

Comité Editorial
Mtra. S. Areli Saldaña Ibarra
Editor
Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Co- Editor
Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Dra. Edit Rodríguez Romero
Dr. Miguel Figueroa Saavedra
Dr. Jaime Morales Romero

Coordinación Administrativa
C.P. Angélica Tapia Vázquez

Diseño Editorial
María Elena López Vázquez

Dra. Elsa Ladrón de Guevara
(Compiladora)

ISSN: 1870-2767

Gestión del conocimiento II y Salud Pública II:
Productos del módulo.
(Generación 2005 - 2007, segundo semestre)
Instituto de Salud Pública
Universidad Veracruzana

Primera edición, Xalapa, Ver. 2007.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO II Y SALUD PÚBLICA II:

Productos de los Módulos

(Generación 2005-2007, segundo semestre)

Elsa Ladrón de Guevara Morales

(Compiladora)

2007

Elsa Ladrón de Guevara Morales
(Compiladora)

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO II Y
SALUD PÚBLICA II:
Productos de los Módulos
(Generación 2005-2007, segundo semestre)

Instituto de Salud Pública
Universidad Veracruzana

Primera edición, Xalapa, Ver.
Se imprimió en los talleres de DOCUMASTER S.A de C.V
Av. Coyoacán 1450 Bis Col. Del Valle
CP. 03220 México DF.

Al cuidado de María Elena López Vázquez

Se admite la reproducción parcial o total
De esta publicación con la condición
de que sea mencionada la fuente.

Correspondencia:
Instituto de Salud Pública.
Universidad Veracruzana.
Av. Castelazo Ayala s/n. Col. Industrial Ánimas.
C.P. 91190. Xalapa, Ver.
elsaladron@uv.mx

CONTENIDO

Presentación 5

Programas de los Módulos:
- **Gestión del Conocimiento II** 11
- **Salud Pública II** 29

Unidad de vida saludable de Veracruz 47
Claudia Patricia Laguna Martínez, Sara Flores Méndez

Modelo de supervisión para unidades médicas de primer contacto 57
María Luisa Sánchez Murrieta, Nancy Villegas García

Posicionando Línea de vida 71
Josefa Patricia Marín Lozano, Ma. De Lourdes Mota Morales, Ma. Silvia de los Á. Xolocostli Munguía

Modelo de evaluación del curso básico para cuidadores de personas envejecidas frágiles 83
Alberto Morales Rodríguez, Charbel Elizabeth Rosas López

Análisis del proceso de abasto del cuadro básico de medicamentos por medio de la estrategia de terciarización para el seguro popular 95
Esmeralda Bernal Aguilera , Gpe. Berenice Santos Adolfo, Perla Madahí Calderón Rodríguez

Evaluación del conocimiento y apego al manual de procedimientos por el personal técnico - normativo del primer nivel de atención 111
Francisco Javier Auñón Segura, Oswall Johnny Marín Marín

Desarrollo organizacional: empoderamiento del personal hacia la cultura de calidad. Modelo de gestión participativa en el Centro de Salud Dr. Gastón Melo 123
Eric Abad Espíndola, Gaudencio Gutiérrez Alba, Andrea Isunza Vera

El taxista de Xalapa como promotor de salud: hacia una prevención de accidentes y atención oportuna de urgencias 137
Hansy Cortés Jiménez, Betzaida Cuevas Córdoba, Nelson Ariel Riera Vázquez.

Universidad por la salud en el CENATI-UV: una aproximación a la universidad saludable 149
Mónica Carrasco Gómez, Evangelina Montes Villaseñor, Francisco Antonio Zubieta Vargas

Cita previa: la información como una estrategia de mejora 159
Christian Soledad Ortiz Chacha, Ricardo Zamudio Vega

Desarrollo de un perfil gerencial para los directivos de hospitales de SESVER 173
María Elena Aguirre Pavón, Jaziel Anaya Cassou, María de la Luz Díaz Zamudio

Propuesta para el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, del expediente clínico en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana 185
Alejandra Arrellano Ale, Felipe Alejandro López Arriaga, José Antonio Montiel Domínguez

PRESENTACIÓN

El Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana, a partir de agosto de 2005 introduce un nuevo modelo, basado en el desarrollo de competencias y cuya finalidad es formar profesionales capaces de ejecutar el propósito clave de la salud pública, el cual se desprende de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y se enuncia como el desarrollo de competencias para:

> "Realizar diagnósticos de la situación de salud de una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario".

El segundo semestre de este programa, estuvo orientado por una de las cuatro funciones clave que guían el desarrollo de la maestría, la cual se enuncia a continuación:

> Analizar, evaluar, diseñar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud-con la participación de la población- que respondan a las condiciones de salud de la misma, y asegurar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud.

Para lograr el desarrollo de las competencias requeridas por esta función clave, se estructuraron dos módulos centrados en el aprendizaje, bajo los principios de aprender a aprender, aprender a hacer y aprender a ser. Es por ello, que el aprendizaje requería de espacios de la realidad cotidiana de los servicios de salud, en donde fuese posible contrastar la teoría con la práctica, retroalimentando así los procesos de aprendizaje.

Los módulos de este semestre fueron: Gestión del Conocimiento en Salud Pública II, a cargo del Maestro Enrique Hernández Guerson y Salud Pública II, a cargo de la que esto escribe; en ellos participaron como docentes, en el Módulo de Gestión del Conocimiento en Salud Pública II: Mtro. Enrique Hernández Guerson, Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra, Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez, Mtra. Consuelo Ocampo Cano, Mtra. Celia Patricia Guiot Vázquez, Mtro. Benno A. de Keijzer Fokker, Mtra. Josefina Aguirre Martínez y Mtra. y Janet García González. En el Módulo de Salud Pública II los docentes fueron: Edit Rodríguez Romero, Gabriel Riande Juárez, Martha Castillo Morales, John Pérez Rodríguez, Rocío Salado Pérez y Elsa Ladrón de Guevara Morales.

Para el desarrollo de las actividades prácticas desarrolladas entre febrero y julio de 2006, en los servicios de salud, se contó con el apoyo de las autoridades de salud y educativas de las diferentes instituciones en donde se realizaron estas actividades, así como con la colaboración de profesionales de la salud pública, ubicados en las mismas, los cuales actuaron como asesores externos y facilitadores de estas actividades. Se contó también con el apoyo de asesores internos, constituidos por el personal académico del Instituto de Salud Pública; nuestro agradecimiento a todos los que hicieron posible llevar a feliz término estas actividades.

Las actividades realizadas, implicaban la identificación de una problemática que enfrentaran los servicios de salud, la elaboración de un proyecto de intervención y la ejecución del mismo. El soporte teórico para estas actividades descansó en el desarrollo de las actividades de aprendizaje de los dos módulos antes enunciados.

Al concluir los trabajos de este semestre, se realizó la presentación de los resultados obtenidos en las diferentes sedes de las actividades prácticas, con la finalidad de socializar los resultados y obtener además, la retroalimentación del personal de salud y educativo que se involucró en estos procesos.

A continuación se plasma una breve síntesis del contenido de cada trabajo.

Cabe señalar que los anexos que se citan en el desarrollo de los trabajos, podrá consultarlos en el disco compacto que acompaña esta publicación.

1. **Unidad de Vida Saludable de Veracruz**. Autores: Sara Flores Méndez y Claudia Patricia Laguna Martínez.

La Unidad de Vida Saludable (UVISA) es una iniciativa, nacional e internacional, para impulsar las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Atendiendo a esto, la presente propuesta desarrolló una unidad piloto (UVISA), para los Servicios de Salud de Veracruz.

2. **Modelo de Supervisión para Unidades Médicas de Primer Contacto**. Autores: María Luisa Sánchez Murrieta y Nancy Villegas García.

La supervisión en el área de la salud es vista como el arte de guiar, instruir y fomentar la iniciativa del personal. Una supervisión siempre será necesaria, y la forma en que se ejecute repercutirá directamente en el rendimiento, competencia y calidad del servicio que otorguen los trabajadores de salud. Asumiendo su importancia, esta intervención realizó una propuesta de modelo de supervisión, desde la perspectiva del desarrollo organizacional, para las unidades médicas de primer contacto de la Jurisdicción Sanitaria N° V. Con su implementación se espera obtener un modelo de supervisión que permita cumplir con la función de recolección y análisis de la información, retroalimentación a las unidades médicas, resolución y seguimiento de inconsistencias encontradas y la realización de los ajustes necesarios para tal fin. Este modelo incluye también una propuesta para la creación de indicadores.

3. **Posicionando Línea de Vida**. Autores: Josefa Patricia Marín Lozano, Ma. De Lourdes Mota Morales y Ma. Silvia de los Ángeles Xolocostli Murgía.

La línea de Vida es una estrategia que se orienta a las acciones de prevención y promoción de la salud, con el fin de incidir en las causas de morbilidad y mortalidad, y que ha sido diseñada de manera específica, para atender las necesidades y características de cada sexo, grupo de edad y ciertos eventos a lo largo de la línea de vida del ser humano. A dos años de haberse implementado la Estrategia de Línea de Vida (ELV) en los servicios de salud, los resultados de su evaluación muestran que hay dificultades en su instrumentación. Con estos antecedentes, el presente proyecto propuso una intervención, en el Centro de Salud Urbano “Dr. José Antonio Maraboto Carreón”, que permitiera incorporar en los prestadores de servicios de salud y en su práctica profesional los propósitos fundamentales de la ELV.

4. **Modelo de Evaluación del Curso Básico para Cuidadores de Personas Envejecidas Frágiles**. Autores: Charbel Elizabeth Rosas López y Alberto Morales Rodríguez.

En la actualidad, la atención a las necesidades del adulto mayor requiere de la capacitación del personal que los atienden. Y a su vez, esta capacitación necesita ser evaluada. Es por este motivo que, en esta intervención se propuso un modelo de evaluación del programa modular de capacitación a personas envejecidas frágiles, para el Departamento de Enseñanza de la Delegación ISSSTE, en Veracruz.

5. **Análisis del Proceso de Abasto del Cuadro Básico de Medicamentos por medio de la Estrategia de Terciarización para el Seguro Popular**. Autores: Esmeralda Bernal Aguilera, Perla Madahi Calderón Rodríguez y Gpe. Berenice Santos Adolfo.

La estrategia de terciarización (que obedece a estrategias federales) es un mecanismo mediante el cual se espera que el surtimiento de recetas para los pacientes de las redes de servicios, sea del 100 por ciento, generando por lo tanto, la mejor relación costo-beneficio. La presente intervención analizó en la Jurisdicción Sanitaria No. IV, con cede en Martínez de la Torre, Ver. , la ejecución de dicha estrategia, a través del análisis del cumplimiento de los lineamientos para el control y suministro de medicamentos en unidades médicas de primer nivel de atención para los afiliados del Seguro Popular, establecidos en el convenio celebrado por los SESVER y la empresa Farmacia de

Genéricos SA de CV. Lo anterior permitió también, la formulación de propuestas de intervención para mejorar y optimizar el cumplimiento de la estrategia de terciarización ya mencionada.

6. **Evaluación del Conocimiento y Apego al Manual de Procedimientos por el Personal Técnico - Normativo del Primer Nivel de Atención**. Autores: Oswall Johnny Marín Marín y Francisco Javier Auñón Segura.

Para tener una mejor organización y realizar procedimientos eficientes dentro de la misma, deben existir manuales que definan su proceso administrativo y permitan alcanzar los objetivos de la organización. Considerando lo anterior, esta intervención determinó el grado de conocimiento y apego que tiene el personal adscrito al Departamento de Primer Nivel de Atención de los SESVER, al Manual Específico de Procedimientos. Se realizó también, como producto final, un diseño de capacitación y una guía de procedimientos, funciones y actividades.

7. **Desarrollo Organizacional: Empoderamiento del Personal hacia la Cultura de Calidad. Modelo de Gestión Participativa en el CSU Dr. Gastón Melo.** Autores: Eric Abad Espíndola, Gaudencio Gutiérrez Alba y Andrea Isunza Vera.

La cultura de calidad es el conjunto de creencias y valores que comparten el personal directivo y operativo, que se refleja al otorgar servicios de salud oportunos eficientes y de calidad en un marco de respeto, humanismo y cordialidad. En el desarrollo de esta intervención los esfuerzos se orientaron a implementar una pedagogía participativa llamada educación para la paz, la que permitió identificar, reconocer y difundir mejores prácticas en el personal del CSU Dr. Gastón Melo, de manera tal que coadyuvara al empoderamiento dirigido hacia la cultura de calidad.

8. **El Taxista de Xalapa como Promotor de Salud**. Autores: Hansy Cortés Jímenez, Betzaida Cuevas Córdoba y Nelson Ariel Riera Vázquez.

Las importantes repercusiones sociales y económicas que tienen los accidentes y el hecho de que éstos sean potencialmente previsibles, abren un importante camino para la acción en materia de prevención y educación. Con esta perspectiva, la intervención efectuada se propuso formar una cultura promotora de salud y una oportuna y eficaz capacidad de respuesta a emergencias médicas, en el taxista del municipio de Xalapa, Veracruz.

9. **Universidad por la Salud en el CENATI-UV: Una Aproximación a la Universidad Saludable.** Autores: Mónica Carrasco Gómez y Evangelina Montes Villaseñor y Francisco Antonio Zubieta Vargas.

El Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario (CENATI) es una dependencia universitaria derivada de las políticas de salud implementadas por la Universidad Veracruzana (UV), cuyo objetivo es evaluar de forma permanente las condiciones de salud del estudiante universitario e implementar programas orientados a prevenir los problemas relacionados con su salud. Teniendo en cuenta esto, la presente intervención realizó una reconstrucción del instrumento "factores y comportamientos de riesgo" que utiliza el CENATI para proponer sus acciones preventivas, con el objeto de contar con una herramienta más acorde al reto de una *Universidad Saludable.*

10. **Cita Previa: La Información como una Estrategia de Mejora**. Autores: Christian Soledad Ortiz Chacha y Ricardo Zamudio Vega.

El Programa de Cita Previa está orientado a disminuir los tiempos de espera para recibir una consulta y mejorar de esta manera la *calidad de la atención.* Sin embargo, aún persisten los tiempos de espera prolongados para recibir atención médica, ocasionando el deterioro de la imagen institucional y el malestar general e insatisfacción de los pacientes. Considerando lo anterior, esta intervención se propuso promover estrategias de información sobre el

Programa de Cita Previa, dirigidas a los usuarios de la Unidad Médico Familiar N°*66*, y contribuir al incremento en el uso del mismo.

11. **Desarrollo de un Perfil Gerencial para los Directivos de Hospitales del SERVER**. Autores: Ma. Elena Aguirre Pavón, Jaziel Anaya Cassou y María de la Luz Díaz Zamudio.

Diversos autores convergen en que el perfil gerencial es necesario para la mejora continua de la organización. Es así que en esta intervención se consideró la necesidad de apoyar al modelo de desarrollo hospitalario establecido por el área de certificación de los hospitales del SESVER, definiendo un perfil gerencial del directivo para la organización.

12. **Propuesta para el Cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168-ssa1-1998, del Expediente Clínico en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana.** Autores: Alejandra Arrellano, Felipe Alejandro López Arriaga y José Antonio Montiel Domínguez.

En este trabajo se realiza una complicación y análisis de las diferentes Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con el contenido del expediente Clínico, a partir de este análisis se genera la propuesta de un nuevo formato de expediente clínico adecuado a las necesidades del Hospital de Gineco-Obstetricia de la Universidad Veracruzana.

Finalmente, reiteramos nuestro agradecimiento a todos los que participaron en este esfuerzo educativo y que a continuación se muestran.

Elsa Ladrón de Guevara Morales

TRABAJOS FINALES DEL SEGUNDO SEMESTRE DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA (2005-2007) DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA SEGÚN TÍTULO, AUTORES, SEDE, ASESORES EXTERNO E INTERNOS

	Título	Autores	Sede	Asesores Externos	Asesores Internos
1	Unidad de Vida Saludable de Veracruz	Sara Flores Méndez. Claudia Patricia Laguna Martínez.	Coordinación Operativa de los Servicios de Salud de Veracruz. Xalapa, Veracruz	Dr. Alejandro Escobar Mesa. Dra. Angélica Serrano Romero.	Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez. Mtra. Consuelo Ocampo Cano.
2	Modelo de Supervisión para Unidades Médicas de Primer Contacto	María Luisa Sánchez Murrieta. Nancy Villegas García	Jurisdicción Sanitaria No V. Servicios de Salud de Veracruz. Xalapa, Veracruz	Dra. Norma Leticia Jiménez. Dr. Jorge Flores Reyes.	Dr. Mauricio Fidel Mendoza González. Dr. Gabriel Riande Juárez.
3	Posicionando Línea de Vida	Josefa Patricia Marín Lozano. Ma. De Lourdes Mota Morales. Ma. Silvia De Los Ángeles Xolocostli Munguía.	Centro de Salud Urbano "Dr. José Antonio Maraboto Carreón". Departamento de Promoción de la Salud Xalapa, Veracruz	Dra. Irasema Araceli Guerrero Lagunes. Mtra. Graciela Rojas Carrera.	Mtro. Enrique Hernández Guerson Mtra. Patricia Guiot Vázquez. Mtra. Janet García González.
4	Modelo de Evaluación del Curso Básico para Cuidadores de Personas Envejecidas Frágiles	Charbel Elizabeth Rosas López. Alberto Morales Rodríguez.	Departamento de Enseñanza y Servicios Médicos de la Delegación Estatal del ISSSTE, Veracruz. Xalapa, Veracruz	Mtra. Martha Josefina Aguilar Nájera.	Dr. Jorge Azamar Martínez. Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra.
5	Análisis del Proceso de Abasto del Cuadro Básico de Medicamentos por medio de la Estrategia de Terciarización para el Seguro Popular	Esmeralda Bernal Aguilera. Perla Madahí Calderón Rodríguez. Guadalupe Berenice Santos Adolfo.	Seguro Popular de la Jurisdicción Sanitaria No. IV. Martínez de la Torre, Veracruz.	Dr. Eduardo Abraham Leines Barrera. Dr. Jorge Solano Dra. Lizzi Elena García Ortiz.	Dr. John Pérez Rodríguez. Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez.
6	Evaluación del Conocimiento y Apego al Manual de Procedimientos por el Personal Técnico - Normativo del Primer Nivel de Atención	Oswall Johnny Marín Marín. Francisco Javier Auñón Segura.	Departamento de Primer Nivel de Atención Estatal de los Servicios de Salud de Veracruz. Xalapa, Veracruz	Dr. José Luis Corro Mendoza. Dr. Marco Antonio Sánchez Ibáñez.	Dra. Edit Rodríguez Romero. Dr. Gabriel Riande Juárez.
7	Desarrollo Organizacional: Empoderamiento del Personal hacia la Cultura de Calidad. Modelo de Gestión Participativa en el CSU Dr. Gastón Melo	Eric Abad Espíndola. Gaudencio Gutiérrez Alba. Andrea Isunza Vera.	Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo. Xalapa, Veracruz	Dr. Saturnino Navarro Ramírez. CD Eleana Ancona.	Dra. María del Rocío Salado Pérez. Dr. John Pérez Rodríguez.

	Título	Autores	Sede	Asesores Externos	Asesores Internos
8	El Taxista de Xalapa como Promotor de Salud	Hansy Cortés Jiménez. Betzaida Cuevas Córdoba. Nelson Ariel Riera Vázquez.	Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes (COEPRA). Xalapa, Veracruz	Dr. Pedro Múzquiz Peña.	Mtra. Ma. Cristina Ortíz León. Dr. Roberto Zenteno Cuevas.
9	Universidad por la salud en el CENATI-UV: una aproximación a la universidad saludable	Mónica Carrasco Gómez. Evangelina Montes Villaseñor.	Centro de Atención Integral a la salud del estudiante universitario. UV	Dra. Alma Cruz Juárez.	Mtra. Josefina Aguirre Martínez. Dra. Rocío Coutiño Rodríguez. Mtra. Patricia Guiot Vázquez.
10	Cita previa: la información como una estrategia de mejora	Christian Soledad Ortiz Chacha. Ricardo Zamudio Vega.	Unidad de Medicina Familiar No. 66 del IMSS	Dr. Hector Tomás Fernández García.	Dra. Rocío Salado Pérez. Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales.
11	Desarrollo de un perfil gerencial para los directivos de hospitales del SERVER	Ma. Elena Aguirre Pavón. Jaziel Anaya Cassou. María de la Luz Díaz Zamudio.	Proyecto estratégico de Certificación de Hospitales de los SERVER.	Dra. Yolanda Jaramillo Cosme.	Dra. Edit Rodríguez Romero. Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra. Mtra. Ma. Cristina Ortíz León.
12	Propuesta para el cumplimiento de la norma oficial mexicana 168-SSA1-1998, del expediente clínico en el hospital escuela de la Universidad Veracruzana	Alejandra Arrellano Ale. Felipe Alejandro López Arriaga. José Antonio Montiel Domínguez.	Hospital Escuela de Ginecología y Obstetricia-UV	Dr. Carlos Blázquez Domínguez.	Mtro. Manuel Luzanía Valerio. Dra. Martha Castillo Morales.

PROGRAMAS DE LOS MÓDULOS

UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE ESTUDIO: MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MÓDULO: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA II

CARACTERÍSTICAS DE MÓDULO: TEÓRICO- PRÁCTICO
OBLIGATORIO

SEMESTRE: SEGUNDO

Horas teóricas: 75 Horas prácticas: 240

CRÉDITOS TEORÍA: 10 **CRÉDITOS PRÁCTICA: 16**

RESPONSABLES DE ELABORACIÓN: **ENRIQUE HERNÁNDEZ GUERSON,**
CONSUELO OCAMPO CANO,
FCO. DOMINGO VÁZQUEZ MARTÍNEZ,
JANET GARCÍA GONZÁLEZ,
JOSEFINA AGUIRRE MARTÍNEZ,
SANDRA ARELI SALDAÑA IBARRA.

COORDINADOR DEL MÓDULO: **ENRIQUE HERNÁNDEZ GUERSON**

FECHA DE ELABORACIÓN: 12 DE JULIO DEL 2005.
Fecha de actualización: 07 DE FEBRERO DE 2006.

JUSTIFICACIÓN

El propósito clave de la salud pública del que se partió para elaborar el plan de estudios de la maestría en Salud Pública es:

Realizar diagnósticos de la situación de salud de una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y

programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario.

Para lograr este propósito se establecieron varias funciones clave, entre las que se tiene:

Promover y participar en la formación de recursos humanos en salud, así como en la producción y utilización del conocimiento para el beneficio de la salud de la población; de igual manera, en la educación para la salud de la población, buscando el empoderamiento de la misma en lo que se refiere a su salud.

A la función clave enunciada le corresponden las siguientes funciones principales:

1. Promover y participar en la formación de recursos humanos y
2. Facilitar el empoderamiento de la población para identificar y resolver sus necesidades en salud.

Entre las competencias de dicha función principal están:

3.1.1. Integrar esfuerzos para la realización de acciones en pro de la educación para la salud.

3.1.2. Diseñar y ejecutar programas educativos de acuerdo con las necesidades sociales.

3.1.3. Evaluar resultados e impactos de los planes y programas de formación y capacitación de recursos humanos en salud y de educación para la salud.

3.3.1 Facilitar que la población tome conciencia respecto de sus condiciones de salud y de las causas de la misma.

3.3.2 Promover la solución de los problemas de salud de la comunidad a través de estrategias tales como informar a la población sobre los recursos, acciones y procedimientos para mejorar sus condiciones de salud y ejercer las intermediaciones necesarias.

El módulo de Gestión del Conocimiento II integra los elementos de aprendizaje necesarios para que los alumnos adquieran las competencias enunciadas.

Pre requisitos de módulos antecedentes:

Salud Pública I y Gestión del Conocimiento I

Vinculación con módulos horizontales:

Salud Pública II

Objetivo General

Que los alumnos al concluir el Módulo sean capaces de:
Planear y ejecutar programas de educación para y en salud, comunicación y promoción de la salud.

Metodología de Enseñanza Aprendizaje:

Para el logro de los objetivos planteados, los alumnos participaran en acciones de planeación, ejecución o evaluación de programas de educación para la salud o en salud. Se procura que los alumnos se enfrenten a una necesidad concreta de educación para la salud o en salud, derivada del quehacer cotidiano en los servicios de salud o educativos a los que se incorpore, y que a partir de ese punto emprendan la búsqueda de información que les permita el logro de los objetivos de este módulo. Se facilitan las condiciones para que se den aprendizajes significativos, esto es, que los alumnos vinculen en todo momento la información con una realidad concreta.

Papel del docente:

Orientar, impulsar y facilitar la búsqueda de información de los alumnos; así como su utilización para el logro de las competencias y objetivos del programa.

Contenido Temático:

Unidad didáctica	Contenido temático	Horas		
		Teóricas	Prácticas	Total
I	Introducción	4.00	0.00	4.00
II	Promoción de la salud	13.00	48.00	61.00
III	Participación comunitaria	14.00	48.00	62.00
IV	Educación para la salud	12.00	48.00	60.00
V	Comunicación en salud	14.00	48.00	62.00
VI	Recursos humanos en salud	14.00	48.00	62.00
VII	Integración y evaluación	4.00	0.00	4.00
TOTAL		75.00	240.00	315.00

Unidad I. INTRODUCCIÓN
Responsable: Enrique Hernández Guerson
Duración: 1 semana
Horas teóricas: 4
Horas prácticas: 0

Núm. de sesión	Temas	Objetivos específicos	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1 2	Encuadre	Introducir a los participantes al módulo, sus propósitos, formas de abordar y evaluar	Exposición y discusión grupal dirigida	1	Control de lectura

Bibliografía Básica

1. OPS (1993). La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas estratégicas y planes. Washington: OPS. Pp. 23-66

2. Restrepo, Helena y Hernán Málaga (2002). Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Colombia: Médica Panamericana. Pp. 15-23 y 34 55

Unidad II. PROMOCIÓN DE LA SALUD
Responsable: Enrique Hernández Guerson
Duración: 4 semanas
Horas teóricas: 13
Horas prácticas: 48

Marco Conceptual de la Promoción de la Salud

Núm. de sesión	Temas	Objetivos específicos	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1 2	Generalidad de la Promoción de la Salud: De Alma Ata a la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en México.	Analizar los elementos que dan origen al concepto actual de promoción de la salud, entre los que destaca el Informe Lalonde e identificar el eje transversal de promoción de la salud en las propuestas internacionales.	Exposición y discusión grupal dirigida	1 2 3 4 5 6 7	Control de lectura Ensayo de máximo dos cuartillas, dando respuesta a una pregunta tema. Cuadro comparativo de tales elementos.
3	Conferencia: Perspectiva estatal de promoción de la salud.	Comparar la perspectiva local *vs* política internacional en promoción de la salud.	Exposición a través de expertos	nada	Reseña de conferencia.

Bibliografía básica

1. Restrepo, Helena (2005). Promoción de la Salud: Desafíos y propuestas para el futuro. Centro Colaborador de la OMS/OPS en evaluación, entrenamiento y abogacía en Promoción de la Salud.
2. Martínez Ortiz, María Belén y Gabriel del Campo Alepuz (2004). Apuntes: antropología de la salud.
3. Organización Mundial de la Salud (1978). Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Declaración y generalidades. Pp 2-7 y pp 43-50.
4. Organización Panamericana de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Pp 3-11.
5. Organización Panamericana de la Salud (1995). Declaración y en la Plataforma de Acción de Beijing. Pp 54-69.
6. Organización Mundial de la Salud (1997). Declaración de Jakarta.
7. Organización Mundial de la Salud (2000). Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud.

Bibliografía Complementaria

Organización Panamericana de la Salud (1996). Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica, no. 57. Washington: OPS.

Estrategias sustantivas en promoción de la salud

Núm. de sesión	Temas	Objetivos específicos	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
4	Participación Social Educación para salud Información y Comunicación para la salud	Caracterizar los elementos metodológicos en la operación de los programas de promoción de la salud.		8 9	Control de lectura Ensayo de dos cuartillas máximas
5	Conferencia: participación Social en salud			10	Reseña de conferencia.

8. Keijzer, Benno de (1997) Participación social y promoción de la salud: un balance crítico. Conferencia presentada en el IV Congreso latinoamericano de ciencias sociales y medicina. México: Cocoyoc, Mor.
Cardaci, Dora (1997). Participación social y promoción de la salud. Conferencia presentada en el IV Congreso latinoamericano de ciencias sociales y medicina. México: Cocoyoc, Mor.
9.Organización Panamericana de Salud (2001). Promoción de la salud en las Américas. Informa Anual del Director. Washington: OPS. Pp 3-23 y 93-114

Experiencias de promoción de la salud

Núm. de sesión	Temas	Objetivos específicos	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
6	Proyectos exitosos en promoción de la salud	Favorecer aprendizajes a través de reconocer elementos sustantivos en programas exitosos.	Panel con alumnos participantes	10 11	Cuadro comparativo de cada una de las presentaciones
7	Universidad Saludable	Identificar el proceso aplicativo de políticas públicas en ámbitos locales	Conferencia	nada	Reseña de conferencia

Bibliografía básica
10. Machado Alba, J. Enrique (2004). La universidad saludable. En http//www. Utp.edu.col-chumanas/revista/revistas/rev26/marchado.ht
11. Organización Panamericana de la Salud (1998). Escuelas promotoras de la salud. Washington:OPS.

Acreditación
10 controles de lectura: 30 %
2 ensayos: 30 %
3 reseñas: 20%
Coevaluación: 20 %

Unidad III. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
Responsable: Mtra. Consuelo Ocampo Cano
Duración: 4 semanas
Horas teóricas: 14
Horas prácticas: 48

Núm. de sesión	Temas	Objetivos específicos	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1	Importancia de la participación comunitaria en los programas de salud. Reflexiones sobre la teoría y la práctica de la participación comunitaria en la promoción de la salud.	Analizar las políticas públicas y las experiencias en torno a la participación comunitaria en los programas de salud.	Encuadre Exposición por parte del Maestro Discusión grupal dirigida Guía de lectura.	1 2 3 Divididos en dos grupos.	Reporte de lectura y participación fundamentada en la discusión.
2	La animación sociocultural como alternativa para la promoción de la salud y sus características.	Conocer las características de la Animación Sociocultural como estrategia metodológica para la promoción de la salud.	Técnicas de expertos. Guía de lectura.	4 5 dividido en dos grupos	Reporte de lectura y participación fundamentada en la sesión.
3	El análisis de la realidad como punto de partida del proceso de la animación sociocultural y la participación comunitaria.	Con base en la lectura, recuperar de manera crítica su propia experiencia de diagnóstico.	Grupos de discusión (corrillos), plantilla de diagnóstico Guía de lectura.	6	Ensayo: reflexión crítica de su experiencia de Dx a la luz de la propuesta de la lectura.
4	Organización y participación comunitaria en la planeación: la graduación de la utopía,	Conocer las características y elementos del proceso de planeación en el	Organizados en equipo, aplicar la técnica del modelo de las	7	Reporte de lectura. Resolución del ejercicio de las nueve

	planeación estratégica.	modelo de animación sociocultural.	nueve cuestiones. Guía de lectura.		cuestiones con base en el Dx que ya realizaron.
5	Planificación operativa.	Conocer las características y elementos de la planeación operativa y aplicarlo a un problema concreto con la participación de la comunidad.	Exposición por equipo y análisis en plenaria.	7 8	Bosquejo de un proyecto de promoción de la salud sobre un problema destacado con base en el Dx realizado en el que se refleje la participación comunitaria.
6	Liderazgo y organización para la participación comunitaria en la ejecución de proyectos de promoción de la salud	Analizar los elementos del liderazgo en los procesos de promoción comunitaria.	Exposición por equipo y análisis en plenaria.	9	Propuesta de estrategias para generar la participación comunitaria en la ejecución del proyecto.
7	Organización y participación comunitaria en la evaluación de los proyectos: conceptos, tipos, objetivos y principios de evaluación. Diseño de al evaluación, algunos procedimientos y técnicas para realizarla: matrices de evaluación.	Conocer las características y procedimientos de la evaluación de los procesos de animación sociocultural.	Exposición por parte del maestro. Matriz de evaluación	10 11	Organizados en equipos: propuesta de evaluación del Dx y del bosquejo de proyecto de promoción de la salud.

Bibliografía básica

1. Organización Mundial de la Salud (1978) Atención Primaria de Salud. ALMA-ATA, URSS.
2. Organización Panamericana de la Salud (1987) Promoción de la salud y equidad. Carta de Ottawa. Declaración de la Primera conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Canadá.
3. Organización Panamericana de la Salud (1995). La participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas. Washington D.C. E.U.A. pp. 1-26
4. Cembranos, Fernando et. , al. (1989). La Animación Sociocultural. Una propuesta metodológica. Popular. Madrid. Cap. I (pp. 12-21).

5. Ander-Egg, Ezequiel (2000) Metodología y práctica de la animación sociocultural. CCS. Madrid. Cap. IV (pp. 114-135).
6. Cembranos, Fernando et. , al. (1989). La Animación Sociocultural. Una propuesta metodológica. Popular. Madrid. Cap. II (pp. 23-51)
7. Cembranos, Fernando et. , al. (1989). La Animación Sociocultural. Una propuesta metodológica. Popular. Madrid. Cap. III. *"La planificación de los procesos socioculturales"* (pp.53-85)
8. Ander-Egg, Ezequiel (2000) Metodología y práctica de la animación sociocultural. CCS. Madrid. Cap. VIII (pp. 229-250).
9. Cembranos, Fernando et. , al. (1989). La Animación Sociocultural. Una propuesta metodológica. Popular. Madrid. Cap. VI. *"Los procesos de intervención"* (pp.153- 175)
10. Ocampo Cano, Consuelo. Matriz de evaluación. (2005).
11. Cerqueira María Teresa y Daniel Mato (1998). Evaluación participativa de los procesos de participación social en la promoción de la salud. En Jesús Aramando Haro y Benno de Keijzer, Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro. Colegio de Sonora, Produssep, A.C. OPS. México, pp 24-55.

Criterios de evaluación

1. Competencias transversales (puntualidad, entrega de trabajos en tiempo y forma, etc. 25%.)
2. Control de lecturas 25 %
3. Ensayo final 50 %

Acreditación

1. Calificación mínima de 70
2. Asistencia mínima de 80 %

Unidad IV. EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Responsable: Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra
Mtra. Josefina Aguirre Martínez
Duración: 4 semanas
Horas teóricas: 12
Horas prácticas: 48

Núm. de sesión	Tema	Objetivo específico	Técnicas y auxiliares didácticas	Bibliografía Básica	Evaluación
1	Generalidades de la educación para la salud y Marco Normativo	Distinguir los elementos del proceso educativo, así como los marcos regulatorios.	Lectura previa y discusión dirigida	1 2	Control de lectura. Participación en el grupo
2	Modelos educativos	Analizar los modelos educativos y sus efectos en educación para la salud	Lectura en pequeño grupo, discusión dirigida y presentación de experiencias educativas en salud	3 4 5	Control de lectura. Participación en el grupo
3	Grupos, técnicas grupales y recursos	Describir al grupo, su papel	Exposición y discusión dirigida	6	Control de lectura.

	didácticos	en la educación para la salud, así como los recursos que favorecen su dinámica.			
4	Técnicas con expertos y sin expertos	Ejercitar el proceso de planeación y aplicación de técnicas didácticas	Ejercitar el proceso de planeación y aplicación de técnicas didácticas	6	Elaboración de un ensayo
5	Técnicas participativas	Ejercitar el proceso de planeación y aplicación de técnicas didácticas	Ejercitar el proceso de planeación y aplicación de técnicas didácticas	7	Reporte de lectura. Participación fundamentada en la sesión de trabajo
6	Conferencia: Educación para la salud	Identificar los elementos operativos de experiencias educativas	Exposición	nada	Reseña de conferencia

Bibliografía Básica

1. Ley General de la Salud: capítulo II. Educación para la salud. pp 38-39.
2. Polaino-Ilorente, A. (1987). Educación para la salud. Barcelona: Herder.
3. Bowen, James (2002). Teorías de la educación: innovaciones importantes en el pensamiento educativo occidental. México: Limusa.
4. Werner, David (1985). Aprendiendo a promover la salud. Washington, OPS.
5. Rodríguez Brandao, C. (1996). Estructuras sociales de reproducción del saber popular. En teoría y práctica de la educación popular. Pátzcuaro, Michoacán. CREFAL.
6. Cirigiliano, G. y Villaverde, A. (1982). Dinámica de grupos y educación. Buenos Aires: Humanitas. Pp 64-86.
7. Vargas, Laura (1984). Técnicas participativas para la educación popular. Costa Rica: ALFORJA.

Criterios de evaluación

1. Competencias transversales (puntualidad, entrega de trabajos en tiempo y forma, etc. 25%.)
2. Control de lecturas 25 %
3. Ensayo final 50 %

Acreditación

1. Calificación mínima de 70
2. Asistencia mínima de 80 %

Unidad V. COMUNICACIÓN EN SALUD
Responsable: Dra. Janet García González
Mtro. Gustavo Vargas Merino
Duración: 4 semanas
Horas teóricas: 14
Horas prácticas: 48

INTRODUCCIÓN A LA COMUNICACIÓN

No. de sesiones	Tema	Objetivos específicos	Técnicas y aux. Didácticas	Bibliografía básica	Evaluación
1	Comunicación e información en salud	Identificar las funciones y aplicaciones de comunicación en el área de salud.	Implementación de discusión grupal, guía de lectura y realización de mapas conceptuales	1	Control de lectura y Participación
	Dimensiones de la comunicación.			2,3	
	Comunicación vs Información	Conocer la diferencia en comunicación e información y sus diferentes áreas de estudio		4	
2	Tipos de comunicación: masiva, interpersonal, verbal, no verbal, organizacional, entre otras.			5	
	Herramientas de la comunicación: Publicidad y Marketing	Identificar las herramientas de la comunicación y su aplicabilidad		6	

Bibliografía básica:

1. COE, Gloria A. “Comunicación y promoción de la salud” Artículo en la Revista Chasqui 63, Comunicación en Salud. Septiembre '98
2. Galindo Cáceres, Jesús “Apuntes de historia de una Comunicología posible” http://www.geocities.com/arewara/arewara.htm
3. FERRER, Eulalio “Información y Comunicación”, Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1997; pp 29 -36
4. FERRER, Eulalio “Información y Comunicación”, Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1997; pp 51 - 54
5. FERRER, Eulalio “Información y Comunicación”, Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1997; pp 157 – 169
6. González Molina Julio, Del Bosque A. S. *¡Manos a la Salud! Mercadoctenía, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud*. CIESS/OPS; México, 1998.

LA COMUNICACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN

No. de sesiones	Tema	Objetivos Específicos	Técnicas y Aux. Didácticas	Bibliografía Básica	Evaluación
3	Enfoques y tendencias sobre conceptos de Comunicación y Organización	Conocer la interrelación de la comunicación en la organización y sus diferentes elementos	Implementación de discusión grupal, guía de lectura y realización de mapas conceptuales, análisis de estudios de caso	7 8	Análisis de los casos de estudio
4	Sistemas de comunicación: Redes, comunicación interna, comunicación externa.	Analizar y describir los sistemas de comunicación e información en una organización de salud		9	Descripción y análisis del desarrollo de la los elementos de la comunicación en la organización o programa de práctica de campo.

7. KAPLÚN, Gabriel "Comunicación Organizacional" Revista Latinoamericana de Comunicación. Cuadernos de Chasqui No. 20, Editorial Quipus; Ecuador 2000.
8. GARCÍA González Janet "Comunicación Organizacional" Resumen.
9. MURIEL, María Luisa y Rotta, Gilda "Públicos internos y externos" en Trilles, Irene "Comunicación Organizacional". Editorial Félix Varela. La Habana, 2004.
10. GARZON Valdez, Eduardo. "Estrategias de Comunicación Interna Hospitalaria" 2005. Vendedores de imagen. Casos Prácticos.

COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL E IMAGEN

No. de sesiones	Tema	Objetivos Específicos	Técnicas y Aux. Didácticas	Bibliografía Básica	Evaluación
5	Diagnóstico / Auditoria de comunicación en las organizaciones y en los programas de salud	Conocer los elementos que se utilizan para realizar el diagnostico de comunicación interna de un hospital	Implementación de discusión grupal, guía de lectura y realización de mapas conceptuales, análisis de estudios de caso	10	Descripción y análisis del desarrollo del diagnóstico / auditoria de comunicación en la organización o programa de práctica de campo.
6	Imagen Corporativa	Desarrollar e identificar los elementos de imagen	Implementación de discusión grupal, guía de lectura y	11	Desarrollo o análisis de la imagen corporativa

		corporativa a partir de estudio de casos	realización de mapas conceptuales, análisis de estudios de caso		de la organización o programa de práctica de campo.

11. GARZON Valdez, Eduardo. “Estrategias de Comunicación Interna Hospitalaria” 2005.
12. Vendedores de imagen. Casos Prácticos.

DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

No. de sesiones	Tema	Objetivos Específicos	Técnicas y Aux. Didácticas	Bibliografía Básica	Evaluación
7	Plan estratégico de comunicación	Implementar y evaluar un Plan estratégico de comunicación en una organización de salud	Implementación de discusión grupal, guía de lectura y realización de mapas conceptuales, análisis de estudios de caso	12	Desarrollo del Plan estratégico de comunicación en la organización o programa de práctica de campo.

13. OPS “Manual de Comunicación Social de para programas de promoción de la Salud de los Adolescentes” Washintong D. C. 2004.

Criterios de evaluación

1. Competencias transversales (puntualidad, entrega de trabajos en tiempo y forma, etc. 25%.)
2. Control de lecturas 25 %
3. Ensayo final 50 %

Acreditación

1. Calificación mínima de 70
2. Asistencia mínima de 80 %

Unidad VI. RECURSOS HUMANOS EN SALUD
Responsable: Domingo Vázquez Martínez
Duración: 4 semanas
Horas teóricas: 14
Horas prácticas: 48

Núm. de Sesión	Temas	Objetivos específicos	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1	Sociología de la educación	Evaluar las perspectivas sociológicas en educación	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema	1	Control de lectura y participación
	Sociología de la educación	Comprender los valores en la educación superior	Igual	2	Igual
2	Estrategias en educación en salud	Analizar la formación basada en competencias	Igual	3	Igual
	Estrategias en educación en salud	Describir el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)	Igual	4	Igual
3	Estrategias en educación en salud	Describir el aprendizaje activo participativo en ciencias de la salud	Igual	5	
	Calidad en educación	Analizar el concepto de calidad en educación	Igual. La diferencia en esta sesión es que los alumnos leerán diferentes capítulos de un mismo libro y después presentarán e integrarán las ideas sobre el tema	6	Igual

4	Educación y mercado de trabajo en salud	Explicar el concepto de mercado de trabajo en salud y sus relaciones con la educación en salud	Igual que la sesión 2	7	Igual
	La educación en ciencias de la salud en México	Analizar los problemas y desafíos de la educación en ciencias de la salud en México	Igual que la sesión 7	8	Igual
5	La educación y la fuerza de trabajo en salud pública	Que los alumnos reflexiones sobre su propia formación en salud pública	Igual que la sesión 7	9 10	
	Planeación educativa	Exponer el diseño y elaboración de programas educativos	Igual que la sesión 2	11	Igual
6	Evaluación de programas educativos	Explicar los procedimientos de la evaluación de programas educativos	Igual que la sesión 7	12	Igual
7	Evaluación				

Bibliografía básica

1. María de Ibarrola. “Enfoques sociológicos para el estudio de la educación” En: *Sociología de la educación*. México, Centro de Estudios Educativos, 1981: 17-33
2. Burton R. Clark. *El sistema de educación superior.* México, Nueva Imagen, 1991:333-361
3. María Irigoin y Fernando Vargas. *Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud.* Uruguay, Cinterfor / OIT, 2002:13-39
4. Tim David, Leena Patel, Keith Burdett, Patagani Rangachari. *Problem Based Lerning in medicine*. Great Britain, Royal Society of Medicine press Ltd, 1999: 5-22
5. Leonardo Viniegra. “Los intereses académicos en la educación médica” *Rev. Inv. Cli*. 1987;39:281-288
6. Carlos Álvarez Tostado. *Platiquemos de la calidad de la educación*. México, Universidad Autónoma de Sinaloa, 1991, 145 pp.
7. Vázquez D. “El mercado de trabajo médico: concepto, actores y variables”. *Educación Médica y Salud*, 1995; 29:62-75.
8. Domingo Vázquez Martínez y Leobardo Cuevas Álvarez (Coordinadores). *La formación de personal para la salud en México*. México, Ediciones de la Noche. Mexico, 2005
9. Edgar Jarillo, Oliva López, Juan M. Mendoza. “La formación de recursos humanos en salud pública”. En: Domingo Vázquez Martínez y Leobardo Cuevas Álvarez (Coordinadores). *La formación de personal para la salud en México*. México, Ediciones de la Noche. Mexico, 2005
10. P Robert Beaglehole and Mario R Dal Poz Public health workforce: challenges and policy issues.. *Human Resources for Health* 2003, 1**:**4

11. María Irigoin y Fernando Vargas. *Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud.* Uruguay, Cinterfor / OIT, 2002: 179-208
12. Vázquez Martínez F., Feria Velasco A, Moriel Corral L, Tijerina González L. "La validez de la evaluación de los programas de educación superior: requisito para su internacionalización". *Revista Iberoamericana de Educación*; 35/6, 10/04/05
13. The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: http://www.human-resources-health.com/content/1/1/4

Criterios de evaluación

1. Competencias transversales (puntualidad, entrega de trabajos en tiempo y forma, etc. 25%.)
2. Control de lecturas 25 %
3. Ensayo final 50 %

Acreditación

1. Calificación mínima de 70
2. Asistencia mínima de 80 %

Unidad VII. INTEGRACIÓN Y EVALUACIÓN
Responsable:
Duración: 1 semanas
Horas teóricas: 4
Horas prácticas: 0

Num. de Sesión	Temas	Objetivos específicos	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
2	Evaluación de las experiencias	Socializar y retroalimentar el proceso de aprendizaje	Discusión y comentarios grupales	Nada	Coevaluación

Criterios de evaluación general

- Informe semanal del trabajo realizado en la sede, con el Vo. Bo. del asesor (15%).
- Presentación del programa de promoción de la salud (12.5%)
- Presentación informe final (12.5%).
- Coevaluación (10%).
- Promedio de calificaciones de unidad (50%).

Acreditación

- Asistencia mínima de 80% a las actividades académicas en servicio y en aula
- Calificación mínima de 70 (escala 0 - 100) en cada una de las unidades
- Calificación final mínima de 70.

Actividades de participación académica

Los trabajos realizados en este módulo (programa de promoción, educación, formación o comunicación) pueden dar créditos, correspondientes a las actividades de participación académica, si se presentan en foros científico-académicos (fuera de las exposiciones obligatorias en el Instituto y en la sede donde se realizó) o si

se adecuan para su publicación, parcial o total, en algún medio científico o de divulgación (con excepción hecha de las *memorias* del curso correspondiente).

Maestría en Salud Pública
Calendarización de Unidades

Módulo: Gestión del Conocimiento en Salud Pública II

Mes	Día		Unidad	Total Horas	Titular
Febrero	21	Martes	Introducción	2	**Mtro. Enrique Hernández Guerson**
	23	Jueves	Introducción	2	
Marzo	2	Jueves	Promoción de la Salud	2	
	7	Martes	Promoción de la Salud	2	
	9	Jueves	Promoción de la Salud	2	
	14	Martes	Promoción de la Salud	2	
	16	Jueves	Promoción de la Salud	2	
	21	Martes	Promoción de la Salud	2	
	23	Jueves	Promoción de la Salud	1	
Marzo	28	Martes	Participación Comunitaria	2	**Mtra. Patricia Guiot Vázquez**
	30	Jueves	Participación Comunitaria	2	
Abril	4	Martes	Participación Comunitaria	2	
	6	Jueves	Participación Comunitaria	2	
	9 al 22	**V A C A C I O N E S**			
	25	Martes	Participación Comunitaria	2	**Mtra. Consuelo Ocampo Cano**
	27	Jueves	Participación Comunitaria	2	
Mayo	2	Martes	Participación Comunitaria	2	
Mayo	4	Jueves	Educación para la Salud	2	**Mtra. Josefina Aguirre Martínez, Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra**
	9	Martes	Educación para la Salud	2	
	11	Jueves	Educación para la Salud	2	
	16	Martes	Educación para la Salud	2	
	18	Jueves	Educación para la Salud	2	
	23	Martes	Educación para la Salud	2	
Mayo	25	Jueves	Comunicación en Salud	2	**Mtra. Janet García González,**
	30	Martes	Comunicación en Salud	2	
Junio	1	Jueves	Comunicación en Salud	2	
	6	Martes	Comunicación en Salud	2	
	8	Jueves	Comunicación en Salud	2	
	13	Martes	Comunicación en Salud	2	
	15	Jueves	Comunicación en Salud	2	
Junio	20	Martes	Formación de Recursos Humanos	2	**Mtro. Domingo Vázquez Martínez**
	22	Jueves	Formación de Recursos Humanos	2	

	27	Martes	Formación de Recursos Humanos	2	
	29	Jueves	Formación de Recursos Humanos	2	
Julio	4	Martes	Formación de Recursos Humanos	2	
	6	Jueves	Formación de Recursos Humanos	2	
	11	Martes	Formación de Recursos Humanos	2	
Julio	13	Jueves	Integración y Evaluación	2	**Mtro. Enrique Hernández Guerson**
	18	Martes	Integración y Evaluación	2	
Total de Horas				**75**	

Maestría en Salud Pública
Calendarización de Unidades

Módulo: Gestión del Conocimiento en Salud Pública II **Prácticas**

Mes	Día		Unidad	Actividad
Febrero	21	Martes	Introducción	**Teórica**
	23	Jueves	Introducción	
Marzo	2	Jueves	Promoción de la Salud	
	7	Martes	Promoción de la Salud	
	9	Jueves	Promoción de la Salud	**Acercamiento y Reconocimiento de Espacios**
	14	Martes	Promoción de la Salud	
	16	Jueves	Promoción de la Salud	
	21	Martes	Promoción de la Salud	
	23	Jueves	Promoción de la Salud	
Marzo	28	Martes	Participación Comunitaria	**Planteamiento del**
	30	Jueves	Participación Comunitaria	
Abril	4	Martes	Participación Comunitaria	
	6	Jueves	Participación Comunitaria	
	9 al 22		**V A C A C I O N E S**	
	25	Martes	Participación Comunitaria	**Problema a resolver**
	27	Jueves	Participación Comunitaria	
Mayo	2	Martes	Participación Comunitaria	**Propuesta validada**
Mayo	4	Jueves	Educación para la Salud	
	9	Martes	Educación para la Salud	
	11	Jueves	Educación para la Salud	**Acercamiento a Campo**
	16	Martes	Educación para la Salud	
	18	Jueves	Educación para la Salud	
	23	Martes	Educación para la Salud	
Mayo	25	Jueves	Comunicación en Salud	
	30	Martes	Comunicación en Salud	
Junio	1	Jueves	Comunicación en Salud	
	6	Martes	Comunicación en Salud	
	8	Jueves	Comunicación en Salud	

	13	Martes	Comunicación en Salud	
	15	Jueves	Comunicación en Salud	
Junio	20	Martes	Formación de Recursos Humanos	
	22	Jueves	Formación de Recursos Humanos	
	27	Martes	Formación de Recursos Humanos	
	29	Jueves	Formación de Recursos Humanos	
Julio	4	Martes	Formación de Recursos Humanos	
	6	Jueves	Formación de Recursos Humanos	
	11	Martes	Formación de Recursos Humanos	
Julio	13	Jueves	Integración y Evaluación	
	18	Martes	Integración y Evaluación	
Total de Horas				

Total de Horas: **240**
Horas a la semana: **14**
Horas promedio al día: **2.30**

UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE ESTUDIO: MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MÓDULO: SALUD PÚBLICA II

CARACTERÍSTICAS DE MÓDULO: TEÓRICO- PRÁCTICO
OBLIGATORIO

SEMESTRE: SEGUNDO

Horas teóricas: 76 Horas prácticas: 240

CRÉDITOS TEORÍA: 10 **CRÉDITOS PRÁCTICA: 16**

RESPONSABLES DE ELABORACIÓN:	Edit Rodríguez Romero, Leoncio Ibarra Zanaatha, John Pérez Rodríguez, Elsa Ladrón de Guevara Morales.
COORDINADOR DEL MÓDULO:	Elsa Ladrón de Guevara Morales.
PROFESORES TITULARES:	Edit Rodríguez Romero, Gabriel Riande Juárez, Martha Castillo Morales, John Pérez Rodríguez, Rocío Salado Pérez, Elsa Ladrón de Guevara Morales.

FECHA DE ELABORACIÓN: JULIO DE 2005

JUSTIFICACIÓN

El propósito clave del Programa de Maestría en Salud Pública es el de realizar diagnósticos de la situación de salud de una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario.

Para lograr este propósito se establecieron varias funciones clave, corresponde al Módulo de Salud Pública II la función de:

"Analizar y evaluar las políticas sanitarias así como diseñar y materializar, planes y programas integrales de salud que respondan a las condiciones de salud de la población, y asegurar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud"

A la función clave enunciada le corresponde, entre otras, el desarrollo de competencias para:

- Analizar y evaluar políticas, planes y programas de salud.
- Diseñar planes y programas integrales de salud, y plantear las estrategias necesarias para el alcance de su viabilidad y factibilidad.
- Asegurar mediante procesos de gestión efectivos, transparentes y participativos el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad.
- Identificar los caminos que propicien la intersectorialidad y la participación de la población en el análisis, evaluación y diseño de políticas, planes y programas integrales de salud.

Pre requisitos de módulos antecedentes:
Salud Pública I

Vinculación con módulos horizontales:
Gestión del Conocimiento II

OBJETIVOS

Que los alumnos al concluir el Módulo sean capaces de:
Evaluar las políticas, los planes y los programas de salud estatales, nacionales e internacionales.
Diseñar una política, un plan o un programa integral de salud, que incluya propuestas para lograr la participación de la comunidad.

Metodología de Enseñanza Aprendizaje:
Para el desarrollo de las competencias se requiere que el alumno haga sus lecturas con oportunidad al tiempo que recupera sus experiencias previas y a través de su participación activa en las discusiones crea y recrea el conocimiento, éste será la base para el desarrollo de sus actividades prácticas en las cuales los alumnos diseñaran una intervención planteando estrategias que permitan la participación de la comunidad, buscando modificar de manera favorable la situación de salud-enfermedad de ésta. Se busca que los alumnos se enfrenten a una necesidad concreta derivada del quehacer cotidiano en los servicios de salud y que a partir de ese punto emprendan la búsqueda de información que les permita enfrentarse a dicha necesidad. Se procuran las condiciones para que se den aprendizajes significativos, esto es, que los alumnos vinculen en todo momento la información con una realidad concreta.

Papel del docente:
Orientar, impulsar y facilitar la búsqueda de conocimientos de los alumnos; así como su utilización en la resolución de los problemas y de las necesidades a los que se enfrentan de manera cotidiana los servicios de salud.

Contenido del Módulo		Horas Teóricas	Horas Prácticas
I.	Introducción	4	0
II.	Sistemas de salud	16	51
III.	Planeación y programación en salud	18	69
IV.	Proceso administrativo	18	69
V.	Calidad en las organizaciones de salud	16	51
VI.	Integración y evaluación	4	0

Total	76	240

Unidad I. INTRODUCCIÓN
Responsable: Elsa Ladrón de Guevara Morales

Horas teóricas: 4	Horas prácticas: 0

Objetivo de la unidad: introducir a los participantes en las funciones esenciales de la salud pública que competen a este módulo y presentación del mismo.

Sesión	Subtemas Contenido	Objetivos Específicos	Técnicas y Aux. Didácticas	Bibliografía básica
1	Las Funciones Esenciales de la Salud Pública	Enmarcar las competencias que busca general el módulo, en las Funciones Esenciales de la Salud Pública	Exposición	1
	Función 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión Función 6: Fortalecimiento de la capacidad de regulación y fiscalización Función 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a servicios de salud Función 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	Precisar las competencias a desarrollar		1
	Presentación del programa del módulo	Explicitar los contenidos del programa y de los mecanismos de evaluación, así como las características generales de la práctica de campo		Programa del módulo y 2 a 7
2	El Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta y el Modelo Integrado de Atención a la Salud	Identificar las características de la organización para la atención de la salud actual y futura	Discusión dirigida	8

Bibliografía básica y complementaria

1. Feo, Oscar. La Misión de la Salud Pública y sus Funciones Escenciales. Washington DC.:OPS/OMS Políticas y Sistemas de Salud. Desarrollo Estratégico de la Salud. 2005
2. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2004
3. SSA. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 19 de Enero de 2004
4. Congreso de la Unión: Ley del Seguro Social. (última reforma). México: Diario Oficial de la Federación; 29 de Abril de 2005
5. IMSS: Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Diario Oficial de la Federación; 19 de enero de 2005
6. Congreso de la Unión: Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (última reforma). México: Diario Oficial de la Federación; 1° de junio de 2001
7. ISSSTE. Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México: Diario Oficial de la Federación; 19 de enero de 2005
8. Secretaría de Salud. Modelo Integrado de Atención a la Salud. México: SSA. Documento interno. 2002

Unidad II. SISTEMAS DE SALUD

Responsable: Elsa Ladrón de Guevara Morales

Horas teóricas: 16	Horas prácticas: 51

Sesión	Subtemas Contenido	Objetivos Específicos	Técnicas y Aux. Didácticos	Bibliografía básica	Productos	Evaluación
1	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.	Identificar los principales compromisos que enfrentan los sistemas de servicios de salud	Discusión de equipo y discusión grupal	1	Caracterización del ámbito en donde desarrolla las actividades prácticas utilizando los diferentes elementos de análisis para sistemas de servicios de salud.	Control de Lecturas. Participación en clase
2	Una visión global de los sistemas de servicios de salud	Analizar las características generales que presentan los sistemas de servicios de salud	Discusión de equipo y discusión grupal	2		
3	Sistema de Servicios de Salud de México	Identificar y analizar las características organizacionales, los recursos y las funciones del Sistema de Servicios Salud de México, así como los avances de la Reforma	Discusión de equipo y discusión grupal	3		Control de Lecturas. Participación en clase Control de Lecturas. Participación en clase
4	Sistema de Servicios de Salud de Chile	Identificar y analizar las características organizacionales, los recursos y las funciones del Sistema de Servicios Salud de Chile, así como los avances de la Reforma	Discusión de equipo y discusión grupal	4		Control de Lecturas. Participación en clase

5	Sistema de Servicios de Salud de Canadá	Identificar y analizar las características organizacionales, los recursos y las funciones del Sistema de Servicios Salud de Canada, así como los avances de la Reforma	Discusión de equipo y discusión grupal	5		Control de Lecturas. Participación en clase
6	Sistema de Servicios de Salud de Cuba	Identificar y analizar las características organizacionales, los recursos y las funciones del Sistema de Servicios Salud de Cuba, así como los avances de la Reforma	Discusión de equipo y discusión grupal	6		Control de Lecturas. Participación en clase
7	Comparación de los cuatro sistemas de servicios de salud	Analizar las ventajas y desventajas que presenta cada uno de los diferentes modelos revisados	Discusión de equipo y discusión grupal	1-6		Control de Lecturas. Participación en clase
8	Evaluación de la Unidad.					

Criterios de Evaluación de la Unidad:

ELEMENTO A EVALUAR	**PONDERACIÓN**
Participación en clase	25%
Entrega oportuna del control de lectura	20%
Examen final de la Unidad	25%
Elementos de la Unidad en el trabajo final (oral y escrito)	30%

Bibliografía básica

1. Organización Mundial de la Salud. Compromisos internacionales asumidos en la Cumbre del Milenio en Informe sobre la salud en el mundo 2003. Ginebra, Suiza: OMS 2004
2. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de salud: principios para una atención integrada en Informe sobre la salud en el Mundo 2003. Ginebra Suiza: OMS; 2004
3. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México. Washington DC: Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud, 2002
4. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Chile. Washington DC: Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 2002
5. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Canadá. Washington DC: Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 2000
6. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Cuba. Washington DC: Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 2001

Unidad III. PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN EN SALUD

Responsable: Gabriel Riande Juárez
Adjunto: Martha Castillo Morales y Elsa Ladrón de Guevara Morales

Horas teóricas: 18	Horas prácticas: 69

Sesión	Subtemas Contenido	Objetivos Específicos	Técnicas y Aux. Didácticas	Bibliografía básica	Productos	Evaluación
1	Sistema Nacional de Planeación y Sistema Nacional de Salud	Identificar los diferentes elementos que conforman el sistema de planeación nacional y el subsistema de planeación en salud	Discusión de equipo y discusión grupal	1 y 2	Elaboración de una propuesta de intervención estratégica	Control de Lecturas. Participación en clase
	Plan Nacional y Estatal de Desarrollo y Programas Nacional y Estatal de Salud	Identificar los principales elementos de formulación política en los documentos rectores	Discusión de equipo y discusión grupal	3,4,5 y 6		Control de Lecturas. Participación en clase
2	Proceso de Planificación en salud	Analizar las alternativas que ofrecen dos opciones metodológicas de planificación	Discusión de equipo y discusión grupal	7		Control de Lecturas. Participación en clase
	Análisis de Situación	Identificar y analizar los diferentes momentos de la planeación normativa y estratégica	Discusión de equipo y discusión grupal	7		Control de Lecturas. Participación en clase
3	Investigación de Problemas		Discusión de equipo y discusión grupal	7		Control de Lecturas. Participación en clase
	Identificación de la visión		Discusión de equipo y discusión grupal	7		Control de Lecturas. Participación en clase
4	Diseño de Proyectos		Discusión de equipo y discusión grupal	7		Control de Lecturas. Participación en clase

	Construcción de viabilidad		Discusión de equipo y discusión grupal	7		Control de Lecturas. Participación en clase
	Programa operacional		Discusión de equipo y discusión grupal	7		Control de Lecturas. Participación en clase
5	El Método Presupuestal en México	Conocer la evolución de las técnicas presupuestarias y sus cualidades	Discusión de equipo y discusión grupal	9 12	Análisis de un presupuesto o elaboración del mismo	Control de Lecturas. Participación en clase
6	Financiamiento de la Administración Pública	Identificar los principales elementos de la Macro presupuestación	Discusión de equipo y discusión grupal	10 11		Control de Lecturas. Participación en clase
	Presupuestación Programática	Analizar el entorno y la mecánica de la presupuestación programática	Discusión de equipo y discusión grupal	9		Control de Lecturas. Participación en clase
7	Estructura Programática	Identificar los elementos de programación de actividades conforme a la clasificación de la NEP	Discusión de equipo y discusión grupal	14		Control de Lecturas. Participación en clase
	Nueva Gerencia Pública procesos o desempeño	Analizar la presupuestación desde la perspectiva del desempeño	Discusión de equipo y discusión grupal	8 13		Control de Lecturas. Participación en clase
8	Programación anual	Identificar las diferencias entre el PAT y el POA	Discusión de equipo y discusión grupal	13		Control de Lecturas. Participación en clase
	Integración Presupuestal	Identificar las etapas y tiempos del ciclo presupuestal	Discusión de equipo y discusión grupal	16		Control de Lecturas. Participación en clase
9	Ejercicio Presupuestal	Conocer la mecánica administrativa de gasto	Discusión de equipo y discusión grupal	15		Control de Lecturas. Participación en clase

	Control presupuestal	Identificar las diferentes medidas utilizadas para controlar el ejercicio presupuestal	Discusión de equipo y discusión grupal	13		Control de Lecturas. Participación en clase

Criterios de Evaluación de la Unidad:

ELEMENTO A EVALUAR	**PONDERACIÓN**
Participación en clase	25%
Entrega oportuna del control de lectura	20%
Examen final de la Unidad	25%
Elementos de la Unidad en el trabajo final (oral y escrito)	30%

Bibliografía básica

1. Valdés C. Cuadernos Técnicos de Planeación. Vol. I. No. 1 México: SSA; 1984 pp. 19-31
2. Congreso de la Unión. Ley de Planeación. (Última reforma aplicada) México: Diario Oficial de la Federación; 13 de junio de 2003
3. Gobierno Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México: Gob. Federal; 2001
4. SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: SSA.; 2001. pp. 25-28, 52-56
5. Gobierno del Estado de Veracruz. Plan Estatal de Desarrollo 2005-2010. Veracruz, México: Gobierno del Estado de Veracruz; 2005. pp. 11-33, 119-124, 153-161.
6. SESVER. Programa Estatal de Salud 2005-2010. Veracruz México: SESVER; 2005
7. Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud.. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96 Washington DC: OPS; 1993. pp. 13-32, 61-126
8. Arellano Gault, D. Mas allá de la reinvención del Gobierno. Fundamentos de la Nueva Gestión Pública y Presupuestos por Resultados en América Latina. México: Miguel Ángel Porrúa-CIDE-: 2004
9. Chapoy Bonifaz D. Planeación, Programación y Presupuestación. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM; 2003 Pág. 102-117 (121-136 181-193)
10. Congreso de la Unión. Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio Fiscal 2005. México: Diario Oficial de la Federación; 24 de noviembre del 2004
11. Gobierno Federal. Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2005. México: Diario Oficial de la Federación; 20 de diciembre del 2004
12. Guerrero Amparán JP. Manual sobre la Clasificación Económica del Gasto Público. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas CIDE; 2000 Pág. 8-26
13. SSA. DGPOP. Lineamientos Programático Presupuestales 2005**.** México: SSA; 2004**.** www.salud.gob.mx/unidades/dgpop
14. SHCP**.** Estructura Programática del Gobierno Federal NEP 1998. en Boletín Técnico de Contabilidad Gubernamental. México: SHCP; 1998 www.shcp.gob.mx/docs/bcg
15. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal. México: Diario Oficial de la Federación; 28 de agosto del 2002. Pág. 42-49
16. Gobierno Federal. Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federales. México: Diario Oficial de la Federación; 18/nov/81 y 20/ago/96 Pág. 5-10

Unidad IV. PROCESO ADMINISTRATIVO
Responsable: Edit Rodríguez Romero
Adjunto: Gabriel Riande Juárez

Horas teóricas: 18	Horas prácticas: 69

Sesiones	Subtemas Contenido	Objetivos Específicos	Técnicas y auxiliares Didácticas	Bibliografía básica	Productos	Evaluación
1	Planeación: Definición de planeación estratégica Misión y administración por objetivos Programación en salud	Que el alumno conozca la planeación estratégica, la misión y visión de las instituciones y la necesidad de ética	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Chiavenato 100-104 / 228 – 234 Hampton 22-23/ 142 – 155/ 183 – 196 Stoner 287 – 298	Control de lecturas	Participación en clase
2	Organización y Comunicación Organizacional: Teoría de la organización Organizaciones de clase mundial	Que el alumno conozca las diferentes formas de organización y la comunicación en las organizaciones	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Andrade 11-17 Chiavenato 162-164; 235-236; 291-313 Hampton 307 – 320 Martínez 18-43	Control de lecturas	Participación en clase
3	Principios básicos de la administración en sus diferentes etapas Elaboración y uso de manuales administrativos		Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Chiavenato 44 – 55 Hampton 265 – 291	Control de lecturas	Participación en clase
4	Comunicación, factores que intervienen en la comunicación organizacional.	Que el alumno conozca la importancia de la comunicación en las organizaciones	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Chiavenato 162 – 164 Hay 179 – 198 Nosnik 111 – 138	Control de lecturas	Participación en clase
5	Dirección, Gerencia, Liderazgo y manejo del conflicto: Dirección y gerencia	Que el alumno conozca los diferentes tipos de liderazgo y como influyen en las organizaciones	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Chiavenato 237–238; 428-238; 536-552 Robins 5–7/ 574 – 584 Fernández C. 83-87	Control de lecturas	Participación en clase

6	Liderazgo, definición, estratégico y manejo de conflicto	Que el alumno conozca la importancia del líder en las organizaciones	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Chiavenato 150–161 Hall 146-165 Hitt 439-435	Control de lecturas	Participación en clase
7	CONTROL: INFORMACIÓN, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Construcción de indicadores Comparación	Que el alumno conozca la importancia de los controles en las organizaciones.	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Hampton 652 – 665/ 669 – 671/ Robins 671-680 Stoner 610-616	Control de lecturas	Participación en clase
	Información Sistemas de información	Que el alumno conozca la importancia de los sistemas de información para la toma de decisiones	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Chiavenato 719 - 736 Hampton 735 – 748 y 754 – 761 Stoner 674 – 683	Control de lecturas	Participación en clase
8	Supervisión. Elaboración de guías de supervisión	Que el alumno conozca el proceso de supervisión como mecanismo de control	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Chiavenato 66-67 y 481	Control de lecturas	Participación en clase
	Evaluación: Evaluación del desempeño Evaluación en APO Evaluación de puestos	Que el alumno conozca las diferentes formas de evaluación, para que pueda seleccionar la más conveniente a sus necesidades	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Chiavenato 431- 438 Stoner 433-443 Chiavenato 431-438	Control de lecturas	Participación en clase
9	Integración: Recursos humanos, ciclo de los recursos humanos	Que el alumno identifique la importancia de la integración y control de los recursos humanos	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras	Chiavenato RH 11 – 31 Hampton 699 – 712 Hitt 82 – 99 Robins 223 – 227 Stoner 412 – 432		
	Integración: Recursos materiales y financieros Ciclo de los recursos materiales y financieros	Que el alumno identifique la importancia de la integración y control de los recursos materiales y financieros	Discusión grupal, a partir de preguntas generadoras		Control de lecturas	Participación en clase

Criterios de Evaluación de la Unidad:

ELEMENTO A EVALUAR	PONDERACIÓN
Participación en clase	25%
Entrega oportuna del control de lectura	20%
Examen final de la Unidad	25%
Elementos de la Unidad en el trabajo final (oral y escrito)	30%

Bibliografía básica

1. Andrade Rodríguez de San Miguel, Horacio. Definición y alcance de la comunicación organizacional. En Fernández Collado, Carlos. Coordinador. La comunicación en las organizaciones. 2ª edición. México: Editorial Trillas; 2002. pp. 11-17.
2. Chiavenato, Idalberto. Introducción a la teoría general de la administración. Quinta edición en español, reimpreso en México. Traducción: Germán Alberto Villamizar. Revisión técnica: Ricardo García Madariaga. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. De C. V.; 2000. pp. 44 – 45/ 66 – 67/ 100 – 104/ 150 – 164/ 228 – 245/ 291 – 313/ 416 – 438/ 481/ 536 – 552, 719 – 736.
3. Chiavenato, Idalberto. Administración de recursos humanos. Quinta edición en español, reimpreso en México. Traducción: Germán Alberto Villamizar. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. De C. V.; 2000. pp 11 – 31.
4. Fernández Collado, Carlos. Coordinador. La comunicación en las organizaciones. 2ª edición. México: Editorial Trillas. 2002. pp. 83-87
5. Hall, Richard H. Organizaciones. Estructuras, procesos y resultados. Sexta Edición. Traducido del inglés de la obra: Organizations, structures, proceses, and outcomes. Traducción: Adolfo Deras Quiñones. Revisión técnica: J. Othón Juárez Hernández. México: Prentice Hall Hispanoamericana. S. A.; 1996. pp. 146 – 167, 179 – 198.
6. Hampton, David R. Administración. Tercera Edición. Traducida de la tercera edición en inglés Management. Traducción: Marco Antonio Malfavón Martínez. Traductora técnica: María Elena Rosas Sánchez. Revisión Técnica: Luis Fernando Cabrera Mir e Isaura Delgado Torres. México: McGraw-Hill Interamericana de México S. A. De C. V.; 2001. pp. 22 – 23/ 142 – 155/ 183 – 196/ 265 – 291/ 307 – 320/ 652 – 665/ 699 – 712/ 735 – 748.
7. Hitt, Michael A., Ireland, R. Duane y Hoskisson, Robert E. Administración Estratégica: Conceptos, Competitividad y globalización. Tercera edición. Traducción del libro: Strategic Management: Competitiveness and Globalization Concepts, 3rd edition. Traducción profesional: Verania de Parres Cárdenas. Revisión técnica: Ángel Sánchez Mejorada. México: Internacional Thomson Editores, S. A. de C. V.; 1999. 82 – 99, 434 – 445.
8. Nosnik Ostrowiak, Abraham. En Fernández Collado, Carlos. La comunicación en las organizaciones. 2ª edición. México: Trillas, 2002. pp 111 – 138.
9. Robins, Stephen P. Administración: Teoría y práctica. Cuarta edición. Traducida de la cuarta edición en inglés de Management. Traducción, Adolfo Deras Quiñónez. Revisión técnica, Alejandro Roberto Rodas Carpizo. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A.; 1995. pp. 6, 12, 163 – 164, 225 – 227, 303 – 304, 605 – 609, 625 – 653.
10. Stoner, James A. F. y Freeman, Daniel R. Gilbert. Administración. Sexta edición, traducido de la quinta edición en inglés de: Management. Traducción Pilar Mascaró Sacristán. Revisión técnica, Gustavo Palafox de Anda. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A.; 1995. pp. 9 – 10, 14 – 15, 17, 247 – 252, 403 – 404, 421 – 424, 635 – 665.

Bibliografía complementaria

1. Chiavenato, Idalberto. Introducción a la teoría general de la administración. Quinta edición en español, reimpreso en México. Traducción: Germán Alberto Villamizar. Revisión técnica: Ricardo García

Madariaga. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. De C. V.; 2000. pp. 239 – 245/ 416 - 427.
2. Martínez de Velasco Arellano, Alberto. Escuelas del comportamiento organizacional. En Fernández Collado, Carlos. Coordinador. La comunicación en las organizaciones. 2ª edición. México: Editorial Trillas; 2002.
3. Hampton, David R. Administración. Tercera Edición. Traducida de la tercera edición en inglés Management. Traducción: Marco Antonio Malfavón Martínez. Traductora técnica: María Elena Rosas Sánchez. Revisión Técnica: Luis Fernando Cabrera Mir e Isaura Delgado Torres. México: McGraw-Hill Interamericana de México S. A. De C. V.; 2001. 307 – 320; 735 - 768
4. Robins, Stephen P. Administración: Teoría y práctica. Cuarta edición. Traducida de la cuarta edición en inglés de Management. Traducción, Adolfo Deras Quiñónez. Revisión técnica, Alejandro Roberto Rodas Carpizo. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A.; 1995. pp. 359 – 390/ 627 – 650.
5. Rodríguez Valencia Joaquín. Cómo elaborar y usar manuales administrativos. Tercera edición. México. ECAFSA. Thomson Learning. 2005.

Unidad V. CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

Responsable: John Pérez Rodríguez
Adjunto: Rocío Salado Pérez

Horas teóricas: 16	Horas prácticas: 51

El propósito de esta unidad es que los alumnos comprendan la importancia de la calidad en la organización de los sistemas de salud, aportar elementos metodológicos para su estudio, poner en su conocimiento los aspectos básicos de las estrategias que permiten mejorarla, comprender los efectos de las reformas de los sistemas de salud sobre la calidad de la atención y revisar tendencias futuras de la organización de la atención medica y sus efectos en la calidad.

Sesiones	Subtemas Contenido	Objetivos Específicos	Técnicas y Aux. Didácticos	Bibliografía básica	Productos	Evaluación
1	Introducción y presentación de la unidad Fundamentos ideológicos y filosóficos	Que el alumno identifique los fundamentos ideológicos y filosóficos de la calidad de la atención	Discusión dirigida	1, 2, 3 y 4	Programa de mejora continua de un proceso de los servicios de salud	El alumno refuerza los valores que se definen para los sistemas de salud con calidad
2	Antecedentes históricos de la calidad de la atención médica - Antecedentes históricos de calidad. - Definiciones de calidad - Características de calidad - Dimensiones y enfoques	Que el alumno identifique los términos y definiciones más relevantes en el contexto de la calidad de la atención	Taller, Exposición interactivas	5		El alumno puede identificar en el contexto internacional y nacional la dimensión de la calidad en los servicios de salud Control de lecturas

3	Bases conceptuales de la calidad de la atención -Conceptos y definiciones	Que el alumno identifique los conceptos y definiciones más relevantes en el contexto de la calidad de la atención	Taller, Exposición interactivas	6 y 7		El alumno puede identificar en el contexto internacional y nacional la dimensión de la calidad en los servicios de salud Control de lecturas
4	Bases conceptuales de la garantía de la calidad de la atención médica -Definición garantía de calidad - Estrategias de garantía de calidad	Que el alumno identifique los conceptos y definiciones más relevantes en el contexto de la garantía de la calidad de la atención	Taller, Exposición interactivas	8 y 9		El alumno puede identificar en el contexto internacional y nacional la dimensión de la calidad en los servicios de salud Control de lecturas
5	Bases metodológicos - Construcción de indicadores - evaluación de la calidad de la atención medica	Que el alumno identifique y evalué los métodos que actualmente se utilizan para la construcción de indicadores y evaluación de la calidad	Taller, Exposición interactivas	10 y 11		El alumno puede elaborar programas de mejora continua utilizando herramientas evaluativas de calidad Control de lecturas
6	Reforma de los sistemas de salud y calidad de la atención	Que el alumno identifique las reformas del sistema de salud en materia de calidad	Taller, Exposición interactivas	12 y 13		El alumno puede evaluar la reforma que el gobierno federal implemente en los servicios. Control de lecturas

7	Tendencias de la organización de servicios de salud y la calidad de la atención - Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud	Que el alumno establezca criterios para poder llevar a los servicios a un nivel de mejora continua a partir de los indicadores.	Taller, Exposición interactivas	14		El alumno conoce las tendencias del financiamiento y la prestación de los servicios en relación a la calidad
8	Sistemas de calidad - Certificación de establecimientos de servicios de salud - Acreditación - ISO - Premios: Internacionales, nacionales y estatales de calidad	Que el alumno comprenda los sistemas de gestión de la calidad	Taller, Exposición interactivas	15,16,17 18,19,20y 21		El alumno identifica la responsabilidad, Normatividad y reglamentación de los sistemas de salud Control de lecturas

Criterios de Evaluación de la Unidad:

ELEMENTO A EVALUAR	**PONDERACIÓN**
Participación en clase	25%
Entrega oportuna del control de lectura	20%
Examen final de la Unidad	25%
Elementos de la Unidad en el trabajo final (oral y escrito)	30%

Bibliografía básica

1. Van-Dick, J. Bases filosóficas de la calidad (modelo médico). Cuadernos de divulgación científica número 28.Unidad de investigación en calidad de atención a la salud. 2001.(10-39)
2. Otero, J. J,I,Otero. El Dr. Kaoru Ishikawa: Padre de la calidad total.www.gerenciasalud.com/biografias.(1-5)
3. Otero, J. J,I,Otero. Wilfredo Pareto (1948-1923). www.gerenciasalud.com/biografias.(1-7)
4. Chávez, E. Otero,J. W.Edwards Deming: El padre de la calidad moderna .www.gerenciasalud.com/biografias.(1-6)
5. Van-Dick, J. Bases conceptuales de la calidad de atención a la salud. Cuadernos de divulgación científica número 29.Unidad de investigación en calidad de atención a la salud. 2001. (4-21)
6. Van-Dick, J. Bases conceptuales de la calidad de atención a la salud. Cuadernos de divulgación científica 29.Unidad de investigación en calidad de atención a la salud. 2001. (22-39)
7. Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa médica Mexicana, S.A. 1991. (capítulo I)
8. Donabedian, A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. Perspectivas en salud pública número 10. Instituto Nacional de Salud Pública.1992. (9-43)

9. Ruelas, E. Sobre la Garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones. Gaceta Médica de México 130:4. 1994 (218-226)
10. Malagón,G. Galán,R. Pontón, G. Garantía de Calidad en Salud. Capitulo. X. Indicadores directos e indirectos de calidad en salud. Edit. Panamericana. 2001. (143-152).
11. Gilmore, Carol. Novases,H. Gerencia de la calidad. Volumen III. Serie HSP UNI/Manuales operativos PALTEX. OPS.1996.(46-64).
12. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2001- 2006, Cruzada por la Calidad. Capitulo III, estrategia 4.(109-115)
13. Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud. 1995- 2000. (1-19)
14. Secretaria de Salud. Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. 2002.
15. Secretaria de Salud. Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
16. Secretaria de Salud. Diario Oficial. Reglamento interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud. Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. 2003.
17. Montaño.J. ISO 9001:2000. Guía Práctica de Normas para Implantarlas en la Empresa. Capitulo 1. La norma Internacional. ISO 9001-2000. Edit.Trillas. 2004. (11-16)
18. Gobierno Federal. Premio Nacional de Calidad. http://www.economia-premios.gob.mx. 2005
19. Gobierno federal. Premio Estatales de Calidad. http://www.economia-premios.gob.mx. 2005
20. Gobierno federal. Premios internacionales de calidad. European Quality Award. USA.Malconlm Baldrige Award. Premio Iberoamericano a la Calidad.
21. http://www.iso.ch

Unidad VII. INTEGRACIÓN Y EVALUACIÓN
Responsable: Elsa Ladrón de Guevara

Duración: 1 semana	Horas teóricas: 4	Horas prácticas: 0

Sesión	Subtemas Contenido	Objetivos Específicos	Técnicas y Aux. Didácticas	Productos
1.	Presentación oral de Trabajos Finales	Evaluar las competencias adquiridas a través de las actividades teóricas y prácticas del módulo	Presentación oral y presentación escrita	Trabajo final
2.	Presentación escrita de Trabajos Finales			
3.	Coevaluación	Identificar la apreciación de los alumnos respecto al desempeño y desarrollo de sus compañeros de grupo	Cédulas de evaluación	
4.	Evaluación	Evaluar el Módulo por parte de los alumnos	Discusión grupal y cédulas de evaluación	

Acreditación
- Asistencia mínima de 80% a las actividades académicas en servicio y en aula
- Calificación mínima de 70 (escala 0 - 100) en cada una de las unidades
- Calificación global mínima de 70.

Evaluación del Módulo
La calificación final del módulo se integrará con los siguientes elementos y ponderaciones:

ELEMENTOS A EVALUAR	PONDERACIÓN
• Informe semanal de actividades	15.0%
• Presentación oral del trabajo final	12.5%
• Presentación escrita del trabajo final	12.5%
• Coevaluación	10.0%
• Promedio de calificaciónes de unidades	50.0%

Actividades de participación académica

Los trabajos realizados en este módulo (evaluación de una política o diseño de un, plan o programa de salud) pueden dar créditos, correspondientes a las actividades de participación académica, si se presentan en foros científico-académicos (fuera de las exposiciones obligatorias en el Instituto y en la sede donde se realizó) o si se adecuan para su publicación, parcial o total, en algún medio científico o de divulgación (con excepción hecha de las *memorias* del curso correspondiente).

Práctica Integral de Campo:

La práctica integral del módulo se desarrollará en el servicio de salud asignado; será asumida de manera grupal, el equipo deberá integrar un análisis de las políticas nacionales y estatales de salud relevantes para el tema elegido. El trabajo deberá contener también, el análisis de la organización, el proceso de planeación administrativa, identificar el tipo de liderazgo, los mecanismos de control, de supervisión y evaluación, así como la integración de los recursos humanos. Verificarán el grado de aplicación de las políticas de calidad y por último, deberán proponer un plan estratégico de intervención incluyendo la programación y presupuestación del mismo

Calendario de Actividades

Día	Fecha	Unidad	Total de horas	Titular	Adjunto	Práctica
Lunes	20 de febrero	Introducción	4	Elsa Ladrón de Guevara		*Acercamiento Teórico*
Miércoles	**22 de febreo**	**Suspensión**				
Lunes	**27 de febrero**	**Suspensión**				
Miércoles	1 de marzo	Introducción				
Lunes	6 de marzo	Sistemas de salud	16	Elsa Ladrón de Guevara		
Miércoles	8 de marzo					
Lunes	13 de marzo					*Reconocimiento de los espacios de práctica*
Miércoles	15 de marzo					
Lunes	20 de marzo					
Miércoles	22 de marzo					
Lunes	27 de marzo					*Planetamiento del problema a resolver*
Miércoles	29 de marzo					
Lunes	3 de abril	Planeación y programación en salud	18	Gabriel Riande	Elsa Ladrón de Guevara Martha Castillo	
Miércoles	5 de abril					
9 al 22 de abril vacaciones semana santa						
Lunes	24 de abril	Planeación y programación en salud				
Miércoles	26 de abril					
Lunes	**1 de mayo**	**Suspensión**				*Propuesta validada*
Miércoles	3 de mayo	Planeación y programación en salud				
Lunes	8 de mayo					
Miércoles	10 de mayo					
Lunes	**15 de mayo**	**Suspensión**				*Trabajo de Campo*
Miércoles	17 de mayo	Planeación y programación en salud				
Lunes	22 de mayo					
Miércoles	24 de mayo	Proceso administrativo	18	Edit Rodrìguez	Gabriel Riande	
Lunes	29 de mayo					
Miércoles	31 de mayo					
Lunes	5 de junio					
Miércoles	7 de junio					
Lunes	12 de junio					
Miércoles	14 de junio					
Lunes	19 de junio					
Miércoles	21 de junio					
Lunes	26 de junio	Calidad en las organizaciones de salud	16	John Pérez	Rocío Salado	
Miércoles	28 de junio					
Lunes	3 de junio					
Miércoles	5 de julio					
Lunes	10 de julio					
Miércoles	12 de julio					
Lunes	17 de julio					
Miércoles	19 de julio					
Lunes	24 de julio	Integración y evaluación	4	Todos		*Presentación de resultados*
Miércoles	26 de julio					

UNIDAD DE VIDA SALUDABLE DE VERACRUZ

Sara Flores Méndez y Claudia Patricia Laguna Martínez
Asesores: Dr. Alejandro Escobar Mesa, Mtra. Consuelo Ocampo Cano, Dra. Angélica Serrano Romero, Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Vida Saludable (UVISA) es un esfuerzo, en el sentido de los realizados nacional e internacionalmente, por impulsar las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El perfil demográfico y epidemiológico de los veracruzanos cada vez es más difícil resolver dada la problemática de salud que presenta; tenemos que empezar a anticipar y desarrollar iniciativas que tiendan a evitar que las personas se enfermen y proporcionarles medios para mejorar su salud.

A continuación se presenta la propuesta desarrollada sobre la UVISA; sabemos que este trabajo no es el fin de la propuesta; pero consideramos que con los resultados obtenidos favorecen su puesta en marcha en el corto plazo.

MARCO CONCEPTUAL

Antecedentes

Desde los tiempos más antiguos, el hombre se ha preguntado acerca del origen y las causas de sus males. Las creencias sobre el origen del "mal" y las acciones iniciadas para detenerlo han variado a lo largo de las épocas, las culturas y los grupos sociales, sin embargo, en diferente grado siempre han estado presentes tres componentes: curación, prevención y promoción.

En los tiempos primitivos a la enfermedad se le atribuía un origen sobrenatural, sujeto a las influencias mágicas-religiosas y su tratamiento consistía en la expulsión de los espíritus. Durante la Revolución Industrial la enfermedad es consecuencia de una causa viva influenciada por otros factores como el medio ambiente físico y social, se desarrollan vacunas y la industrialización de la tecnología sanitaria, con acciones preventivas. Durante la época contemporánea es donde triunfa la teoría de la especificidad, es decir, cada enfermedad tiene una causa determinada y para curarla hay que atacar esa causa, para lo cual es necesario centrarse en la parte enferma del cuerpo, se constituye la higiene social y sus acciones fueron la protección del medio físico y lucha contra las enfermedades infecciosas, mejoras de la vivienda, de la calidad del agua y de los alimentos, la vacunación sistemática, desarrollo de los hospitales modernos, la introducción de las especialidades médicas y se separa la medicina preventiva de la curativa; desgraciadamente la importancia que se dio a la microbiología fue tan grande que la incorporación de la higiene pública a las ciencias sociales quedó en segundo término, sin embargo se retomo en esta misma época, en donde se supone que la higiene pública no se podía limitar al análisis de los fenómenos físicos, químicos y biológicos con los recursos de las ciencias de la naturaleza, sino que debía aprovechar los de las ciencias sociales (Desroisiers, 1980).

En la época actual se dan grandes cambios como son: la colectivización de la medicina, las enfermedades tienen causas múltiples relacionadas con los comportamientos individuales y colectivos de los seres humanos, por lo cual el tratamiento de las mismas requieren un mayor compromiso personal y comunitario, es durante los años 60 en donde se inicia una tendencia hacia la integración de la prevención y la curación, posteriormente el desarrollo de nuevas políticas públicas sanitarias, ya que los sistemas de salud como los conocemos no han sido suficientes para dar respuesta a los problemas a los cuales nos enfrentamos. Una de estas políticas es la llamada Atención Primaria a la Salud que surge durante la Conferencia Internacional de ALMA ATA, como la "clave" para alcanzar la meta de "Salud para Todos".

La Atención Primaria a la Salud (APS) es definida por la Organización Panamericana de la Salud como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación” (OPS, 2004).

Dentro de esta estrategia se encuentra la Educación para la Salud, la cual ha sufrido cambios en su enfoque dependiendo de la época en la cual se desarrolla, en donde se distinguen dos etapas o periodos, el primero a su vez tiene dos enfoques uno es informativo-prescriptivo, en donde los profesionales de la salud son los que posen los conocimientos para el cuidado de la salud y las personas deben de aceptar y cumplir las prescripciones, en el segundo enfoque dentro de este primer periodo la Educación para la Salud se concibe como una serie de intervenciones destinadas a facilitar cambios en la conducta y en los estilos de vida, proporciona información para conseguir comportamientos saludables, sin embargo estos dos modelos se basan en la concepción de la salud-enfermedad como un fenómeno biológico e individual ubicando los problemas de salud en los individuos.

El segundo periodo reconoce el fracaso de los anteriores modelos, y reafirma la influencia de factores externos llámese sociales, ambientales y económicos con respecto a las condiciones de salud de los individuos. (Valadez 2004), y es en este periodo en donde se replantea su concepción entendiéndola hoy “como un proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que puedan tomar decisiones, una vez que han sido bien informadas en materias que afectan a su salud personal y a la comunidad” (Polaino 1987), esta educación debe de concebirse a partir de los conceptos de salud, prevención y promoción. Estas dos últimas a menudo llegan a confundirse, sin embargo, existen diferencias claras entre ellas, la prevención se dirige a las personas en riesgo de enfermar (probabilidad), promoción se dirige a la población en general, en este sentido la Organización Mundial de la Salud precisa que “la prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

En este contexto, entendemos a la prevención de la enfermedad como cualquier medio que permita reducir la probabilidad de la aparición de alguna enfermedad o aminorar su progresión.

La Promoción de la Salud como mencionamos anteriormente, es parte de la Atención Primaria a la Salud y surge dentro de la Declaración de Alma-Ata la cual hace referencia a la promoción y protección de la salud del pueblo “como indispensable para un desarrollo económico y social sostenido que contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial” (Alma- Ata, 1978). Posteriormente, es en Ottawa en donde se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud y se define a la misma como “el proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Ottawa 1986). La OPS/ OMS definen a la promoción de la salud como “la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (Restrepo, 2002) en donde su objetivo es cambiar las conductas en un sentido positivo. La Promoción de la Salud es una combinación de métodos los cuales se llegan a complementar, como son la comunicación, la educación, el cambio organizativo y el desarrollo comunitario para lo cual requiere de la participación social entendida como un proceso social en que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad mejorándola (Sánchez, 2004), por lo tanto, es a través de esta participación como las comunidades pueden ser autores y actores de su desarrollo en lugar de ser sólo beneficiaria, la participación social es un requisito para enfrentar los nuevos retos de la salud colectiva.

En el desarrollo e historia de la Salud Pública se han usado diversas teorías y modelos, los cuáles han aportado avances en el campo de la salud. En 1979 Antonosvky propone el Modelo Salutogénico el cuál se caracteriza por establecer una dimensión continuista entre salud –enfermedad o salud fácil (health-ease) y salud difícil o enfermedad (health-disease); concede más atención a los factores generales de la salud que a los factores específicos; es ante todo un modelo anticipatorio, es decir, se interesa por anticipar cuáles son las estrategias comportamentales más idóneas para hacer más estable u optimizar la salud; es un modelo cooperativista porque trata de manejar a los factores patógenos para que no sean tan nocivos; es adaptativo pues el comportamiento se adapta al medio para que la salud sea posible; otra característica de este modelo es que es personalizado y relativista, personalizado porque está enfocado en las personas y relativista, ya que relativiza los riesgos en función de las variables que caracterizan a cada persona en concreto; cuando se maneja este modelo se actúa simultáneamente sobre el individuo y la comunidad; busca los problemas en salud y se anticipa a ellos para que no se presenten, y el punto más importante exige la participación del usuario por lo que es extraordinariamente activo (Polaino, 1987).

Problematización

En general, la respuesta de los servicios de salud a las condiciones de salud-enfermedad ha sido reactiva; enfocada básicamente a la curación. En este contexto, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad han sido funciones secundarias. El modelo curativo no ha sido suficiente, y cada vez lo es menos, para dar respuesta a los problemas de salud a los cuales nos enfrentamos. Por ello, y desde hace por lo menos tres décadas, se han realizado esfuerzos, teóricos y prácticos, por explorar nuevos modelos de atención.

En México, la adecuación de la estrategia de Atención Primaria a la Salud se ve reflejada en el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), el cual incluye, la organización y prestación de los servicios, la coordinación interinstitucional e intersectorial, la atención a la salud familiar, la participación activa de la comunidad y la interrelación de los recursos institucionales y comunitarios

En la actualidad, el MASPA enfrenta problemas dentro de su aplicación, entre éstos resalta el que continúa privilegiando la atención médica individualizada y curativa, a la que quedan subordinadas la promoción y la educación para la salud.

En este sentido, la propuesta actual, el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) contiene vacíos, puesto que no contempla espacios ni mejores condiciones para desarrollar las estrategias de promoción de la salud.

En consideración de lo arriba expuesto, y de acuerdo con las teorías en modelos de atención, las recomendaciones y experiencias internacionales y nacionales se propone la creación de una Unidad de Vida Saludable en Veracruz (UVISAV) que profesionalice e impulse las acciones de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud en la entidad; que otorgue un espacio propio a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para que éstas tomen la dimensión que les corresponde y puedan desarrollarse de manera óptima. Todo esto sin menoscabo de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se realizan en los actuales espacios del sistema de salud.

OBJETIVO

Desarrollar una unidad piloto que privilegie el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y con ello mejorar la calidad de vida de los veracruzanos.

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN

Sistema de Salud Nacional

Como parte de una respuesta social a los problemas de salud que México se creó en 1846 el Consejo Superior de Salubridad con jurisdicción en el Distrito y en los Territorios Federales, en 1917 se crea el Departamento de Salubridad Pública y se reestructuró el Consejo de Salubridad, hacia 1937 se crea la Secretaría de Asistencia Pública con la fusión de la Dirección General de Beneficencia Pública del Distrito Federal y el entonces departamento Autónomo de Asistencia Social e Infantil, para año 1943 se constituyó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al fusionarse el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia, lo que hoy se conoce como Secretaría de Salud (SSA), en la misma década se fundaron el Instituto de Enfermedades de la Nutrición, el de Cardiología y el Hospital Infantil de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social (Soberón, 1983).

En este contexto se dio la primera generación de reformas en salud, la cual buscaba responder a las demandas del desarrollo industrial, agregándose a IMSS, en 1959 el ISSSTE, a partir de 1960, en donde la SSA se responsabilizó de los campesinos protagonistas de la revolución Mexicana, así el sistema de salud se divide en la población con derechohabiencia a la seguridad social y la población que dependía de la asistencia del Estado, sin embargo, el incremento en el volumen e intensidad de la atención aumentó los costos de la misma, que básicamente se centraba en la atención hospitalaria con grandes vacíos de atención en la población más pobre, así a finales de los años 70 se da una segunda generación de reforma donde el énfasis fue la atención primaria, a través de la ampliación de cobertura, creándose programas como IMSS-COPLAMAR en 1979, transformándose posteriormente en IMSS-SOLIDARIDAD; el Programa de Extensión de Cobertura, para la atención de la salud de comunidades de 500 a 2,500 habitantes y el Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en grandes urbes estos dos últimos dependientes de la SSA. Sin embargo, la dualidad entre la asistencia pública y la seguridad social continúa y a partir de 1983 se inicia la integración funcional de los Servicios de Salud promulgándose la Ley General de Salud, comenzando la descentralización de los Servicios de Salud (OPS, 2002).

Servicios de Salud de Veracruz

En 1972, los servicios operan con 21 Distritos Sanitarios, modificándose el número de establecimientos que son 102 en ese año y 116 incluyendo trece auxiliares y dos antilarvarios a partir de 1973.

En el transcurso de los años, el sistema ha sufrido diversos cambios en estructura pasando de nueve a once jurisdicciones e iniciándose la descentralización de los servicios de salud a población abierta en la entidad, esta reforma que inicia en 1997 se ha constituido en política y estrategia para alcanzar la cobertura universal.

Actualmente, los Servicios de Salud de Veracruz funcionan con una estructura orgánica conformada por una Junta de Gobierno, cuatro direcciones, quince subdirecciones, una Unidad Administrativa, dos coordinaciones la de Descentralización y la del Programa de Ampliación de Cobertura.

La Coordinación Operativa funge como asesora del Secretario de Salud, así como de enlace entre éste y las subdirecciones y se encuentra a cargo del Dr. Alejandro Escobar Mesa, en estrecha relación a la Coordinación Operativa se encuentra el Departamento de Proyectos Económicos Externos cuyo objetivo es detectar y desarrollar nichos de oportunidad económica en los Servicios de Salud de Veracruz para fortalecer las finanzas de los Servicios de Salud de Veracruz dentro de un marco legal, ético y transparente y sus actividades incluyen: venta de servicios de los Servicios de Salud de Veracruz, revisión de tabuladores, establecer convenios con IMSS, ISSSTE y fundaciones filantrópicas, donaciones y la búsqueda de proyectos

innovadores, estos dos departamentos aún no se encuentran integrados en la estructura orgánica de los Servicios de Salud de Veracruz[a].

Dentro de las funciones de la Secretaría de Salud se encuentra el brindar servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas que fomenten la protección de la salud de todos los veracruzanos, impulsando el mejoramiento de las condiciones de bienestar social con la participación activa de las comunidades, de las instancias federal, estatal y municipal.

En estrecha relación con el Plan Estatal de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud (PSS) 2005-2010, para el logro de los objetivos antes expuestos se utilizan como sustento líneas de acción, considerando a la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad como acciones esenciales que privilegian la atención preventiva sobre la curativa y propone las siguientes estrategias para el fomento de estilos de vida saludable:

- el promover las actividades que, en todos los ámbitos, favorezcan el abandono del hábito del tabaquismo y el cumplimiento de todas las normas, aumentar el número de espacios libres de humo, potenciar las estrategias de ocio y tiempo libre alejadas del consumo de alcohol y drogas, aunando esfuerzos con administraciones locales y tejido asociativo,

- incrementar el número de habitantes en Veracruz que practican con regularidad ejercicio físico,

- actuar sobre los factores que facilitan el sobrepeso y la obesidad en niños y adultos, potenciando las actividades que lo disminuyan, fomentar las actividades que, en todos los escenarios, favorezcan la alimentación adecuada para cada uno de los grupos de edad, género y estados de salud,

- promover actividades orientadas a que las relaciones afectivo-sexuales se produzcan de forma saludable, potenciar que, desde los centros de salud y escuelas, se incrementen las actuaciones que promuevan el autocuidado responsable de la salud (PSS 2005).

Los Servicios de Salud de Veracruz llevan a cabo programas estratégicos, en concordancia con estos, como son Programa de Ejercicios para el Cuidado de la Salud (PROESA), Salud Municipal (Municipios y Ambientes Saludables), Educación Saludable, y Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, esta última con la estrategia de componente la Línea de Vida; estos programas en conjunto forman parte de las actividades de Promoción de la Salud (PSS 2005). En el ámbito nacional se desarrollan además programas como Universidades y Ambientes de Trabajo Saludables.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

La propuesta transcurre en tres etapas, subdivididas a su vez en distintas fases, las cuales no necesariamente son secuenciales. Cabe hacer mención que en este proyecto se desarrollan las dos primeras etapas, debido a los tiempos establecidos para las actividades del segundo semestre de la maestría.

[a] Entrevista con Dra. Angélica Serrano, Jefa del Departamento de Proyectos Económicos Externos. Xalapa Veracruz, 19 de abril del 2006

Cuadro 1.Etapas de la Intervención.

ETAPA PREPARATORIA		
OBJETIVO: buscar la aprobación de la prepropuesta.		
Fases	Actividad	Productos
Desarrollo de la prepropuesta	• Búsqueda de bibliografía en bases de datos, libros y revistas. • Visita a Laboratorio de Salud de PEMEX en el Hospital de Veracruz. • Presentación de prepropuesta ante representantes de Coordinación Operativa, Departamento de Control de Enfermedades y Coord. Proyectos Económicos Externos. • Solicitud de información en el Depto. Primer Nivel de Atención y C.S. Gastón Melo	• Aprobación de la propuesta. • Compromiso de presentación del proyecto ante los tomadores de decisiones el 7 de junio.
ETAPA DESARROLLO DE PROYECTO		
OBJETIVO: desarrollar una Unidad de Vida saludable donde se incluyan acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.		
Fases	Actividad	Productos
Acercamiento al probable escenario de la Unidad de Vida Saludable	• Visita conjunta al edificio de la Av. Orizaba Jurisdicción No V del Dpto. de Proyectos Económicos Externos, Jurisdicción Sanitaria No V e Instituto de Salud Pública.Asesoría con Maestros del ISP	• Conocimiento del espacio físico propuesto para la unidad.(Anexo 1)
Presupuestación	• Asesoría con Maestros del ISP • Solicitud de cotizaciones • Reunión con Arquitectos	• Proyecto arquitectónico. (Anexo 2) • Integración de presupuesto (Anexo 3)
Desarrollo de la síntesis ejecutiva	• Presentación de la propuesta y • Mesa de trabajo con los responsables de las subdirecciones y departamentos de SESVER • Dirección de los Servicios de Salud, • Coordinación Operativa de la Dirección General, Depto. de Salud Reproductiva, Depto. de promoción de la Salud, Subdirección y Depto. de Prevención y Control de Enfermedades, Coordinación de Proyectos Económicos Externos, Jurisdicción Sanitaria No. V , JICA y la Universidad Veracruzana (Instituto de Salud Pública y Arquitectura).	• Presentación de la síntesis, la obtención de opiniones y sugerencias de la unidad. • Compromiso de elaborar el manual de organización
Elaboración del manual de organización	• Búsqueda de información sobre manuales de organización. • Asesorías maestros ISP, Jefe programa de Salud Mental, Coordinación Operativa. • Construcción de primera versión del manual de organización. • Presentación de primera versión manual de organización 28 de junio Reunión los responsables de las siguientes áreas: Dirección de los Servicios de Salud: Coordinación Operativa de la Dirección General, Depto. De promoción de la Salud, Subdirección y Depto. de Prevención y Control de Enfermedades, Coordinación de Proyectos Económicos Externos, Jurisdicción Sanitaria No. V, JICA, Centro de Especialidades Médicas y la Universidad Veracruzana (Instituto de Salud Pública y Arquitectura).	• Acuerdo para la elaboración de un listado de atribuciones y funciones de la unidad y la sugerencia de ajustes en el manual de organización.

Validación de funciones	•Elaboración instrumento de validación de funciones y atribuciones de la UVISAV. •Distribución del instrumento a 31 personas. Personal operativo de SESVER, Instituto de salud Pública. •Entrevistas para aclaraciones y observaciones del listado. •Elaboración de base de datos para concentrar resultados y comentarios en SPSS versión 12.0 para Windows . Análisis de resultados. Asesorías CEM.	• Listado de Atribuciones y Funciones de UVISAV (Anexo 4) etapa anterior. • Listado de Atribuciones y Funciones validado (Anexo 5)
Reestructuración del "Manual de Organización de la UVISAV	•Entrevista con expertos. •Integración del Manual de Organización.	• Manual de Organización
Difusión	•Pláticas con el Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud por parte del Dr. Escobar Mesa. •Fundación Vive Saludable y Alianza por una Vida Saludable para búsqueda de financiamiento por el Depto. Proyectos Económicos Externos	• Interés por el proyecto a nivel nacional.

ETAPA OPERACIÓN		
Objetivo: Operación de la UVISAV		
Fases	Actividad	Productos
• Elaboración del manual de procedimientos	• Búsqueda de información sobre elaboración de manual de procedimientos. • Elaboración de formato del manual de procedimientos. • Exposición ante tomadores de decisiones y expertos para validación de manual de procedimientos. • Construir indicadores	• Manual de procedimientos • Indicadores de medición
Término de la unidad física	• Término del proyecto arquitectónico	• Unidad física adecuada y equipada.
Elaboración de expediente clínico electrónico	• Construcción de base de datos	• Base de datos eficiente y adecuada
Selección y capacitación del personal	• Selección del personal. • Taller de inducción al puesto.	• Equipo integrado e identificado con la UVISAV

RESULTADOS

Con respecto a los resultados obtenidos en el desarrollo del proyecto, se cuenta con varios productos, no obstante se detallaran los obtenidos directamente por las alumnas de la Maestría en Salud Pública.

Como primer resultado en la planeación del proyecto de intervención se obtuvo la viabilidad para realizar el proyecto, durante esta etapa se definió de inicio la población hacia la cual estará dirigido el funcionamiento de la Unidad, en donde se retoma la Línea de Vida como base.

En una segunda reunión con expertos y los tomadores de decisiones, se definieron con más detalle las actividades a realizar, y se presentaron los costos aproximados del mobiliario, equipo y gastos de operación de acuerdo a lo programado, cabe hacer mención que estos variaran conforme se detallen las funciones de la misma.

El tercer producto es el Manual de Organización, en una primera versión con las funciones y atribuciones que se consideraron pertinentes (Anexo 4), una segunda versión, modificada y adecuada a las sugerencias de los expertos, tomadores de decisiones y referentes externos, las cuales se comentan a continuación.

Para la validación de atribuciones y funciones de la UVISAV se entregaron 31 formatos, mismos que distribuyeron entre el grupo de expertos de Servicios de Salud de Veracruz, Centro de Especialidades Médicas, y del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Del total se recuperaron 20, de éstos 17 fueron entregados llenos, y tres sin llenar pero con las observaciones correspondientes. De los formatos llenos, ocho se entregaron sin observaciones o sugerencias. A continuación se detallan algunos de los cambios en base al ejercicio de la validación

Atribución 1. Manejo de riesgos personales a la salud. Actividades que se proponen para iniciar actividades con las atribuciones mencionadas anteriormente con modificaciones a largo plazo se sugiere la medicina predictiva.

Atribución 2. Desarrollo de capacidad y competencia en salud se modifica la función de atención y cuidado de la salud mental la cual se considerará a largo plazo.

Atribución 3. Promover acciones de participación social, las cuales se proponen como de inicio de las actividades.

Atribución 4. Desarrollar proyectos de investigación en temas relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad los diagnósticos comunitarios de nutrición y actividades físicas se sugieren a largo plazo.

Atribución 5. Desarrollar actividades de formación, capacitación y educación continua en lo referente a promoción de la salud. Se consideró de importancia con inicio a corto plazo.

Las acciones con las cuales se propone iniciar funciones de la UVISAV se pueden observar detalladamente en el anexo 5 y en el producto adicional.

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

Nuestras actividades se llevaron a cabo en la Coordinación Operativa de los Servicios de Salud de Veracruz con apoyo de la Coordinación de Proyectos Económicos Externos. El proyecto a realizar, había sido tratado en conjunto con maestros del Instituto de Salud Pública; en la primera reunión con el Dr. Alejandro Escobar Mesa titular del departamento de Coordinación Operativa, se nos mencionó que nuestras actividades girarían en torno a justificar el proyecto de una “Unidad Positiva”, en donde se atendería a adultos sanos, lo cual durante el desarrollo del proyecto dificultó la unificación de objetivos, puesto que eran puntos de vista diferentes. Así como también se nos solicitó un proyecto alternativo dirigido a los trabajadores de los Servicios de Salud en Oficina Central. El proyecto implicó una gran responsabilidad, por su carácter innovador y propositivo, significó integrar las ideas de quienes lo propusieron, las propias y los referentes externos. Este trabajo representó una inversión de tiempo y esfuerzo que quizá no pueda ser valorado numéricamente, pues nuestras prácticas requirieron más tiempo del asignado por el Instituto de Salud Pública, puesto que éramos llamadas para entregar información en tiempos asignados a otras actividades.

El no tener contacto frecuente y directo con uno de nuestros asesores en los servicios representó cierta dificultad a nuestro trabajo, pues se trabajaba con uno, y era a través de éste que se enteraba de los avances, siendo el mismo canal que se utilizaba para las recomendaciones, mismas que pudieron realizarse en etapas tempranas del trabajo y con ello abreviar tiempos. Consideramos un acierto el que la Dra. Angélica Serrano, haya sido una de nuestras asesoras, puesto que estaba muy pendiente de nuestras necesidades de información facilitándola en la medida de sus posibilidades, además de brindarnos un aprendizaje más directo, por ejemplo el cómo relacionarnos con las personas que estarían involucradas en el proyecto y en los puntos que piden los Servicios de Salud para la presentación de un presupuesto.

El exponer ante el grupo de expertos y tomadores de decisiones fue un aprendizaje muy enriquecedor, puesto que nos proporcionó la oportunidad para afrontar situaciones reales, como el tratar de convencer o gestionar ante los jefes de departamento un proyecto. El incluir la participación de los tomadores representó también el enriquecer la viabilidad del proyecto ya que pudimos conocer sus puntos de vista, no obstante, esto retrasó la integración del Manual de Organización por las demoras en la entrega de información de los mismo, consecuencia de sus responsabilidades al interior de los Servicios de Salud de Veracruz.

Otro punto importante fue el no contar con un espacio físico adecuado para el desarrollo de nuestras actividades, dificultó la realización de los mismos y en consecuencia el sufrir un accidente.

El hecho de sólo ser dos miembros en el equipo en ocasiones no fue suficiente para la carga de trabajo, solicitada por los Servicios de Salud y la Maestría. Fue grato el trabajar con un equipo propuesto por nosotros, ya que alivió la carga emocional, que implica el trabajo prolongado.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las nuevas tendencias en salud, plantean la importancia de la búsqueda de nuevos modelos de atención, que incluyan la participación de todas las instancias implicadas en la ejecución del mismo, para llegar a puntos de acuerdo, que permitan su viabilidad y su adecuado desempeño; este proyecto permitió confirmar lo ya mencionado, sin embargo, no se puede dar por concluido puesto que quedan etapas pendientes por realizar.

El presente proyecto deja abierto un espacio a la Universidad Veracruzana para las futuras investigaciones y la formación de recurso humano acorde a las necesidades de éste Modelo de Atención, como por ejemplo la creación de una licenciatura en Promoción de la Salud.

Se espera que a futuro se sumen a este proyecto otras instituciones públicas y privadas.

Por último, consideramos que este trabajo es un proyecto que pertenece a todas aquellas personas que han aportado diversos puntos de vista, contribuyendo a su perfeccionamiento con su aportación de ideas, opiniones a favor y en contra. De ahí debe partir el compromiso conjunto de llevarlo a buen término.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Desroisiers. G: Hitoire da la santé publique. Maitrise en santé communautaire,[on line]. Cap 5 Departement de Medicine Sociale et Preventive. Iniversité de Montreal. 1980 [citado 19 Abril., 2006] Disponible en Internet : http://www.inde.edu.uy/posgrado/cursos/curso1/cerrado/consalu.doc.
2. Organización Mundial de la Salud Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Reporte de la Inferencia Internacional en Atención Primaria a la Salud; 1978 Sep. Alma Ata, Kazajstán URSS. Génova OM 1979.Declaración y generalidades. Pp 2-7
3. Organización Mundial de la Salud Promoción de la Salud .[on line] Washington OPS Glosario. 1998 [citado 01 May.,2006] Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf consultado el día 01 de Mayo del 2006.
4. Organización Panamericana de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Pp 3-11
5. Organización Panamericana de la Salud Promoviendo la Salud en las Americas “Renovando la Atención Primaria a la Salud en Guatemala “ [on line] OPS 2004 [citado 20 Abril.,2006] Disponible en Internet http://www.ops.org.gt/APS/APS.htm

6. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México. [on line].2ª Edición. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud .División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Abril 2002 [citado 20 Mar.,2006]. Disponible en Internet http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddemexico-ES.pdf
7. Polaino-Lorente Aquilino. Educación para la Salud: Más allá de los médicos, pero con los médicos. Barcelona Herder 1987. 208 p.
8. Programa Sectorial de Salud 2005-2010. Gaceta Oficial. 2005 Disponible en Internet http://sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/INICIO/TRANSPARENCIA/PAG_TRANSPARENCIA/PLANES_Y_PROGRAMA/PROGSECTORIAL2005.PDF
9. Restrepo, R; Málaga, H. Promoción de la salud: Cómo construir una vida saludable. Bogotá: Editorial médica panamericana. 2001p. 219-31
10. Sánchez Monge Aurora. Introducción a la Promoción de la Salud: Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. [on line] 1 Edición. Costa Rica. CENDEISSS. 2004. [citado 20 Marzo2006] Disponible en Internet: www.cendeisss.sa.cr/cursos/decimasegunda.pdf -
11. Soberón Acevedo Guillermo. Ruiz C. Leobardo. Hacia un Sistema Nacional de Salud: México. Intersistemas. 1983. p 444
12. SSAVER. Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Veracruz. Capitulo 1. De la Competencia y Organización. [on line] DOF 19-I- 2004. Fe de Erratas D.O.F: 28-I-2004 , última reforma 5 -VII-2001Disponible en Internet en http://sesver.ssaver.gob.mx/ssa/paginas/reglamento_sesver.htm
13. SSAVER. Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Veracruz. Capitulo 1. De la Competencia y Organización. [on line] DOF 19-I- 2004. Fe de Erratas D.O.F: 28-I-2004 , última reforma 5 -VII-2001Disponible en Internet en http://sesver.ssaver.gob.mx/ssa/paginas/reglamento_sesver.htm
14. Valadez, F. I. Villaseñor F. M. Alfaro A. N. Educación para la Salud: la importancia del concepto. En Revista de Educación y Desarrollo. Vol. 1 (Ene- Mar). 2004 p 45:48.

MODELO DE SUPERVISIÓN PARA UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER CONTACTO

María Luisa Sánchez Murrieta y Nancy Villegas García
Asesores: Dr. Jorge Flores Reyes, Dra. Norma Leticia Jiménez, Mtro. Mauricio Fidel Mendoza González, Mtro. Gabriel Riande Juárez

INTRODUCCIÓN

La Jurisdicción Sanitaria No. V, perteneciente a los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), tiene a su cargo la dirección de 84 unidades de salud, que proporcionan atención en salud a un aproximado de 579,651 habitantes. Para el control de la ejecución de los programas de salud en las unidades médicas de primer contacto, esta jurisdicción cuenta con siete equipos de supervisión zonal. Esta supervisión desde el punto de vista del propio personal operativo ha cumplido parcialmente con los objetivos esperados debido a factores tales como insuficiente organización del proceso, inexistencia de un perfil del equipo de supervisión zonal definido previamente, selección débil de los miembros a integrar los equipos, inconsistencias en la capacitación del personal y la ausencia de definición normada de sus funciones, además de no contemplar la participación activa de los actores sociales involucrados. Por último, en el ejercicio de la supervisión no se maneja el seguimiento organizado de los problemas detectados en unidades de salud.

En este trabajo se realiza una propuesta de modelo de supervisión que parte de las áreas de oportunidad de este ejercicio retomando las fortalezas del actual, comenzando por considerar las necesidades laborales y las propuestas de mejora del personal que ejecuta dicha labor para el diseño de un modelo que permita el cambio organizacional. La propuesta retoma los pasos del modelo de investigación-acción que cuenta con características sistémicas del Desarrollo Organizacional.

Con su implementación se espera obtener un modelo de supervisión que permita cumplir con la función de recolección y análisis de la información, retroalimentación a las unidades médicas, resolución y seguimiento de inconsistencias encontradas y la realización de los ajustes necesarios para tal fin. Este modelo incluye la propuesta para la creación de indicadores que permitan la evaluación después de determinado período de tiempo del impacto que tienen los programas de salud en la población así como la creación de un comité asesor en Desarrollo Organizacional que asegure la continuidad del conjunto de intervenciones de cambio desarrollados en este trabajo y la ejecución de los ajustes requeridos con el fin de optimizar la eficacia organizacional.

MARCO CONCEPTUAL

La supervisión en general y especialmente en el área de la salud, es vista como el arte de guiar, instruir y fomentar la iniciativa del personal por lo que debiera ser un ejercicio valorizante, de tal manera que la persona supervisada la sienta como un apoyo o un medio para mejorar sus competencias laborales. Una supervisión siempre será necesaria, por lo que la forma de efectuarla repercutirá directamente en el rendimiento, competencia y calidad del servicio que otorguen los trabajadores de salud y por consiguiente, en la percepción de la población acerca de estos[1].

El supervisor médico lleva a efecto diferentes actividades relacionadas con la producción del personal y debido a que debe desarrollar un estilo de supervisión, el individuo que lleve a efecto dichas actividades necesita ser un líder que no pierda de vista los aspectos humanos inherentes a la supervisión[1].

Se sugiere que las actividades de supervisión se realicen de manera periódica, reiterativa y de ser posible puntual. Así, estas actividades se pueden reagrupar en tres etapas: en la primera se realizan actividades de

planeación de la supervisión, donde se sugiere un estudio de la documentación disponible, la identificación de las prioridades en materia de supervisión y la preparación de la etapa del ejercicio de la supervisión propiamente dicha; en la siguiente etapa se exploraran los contactos que se establecerán (recursos de poder) consultando además a los representantes de la comunidad, se revisarán los objetivos junto con el personal operativo, se observará a éste en el desempeño de su trabajo, se identificarán necesidades de seguimiento e incluso de conocimiento en el personal aplicativo concluyendo con la información de las observaciones al equipo de trabajo de la unidad de salud. La última etapa, corresponde a las actividades posteriores a la supervisión donde el equipo de la unidad de salud en conjunción con el supervisor aclaran los objetivos y las metas de los diferentes programas, tratando además de establecer un programa de capacitación del personal, reorganizando el tiempo en función de las necesidades presentes y de ser necesario se realizarán modificaciones al apoyo concerniente a equipo, suministros, transporte, etc., la etapa concluye con la realización del informe del supervisor, mismo que se entrega analizado, al Departamento de Atención Médica[1].

Generalmente para facilitar los procesos de supervisión, se utilizan ciertas herramientas o instrumentos basados en cuadros, cuestionarios, listas de cotejo, guías o cédulas de supervisión preparados para cubrir las necesidades concretas del supervisor y aquellas que surjan en cada visita de supervisión, pudiendo utilizarse de considerarlo útil, un instrumento para cada etapa descrita anteriormente[1].

La supervisión debe plantearse como una parte de la gestión de los procesos de dirección en general y de los servicios de salud en particular. Dicho proceso deberá incluir diversas funciones, entre las que se encuentran: planificar, organizar, formar personal, dirigir y controlar funciones que dentro de la ciencia de la administración toman el rango de categorías científicas, constituyéndose en guías para la organización del trabajo[2]. La supervisión médica se considera un proceso de administración[3] y, el hacer administración radica en interpretar los objetivos que propone la organización, transformándolos en acción organizacional a través de la planeación, la organización, la dirección y el control de los recursos como funciones interrelacionadas[2].

Las tendencias actuales a nivel mundial en el campo de la administración señalan la importancia de los procesos de autoevaluación y de la evaluación de resultados, donde las autoevaluaciones son una forma eficaz de iniciar el desarrollo de un sistema general de evaluaciones para el sector público, considerando su complemento indispensable a las evaluaciones estratégicas, que consisten en seleccionar políticas, programas o proyectos de especial prioridad para hacer evaluaciones en profundidad[4].

Parte importante en los procesos administrativos, es el diseño organizacional, constituyendo un proceso donde los gerentes toman decisiones para elegir la estructura organizacional adecuada para la estrategia de la organización y el entorno en el que los miembros de la organización ponen en práctica la estrategia seleccionada[2]. Dentro del proceso de administración y del diseño organizacional, escuelas y autores han desarrollado diversas teorías (presentadas en la tabla 1), que han sostenido enfoques de acuerdo a las variables que privilegian[3].

Para efecto del presente trabajo se considera a la Teoría de la Burocracia, bajo la premisa de que en el contexto donde se desarrolló este proyecto, actualmente se conservan matices de dicho modelo administrativo. Se retoma además a la teoría del Desarrollo Organizacional (DO) (Anexo 1), estimada como la base del modelo a proponer para su aplicación dentro de la misma organización, considerando que éste se plantea como un conjunto de intervenciones de cambios planeados, construidos sobre valores humanístico-democráticos, que buscan mejorar la eficacia organizacional y el bienestar de los empleados[5], teniendo como precedente que cualquier modelo administrativo se deberá aplicar sin perder de vista las características situacionales de la organización.

En lo referente a investigaciones previas acerca de supervisión médica, en Latinoamérica se describe a ésta como una función importante para los servicios de salud, debido a que de ella depende en gran medida el mantener los estándares de calidad en el sistema.

La Cruz Roja internacional en el año 2003 propuso una estrategia de supervisión y evaluación orientada hacia el "aprendizaje", con énfasis en el mejoramiento continuo, la determinación de prácticas recomendadas, el aprovechamiento de oportunidades y el perfeccionamiento de competencias, proyecto donde se utilizaron cuestionarios, entrevistas y técnicas de grupos focales para recabar la experiencia del personal[6].

En la ejecución del programa "Garantía de calidad para Latinoamérica" proveniente de la región central de la República de Panamá, se contempla la utilización de una "Guía de Capacitación e Implementación". En la investigación se aprendió que el modelo tradicional de supervisión no funcionaba para el contexto de la región, debido a lo cual las visitas de supervisión ahora son realizadas según las necesidades de los equipos de supervisión, demostrando además que participar en talleres y foros regulares ofrece la mejor forma de supervisión y apoyo mutuo entre los equipos[7].

En Colombia se propuso un programa de supervisión propiciado por el hecho de que el sistema de vigilancia y control del sistema de garantía de calidad en los prestadores de servicios de salud fue considerado poco efectivo. Se planteó entonces la necesidad de una reorientación del modelo de inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud que permitiera la mejora en la calidad de los servicios y la percibida por el usuario. El programa persigue orientarse hacia un proceso de mejora continua, incorporar medidas de análisis de la calidad de la prestación de los servicios y la respectiva toma de decisiones asistenciales en los tres aspectos clásicos en los que se descompone una organización: estructura, proceso y resultado[8].

En nuestro país, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 identifica a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud mexicano abordará en los próximos años. Para tal fin se utilizan indicadores de calidad, denominados "Caminando a la excelencia", los que son consensuados y basados en los programas prioritarios del sector salud permitiendo contribuir a garantizar su aplicación en las unidades de atención para asegurar la factibilidad de su medición y su confiabilidad. Los indicadores forman parte de los aspectos actuales a supervisar dentro de una unidad de salud de primer contacto[9].

Dentro de la Jurisdicción Sanitaria No. V perteneciente a SESVER, la historia del ejercicio de supervisión tiene sus antecedentes en el Programa de Extensión de Cobertura en el que una enfermera supervisaba a los módulos de atención comunitaria; posteriormente al surgir los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en los inicios de los años 90 , se conforman los equipos de supervisión como tales a cargo de un médico y una enfermera, integrándose cuatro zonas a supervisar con 18 a 22 unidades de salud cada una, con el paso de los años a los equipos se agregan un promotor de la salud y posteriormente un chofer, integrándose siete zonas de supervisión. En 1998, con el inicio del plan para la Cobertura Universal en el 2000, la supervisión adquiere importancia con la utilización de indicadores y herramientas adecuadas para su ejercicio. Después de este período con el cambio de administraciones y la abundancia de guías de supervisión provenientes de nivel central el ejercicio de la supervisión sufre un descenso y actualmente es referido con varias inconsistencias por parte del personal involucrado en él [10], lo que nos lleva al planteamiento de los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

Objetivo General

- Desarrollar un modelo de supervisión desde la perspectiva del Desarrollo Organizacional para unidades médicas de primer contacto.

Objetivos Específicos

- Recuperar de los actores sociales involucrados en el proceso de supervisión (incluyendo el personal supervisado), alternativas de mejora en el modelo de organización de la supervisión actual.

- Obtener la perspectiva de los equipos zonales de supervisión respecto a su experiencia en el trabajo que desempeñan, identificando a la vez sus áreas de fortaleza y oportunidad.

- Identificar las áreas de oportunidad en la cédula de supervisión utilizada actualmente e incorporar los programas no contemplados, con el fin de obtener un instrumento completo.

- Proponer un modelo de supervisión desde la perspectiva del desarrollo organizacional, aplicable a la Jurisdicción Sanitaria No. V.

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN

Administrativamente los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), están distribuidos en once Jurisdicciones Sanitarias, una de ellas es la Jurisdicción Sanitaria No. V, unidad desconcentrada con sede en el municipio de Xalapa, que comprende 33 municipios del Estado, con una extensión territorial de 5,552 km^2. Su área de adscripción posee 1,589 localidades y una población total de 999,814 habitantes, de la cual 579,651 son de su responsabilidad[11]. En la infraestructura jurisdiccional se enumeran 84 unidades de primer contacto, que manejan un total de 214 núcleos básicos, además de 6 unidades de 2do nivel y tres hospitales de 3er nivel [10].

La Jurisdicción cuenta con diez encargados de programas prioritarios y una plantilla laboral de 900 personas entre colaboradores y personal administrativo. Para el otorgamiento de los servicios de atención a la población se dispone de 882 médicos y 942 enfermeras. Se contemplan además recursos humanos para la supervisión, integrados en siete equipos zonales, constituidos por un médico, una enfermera y un promotor de salud, asignándole a cada equipo un chofer y un vehículo. Los equipos tienen a su cargo de once a catorce centros de salud de primer nivel de atención dependiendo de la zona geográfica asignada, agregándose a estos ocho módulos de atención de los cuales seis están ubicados en la zona Xalapa[10].

De acuerdo a la propuesta para el fortalecimiento de los equipos zonales (un proyecto de intervención), diseñada en el primer nivel de atención de los SESVER, planteada en el mes de septiembre del año 2005, un equipo de supervisión se deberá integrar por un médico supervisor del equipo zonal, quien de preferencia deberá contar con una especialidad en salud pública o áreas afines, a su cargo tendrá como parte del equipo, a una enfermera, quien contará con un perfil de licenciada en enfermería, especialista en salud pública o enfermera general técnica; sumándose a la lista un promotor de la salud, cuyo perfil académico será de primaria completa y capacitación técnica para la operación propia de sus actividades[12]; de acuerdo con el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), al grupo se agregará un chofer polivalente quien tendrá una escolaridad mínima de secundaria y experiencia en la conducción de vehículos[13].

En la jurisdicción Sanitaria No. V un equipo de supervisión, depende directamente del área de atención médica y tiene como objetivo establecer un enlace funcional y permanente entre la jefatura de la Jurisdicción Sanitaria y las unidades aplicativas para promover la operación eficiente y eficaz asegurando la prestación

en ellas de servicios de salud con calidad. Las funciones que desempeñan estos equipos son señaladas en el manual de organización de dicha jurisdicción y se señalan en el anexo 2[14].

Los instrumentos para la ejecución de la supervisión han tenido variaciones a lo largo de los años, siendo el último elaborado en la propia Jurisdicción Sanitaria e implementado a partir del año 2005. El instrumento consta de ocho apartados (Anexo 3) que son: tarjeteros actualizados, manejo de expedientes, registros SIS, lista de asistencia, agenda de citas, infraestructura, registro y abasto de insumos y por último, red de frío y programas de vacunación[15]. Todos los apartados son evaluados como adecuados o inadecuados de acuerdo al criterio dictado por la experiencia del supervisor, contando con un espacio destinado a las observaciones para cada uno de los apartados. Se anexan hojas para el reporte de supervisión del equipo zonal, en los que se describen las inconsistencias detectadas, las necesidades para la operación del programa y las indicaciones específicas para la ejecución de éste[15].

Se han agregado al formato mencionado, otras guías de supervisión que dan énfasis a determinados programas, hecho que depende de las necesidades que se presenten en el ámbito jurisdiccional o estatal y son aplicadas por determinados períodos definidos *a priori* por estas instancias. Las guías recientemente utilizadas fueron del programa de salud reproductiva (Anexo 4) y del programa oportunidades.

Una vez obtenida la información por parte de los supervisores utilizando los formatos mencionados, se entregan directamente al departamento de Atención Médica donde si se detecta una inconsistencia, se notifica directamente al coordinador responsable del programa específico realizando además las gestiones necesarias para el suministro de insumos en las unidades distribuyéndose a la postre por los equipos de supervisión.

Es importante destacar que a partir de marzo del año 2006, el primer nivel de atención de SESVER implementó la utilización de la cédula de acreditación de unidades empleada por la Unidad de Protección Social en Salud (Seguro Popular), para ser aplicada por los supervisores zonales en todas las unidades de primer contacto pertenecientes a SESVER con la finalidad de manejarla como cédula única. Dicha cédula tiene como fin recabar la información correspondiente a la infraestructura mínima necesaria de cada unidad para su adecuado funcionamiento (Anexo 5).

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Las acciones realizadas en el desarrollo de este trabajo estuvieron dirigidas a los equipos zonales de supervisión, los trabajadores de salud supervisados por estos equipos y la Institución, desplegándose a través de la observación participante del desempeño de las actividades del personal que opera la promoción de la salud y de los equipos de supervisión en unidades médicas de primer contacto, una encuesta realizada al personal aplicativo de dichas unidades y el desarrollo de un taller de comunidad educativa, titulado " 1er. Encuentro de Expertos en Supervisión Zonal de los Servicios de Salud " (Ver cartas programáticas e invitación en Anexo 6) dirigido a equipos de supervisión zonal, coordinadores de programas de la Jurisdicción Sanitaria No. V y personal de la coordinación del primer nivel de atención de los SESVER. Una acción más, fue la aplicación de un cuestionario para la integración de una guía de supervisión dirigida a coordinadores y encargados de programas prioritarios jurisdiccionales. Estas acciones estuvieron encaminadas a generar una motivación positiva entre todos los actores involucrados bajo el supuesto de lograr una mejor funcionalidad en el ejercicio de supervisión en la Jurisdicción Sanitaria basada en el respeto por las personas, fomento de la confianza, el apoyo y la igualdad de poder donde se participara en la confrontación de los problemas.

Para fines de aplicación del DO, se utilizó el modelo de investigación de la acción (basado en la Teoría Sistémica), en el que se describe que para llegar al desarrollo de la organización a partir de las personas involucradas es indispensable el cambio organizacional, mismo que puede ser implementado en diversos

niveles siempre considerando las alteraciones de comportamiento que se encuentren[16,17]. Este modelo constituye un proceso de cambio basado en la captación sistemática de datos y después en la selección de una acción de cambio que se basa a su vez en lo indicado por los datos analizados, el modelo de intervención se integra de los siguientes pasos:

Diagnóstico: recabando aquellos datos que aporten información sobre el clima organizacional, problemas, preocupaciones y cambios necesarios de acuerdo a lo señalado por los miembros de la organización.

Análisis: etapa donde se analiza la información recabada, sintetizándola en áreas de oportunidad o preocupación y acciones posibles.

Retroalimentación: debido a que se involucran a todas las personas que son objeto de cambio, se consigue que se comprometan activamente en la identificación de los problemas y la creación de soluciones. En este paso se comparte la información encontrada en los pasos anteriores, obteniendo el desarrollo de proyectos o planes de acción para concretar los cambios necesarios.

Acción: los empleados y actores involucrados desarrollan las acciones específicas necesarias para corregir los problemas identificados.

Evaluación: Se da seguimiento al desarrollo de las acciones, se evalúa la eficacia de los planes de acción, comparando los cambios subsecuentes con los datos de referencia.

RESULTADOS

De acuerdo a los pasos a seguir en el modelo de Investigación de la acción aplicado en el desarrollo de este trabajo como estrategia del cambio organizacional para el DO y con base en lo obtenido a través de las acciones realizadas se obtuvieron los resultados expuestos a continuación:

Diagnóstico Situacional

a) Problematización

- Unificación en las cédulas de supervisión. Existe una diversidad de cédulas de supervisión de acuerdo una priorización en programas de salud, provenientes del nivel central de los SESVER o elaboradas por la propia jurisdicción.

- Seguimiento en la supervisión y análisis del informe de supervisión a nivel jurisdiccional. Los datos recolectados durante las supervisiones son entregados al Departamento de Atención Médica, donde termina el proceso de supervisión.

- Complejidad de la estructura orgánica. La estructura organizacional dentro de la jurisdicción sanitaria, presenta verticalidad, jerarquización e indefinición repercutiendo en que los tiempos destinados a las actividades de supervisión son utilizados en la resolución de actividades emergentes no prioritarias y en la atención de actividades jurisdiccionales que no fueron programadas.

- Credibilidad del trabajo del equipo zonal. Los Equipos Zonales de Supervisión, son identificados dentro de la jurisdicción como los culpables de las debilidades existentes en las zonas, sin considerar los puntos fuertes en su desempeño. El poder que circunscribe el puesto de supervisor, se ha diluido entre los coordinadores y encargados de programas

- Definición de las funciones del equipo zonal. La delimitación de las funciones a desarrollar, así como los procedimientos para efectuarlas está ausente en un marco documental.

- Percepción del personal supervisado. La falta de información de las funciones de un supervisor se refleja también en el personal supervisado de las unidades médicas de primer contacto quienes refieren actividades a realizar por parte de los equipos no contempladas institucionalmente, además de que los Equipos de Supervisión Zonal son percibidos principalmente como agentes capacitantes y de asesoría. Esta situación se evidencia en los resultados obtenidos con el cuestionario aplicado al personal supervisado (Anexo 7).

- Perfil de los puestos de supervisores zonales. Estos perfiles no se encuentran documentados en la Jurisdicción Sanitaria, sin embargo, tales perfiles se señalan recientemente en la propuesta de fortalecimiento de los equipos zonales presentado por el primer nivel de atención de SESVER, ya comentados en páginas anteriores [12].

Durante el taller de comunidad educativa, el personal que integra a los equipos zonales de supervisión, describieron en forma general a un supervisor médico con las características siguientes, indispensables para el desarrollo de su trabajo:

-Liderazgo	-Resolutivo	-Responsable
-Carisma	-Con experiencia	-Empático
-Autoridad técnica y moral	-Con madurez	- Honesto
-Flexibilidad	-Respetuoso	- Autocrítico
-Amabilidad	-Disponibilidad al trabajo	-Confiable
-Con conocimientos básico de NOM s	- Con capacidad de gestión	- Tener presencia
-Con habilidades de comunicación	- Habilidad en el manejo de recursos humanos	
- Con capacidad de análisis y síntesis		

En cuanto a las funciones de un equipo de supervisión zonal, exponemos a través del cuadro comparativo mostrado en el anexo 8, las funciones expresadas por los propios actores, enmarcadas en las funciones descritas en el Manual de Organización de la Jurisdicción Sanitaria.

b) Cédulas de supervisión

Con lo que respecta a los instrumentos a utilizar para el desarrollo del trabajo de los supervisores, al tratar de construir una guía funcional, dentro del taller realizado, se les proporcionaron diferentes guías utilizadas anteriormente de las que tomaron lo que consideraron útil, con el fin de consensuarla.

Del ejercicio anterior surge de los expertos en supervisión el acuerdo de descartar la guía de acreditación utilizada por la Unidad de Protección Social en Salud (Seguro Popular) como cédula única de supervisión, además de que la "Guía de supervisión integral para unidades de Salud" que fue implementada en el año 2000 se considerada la más completa ya que rescata en mayor proporción la información a recabar, agregándose que cuenta con un formato anexo utilizado para dar seguimiento y control a las inconsistencias detectadas en la aplicación de la guía de supervisión.
Sin embargo, a pesar de que esta cédula es muy completa, no contempla todos los aspectos de promoción de la salud que se han incorporado en los últimos años; detectándose también por parte de los actores involucrados, la necesidad de actualizar el programa de promoción de la salud.

Por otra parte, como alternativa a la falta de respuesta de las coordinadores de programa jurisdiccionales para la integración de la nueva cédula de supervisión, se planteó la estrategia emergente de recabar de los coordinaciones la información mínima necesaria para su integración en la guía de supervisión, a través de un cuestionario conformado por seis preguntas abiertas (Anexo 9), distribuido por medio de la subdirección de la Jurisdicción Sanitaria. Para obtener la validación de dicho información y ante el retraso en la entrega de ésta por parte de la Jurisdicción Sanitaria No. V, el cuestionario fue enviado a cuatro jurisdicciones sanitarias más para ser aplicado a coordinadores y encargados de los programas de salud.

c) Observaciones en el desarrollo del taller

Como facilitadoras del taller de comunidad educativa, una de las funciones primordiales a realizar fue observar lo sucedido en el desarrollo el taller, ejercicio que nos permitió detectar la necesidad de integración de la concepción del trabajo en equipo como un facilitador para el logro de los objetivos de trabajo.

Por otra parte pudimos observar que existe un desconocimiento teórico de las funciones que deben ser realizadas por parte de los integrantes de los equipos zonales, así como que no existen criterios unificados entre los supervisores promotores con lo que respecta a los contenidos de los programas de promoción de la salud.

En la segunda sesión del taller se observó la inasistencia de aproximadamente la mitad del grupo, originada por falta de una adecuada comunicación entre la jefatura jurisdiccional, el departamento de atención médica con los coordinadores de programas y equipos de supervisión zonal acerca del día y hora de realización del evento.

Por otra parte es importante señalar el desinterés mostrado por los coordinadores de programas a nivel jurisdiccional ya que de los diez coordinadores existentes acudió el 30 por ciento de ellos en la primera sesión y durante la segunda, solo se presentó el diez por ciento de ellos.

A este taller fue invitado el personal perteneciente al primer nivel de atención del nivel central de SESVER, debido a que este departamento actualmente desarrolla un proyecto de intervención que pretende generar cambios a los estilos de supervisión a nivel estatal; presentándose a la primera sesión uno de ellos, mismo que se comprometió con la audiencia a asistir a la segunda reunión acompañado del resto del equipo de trabajo, sin embargo nadie de este personal estuvo presente (incluyéndole).

Análisis

a) Fortalezas

Dentro de este apartado, podemos señalar que los equipos de supervisión mantienen un contacto constante con los departamentos de atención médica, planeación, responsables jurisdiccionales de programas o personal que los requiera para la implementación o seguimientos de actividades, a través de reuniones que se efectúan semanalmente en la sala de juntas de la propia Jurisdicción Sanitaria No. V.

Se cuenta también con una distribución regional adecuada para cada uno de los equipos de supervisión, con lo que se pretende equilibrar la carga de trabajo.

La plantilla laboral que integra a los equipos de supervisión zonal, se encuentra conformada casi en su totalidad (requiriéndose únicamente dos chóferes), lo que permitiría una delimitación adecuada de las funciones de cada integrante. La totalidad de los equipos de supervisión cuenta con un vehículo adecuado

para su desplazamiento a los lugares donde realizan sus actividades. Los insumos de oficina son suficientes para el desempeño de sus funciones. Existe una disposición favorable expresada por el personal para el desempeño de su trabajo.

A nivel de las unidades médicas de primer contacto, los trabajadores supervisados refieren que la supervisión les ha servido para mejorar el desempeño de su trabajo en el centro de salud, además de mejorar el desarrollo de algunos programas y el cumplimiento de metas asignadas.

b) Oportunidades

Desde la perspectiva de los trabajadores de las unidades de primer contacto, existe la oportunidad de programar las supervisiones, de capacitar al personal que supervisa y que dicha actividad no se enfoque sólo a las metas asignadas.

Por otra parte, también son referidas las oportunidades de que los resultados de la supervisión se den a conocer a todo el personal de la unidad de salud y de igual manera que el trato de los supervisores no se reduzca únicamente a la dirección.

Otras oportunidades de mejora radican en la unificación de criterios e instrumentos para la supervisión y el uso la asesoría práctica por parte de los supervisores.

c) Debilidades

Dentro de la Jurisdicción Sanitaria no se otorga la relevancia necesaria a la figura del supervisor zonal y la información obtenida por los equipos de supervisión no permite el reflejo en la mejora de la atención prestada a las unidades de salud.

El informe de supervisión es entregado directamente a la Coordinación de Atención Médica jurisdiccional, no existiendo análisis del informe de supervisión a nivel jurisdiccional. Actualmente dentro del modelo de supervisión médica, no se contempla un proceso de seguimiento y control, incluyendo el llenado de un formato para tal fin.

En las reuniones que se realizan cada semana, donde participa el staff jurisdiccional, se toman sólo acuerdos verbales que no siempre son respetados o no tienen un seguimiento. En estas sesiones no es requerida la presencia del promotor supervisor, realizándose reuniones para dicho personal con la encargada de promoción de la salud a nivel jurisdiccional, propiciando que no intervengan en las problemática expuesta y decisiones tomadas en las reuniones de staff.

La organización en la Coordinación de Atención Médica, los equipos zonales de supervisión y los coordinadores de programas es referida por los propios actores sociales como inconsistente, atribuible a la ausencia de un manual de procedimientos para los equipos de supervisión que explicite la vinculación entre ellos y contribuya a la practicidad del trabajo realizado.

Los cronogramas de actividades de los equipos de supervisión, se encuentran expuestos a cambios sorpresivos, originados por la asignación de actividades emergentes en su mayoría de carácter político.

La estructura organizacional dentro de la Jurisdicción Sanitaria hace que la comunicación no sea lo suficientemente funcional para las actividades actuales de supervisión.

Con lo que respecta al punto de vista de los trabajadores supervisados, fue manifestada una mala supervisión en un 57 por ciento, originada principalmente por una actitud negativa por parte de los supervisores y el poco tiempo que destinan para realizar tal actividad.

d) Amenazas

Los cambios en el sistema político que afectan a los sistemas de salud y por consiguiente la asignación de recursos a las Jurisdicciones Sanitarias, produciendo cambios en la presupuestación de éstas que en determinado momento repercutan en el desarrollo de las actividades de los equipos de supervisión. Tales cambios políticos pueden de igual manera dar origen a cambios en el planteamiento de los programas de salud, originando a su vez variaciones en los recursos asignados, indicadores y formas de supervisión.

Como parte de las amenazas se contempla la propuesta para el fortalecimiento de los equipos zonales[12], diseñada por el departamento del primer nivel de atención de los SESVER, representando un ejemplo de verticalidad dentro de la organización, por el hecho de no estar basada en las necesidades de supervisión de la Jurisdicción Sanitaria, sino en la necesidad estatal de la acreditación de las unidades de primer contacto pertenecientes a SESVER.

Retroalimentación

a) Posibles soluciones expuestas por los actores sociales

Reunión semanal para el informe del seguimiento de problemas; reunión semanal con el equipo zonal completo. Seguimiento específico de problemas en reunión conjunta con coordinadores. Reunión con staff completo y directivos e inmediatamente después reunión de coordinadores con equipos zonales. Realizar minutas de trabajo en cada reunión. Elaboración de cédula de supervisión integral. Y Finalmente, rescate de la información de cada programa de la cédula de supervisión por cada coordinador.

b) Propuesta de integración

Esta propuesta considera necesario integrar a los coordinadores de programas (quienes le darían utilidad y seguimiento a la información recabada en las supervisiones) al trabajo de los supervisores, retomando además la perspectiva del personal de las unidades de salud y demás actores sociales dentro de la jurisdicción vinculados a los equipos de supervisión zonal, con la finalidad de lograr un trabajo organizado, en equipo y con la participación de los involucrados.

c) Construcción de cédula de supervisión

Después de haber trabajado con los expertos en supervisión zonal de la Jurisdicción Sanitaria No. V y escuchar los distintos puntos de vista, se llegó a la unificación de criterios con respecto a como sería la cédula más viable para realizar las actividades de supervisión. Acordando también incorporar aspectos cualitativos y buscar una manera de darle seguimiento a las inconsistencias detectadas en el trabajo de la supervisión.

Acción

a) Construcción de guía de supervisión de promoción de la salud

En reunión con promotores supervisores y la Coordinación del Programa de Promoción de la Salud, se construyó la guía de cotejo para supervisión de promoción de la salud (habiendo concertado previamente con todos los expertos), que incluye datos colectados durante visitas domiciliarias atendiendo la petición de rescatar el aspecto cualitativo en la supervisión médica (Anexo 10). El documento, acompañado de un formato de seguimiento, se comenzó a pilotear después de dicha reunión.

b) Propuesta de organización interna

En este apartado se maneja la propuesta de la creación de un manual de procedimientos para el desarrollo del ejercicio de supervisión médica zonal (para el cual se realizó una estructura), aunado a un manual de inducción al puesto de supervisor que se utilizará durante el desarrollo de un curso diseñado para tal fin. Por otra parte, se diseñó un flujograma que propone el proceso de supervisión médica dentro de la jurisdicción sanitaria que incluye el manejo de la información obtenida por los equipos de supervisión médica (Ver modelo en Anexo 11).

c) Propuesta del Modelo de Supervisión

En nuestro país la administración de los servicios de salud utiliza para la regulación de sus procesos las bases del modelo burocrático, que conlleva entre otras cosas evaluaciones por medio de supervisiones realizadas por personal interno asignado específicamente para tal función.

Consideramos que sería poco funcional cambiar súbitamente de un modelo totalmente lineal y cerrado a otro totalmente flexible, ya que para hacer cambios significativos se debe pasar por un proceso educativo y gradual en la organización, mismo que es permitido en modelos administrativos como el Desarrollo Organizacional.

Específicamente en la Jurisdicción Sanitaria No. V, la situación prevalente manifestada por el personal que labora en la jurisdicción, evidencia que el ejercicio de la supervisión no ha cubierto los objetivos para los que debería estar destinado, ya que no se refleja su presencia en un seguimiento y control que permita mejoras sustanciales en el desarrollo de los programas de salud.

Por lo anterior exponemos la necesidad de implementar el “Modelo de supervisión para unidades médicas de primer contacto” el cual permitirá entre otras cosas, la creatividad en la regulación de procesos, delimitando líneas de acción que den paso a la mejora en el flujo de información , el análisis de la misma y la organización óptima entre la Coordinación de Atención Médica y el resto de las coordinaciones jurisdiccionales, lo que beneficiaría directamente a las unidades de primer contacto, el personal de la jurisdicción sanitaria y finalmente a los usuarios de los servicios de salud (Ver modelo en Anexo 11).

Evaluación: Propuestas

a) Evaluación

A corto plazo se proponen evaluaciones de procesos y resultados considerando para ello a los cursos de inducción al puesto, las habilidades adquiridas por los supervisores, el adecuado flujo y análisis de la información obtenida durante la supervisión y la resolución de inconsistencias detectadas proponiendo para ello períodos de tiempo específicos. Se propone además una evaluación cualitativa por medio de una breve entrevista a los directivos de las unidades médicas en un tiempo determinado a partir de la puesta en marcha de los puntos considerados en el Modelo.

Planteamos la elaboración de indicadores por parte de los actores involucrados, que permitan el control y seguimiento del grado de avance de las acciones realizadas, entre los que se incluyan indicadores de relaciones medios/actividad (capacidad y productividad), de resultados (eficacia, eficiencia, de calidad del servicio) y de resultados contextuales (cobertura, incidencia, impacto y cambio contextual), mismos que se aplicarán dentro de las zonas de supervisión y de forma integral en la Jurisdicción Sanitaria en los tiempos adecuados para tal fin (Ver modelo en Anexo 11).

b) Equipo que realice el seguimiento del Desarrollo Organizacional

Se propone la integración de un comité asesor de DO, conformado por cuatro personas internas y externas, cuya finalidad sea la implementación de la dinámica del Desarrollo Organizacional dentro de la Jurisdicción Sanitaria, así como del seguimiento de éste conservando las características cíclicas del proceso y realizando los ajustes necesarios (Ver modelo en anexo 11).

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

Como parte de este punto retomamos la experiencia de la realización del taller de comunidad educativa denominado “1er. Encuentro de expertos en supervisión de la Secretaría de Salud”, ocasión que nos permitió obtener una respuesta social de los actores involucrados en el ejercicio de la supervisión médica observando la necesidad de los mismos de ser escuchados y su interés por analizar y participar en la mejora del proceso en que se encuentran inmersos.

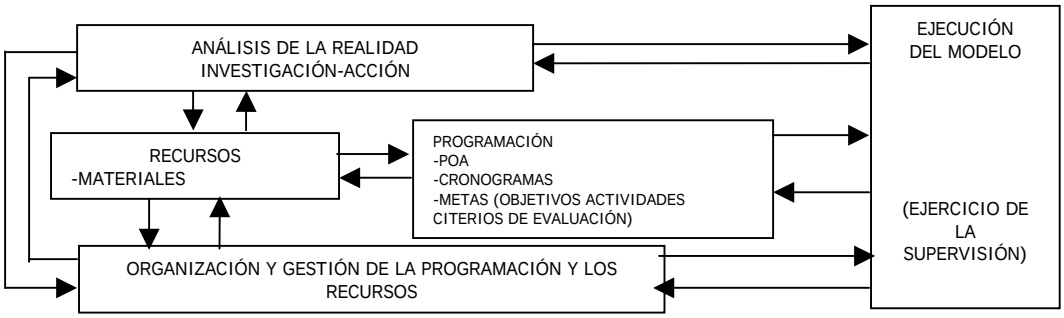
Surge del taller la inquietud de realizar reuniones posteriores con la participación de las investigadoras, los promotores supervisores y la Coordinadora Jurisdiccional de Promoción de la Salud, donde se elabora una guía de cotejo que enlista todos los ítemes contemplados en los programas actuales de promoción de la salud, la que fue piloteada por el mismo personal, constituyendo la base para los ajustes realizados a la guía de supervisión integral a proponer dentro del “Modelo de supervisión para unidades médicas de primer contacto”.

En lo referente a las competencias desarrolladas, para la propuesta de este proyecto analizamos los programas de salud manejados en la jurisdicción sanitaria y utilizamos resultados de otros proyectos y propuestas relacionadas para el diseño de un modelo que permita la organización y mejora del proceso de supervisión, mismo que incluye una guía de supervisión integral con el bosquejo de su manual del usuario, y la realización de la estructura del manual del procedimientos para la supervisión médica en la Jurisdicción Sanitaria No. V. Para la elaboración del modelo se tomó como punto importante la participación de los actores involucrados, utilizando los resultados que partieron de sus necesidades para el diseño y contenido del mismo. En este ejercicio se evidencó la necesidad de la educación para la salud y los procesos que la favorecen motivándose a ellos. Además, se consideró la viabilidad, factibilidad, coherencia y relevancia del proyecto, con el fin de aumentar las posibilidades de su aplicación dentro del contexto.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La implementación de modelos organizacionales con características sistémicas como el de investigación-acción, fundamentados en el Desarrollo Organizacional, permea en la organización de tal manera que estimula el desarrollo de la calidad y la productividad a través de procesos cíclicos, evidenciando la importancia de la intervención social en la organización [16,17]. (Figura 1)

Figura 1. Representación del modelo sistémico de intervención social en el modelo de supervisión



Fuente: Rubio, MJ, Varas, J. El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid; 2004.

Al considerar la respuesta social como parte de las estrategias de organización y planeación, aseguramos su aceptación y participación en los cambios organizacionales permitiendo con ello diluir probables resistencias y dar paso a la mejora en calidad de los procesos. El proceso de supervisión observado en la Jurisdicción Sanitaria No. V, presenta características similares al de la administración burocrática, con matices de inflexibilidad, verticalidad, centralización que origina una comunicación poco funcional, inconsistencias en la organización y participación pasiva del personal[3]. Dichas características en el momento actual de la administración pública en salud repercuten en problemas de operación[5].

Partiendo de los modelos actuales de la administración, se considera conveniente la renovación gradual de los procesos de organización que permitan el desarrollo del personal participando activamente en un ambiente flexible y descentralizado. La propuesta realizada de un modelo basado en el DO fue elegida por contar con características tales como ser de corte cualitativo y descriptivo en las magnitudes del sistema y su interdependencia, lo cual se adapta a las necesidades sentidas de cambio organizacional[17].

Con base en las observaciones realizadas, concluimos que el proceso de supervisión actual contiene varios puntos positivos importantes, tales como la conformación de los equipos zonales multidisciplinarios, la regionalización zonal, acceso constante a capacitaciones en programas de salud, la creación de guías de supervisión, la base del ejercicio de supervisión, la dotación de los insumos necesarios y, como factor importante, la disposición individual de los trabajadores que desempeñan las funciones de supervisión, mismos que son elementales de retomar para la ejecución del modelo propuesto realizando los ajustes necesarios e implementando estrategias que permitan alcanzar las propuestas de la administración moderna, por lo que recomendamos la implementación y el seguimiento del Modelo de supervisión para unidades médicas de primer contacto, del comité asesor de Desarrollo Organizacional que permita el proceso cíclico del cambio en la organización, además de la construcción y aplicación de indicadores que evalúen objetivamente los resultados obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flahault, D , Piot, M ,Franklin, A. La supervisión del personal de salud a nivel distrito.1ª. Ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1988.
2. Stoner, J, Freeman, RE, Gilbert, DR. Administración.6a. Ed. México: Prentice Hall Hispanoamericana; 1996.
3. Chiavenato, I. Introducción a la teoría general de la administración. 5a Ed. México: Ed. Mc Graw Hill; 2000.
4. Wiesner , E. La evaluación de resultados en la modernización del estado en América Latina. Re Econ Int [revista en Internet] 2002 [consultada abril de 2006] (6). Disponible en: http://www.economiainstitucional.com/num_ant/rei6.htm
5. Morera, JO. Teorías Administrativas de Sistemas y Contingencia en la Administración Moderna. [sede web] Colombia: Gestiopolis.com. 2006. [acceso mayo de 2006].Disponible en: http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/71/teoadmiadomod.htm
6. Cruz Roja internacional [sede web]. 2006. [acceso abril de 2006] Marco para la supervisión y la evaluación de la aplicación de la Estrategia para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja Aprobado por la Comisión permanente el 1 de julio de 2002. Disponible en http://www.redcross.int
7. Instituto Centroamericano de la salud [sede web]. Honduras: 2002. [acceso mayo de 2006]. Experiencias de los países en la implementación de garantía de calidad. Modelo de garantía de calidad para Latinoamérica: guía de capacitación e implementación. Disponible en http://www.icas.net/icasweb/Panamá.htm#sistema
8. Superintendencia de Salud colombiana [sede web]. Colombia: 2003.[acceso mayo de 2006]. Enfoque hacia una supervisión facilitadora de la gestión de calidad. Disponible en: http://www.supersalud.gov.co/Documentos/calidad/enfoque.pdf
9. Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Programa de acción.1ª. Ed. México: Secretaría de Salud; 2002.
10. Fuente directa: Dr. Jorge Luis Torres Díaz Barriga, Coordinador de atención médica, Jurisdicción Sanitaria no V. SESVER. Palacio de Gobierno, 6 de julio 2006,11:00 hrs.
11. Servicios de Salud de Veracruz [sede web]. México: 2006.[acceso marzo-julio de 2006] Disponible en: http://www.sesverssa.gob.mx/
12. Corro, JL, Sánchez, MA, Cortina, C. Propuesta para el Fortalecimiento de los equipos zonales (un proyecto de intervención).Documento no publicado. Veracruz: Servicios de Salud de Veracruz; 2005.
13. Secretaría de Salud. Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta. México: Secretaría de Salud; 1995.
14. Jurisdicción Sanitaria No. V. Manual de Organización. Documento no publicado. Xalapa: Servicios de Salud de Veracruz; 2006.
15. Jurisdicción Sanitaria No. V. Departamento de atención médica. Guía de supervisión. Documento no publicado. Xalapa: Servicios de Salud de Veracruz; 2006.
16. Noticalidad [sede web]. Bogotá, Colombia; 2002. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Laboratorio de Salud Pública. [acceso mayo 2006]. El Desarrollo Organizacional. Disponible en http://teclaredo.edu.mx/unidad6/desarrol.htm
17. Rubio, MJ, Varas, J. El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación.3ª Ed. Madrid: CCS; 2004.Mejía, J. La evaluación de la gestión y las políticas públicas. 1ª. Ed. México: Porrúa; 2003.

POSICIONANDO LÍNEA DE VIDA

Josefa Patricia Marín Lozano, Ma. De Lourdes Mota Morales y Ma. Silvia de los Ángeles Xolocostli Munguía
Asesores: Mtra. Janet García González, Dra. Irasema A. Guerrero Lagunes, Mtra. Patricia Guiot Vázquez, Mtro. Enrique Hernández Guerson, Mtra. Graciela Rojas Carrera

INTRODUCCIÓN

En la búsqueda de alternativas para facilitar el quehacer del personal de salud y al mismo tiempo mejorar la calidad de la atención, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, contiene la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida, cuyo objetivo esencial es que las unidades de primer nivel de atención otorguen servicios integrales de salud.

A nivel estatal, esta estrategia está coordinado por el Departamento de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud de Veracruz, sin embargo, su evaluación del año 2004 reveló su incorporación de manera diferencial, por lo que se propuso un proyecto que permitiera incorporar en los prestadores de servicios de salud y en su práctica profesional, los propósitos fundamentales de la Estrategia de Línea de Vida (ELV).

Para poder alcanzar este fin, se retoma la estrategia de Posicionamiento ya que su principio fundamental se centra en los sujetos, los elementos que nos brinde durante su implementación nos permitirán obtener los insumos y sistematizar su utilización.

Se perfila pues, una nueva metodología que sin duda, innovadora en el campo de la salud, permitirá fortalecer el desarrollo de las acciones de los prestadores de servicios de salud, en su quehacer cotidiano.

MARCO CONCEPTUAL

Antecedentes

Con base en el principio fundamental de elevar la calidad y el nivel de vida de la población y atendiendo a su número, dinámica y evolución, el Estado Mexicano ha establecido diversos ordenamientos, políticas y programas en favor de la prevención de las enfermedades y protección de la salud, como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud[1,2,3].

Los grandes desafíos que implica lograr la equidad, la calidad y la protección financiera a la atención a la salud de la población establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 (PNS 2001-2006), así como las profundas transformaciones políticas, económicas y sociales por las que atraviesa nuestro país, ejercen una gran presión sobre el Sistema Nacional de Salud. De los 43 programas de acción en salud que comprende, 22 se ubican dentro del ámbito de ingerencia de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y su desarrollo recae en las unidades de primer nivel de atención. Los objetivos básicos de prevención individual y comunitaria de acuerdo con el PNS 2001-2006, son: evitar la aparición de enfermedades, efectuar su detección temprana y realizar el tratamiento oportuno y llevar a cabo consejerías y psicosocial[4].

Al observar el panorama epidemiológico de nuestro país, encontramos que las diez principales causas de morbilidad y mortalidad se modifican dependiendo de la edad y el sexo al que pertenecen los individuos. Así, en el grupo de menores de un año las principales causas de morbilidad y mortalidad son las enfermedades infecciosas y los defectos al nacimiento; los niños y los adolescentes son un grupo altamente vulnerable a enfermedades infecciosas, accidentes y adicciones; conforme aumenta la edad y con ello cambia el estilo de

vida del individuo, las enfermedades crónico degenerativas y los accidentes ocupan los primeros lugares en cuanto a morbilidad y mortalidad, patrón que persiste hasta la tercera edad [4].

La Organización Mundial de la Salud en un informe sobre el panorama general sobre la prevención de la enfermedades crónicas, destaca la alimentación poco sana, la inactividad física y el consumo de tabaco como factores que explican la gran mayoría de muertes a todas las edades de las enfermedades crónicas refiere que estas causas de morbilidad y mortalidad podrían ser prevenidas, evitando muertes y gastos innecesarios para el individuo, las familias y el Estado. Es importante implantar esquemas para fomentar que la atención brindada en las Unidades de Salud además de su tradicional atención curativa, incorpore los elementos de promoción y prevención así como promover una cultura de autocuidado de la salud entre la población[5].

Teorías

Estrategia

Con base en el panorama epidemiológico antes mencionados, los responsables de Políticas en Salud de los programas de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, elaboraron la estrategia denominada "La Prevención y Promoción de la Salud Durante la Línea de Vida"; la cual, desde el punto de vista preventivo y de Promoción a la Salud, establece las acciones básicas a cubrir en cada contacto que ocurra cuando una persona acuda, por cualquier motivo a las Unidades de Salud. La Estrategia de Prevención y Protección de la Salud Durante la Línea de Vida se creó con la finalidad de:

- Asegurar que en todas las unidades de atención primaria se otorguen servicios integrales para la prevención de enfermedades y promoción de la salud, de acuerdo con la edad y sexo de cada persona o estado de vida en particular.
- Promover la corresponsabilidad y el autocuidado de la salud entre la población que acude a las Unidades de salud.
- Disminuir sustancialmente las oportunidades perdidas durante la prestación de servicios y contribuir con ello a mejorar la calidad de la atención y elevar la salud de la población[4].

El documento resalta la importancia de garantizar que estas acciones se establezcan y unifiquen no sólo en el nivel estatal y jurisdiccional, sino también en el nivel operativo, ya que son los médicos, enfermeras, promotores de salud o sus equivalentes, quienes día con día trabajan en contacto directo con la población de nuestro país, brindándole atención a la salud[4].

Línea de Vida

Esta estrategia se orienta a las acciones de prevención y promoción de la salud, con el fin de incidir en las causas de morbilidad y mortalidad y han sido diseñadas de manera específica a las necesidades y características de cada sexo, grupo de edad y ciertos eventos a lo largo de la línea de vida del ser humano. El término de Línea de vida se refiere a las diferentes etapas que recorre un individuo durante su vida, abarcando; por ejemplo, el nacimiento, la infancia y la adolescencia. La Línea de vida se divide en siete grupos por edad y sexo: recién nacido (< un mes); menores de cinco; cinco a nueve años; diez a 19 años; mujeres de 20 a 59 años; hombres de 20 a 59 años; mujeres y hombres de 60 años y más. Además de la influencia de la edad en el estado de salud de los individuos, durante el transcurso de la vida se presentan ciertos eventos, tanto esperados como inesperados: con respecto al primer tipo de evento puede citarse el embarazo y el puerperio; respecto al segundo, la mordedura de un animal transmisor de la rabia, por lo que los eventos de vida se clasifican en: embarazadas, mujeres durante el puerperio y atención médica antirrábica.

El Plan Nacional de Salud 2001-2006 considera la necesidad de mejorar las condiciones de salud de los mexicanos y abatir las desigualdades en salud. La Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida incluye el Sistema de Cartillas de Salud, el cual se inscribe dentro del Programa Nacional de Salud como otra de las respuestas del Gobierno Federal para vencer los retos de equidad y calidad. El uso de estas cartillas permitirá un mejor seguimiento de la Estrategia sobre la Línea de la Vida, ya que, tanto la población como el personal de salud, podrán verificar que se realicen todas las acciones enumeradas para cuidar y mejorar la salud[4].

Instrumento de la Estrategia de Línea de Vida

La Estrategia de Línea de Vida tiene como instrumento al Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, el cual consiste en un conjunto de actividades, organizadas de manera secuencial, para promocionar el autocuidado de la salud en cada persona, desde los recién nacidos hasta adultos mayores. Lo integran cuatro cartillas, documentos oficiales que se entregan de manera gratuita a través de las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud. Estas cartillas permiten orientar y proporcionar entre la población, la adopción de hábitos, costumbres, actitudes, prácticas y procedimientos para proteger, conservar y participar activamente en la vigilancia de su propia salud, por lo que constituyen valiosas herramientas para el seguimiento de la atención recibida por los usuarios de los servicios, además de ser una importante contribución para la generación de conciencia entre los individuos del derecho y responsabilidad de demandar oportunamente la atención que requieran[6].

Se trata por lo tanto, de una estrategia de Promoción a la Salud con la finalidad de coordinar y articular acciones que promuevan el autocuidado de la misma, entre la población durante la Línea de Vida y fortalecer el blindaje sanitario de la población para todo el ciclo de vida,

Perspectivas Empíricas

Evaluación de resultados de la Estrategia de Línea de Vida

En los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), la Estrategia de Línea de Vida se implementó a partir del mes de agosto del año 2003, en dos vertientes, de información a los trabajadores que no tienen contacto con los pacientes, para informarles sobre el objetivo de la Estrategia, y de capacitación al personal técnico, tanto al personal de las 11 Jurisdicciones Sanitarias, como al personal de Oficina Central.

En la revisión realizada a la evaluación del año 2004 de la Estrategia de Línea de Vida (Anexo 1), se denota que la consecución de sus fines (otorgar servicios integrales, promoción del autocuidado y disminuir oportunidades perdidas) no se han cumplido, con base en los estándares fijados para dicha evaluación[7], como a continuación de describe:

- Para asegurar que en todas las unidades de atención primaria se otorguen servicios integrales de salud, y se cuente con una fuente documental que indique su realización, para este fin, se debe evidenciar en las notas del expediente clínico, las acciones de la Estrategia y el llenado del formato de registro de seguimiento, que le fueron realizados al usuario en el momento de la atención. Para ello, a través del indicador construido como "congruencia, el cual es referido en el (Anexo 2), como "Registro de Acciones de ELV", en tres jurisdicciones los resultados son con porcentajes mínimos, ocupando la Jurisdicción de Xalapa el porcentaje más bajo, y cuatro jurisdicciones con porcentajes satisfactorios.

- En cuanto a la promoción del autocuidado de la salud en la población que acude a las unidades de salud, el instrumento de seguimiento y evaluación aplicado al usuario, permite visualizar las acciones que

el equipo de salud está realizando de la estrategia, sin embargo no identifica si el usuario está realizando las acciones de acuerdo a edad, sexo y estado de vida. En la evaluación se denomina "Aspectos encontrados en la comunidad" (Anexo 2), en donde se muestra que seis jurisdicciones obtuvieron porcentajes mínimos, siendo la Jurisdicción de Xalapa la que obtuvo el porcentaje más bajo, y cuatro jurisdicciones obtuvieron porcentajes satisfactorios.

- Para disminuir las oportunidades perdidas durante la prestación de servicios y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de la atención, de acuerdo a la cédula de evaluación, los aspectos operativos que pueden evidenciar las oportunidades perdidas, es el referido por la "congruencia", mencionada anteriormente y el denominado "capacitación", de este último aspecto operativo: cinco jurisdicciones presentan mínimo conocimiento (encontrándose la jurisdicción de Xalapa entre ellas) y tres jurisdicciones obtuvieron resultados de conocimientos satisfactorios (Anexo 2). Cabe mencionar que lo obtenido sobre aspectos operativos de "coordinación" y "vinculación", en cinco jurisdicciones, los resultados son mínimos (encontrándose Xalapa entre ellas) y en cinco jurisdicciones los resultados son satisfactorios (Anexo 2).

Caso de posicionamiento (la trampa de no esforzarse)

Al posicionar un producto sucede que los clientes se confunden con facilidad, por ejemplo la reacción inicial ante Alka-Seltzer Plus, fue que no se consideró este producto como un nuevo remedio para el resfriado, si no más bien una fórmula mejorada de la tradicional Alka-Seltzer. Además, la compañía hizo que el Plus figurará con letras más grandes en el nombre, el resultado fue que el nuevo producto en lugar de apoderarse del mercado de Dristan y Contac, como se esperaba se volvió contra Alka-Seltzer y se apropio de su mercado[8].

Ejemplo exitoso (la historia de la tasa de café)

Un ejemplo exitoso es la marca del café liofilizado Taster´s Choice, diseñado para competir con la marca Maxim, al principio la empresa quería llamar al producto Nescafé Gold, para sacar provecho de la marca Nescafé que ya estaba posicicionada como el café instantáneo mejor vendida en el mundo, sin embargo, la dirección de la empresa en Estados Unidos insistió en cambiar el nombre, lo cual se aceptó y con esto se logró ganar la batalla tanto interna como externa, lo que demuestra que en ocasiones puede superarse la desventaja de ser la segunda marca de la categoría gracias a un mejor nombre y a una mejor estrategia[8].

Problematización

A dos años de haberse implementado la Estrategia de Línea de Vida, y después de una serie de acciones para su operación, los resultados de la evaluación[7] revelan que su instrumentación ha sido incorporada de manera diferencial, no uniforme, suponiendo hipotéticamente que dicha condición no es atribuible al desconocimiento, actitudes desfavorables o falta de habilidades de los prestadores de servicios de salud hacia la estrategia de Línea de Vida, sino más bien que los modelos de formación universitaria en salud[9] y los de atención que han privilegiado la consulta, la curación y escasamente la promoción y prevención de la salud[10].

Diferentes experiencias en el campo de comunicación en salud, en estas dos últimas décadas, han incorporado elementos de mercadotecnia para un acercamiento a la población[11], escuchar sus necesidades y deseos, para construir con base en las mismas programas desde allí. Este foco en el "consumidor" y no en el producto, implica la investigación y evaluación en la denominada mercadotecnia social, la cual fue llevada

como disciplina en los años 70 cuando Kotler y Zaltman, concluyeron que los mismos principios de mercadotecnia para vender productos, se podían utilizar para vender "ideas" actitudes y comportamientos.

La mercadotecnia social, intenta influenciar comportamientos sociales no para beneficiar al vendedor, sino para beneficiar a las audiencias blanco y a la sociedad en general. Estas técnicas se ha utilizado extensivamente en programas de salud, especialmente en los de planificación familiar y en Estados Unidos de América para los relacionados con el abuso de drogas, enfermedades cardiovasculares, donación de órganos, entre otros[12]. En este caso, la mercadotecnia social habla con el consumidor ofreciéndole productos no necesariamente físicos, en una amplia gama que pueden ser desde productos tangibles, físicos, (condones), servicios (exámenes médicos), prácticas (una alimentación saludable) e ideas más intangibles, (protección del medio ambiente) e incluso salud como uno de los más intangibles[12].

Como todo "producto" estos tienen un precio que en este caso son las cualidades del servicio, en cuanto a calidad, ventajas, o beneficio esperado. La definición del lugar en donde la accesibilidad del ofrecimiento sea la idea, y la promoción del mismo, en este caso acompañado, de materiales y medios para su difusión.

De los diferentes métodos de acercamiento de los "productos" a las diferentes audiencias, se encuentra también el Posicionamiento, concepto desarrollado en los años setentas por Al Ries y Jack Trout, se refiere a lo que se hace con la mente de los probables clientes, cómo se ubica el "producto" en la mente de éstos[8], e implica hacer lo necesario para que el producto o servicio de salud ocupe un lugar claro, distinto y positivo en relación con sus competidores, para garantizar una posición importante en su mente.

Su enfoque fundamental no es crear algo nuevo y diferente, sino revincular las posiciones que ya existen en las mismas, y lograr que su posición ocupe los primeros lugares de importancia a partir de los atributos que se le oferten[13].

Especialmente el concepto de posicionamiento ha sido útil para explicar los procesos a través de los cuales los sujetos adquieren ideas que se convierten en prácticas sociales[8].

Por tal motivo, el grupo de trabajo, tomó la decisión de hacer una revisión documental al respecto con el propósito de valorar su implementación cuyo objetivo fue: "incorporar en la mente de los prestadores de servicios de salud y en su práctica profesional, los conceptos fundamentales de la Estrategia de Línea de Vida" [14]. Y así dar respuesta a la problemática ya planteada en lo que se refiere a su instrumentación diferencial, no uniforme por los prestadores de servicios de salud de la Línea de Vida.

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN

Los Servicios de Salud de Veracruz geográficamente se encuentran conformados por 11 Jurisdicciones Sanitarias, 212 Municipios y 21514 localidades urbanas y rurales, a lo largo y ancho del Estado de Veracruz. Cuenta con 758 unidades de primer nivel de atención y 52 hospitales, para otorgar atención a la población no derechohabiente o población abierta[15].

La Jurisdicción Sanitaria No. V- Xalapa, se encuentra ubicada en la capital del estado de Veracruz y tiene bajo su responsabilidad 80 unidades de primer nivel de atención. Para efectos del Proyecto, se llevaron a cabo actividades en dos de sus unidades de primer nivel[16]. En el Centro de Salud Urbano "Sebastián Lerdo de Tejada", se llevó a cabo con el apoyo del Director y prestadores de servicios de salud, la validez del Instrumento "Exploración de Actitud".

La intervención del Plan de Posicionamiento se realizó en el Centro de Salud Urbano "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", se encuentra ubicado en la calle de Santiago Bonilla No. 85, colonia Obrero Campesina

en Xalapa, Veracruz. Cuenta con once núcleos básicos distribuidos siete en el turno vespertino y tres en el turno matutino, se atiende a una población de 46,564 habitantes que corresponde a 9,310 familias. Su área de responsabilidad abarca 47 colonias del Centro, en 33 AGEB'S y la periferia de la ciudad. Cuenta con servicios de consulta externa, odontología, nutrición, trabajo social, salud mental, inmunizaciones y una central de enfermería. En cuanto a su recurso humano, está integrado por:

- Personal médico y paramédico: un director, 18 médicos generales, trece enfermeras generales, una jefa de enfermeras, una supervisora de enfermería, tres enfermeras auxiliares, dos trabajadoras sociales, cuatro cirujanos dentista, una nutrióloga, un psicólogo, y un tecnólogo.

- Personal administrativo: un administrador, un jefe de mantenimiento, un analista y un personal secretarial

- Pasantes: un cirujano dentista, un nutrióloga, dos enfermeras, un médico general (17)

El Centro de Salud, es el primer centro construido en la localidad de Xalapa, fundado en 1968 con el nombre de Cerro de Macuiltépelt, por iniciativa del Dr. Arenas y la enfermera Susana Cacho, con la creación de las colonias Cerro Macuiltépetl y Obrero Campesina[18]. Inicialmente se consideraba su ubicación en la periferia de la ciudad, estableciéndose en la avenida Xalapa y Orizaba. Inició con dos consultorios uno médico y otro dental y con dos trabajadores de base, un médico, una enfermera y pasantes de medicina. A la construcción inicial, se le fueron adicionando las áreas de odontología, consultorios médicos, una dirección, área de administración, estadística, un área para el personal de enfermería, que inicialmente estaba destinada para laboratorio de análisis clínicos, y que actualmente funge como central de enfermeras y toma de muestras. De su fundación a la fecha, dos enfermeras y una odontóloga han sido participes del cambio de la fisonomía del centro, así como su incorporación paulatinamente a la mancha urbana, y del paso de personal de salud que se ha incorporado en otros centros. Su interacción con la comunidad es continua a través de comités de salud que cada núcleo básico cuenta, así como con los diferentes programas cuyo componente comunitario son básicos para su realización, como son: los programas de salud escolar, de vacunación universal y en éstos últimos años, con el impulso del aval ciudadano, el programa de oportunidades, lo que favorece la coordinación y gestión con los diferentes grupos sociales asentados en el área. Sin embargo, la cooperación y el apoyo que los grupos sociales como en su inicio, al programa de vacunación brindaban, actualmente ya no es tal. Cuenta con un equipo de salud, participativo, integrado en cuanto a las tareas comunes, reconocido por la comunidad. Su trato es respetuoso, y cordial con propios y extraños, con una amplia disposición y apertura a las experiencias académicas, institucional, y que en nuestro caso, nos brinda las facilidades para la consecución del plan sobre Línea de Vida[19].

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Fase de acercamiento a la propuesta

- El acercamiento de las prácticas profesionales se realizó en el Departamento de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud de Veracruz, se tuvo comunicación con los responsables de los programas que coordinan, con la finalidad de conocer sobre las actividades que realizan para su ejecución.

- Después de entrevistas con los coordinadores de los programas y considerando las competencias requeridas por los módulos de Salud Pública II y Gestión del conocimiento II, se definió trabajar con la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida (ELV). Esta fase comprendió del 15 de marzo al 5 de mayo del 2006 y el producto obtenido fue el planteamiento del problema a intervenir.

Fase de entrada a la propuesta

- Considerando que "poner en la mente de los prestadores de servicios de salud y en su práctica profesional, los conceptos fundamentales de la Estrategia de Línea de Vida", es una cuestión que tiene que ver con la actitud que éstos tienen con respecto a la Estrategia de Línea de Vida, se sugiere para dar respuesta al objetivo de la intervención, explorar la actitud del prestador de servicios de salud con respecto a la Estrategia, para ello se investigó sobre teorías que permitiera estudiar el comportamiento humano.

- En el ámbito de la psicología social convergen una gran variedad de modelos teóricos para estudiar el comportamiento, dichos modelos apoyan para que el trabajador/a utilice los recursos que la organización laboral pone a su alcance, los modelos que aportan "variables" para predecir el comportamiento, son los modelos sobre las etapas de cambio, una de las teorías que permiten alguna posibilidad de obtener respuestas en asuntos de actitud, es la Teoría de acción razonada de Fisbein[20], la cual versa sobre la posibilidad de predecir probabilísticamente la intención que el sujeto tiene de efectuar una conducta en especifico a partir de la identificación de sus particulares creencias y actitudes. Los conocimientos o creencias sobre el tema; es lo que se ha dado en llamar aspecto cognitivo de la actitud, la disposición (favorable o desfavorable) a actuar en una dirección determinada; se conoce como aspecto afectivo de la actitud, y la conducta, de hecho, ante una situación determinada; es el aspecto conativo de la actitud[21]. Entonces, se pretende investigar en los prestadores de servicio de salud, la actitud de éstos en los componentes cognoscitivo, afectivo y conductual, con respecto a la Estrategia de Línea de Vida (Anexo 3).

Por lo que nos interrogamos sobre qué es lo que los prestadores de servicios pensaban acerca de "Línea de Vida", que sabían, como la consideraban, cercana o lejana a su practica profesional, si sabían lo que debían de hacer con base en sus normas o procedimientos y sí lo hacían, y a partir de la información rescatada, plantear el Plan de Posicionamiento. El producto obtenido en esta fase son las herramientas para la construcción del instrumento, con una duración del 6 al 12 de mayo de 2006.

Fase de validez y confiabilidad

Una de las técnicas de evaluación de actitudes es la basada en el uso de cuestionarios de respuesta cerrada como las escalas Likert. Las encuestas tipo Likert son las más empleadas a la hora de obtener información rápida, y más fáciles de evaluar que otros métodos[22], la elaboración de este tipo de cuestionarios de actitudes debe contemplar un proceso sistemático de juicios y procedimientos estadísticos básicos. En los juicios se incluye la definición de los ítem o enunciados, y entre los procedimientos estadísticos básicos están la medida de la validez del contenido y la fiabilidad[23]. Teniendo en cuenta lo anterior, se describen los pasos que se han seguido para la elaboración del cuestionario.

- El cuestionario se diseñó en una escala de actitudes tipo Likert a través de 34 ítem, se intentó recuperar aspectos que conforman el marco actitudinal de los prestadores de servicios de salud en relación con la Estrategia de Línea de vida, además de una pregunta abierta mediante la cual se le solicitaba a los entrevistados que a través de frases, imágenes, dibujos, figuras o palabras explicaran cómo podemos promover mejor la utilización de la estrategia de prevención y promoción durante la Línea de Vida.

- Los enunciados o ítems han sido redactados en forma de opinión con los que se puede estar o no estar de acuerdo, tachando con una X la puntuación que mejor refleje lo que piensa en la siguiente escala: Muy de acuerdo, De acuerdo, Indiferente (ni de acuerdo no desacuerdo), En desacuerdo, Muy en desacuerdo.

- Los ítem consisten en enunciados que hacen referencia a Conocimientos (Dimensión cognoscitiva), Sentimientos (dimensión afectiva) y el Saber ser y Ser (dimensión conductual) en que se manifiesta una actitud (Anexo 4) La mitad de éstos están redactados en un sentido favorable (*ítem* positivos) y la otra mitad en sentido desfavorable (*ítem* negativos) (Anexo 5).

- Para lograr la validez del contenido del cuestionario, se aplicaron un total de 43 encuestas distribuidas en dos grupos, uno tenía que ver de manera favorable con respecto a la Estrategia de Línea de Vida y el otro de manera desfavorable.

- La validez, se obtuvo mediante el coeficiente de correlación ítem-total (o índice de homogeneidad)(Anexo 6), de 34 *ítems*, siete no se encontraron dentro de los valores señalados por algunos autores (mayor a .20) [24], por lo que se eliminaron del instrumento.

- En cuanto a la fiabilidad, se optó por la aplicación del coeficiente de alpha de Cronbach[24], para el que se obtuvo un valor de 0.86, después de eliminar los ítems sugeridos por el coeficiente de correlación (Anexo 7).

El instrumento (Anexo 8 y 9) quedó construido por 27 ítems de preguntas cerradas, más una pregunta abierta que permitió mediante una palabra, frase, dibujo, figura o imagen, recuperar cómo el prestador de servicios de salud promueve la Estrategia de Línea de Vida. Este instrumento consta de dos apartados:

1. Ficha de identificación: permitió conocer los aspectos demográficos y socioeconómicos de los prestadores de servicios de salud y está integrado por las variables, edad, sexo, escolaridad, profesión, puesto que desempeña y antigüedad en la institución.

2. Mediante el segundo apartado se obtuvo información sobre la actitud que tiene el prestador de los servicios de salud respecto a la Estrategia de la Línea de Vida.

Se obtuvo como producto el Instrumento “Exploración de actitud” realizándose del 13 de mayo al 2 de junio de 2006.

Fase de establecimiento de línea de base

La aplicación del cuestionario “Exploración de Actitudes” se realizó a través de una entrevista, participando 40 prestadores de servicios de salud del Centro de Salud “José Antonio Maraboto Carreón”, médicos, enfermeras, psicólogos nutriólogos, trabajadoras sociales, odontólogas y personal administrativo.

El proceso de análisis de datos se enfatizó a través de métodos tanto cuantitativos como cualitativos. El análisis cuantitativo, (Anexo 10) se realizó en las tres dimensiones de actitud: cognoscitivo, afectivo y conductual, (lo que conocen, sienten, lo que deben hacer y hacen al respecto). El análisis cualitativo se realizó mediante el espectro del discurso, estructurándose con base a los objetivos y propósitos establecidos de la Estrategia de Línea de Vida (ELV) [7]. Para ello se tomó en cuenta las frases, palabras o dibujos que los participantes anotaron en la pregunta abierta del cuestionario “Exploración de actitudes”. El parámetro para la localización de temas y su codificación fueron los seis conceptos que ELV tiene como componentes claves tales como: prevención, promoción de la salud, corresponsabilidad, autocuidado, calidad de la atención y elevar nivel de vida[7], (Anexo 11). Ya en el texto, se codificaron dos conceptos más (servicios y abstracción) que hacen referencia a las acciones de servicios, ejemplificándose como la atención a los usuarios o a la aplicación de una vacuna, y abstracciones como son: vida, o cuidemos la salud. El espectro del discurso concentró la presencia de tales conceptos o evidencias, así como la intensidad del discurso identificadas en la

tabla con una serie de números que no tienen el sentido ni el significado mayor o menor, mas bien es de utilidad para orientar el análisis, es decir son argumentos de los participantes para tales discursos (Anexo 12).

La tabla puede leerse al menos de tres maneras: Consistencia, significa que la evidencia/concepto está presente en la mayoría de los participantes, en otras palabras el posicionamiento que comparten prácticamente todos; Variabilidad, que si bien no está presente en todos los actores sociales, si en una parte de ellos; y Caso extremo, está presente en muy pocos o ninguno de ellos.

Mediante este análisis se pudo identificar la falta de posicionamiento que existe de los principios básicos (o propósitos) de la ELV en los prestadores de servicios de salud, pues el 60 por ciento de ellos refieren una consistencia en los conceptos de "servicio" y "abstracción", de ahí la explicación hipotética de haber encontrado datos favorables y muy favorables en lo que respecta a las actitudes que éstos tienen de la ELV y su escasa aplicación en la realidad, lo cual nos orientó a desarrollar un plan de posicionamiento de los principios de la ELV en los prestadores de servicios de salud cuyo eje es el concepto de LINEA DE VIDA – PROMOCION DE LA SALUD, producto obtenido en esta fase que duró del 3 de junio al 13 de junio del 2006.

Fase de Plan de Posicionamiento

Para el plan de posicionamiento, se consideró explorar el concepto de promoción de la salud, pues en él se incorporan los fines o propósitos de la ELV y que al posicionar promoción de la salud, los fines ya mencionados son cumplidos.

El posicionamiento se da a través del *Reconocimiento Social* como incentivo y *el Beneficio*, en el cual los prestadores de servicios lo vincularán al realizar una atención integral que les proporciona la utilización de la ELV., ya que las acciones se realizan todo el tiempo, sin necesidad de considerar momentos especiales. La forma como se instrumentó conlleva un plan de comunicación interna y externa y una dramatización (Anexo 13).

Para llevar a cabo el posicionamiento, se realizó una reunión de trabajo con los prestadores de servicio, del Centro de Salud "Dr. José A. Maraboto Carreón", en la cual participaron 45 prestadores de servicios, en tres momentos claramente bien delimitados:

- Primer momento: la devolución de los resultados en una reunión plenaria en la que participaron los prestadores de servicio, donde el Instituto de Salud Pública como dependencia educativa, entrega el ejercicio de evaluación sobre línea de vida.

- Segundo momento, en el cual como complemento a la devolución de estos resultados se les proporciona material de promoción con un diseño de imagen que integra los siguientes elementos: Para el prestador de servicio: Un botón: en el cual se muestra el logotipo de la institución que realiza el reconocimiento, en este caso ISP, una frase: "profesional destacadamente evaluado en Línea de Vida", enmarcada con una guirnalda como símbolo de logro y otra frase que menciona "Promoviendo tu salud". Y un caballete de escritorio que menciona dos mensajes, uno dirigido al usuario que literalmente dice: "Aquí es Usted atendido por todo un profesional destacadamente evaluado en Línea de Vida", "Promoviendo tu Salud" y el mensaje al prestador del servicio de salud: "Con Línea de Vida, Tú si eres un profesional completo, porque además de curar promueves la salud". Para el Centro de salud, un pendón que menciona: "En este centro de Salud le atiende todo un equipo de salud destacadamente evaluado en Línea de Vida", y un cartel que señala "En este centro de salud le atiende todo un profesional destacadamente evaluado en Línea de Vida", estos últimos ubicados en las áreas de tránsito y en el exterior del la unidad de salud. Se les proporciona

un CD con bibliografía sobre la Estrategia de Prevención y Promoción durante la Línea de vida, así como de Promoción de la Salud.

- El tercer momento, *el Beneficio*, en el cual los prestadores de servicios llevaron a cabo una dramatización, en la cual representaron los propósitos promoción de la salud, vinculando Promoción de la Salud como el "producto" a posicionar.

El producto obtenido fue la incorporación de los conceptos fundamentales de la Estrategia de Línea de Vida (ELV) en los prestadores de servicios de salud y en su práctica profesional, y se llevó a cabo del 14 de junio al 7 de julio del 2006.

Fase de Evaluación

Para la evaluación de los efectos del Plan de Posicionamiento, once días después se conforman dos grupos de evaluación, un grupo de los que habían participado en la experiencia de posicionamiento integrado por 20 prestadores de servicios, y otro grupo compuesto por doce prestadores de servicios, que por diversos motivos no pudieron o no quisieron participar.

A ambos grupos se les aplicó la pregunta final del cuestionario "exploración de actitud", solicitándoles que escriban en una frase, palabra o dibuje una imagen o figura de lo que usted como prestador de servicios de salud considere para la ELV en su quehacer cotidiano.

Se obtiene como producto la información para conocer el impacto que tuvo el plan de posicionamiento y se realizó el 18 de julio del 2006.

RESULTADOS

El análisis de los resultados se enfoco exclusivamente a las cuestiones de posicionamiento, comparando cualitativamente los resultados de la primera aplicación con los resultados posteriores a la experiencia de Posicionamiento, y contra el grupo que no participó.

Los resultados arrojados por este análisis demuestran que en los prestadores de servicios de salud que si participaron, (Anexo 14) desaparece el concepto de Línea de Vida asociada con servicios, abstracción, a diferencia de los resultados de la línea de base y del grupo control que permanece sin modificar el concepto, ubicándolo en servicios y abstracción (Anexo 15).

En los que participaron en el plan de posicionamiento, además de la desaparición de los conceptos no favorables, la intensidad del discurso ahora, se concentra en promoción de la salud, prevención y calidad de vida.

Considerándose que los prestadores de servicios que asistieron a la experiencia de posicionamiento, el 100 por ciento identificó, mínimo un propósito de la ELV, y de ellos, un 40 por ciento identificó la promoción de la salud como el concepto que engloba los propósitos de la ELV.

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

Dentro de las experiencias obtenidas consideramos que una de las más importantes es el haber desarrollado habilidades para la toma de decisiones, ya que durante las diferentes etapas del proyecto nos enfrentamos

en todo momento con esta situación. Saber qué hacer en cada etapa que iniciaba, cómo llevarla a cabo, tratando siempre que fuera de la manera más idónea, fueron retos a los que nos enfrentamos y superamos.

No era sólo el hacer un proyecto para "cumplir con el objetivo", sino desarrollarlo de tal manera que diera paso a una mejor calidad, tanto de aprendizaje como lograr construir una propuesta de intervención para fortalecer la Estrategia de Línea de Vida, y para ello tuvimos la oportunidad de revisar teorías relacionadas con lo que se pretendía hacer, pues nos enfrentábamos a una área del conocimiento novedosa y poco relacionada con la salud, pues si bien el posicionamiento tiene su mayor utilidad en productos, en este caso había que hacerlo para una estrategia. Lo cual dio pauta a que al término del proyecto, nos introdujéramos en temas relacionados con: Mercadotecnia en salud, Psicología Social, Marketing, Comunicación, entre otros.

Además se logró incorporar en el proyecto objetivos de los módulos de Salud Pública 2 y Gestión del Conocimiento 2.

Durante el desarrollo del proyecto integramos un equipo unificador, con un ambiente de confianza, liderazgo y buena comunicación, logrando la participación de cada una de nosotras lo cual fue la pauta para superar obstáculos y llegar a la meta.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El supuesto hipotético que se había planteado, una actitud desfavorable, se comprueba observando que el posicionamiento favoreció en los prestadores de servicios la identificación de los propósitos de la ELV y el beneficio de su utilización en su quehacer cotidiano.

Consideramos que es una estrategia relativamente fácil de aplicar, que conlleva pocos recursos, pero se requiere que quienes la utilicen implementen procesos sistemáticos, cuidando los procesos de planeación e implementación, no sólo durante la ejecución sino también el control de la evaluación, lo que fortalecería la calidad en la prestación de servicios de salud, además de la satisfacción de quienes los otorgan, lo cual redundaría en la satisfacción del usuario al recibir una atención integral

Con base al Plan de posicionamiento, en el Centro de Salud Dr. José Antonio Maraboto Carreón, podemos concluir y recomendar que:

- Se cuenta con un instrumento de evaluación que permite identificar la actitud de los prestadores de servicios de salud respecto a la ELV.
- A partir de la aplicación del instrumento se obtiene el insumo del plan de posicionamiento, por lo que no se debe olvidar, que el principio fundamental de esta experiencia, se centra en los "sujetos" y no en los productos, ubicando las características propias de los individuos a evaluar.
- Para su instrumentación, se parte de los sujetos, a través de un incentivo, y los beneficios que van obtener.
- Recomendamos la experiencia de posicionamiento como una estrategia para el fortalecimiento de los diferentes programas de salud, pues consideramos al prestador de servicios como el componente fundamental para la mejor operación de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 133º edición. México, D.F; Editorial Porrúa; 2000.
2. Ley General de Salud. 16º Edición actualizada. México, D.F; Editorial Porrúa; 2000.
3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. México, D.F. Secretaría de Salud; 2001.

4. Las Acciones de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida. Formación de Líderes. México D.F.; Secretaría de Salud; 2003.
5. OMS. Prevención de las enfermedades crónicas. Informe general. Suiza; 2005.
6. Manual de Operación del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud (SICANASA), Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. México, D.F; Secretaría de Salud; 2002.
7. Presentación de Caminando a la Excelencia. Evaluación y Seguimiento de la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida y Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. Servicios de Salud de Veracruz – Departamento de Promoción de la Salud, 2004.
8. RIES, Al; TROUT, Jack. Posicionamiento: La batalla por su mente. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 2004.
9. Leonardo V. Los intereses académicos en la educación médica. Rev. Inv. Clin. 1987,39:Pp281-288
10. Cardaci, D (1997).Participación social y promoción de la Salud. Conferencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. México: Cocoyoc,Mor.
11. Leonard Lodish Howard Morgan, Amy Kallianpw, Positioning citado 2006 jul 15 disponible desde: http://media.wiley.com/produc_dataexcertp/42/04713824/0471382442.pdf·search='entrepreneur por ciento20positionning
12. Kline, N. La mercadotecnia social aplicada a la promoción de la salud,1999 disponible en URL:http://www.prohumana.cl/index
13. Priego H. Mercadotecnia en Salud. 2nd ed. México: Editorial RIMS; 2002.
14. Manual para la Prevención para la Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida , Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México, D.F.; Secretaría de Salud; 2002.
15. Portal del funcionario. Centro de información en salud. México, D.F.; citado 2006 jul 15 disponible desde: http://www.ssaver.gob.mx.
16. Programa Operativo Anual. Jurisdicción Sanitaria No. V Xalapa. Servicios de Salud de Veracruz; 2004.
17. Anaya, C, y Cols. “Diagnóstico de salud”, Centro de Salud José A. Maraboto C. ISP/UV. México; 2005.
18. Anaya, C, y Cols. “Reporte Institucional. Centro de Salud José A. Maraboto C. ISP/UV. México; 2005.
19. Sosa J. Navarro O. Comunicación directa; jul, 2006, comunicación directa.
20. Stefani, D. Teoría de la acción Razonada, Laboratorio de Evaluación Psicológica y educativa. Facultad de psicología. Universidad Nacional de Córdoba(Argentina). SSN N° 1515.
21. Morales, P.Medición de actitudes en Psicología y Educación. Ed.. Universidad Pontificia Comillas. Madrid; 2000. p43.
22. Hernández R, y Cols. Metodología de la Investigación 3ra. Edición. México, Editorial McGraw-Hill; 2003. p36
23. Morales, P. Medición de actitudes en Psicología y Educación. Ed. Universidad Pontificia Comillas. Madrid; 2000, p289, p425
24. Fernández R. y Cols. ¿Qué miden las escalas de actitudes? Análisis de un ejemplo para conocer los residuos urbanos. Ecosistemas 2003; citado 2006 jun 6 disponible desde: http://www.aeet.org/ecosistemas/032/educativa1.htm.

MODELO DE EVALUACIÓN DEL CURSO BÁSICO PARA CUIDADORES DE PERSONAS ENVEJECIDAS FRÁGILES

Alberto Morales Rodríguez y Charbel Elizabeth Rosas López
Asesores: Mtra. Martha Josefina Aguilar Nájera, Dr. Jorge Azamar Martínez, Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra

INTRODUCCIÓN

Como alumnos del segundo semestre de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana fuimos asignados para realización de las prácticas de campo correspondientes a los módulos de Gestión del Conocimiento II y Salud Pública II en la Coordinación Estatal del programa de la Escuela Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento (ENEAE) que corresponde al Departamento de Enseñanza y Servicios Médicos de la Delegación Estatal Veracruz del ISSSTE ubicado en la avenida Xalapa No. 205 Colonia Unidad del Bosque de la ciudad de Xalapa. En donde se planteó como objetivo principal la realización de un proyecto de intervención en el cual se pudieran desarrollar las competencias respectivas a ambos módulos.

Familiarizándonos con los contenidos de la ENEAE, pudimos constatar que dicha Escuela tiene tres ejes importantes:

1. Habilitar y formar coordinadores a nivel estatal a través de un programa-taller llamado: Programa Integral de Capacitación de Coordinadores, integrado por tres módulos; administrativo, médico y el último pedagógico.

2. Habilitar y formar instructores a partir de dos módulos: pedagógico y otro médico.

3. Habilitar y formar cuidadores a través de un programa llamado: Programa Modular para Cuidadores de Personas Envejecidas Frágiles, el cual es dirigido por instructores previamente capacitados, y se imparte a todas aquellas personas que tienen la necesidad de otorgar un mejor cuidado a adultos mayores, de acuerdo y según las necesidades de adquisición de técnicas y conocimientos que demande el cuidador. Es por esto que el programa se divide en tres niveles o cursos: básico, intermedio y avanzado, el primero de ellos que es el curso básico es el único que se encuentra operando actualmente a nivel estatal y es aquí donde nosotros junto con la Coordinadora del programa y nuestros asesores designados por el Instituto decidimos llevar a cabo la evaluación de dicho curso en donde pudimos darnos cuenta que desde septiembre de 2004 que fue la puesta en marcha del curso básico para cuidadores de personas envejecidas frágiles a nivel estatal, a la fecha, no cuenta con una evaluación sistemática de la operación de tal curso, así como de los mismos participantes; lo que trae como consecuencia la no identificación de deficiencias, necesidades, logros o impacto que pudiera tener en especial este curso dificultando la retroalimentación y control a partir de la identificación de estas necesidades y su mejora permanente.

Es debido a todo lo antes mencionado que se tiene la propuesta de la creación de un modelo de evaluación para tal curso el cual permita la retroalimentación permanente y confiable de sus avances y la detección oportuna de sus necesidades y/o deficiencias en todos sus componentes con el propósito fundamental de brindar una herramienta que permita evaluación y la mejora continua de las acciones formativas y la calidad de los servicios que brinda el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

MARCO CONCEPTUAL

Generalmente, las definiciones sobre la vejez y la tercera edad han sido formuladas desde la Biología o la Medicina. Para estas ciencias, la vejez no es más que un proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano, aunque, por su parte, las Ciencias Sociales hablan en sus definiciones del paso de una persona laboral y socialmente activa a una jubilación que excluye a los individuos de una comunidad: "la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social".

El fenómeno del envejecimiento entendido como la disminución del funcionamiento de todos los sistemas corporales, debido al deterioro gradual de las células del cuerpo es un problema de salud pública actual que tiende a agudizarse a futuro.

Se prevé que el envejecimiento poblacional impacte directamente en las características demográficas, específicamente en la estructura por edades, debido al aumento de la esperanza de vida, la disminución de la fecundidad y la mortalidad.

El envejecimiento poblacional está teniendo lugar por primera vez en la historia de la humanidad, ya que en muchos países la estructura por edades muestra una tendencia al cambio, muchas veces de forma dramática.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 había aproximadamente 600 millones de personas mayores de 60 años, lo cual representa el diez por ciento de la población total a nivel mundial.

En Europa y en América, concretamente, la población de más de 60 años sobrepasa ya el 20 por ciento del total. (OMS, 2003). Las causas de este fenómeno residen en el aumento de la esperanza de vida en todos los países desarrollados[6]; la disminución de la fecundidad y la mortalidad impactarán en la estructura por edades lo cual hace cada vez mas cercana una realidad que obligará a atender las necesidades de una población adulta mayor cada vez más numerosa.

México, al igual que otras naciones de la región, es uno de los países que en los últimos veinte años registra una creciente demanda en materia de servicios asistenciales para la población anciana. Aquí, el envejecimiento demográfico se presenta como uno de los fenómenos que impacta con crecientes repercusiones en los planos: social, económico, político y cultural.

El Estado de Veracruz no es la excepción en la notable presencia del crecimiento de población envejecida, ya que es en la actualidad, una de las tres entidades con más personas de edad avanzada; encabezando la lista el Estado de México con 13.1 por ciento, el Distrito Federal con 8.6 por ciento, Veracruz con 6.9 por ciento, Jalisco con 6.3 por ciento y Puebla con 5.1 por ciento. En datos absolutos, Veracruz para el 2004 contaba con 7 millones 378 mil habitantes, de los cuales cerca de 600 mil personas tenían más de 60 años lo cual representaba el 8.64 por ciento de la población.

Por tanto, el envejecimiento es un fenómeno que exige la participación interinstitucional en la planeación de leyes y políticas tales como: la Ley de los derechos de las personas adultas mayores en la cual se determinan sus derechos y principios, pero también los deberes del Estado, la sociedad y la familia, la política pública nacional con respecto a ellos, la concurrencia de la Federación, los estados y los municipios y los programas y las obligaciones de las instituciones políticas. que respondan a las necesidades de los adultos mayores de 60 años, entendidos no sólo como miembros de una familia, si no de la sociedad, como ciudadano con historia productiva, creador de riqueza social y con derechos para exigir que la sociedad y Estado devuelvan parte de su contribución en forma de asistencia integral.

Las instituciones deberían responder además a las demandas de un sector de esta población (mayor de 60 años) que requiere más ayuda de la que se le otorga, debido a la disminución acentuada de sus capacidades motoras y funcionales y que por lo tanto requiere de los cuidados de otra persona volviéndose dependiente de ella para poder realizar la mayor parte de sus actividades; nos referiremos a esta población como adultos mayores frágiles.

La atención a los ancianos exige nuevas formas de participación social y gubernamental se hace necesario conjuntar esfuerzos de familias y sociedad.

De aquí la necesidad de implementar procesos de adiestramiento de aquellas personas que tengan bajo su cuidado a un adulto mayor frágil y en el cuál se abordan temas primordiales para atender sus necesidades básicas; para fines del proyecto nos referiremos a este proceso como curso básico a cuidadores.

Por cuidador nos referiremos, entonces, a aquella persona responsable de la atención del adulto mayor que necesita ayuda, que convive diariamente con él y le presta todo tipo de cuidados. Puede ser un familiar como lo es más frecuente; aunque a veces es un amigo, vecino o un profesional contratado.

En relación al tema que nos ocupa, es importante también mencionar que en algunas instituciones se han puesto en marcha programas para la atención a adultos mayores que requieren de atención a la salud. Tal es el caso de la Secretaría de Salud donde se establece la coordinación y articulación de acciones vinculadas al tema del envejecimiento a nivel de organismos desconcentrados, gobiernos estatales, municipales, organismos privados y organizaciones civiles; aunque cabe destacar que no en todas ellas las personas mayores tienen algún nivel de participación en las instancias institucionales.

En el INAPAM, el Consejo Consultivo de los Adultos Mayores; participa asesorando al Director General de dicho organismo en temas referidos a programas sobre la vejez; está compuesto por personalidades destacadas de los adultos mayores, del sector académico, de la iniciativa privada y de algunas organizaciones civiles.

El DIF, en sus documentos rectores incluye la corresponsabilidad entre el Estado, la familia y las personas mayores en la aplicación de los programas institucionales, sin establecer los mecanismos particulares de participación de las personas de edad.

No obstante, es importante destacar que, en los últimos diez años las familias y las organizaciones civiles han tenido un papel protagónico en la satisfacción de necesidades de la población mayor de 60 años en la mayoría de las entidades de la república, por lo que su incorporación explícita en las acciones dirigidas a este grupo social no haría más que reconocer su protagonismo, así como involucrarlas en una práctica moderna del quehacer público[16].

Como buen ejemplo de esto último tenemos, el Programa de Educación No Formal con Adultos Mayores en Situación de Pobreza (PENF) él forma parte de una estrategia de intervención con adultos mayores: el "Modelo de Promoción y Atención de Ancianos y Ancianas en Situación de Pobreza en México", incluye distintas modalidades de atención con ancianos y ancianas de escasos recursos económicos.

A partir de julio del año 2002, se promueve con adultos mayores de delegaciones políticas del DF y algunos municipios del Estado de México, el aprendizaje de los derechos humanos y valores para la democracia como forma de vida social, para lo cual se capacita a voluntarios locales como educadores solidarios con el propósito de que promuevan el aprendizaje de temas y contenidos alusivos a la democracia como forma de vida social entre adultos mayores en situación de pobreza.

En el año 2003 se desarrollaron varios proyectos dirigidos explícitamente a realizar talleres sobre educación ciudadana, derechos humanos y valores para la democracia como forma de vida para promover iniciativas educativas no formales que estimulen la actividad y la participación organizada de las personas mayores en el entorno urbano popular desde las cuales se propicie el aprendizaje y análisis crítico, la organización autónoma de los adultos mayores, así como acciones que eviten y eliminen cualquier forma de maltrato y discriminación.

Entre las instituciones de salud es importante destacar que el perfil demográfico de la población cubierta por el ISSSTE es el más envejecido del país. Su población mayor de 65 años representa ya diez por ciento del total de la población usuaria con el consecuente incremento de enfermedades crónico-degenerativas.

Gran parte de esta población es pensionada lo cual ha creado una enorme presión sobre las finanzas de la institución y una gran demanda por recursos institucionales dedicados a la atención a la salud. Es por esto que esta institución ha puesto en marcha el Programa Escuela Nacional sobre Estudios y Atención del Envejecimiento (ENEAE) de reciente creación , la cual inició sus actividades en diez ciudades de la República comenzando con la Ciudad de Xalapa, Veracruz. En esta Escuela se forman "Cuidadores de personas envejecidas frágiles"; esto es, se capacitan familiares de los pacientes y se forman especialistas en Gericultura, Gerontología y Geriatría. La ENEAE funciona también en clínicas, Hospitales del ISSSTE y en todo lugar donde haya mexicanos que requieran de apoyo y estén interesados para atender a los adultos mayores. También la escuela opera en alianzas con gobiernos locales y estatales, organismos sociales e instituciones públicas de educación técnica y superior bajo la modalidad de un curso básico para cuidadores de personas envejecidas el cual como resultado de una evaluación del programa que nosotros realizamos pudimos darnos cuenta que desde septiembre de 2004 que fue la puesta en marcha de dicho a nivel estatal, a la fecha, no cuenta con una evaluación sistemática de su operación , así como de los mismos participantes; lo que trae como consecuencia la no identificación de deficiencias, necesidades, logros o impacto que pudiera tener en especial este curso dificultando la retroalimentación y control a partir de la identificación de estas necesidades y su mejora permanente[18].

Es debido a todo lo antes mencionado que se tiene la propuesta de la creación de un modelo de evaluación para tal curso el cual permita la retroalimentación permanente y confiable de sus avances y la detección oportuna de sus necesidades o deficiencias en todos sus componentes con el propósito fundamental de brindar una herramienta que permita evaluación y la mejora continua de las acciones formativas y la calidad de los servicios que brinda el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado[19].

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Evaluar el programa modular de capacitación a personas envejecidas frágiles para la realización de un proyecto de intervención en el cual se desarrollen las competencias de los módulos de Salud Pública II y Gestión del Conocimiento II.

- Crear y proponer un modelo de evaluación del curso básico a personas envejecidas frágiles para retroalimentar confiable y permanentemente sus avances permitiendo la detección oportuna de sus necesidades y/o deficiencias en todos sus componentes.

Objetivos específicos

- Diseñar y construir un instrumento de evaluación de aprendizajes de los participantes que ingresen al curso básico para conocer el nivel de conocimiento, habilidades y actitudes que tienen al inicio y al finalizar el curso.

- Diseñar y construir una estrategia de difusión del curso básico para cuidadores de personas envejecidas frágiles, el cual contemple el perfil de ingreso del participante, para que una vez programados los cursos estos estén conformados por todas aquellas personas que en realidad tengan bajo su cuidado un adulto mayor.

- Diseñar y construir un instrumento de evaluación integral del curso el cual contemple criterios como: logística del curso, desempeño del instructor, infraestructura, etc. para que se tenga un marco de referencia y a partir de ahí poder retroalimentar el curso de manera continua y con base al análisis de los resultados se pueden tomar decisiones para la mejora de este último.

- Diseñar y construir una carta programática la cual contemple determinados criterios señalados como: Objetivo general y específicos del curso, material didáctico, temas y subtemas, etc. con la finalidad de poder llevar a cabo el curso en su modalidad original de curso-taller y de esta manera los participantes adquieren los conocimientos, habilidades y actitudes que ofrece el curso a todos los participantes una vez de haberlo concluido.

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN

La intervención tuvo como escenario la Delegación Estatal Veracruz que se encuentra ubicada en la ciudad de Xalapa, dentro del Departamento de Enseñanza y Servicios Médicos en la Coordinación Estatal de la Escuela Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento a cargo de la Dra. Martha Josefina Aguilar Nájera.

Dicha Delegación Estatal Veracruz se encuentra ubicada en la Avenida Xalapa Número 205 Colonia Unidad del Bosque de la ciudad de Xalapa, Ver.

La Delegación Estatal en la cual estuvimos ubicados se encuentra estructurada de la siguiente manera:

- Tres subdelegaciones que corresponde a la: Subdelegación Administrativa, Subdelegación de Prestaciones Económicas y Subdelegación de Servicios Médicos; de esta última se derivan tres departamentos: el de Atención Médica, el de programación y Desarrollo y el de Enseñanza del cual se derivan dos coordinaciones: la de Servicios Médicos y la de Escuela Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento (Anexo 1. Figura 1).

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

La presente intervención esta estructurado en tres etapas con sus respectivas fases, las cuales mencionamos a continuación

PRIMERA ETAPA
Evaluación del programa: curso básico para personas envejecidas frágiles

Fases:

Fase 1. Familiarización con el programa/ recopilación de información: Realizar recopilación de información que nos permita identificar las variables que constituyen el curso básico para cuidadores envejecidas frágiles.

Se obtuvo la información de los cursos de capacitación realizados por el ISSSTE, a nivel estatal contenidos dentro del programa de capacitación, actualización y servicios educativos 2005 – 2006, catálogo de capacitación 2005, de éste se identificará el programas modular para cuidadores de personas envejecidas frágiles, el cuaderno de trabajo, el curso básico para cuidadores de personas envejecidas frágiles, de este el programa, la carta programática, el cuaderno de procesos básicos en el cuidado de personas envejecidas frágiles, se realizaron entrevistas a personal de la delegación y de la clínica hospital del ISSSTE, se identificó el programa operativo 2006, el paquete operativo para la operación de la capacitación.

Fase 2. Identificación, evaluación de los indicadores y sistematización de la información: se realizó sistematización de la información obtenida mediante la elaboración de una matriz de variables e indicadores que nos permita identificar y evaluar cada uno de los criterios que componen y con base a ésta en una tercera fase analizó de tal manera que nos permitió ir seleccionado paso a paso cada uno de los procesos con que cuenta el curso básicos de personas envejecidas frágiles.

Se elaboró un cuadro o matriz de los contenidos del programa en la que se identificó título, justificación, descripción, objetivos generales y particulares contenidos, metodología, actividades de aprendizaje y evaluación del curso básico, así como los contenidos de la carta programática fecha, hora, temas, objetivos, técnicas didácticas, material didáctico, evaluación, expositor y participantes.

Fase 3. Análisis de la información: se analizaron las variables identificadas en la primera fase de esta etapa, dicho análisis corresponde a los criterios que conforman el curso básico para cuidadores de personas envejecidas frágiles, en esta fase se logró identificar que sí existe una congruencia interna en cada uno de los indicadores identificados con los diferentes documentos rectores propuesto por el ISSSTE para la realización de cada uno de los diferentes cursos que ofrece la institución.

Fase 4. Informe final de la evaluación. (Anexo 2)

SEGUNDA ETAPA

Intervención: creación de un modelo de evaluación para el curso básico para personas envejecidas frágiles.

Descripción de la etapa: Las tomas de decisiones son componentes esenciales en el proceso de evaluación y es lo que lo hace diferente de otro tipo de investigaciones o estudios. Las acciones evaluativas cobran sentido en tanto soporte para la toma de decisiones. Éste es un elemento que adquiere importancia central y no siempre es tenido en cuenta por quienes llevan a cabo los procesos de evaluación o quienes lo demandan.

Volver la mirada sobre el componente de toma de decisión significa reconocer que toda acción de evaluación es una forma de intervención que trae aparejada la toma de decisiones en algún sentido y por lo tanto los procesos o fenómenos objetos de evaluación sufren algún tipo de modificación como consecuencia de las acciones de evaluación. Por ello se vuelve imprescindible tener presente con anterioridad cuáles son los propósitos o finalidades que se persiguen con la evaluación propuesta.

Teniendo en cuenta lo antes dicho resulta oportuna, en términos generales, la definición de evaluación la cual se denomina como un proceso de obtener información y usarla para formar juicios que a su vez son utilizados en la toma de decisiones.

Por lo que ya habiendo sido evaluado el curso básico para cuidadores de personas envejecidas frágiles y obtenidos los resultados, se presentan las siguientes fases de esta etapa de intervención con la finalidad de retroalimentar los procesos del curso básicos para personas envejecidas frágiles.

Fase 1. Búsqueda y análisis de modelos de evaluación

- Selección de un modelo
- Análisis del modelo seleccionado

Respecto a los dos puntos anteriores cabe mencionar que se realizó una búsqueda intensiva de diferentes modelos de evaluación de programas de capacitación y formación educativa como: el modelo que propone Barbier J.C. denominado "Modelo de evaluación de capacitación para cursos de jóvenes con VIH en América Latina" y el modelo que propone que propone Gallart ,M.A. denominado "Instrumento de evaluación de programas de educación vial", de los cuales construimos uno solo tratando de que este ultimo retomara los criterios de evaluación que se mencionan en el informe final de la evaluación del curso básico, los cuales se refieren en la fase siguiente.

Fase 2. Identificación de los criterios que conforman el programa a evaluar

- Elaboración del modelo de evaluación del curso básico (Anexo 3)
- Piloteo del modelo propuesto.

Fase 3. Elaboración de instrumentos para evaluación

- Instrumento de evaluación integral del curso
- Instrumento de evaluación de aprendizajes de los participantes,

Se construyó un instrumento que nos permitió evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes del cuidador en la familia, su importancia, limitaciones, capacidades, temores, la adaptación de la vivienda, la higiene, la movilización, la alimentación, orientación nutricional, ejercicios y técnicas de rehabilitación en los cuidadores del adulto mayor.

El cuestionario contiene preguntas categorizadas que nos permite identificar los conocimientos así como poder identificar las habilidades y sus actitudes, las actitudes se evaluarón aplicando una escala de Likert.

Las habilidades se evaluaron con preguntas en la que se describen los pasos a seguir en las actividades diarias que realiza. A este cuestionario se le realizarón en un primer paso una prueba en cinco personas ya capacitadas y a cinco personas no capacitadas, se realizaron las correcciones o ajustes correspondientes para que pase a ser validado.

Se validó el cuestionario con expertos maestro del Instituto de Salud Pública, una vez realizado este proceso se realizaran las correcciones sugeridas. Se construyó un instrumento para evaluación en forma integral del curso básico en sus cuatro componentes; evaluación al desempeño del instructor, al desarrollo del curso, servirá para tomar decisiones acerca de contrataciones futuras o para solicitar mejoras en el servicio, evaluación de los Recursos Didácticos, Congruencia Tema /Función real ésta calificación se verificará la congruencia de los contenidos programados con respecto a las funciones que desempeña el personal que asistió al curso, logística del curso se trata de la evaluación a la logística con la que se llevó el curso y sirve para conocer el desempeño de la Dependencia o Delegación en la organización, difusión y coordinación del curso.

RESULTADOS

PRIMERA ETAPA

Evaluación del programa: curso básico para cuidadores de personas envejecidas frágiles.

Fases:

1.1. Recopilación de información.
1.2. Identificación, evaluación de las variables y sistematización de la información.
1.3. Análisis de la información. (Resultados)
1.4. Elaboración del informe de la evaluación

Resultados de la primera etapa:

Identificación de criterios (catálogo de capacitación 2005 y programa de capacitación, actualización y servicios educativos 2005-2006)

PROGRAMA MODULAR.

Criterios identificados

- Integración del programa
- Módulos con objetivo general específicos
- Contenidos curricular del programa,
- Perfil del participante,
- Metas a cumplir por año,
- Sedes y nivel en el que opera el programa (curso básico)

Resultados de evaluación

Congruencia entre la operacionalización de estas variables y lo que mencionan los documentos rectores.

CURSO BÁSICO
Variables identificadas

1. Objetivo general y especifico del curso
2. Difusión del curso a la población
3. Carta programática
4. Evaluación
   - A los participantes
   - A los instructores
   - Al curso
5. Perfiles
   - Del instructor
   - Del participante

Resultados de la evaluación

1. Dentro de estos objetivos no se lleva a la operacionalización el que respecta a la adquisición de habilidades

2. No se cuenta con una estrategia de difusión del curso.
3. Carta programática no se identifica:
   - Contenido del curso por tema y subtema
   - Objetivo general
   - Técnicas didácticas
   - Horario de inicio y término de por tema
   - Duración total del curso
   - Número de semanas y secciones
   - Evaluación de aprendizajes
   - Bibliografía
   - No existe un instrumento que evalúe el aprendizaje de los participantes
   - Existe una hoja de evaluación del instructor, pero éste tiene utilidad administrativa.
   - Existe una hoja de evaluación al curso que al igual que la hoja de evaluación del instructor tiene utilidad administrativa.
   - Existe un perfil específico del instructor, el cual opera como tal.
   - Existe el perfil, pero en la realidad no se operacionaliza como tal.

SEGUNDA ETAPA

Intervención: Creación de un modelo de evaluación

2.1. A partir de la evaluación del programa integrar un modelo que permita la sistematización de la información para evaluar el curso.
2.2. Búsqueda y análisis de modelos de evaluación.
2.3. Identificación de los criterios que conforman el programa a evaluar.
2.4. Elaboración de instrumentos que apoyen el modelo de evaluación.

Resultados de la segunda etapa

Variable	Propuesta	Producto
Objetivo de adquisición de habilidades.	Ejecutar el curso en forma de taller basado en las técnicas participativas y de procedimientos que se proponen en la carta programática	Carta programática
Difusión del curso y perfil del participante.	Diseño y construcción de carteles como estrategia de difusión para la población derechohabiente y no derechohabiente especificando como único requisito el tener a su cuidado un adulto mayor.	Cartel
Carta programática	Diseñar y construir una carta programática la cual contemple los siguientes criterios: Contenido del curso por tema y subtema Objetivo general	Carta programática integral
Evaluación	Propuesta	Producto
A los participantes	Diseñar y construir un instrumento el cual evalúe el aprendizaje pre y post de los participantes tomando como criterios: conocimientos, habilidades y actitudes.	Instrumento pre y post de evaluación de aprendizaje y base de datos (ver anexo 4)
A los instructores y al curso	Diseñar y construir un instrumento que evalúe de manera integral el desempeño del instructor y el curso en general considerando otros criterios.	Instrumento de evaluación integral del curso y base de datos

TERCERA ETAPA

Validación de instrumentos

Se validaron los productos de la intervención (instrumentos) con un grupo de tres expertos en programas de salud: Jefe del Departamento de Medicina Preventiva de la Delegación ISSSTE Dr. Cadena, Dra. Martha J. Aguilar Nájera Coordinadora de la Escuela Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento y Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez Coordinador del Área disciplinar de Comunicación en Salud.

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

Como equipo de trabajo

Durante la estancia en el escenario asignado y en los diferentes momentos vividos a través del desarrollo de nuestra intervención nos permitió darnos cuenta de que el trabajo en equipo da mejores resultados comparados con el trabajo individual, esto quedó demostrado al momento del diseño y la construcción del modelo de evaluación y sus resultados la cual provocó en el equipo la búsqueda de información en diferentes escenarios, medios electrónicos, entrevistas personales a los involucrados y la relación con otras personas externas como miembros del sindicato pensionados del ISSSTE, esta fusión de experiencias positivas generó nuevos conocimientos en nuestra formación, objetivo primordial de los módulos de Salud Pública 2 y Gestión del Conocimiento 2, en la que se tenían que poner en marcha las competencias transversales esto rectifica una vez más que el trabajo en equipo es mejor, y que el apoyo mutuo siempre vencerá los peores obstáculos a los que hay que enfrentar en la realidad de manera cotidiana.

Cada uno de nosotros desde el Instituto de Salud Pública hasta la delegación del ISSSTE, los diferentes actores pudimos adquirir conocimientos, habilidades, mejorar nuestras destrezas, cada uno aportando lo mejor para que se cumpliera en los mejor posible el objetivo de nuestro trabajo como un equipo que siempre cultivó la idea de aprender unos de otros.

Como evaluadores

Al principio pensamos que hay un poco de falta de confianza esto creemos que es debido a que se desconoce en primera intención el propósito de nuestro trabajo o motivo por el cual estamos haciendo presencia en el área que fuimos asignados no por desconocer el propósito como alumnos de la maestría, sino por el tipo de prácticas a la que nos vamos enfrentar, pero en la medida que nos fuimos adentrando en conocer el por qué de nuestra presencia y que nuestro trabajo y que éste sería el llevar a la práctica una evaluación donde es un trabajo muy delicado y requiere de gran responsabilidad, conocimiento e imparcialidad para ejercer la evaluación considerada a ésta en la que se tiene que intervenir para tomar decisiones y que teníamos que evaluar un programa de mucha importancia como el de la Escuela Nacional para Estudio y Atención al Envejecimiento, por lo que consideramos que respondimos de manera favorable a los diversos obstáculos que se nos presentaron como evaluadores, logrando los objetivos y competencias planteadas por ambos módulos: Gestión del Conocimiento II y Salud Pública II, adquiriendo las herramientas necesarias para futuros trabajos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Durante la estancia participamos en un curso de formadores de cuidadores de personas envejecidas frágiles en la que convivimos de manera directas con estas personas, así como con personas que ya habían llevado el curso dentro del área de trabajo y pudimos constatar las diferentes opiniones de los participantes que han sido capacitados hasta la fecha refieren que el curso les ha beneficiado tanto en la

forma de atender a la persona envejecida a su cargo como en ámbito personal, por lo que podemos concluir de primera intención que esto no fuera posible sino hubiera un buen desempeño por parte de la coordinación del programa, por lo que el curso esta dando buenos resultados y que como estrategia propuesta por la Escuela Nacional para Estudio y Atención al Envejecimiento en beneficio de mejor calidad de vida de los ancianos.

- Es recomendable llevar a la operacionalización el modelo de evaluación que se propone, éste integra todos los criterios que permiten homogenizar y facilitar a los instructores la aplicación sistematizada del curso.

- Para cumplir con los objetivos propuestos es recomendable realizar una difusión del curso básico a toda la población que cumpla con el perfil del participante (tener al cuidado un adulto mayor) con la finalidad que los cursos estén integrados por aquellas personas que en realidad necesitan capacitarse para proporcionar una mejor calidad al anciano que tengan a su cuidado.

- Una vez concluido el curso se hace indispensable la aplicación del instrumento de evaluación de aprendizaje (pre y post) a los participantes que cumplieron el perfil, con la finalidad de que se tenga información de los conocimientos, habilidades y actitudes de los participantes.
- Para cumplir con el objetivo propuesto y medir la adquisición de las habilidades se recomienda operacionalizar el curso apegado a la carta programática propuesta haciendo uso de las técnicas participativas y procedimientos para el manejo y cuidado del anciano.

- Al concluir el curso se recomienda aplicar al participante el instrumento de evaluación integral del curso, para tener información sobre cada uno de los componentes de éste en el desempeño de los instructores, la infraestructura, los materiales utilizados y la logística.
- Al finalizar cada curso se debe capturar los datos de cada uno de los participantes a la base de datos propuesta para que una vez registrados se analicen y permitan retroalimentar el curso y tomar decisiones para una mejora continua de este último.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbier, J.C. (1998): “Modelo de evaluación de capacitación para cursos de jóvenes con VIH en América Latina” en Gautié, J. y Neffa, J.C. (1998): Desempleo y políticas de empleo en Europa y Estados Unidos, Buenos Aires, PIETTE, pp. 373-387
2. Borges-Yáñez S.A., Gómez-Dantés H., Gutiérrez-Robledo L.M., Fabián-San Miguel G., Rodríguez R. (1996). Utilización de los servicios hospitalarios por la población anciana de la ciudad de México. Salud Pública de México. 38: 475-485.
3. Castro V., Gómez-Dantés H., Negrete-Sánchez J., Tapia-Conyer R. (1996). Las enfermedades crónicas de las personas 60-69 años. Salud Pública de Méx. 38: 438-447. Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud de México.
4. Carlos Rodríguez Ajenjo. El papel de las instituciones públicas en la atención de la tercera edad. op. cit.P. 62 y siguientes.
5. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC). Secretaría de Salud. México. 1993.
6. Gallart, M.A. (2000): “Instrumento de evaluación de programas de educación vial” en Gallart, M.A (coord) (2000): Formación, pobreza y exclusión, Montevideo CINTERFOR, pp. 241-302.
7. INEGI, Estadísticas sociodemográficas por grandes grupos de edad, según entidad federativa, 1997.
8. La información sobre el panorama global del envejecimiento y la salud fue tomada de Davies, A.M. "Ageing and health in the 21st century: an overview" Position Paper. Ageing and health, a global challenge for the twenty-first century. Proceedings of a WHO Symposium. Kobe, 10-13 November, 1998.

9. Lozano-Ascencio R., Frenk-Mora J., y González-Block M.A. (1996). El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. Salud Pública de Méx. 38: 419-429.

10. Morrison-Bogorad M. (1998). Neuroscience and neuropsycology of aging: from basic science to clinical research. Neurosc. Newlett. 29:10.

11. Murray y López, 1996, citado por Roberto Ham Chanden, op. cit. P. 51.

12. Omran A.R. (1971). The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem. Fund. Q.

13. Pelaez, Martha. Introducción. Manual Básico de Geriatría y Gerontología. OPS, Fundación Novartis.

14. Roberto Ham Chanden. Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. "El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. CONAPO. México. Julio, 1999.

15. Tapia-Conyer R., Cravioto P., Borges-Yañez S.A., y De la Rosa B. (1996). Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México. Encuesta Nacional de Adicciones 1993. Salud Pública de México. 38:458-465.

16. Tuirán, Rodolfo. Envejecimiento Demográfico de México: Retos y perspectivas. Consejo Nacional de Población. México, julio, 1999. P. 17-18.

17. Verónica Montes de Oca. Relaciones familiares y redes sociales. op. cit. P. 99 y 100.

ANÁLISIS DEL PROCESO DE ABASTO DEL CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA DE TERCIARIZACIÓN PARA EL SEGURO POPULAR

Esmeralda Bernal Aguilera, Gpe. Berenice Santos Adolfo y Perla Madahí Calderón Rodríguez
Asesores: Dra. Lizzi Elena García Ortiz, Dr. Eduardo Abraham Leines Barrera, Dr. John Pérez Rodríguez, Dr. Jorge Solano, Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez

INTRODUCCIÓN

A partir de la problemática del abasto de medicamentos en el país se desarrollan diferentes acciones encaminadas a contrarrestar dicho problema por parte de las instancias competentes en el tema; es el caso de la Unidad de Protección social en Salud que en el Estado de Veracruz pretende lograr, a través de la estrategia de terciarización, el abasto oportuno de medicamentos para los usuarios afiliados del Seguro Popular, implementada a partir del 1º de abril del 2006. Dicha estrategia consiste en contratar un servicio de farmacia el cual incluye dos modalidades: sistema de farmacia "CON MÓDULO" y sistema de farmacia "SIN MÓDULO".

Con base en lo anterior, el presente documento tiene la finalidad de analizar la ejecución de dicha estrategia a través de los lineamientos para el control y suministro de medicamentos en unidades médicas de primer nivel de atención para los afiliados del Seguro Popular, celebrado por los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) y la empresa Farmacia de Genéricos SA de CV en la Jurisdicción Sanitaria No. IV, con sede en Martínez de la Torre, Ver.

Dicho análisis se realizó partiendo de los resultados obtenidos mediante cuestionarios dirigidos a los prestadores de servicio, encargados de los módulos de farmacia y usuarios afiliados al Seguro Popular. De manera general se puede mencionar que se encontraron diferencias sustantivas en las unidades médicas dependiendo de la modalidad del sistema de farmacia que opere en dicha unidad.

Lo anterior permitió la formulación de propuestas de intervención para mejorar u optimizar el cumplimiento de la estrategia de terciarización ya mencionada.

MARCO CONCEPTUAL

El Sistema de Salud

El sistema de salud actual tiene casi 60 años de existencia, desde su fundación ha tenido diversas reformas que guían hacia la búsqueda de respuestas sobre las demandas de cobertura que ofrezcan una adecuada atención para toda la población[1], para favorecer dichas demandas y ante los cambios de la vida social y política del país, en el Estado de Veracruz, por acuerdo nacional se lleva a cabo la descentralización en los Servicios de Salud (SS) a partir del día 7 de marzo de 1997; contando desde ese momento con estructuras de apoyo como fomento sanitario, planeación y administración; haciéndose responsable del control y seguimiento de los recursos humanos, físicos y materiales existentes, así como del establecimiento, operación y adecuación de programas de salud. Siendo su objetivo principal el de lograr la óptima organización y funcionamiento de los SS para población abierta a fin de garantizar a la población la disponibilidad y accesibilidad de servicios de calidad y la satisfacción de los usuarios internos y externos[2].

Antecedentes de creación del Sistema de Protección Social en Salud

Obedeciendo a una política de reformas que se han venido presentando en América Latina y en otros países en vías de desarrollo, la descentralización de los SS pretende dar solución a la ineficiencia, inequidad, altos costos, baja cobertura y escasa efectividad de los mismos asociada al centralismo[3]; posterior a la descentralización en México en los años ochentas[4], el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) surge de la necesidad de proveer una alternativa de protección social en salud mediante un nuevo esquema de aseguramiento público en salud. Esto se consolida con la reforma y adición a la Ley General de Salud (LGS), en donde se establece el esquema del aseguramiento por medio de financiamiento federal. Institucionalmente, la protección financiera se fundamenta en la estrategia 5 planteada en el Programa Nacional de Salud (PRONASA) de la siguiente manera: "Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna en salud". En particular, bajo esta estrategia se incluye la línea de acción 5.1 que consiste en: "Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular"[5].

Marco Nacional

En respuesta a lo establecido en la reforma reciente a la LGS con la implantación del SPSS, se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), la cual tiene como objetivo, en su carácter de órgano desconcentrado, la ejecución de las tareas establecidas en la LGS para el SPSS[5].

Algunas de sus atribuciones principales que en este documento se destacan es la que se encuentra en el Reglamento Interno de la CNPSS, que en su articulo 4, en la fracción XII, menciona que "le corresponderá a la Comisión el promover, en coordinación con los Regímenes, una política en materia de medicamentos para asegurar su eficiente abasto, distribución, entrega al beneficiario y uso racional"[6]. Aunado a la reforma a la ley el Consejo de Salubridad General (CSG), establece que "las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos dentro del cuadro básico de medicamentos para el primer nivel de atención médica y, para el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos", asociados al Catalogo Universal de Servicios de Salud 2006 (CAUSES)[7].

En el caso de organizaciones internacionales, la OMS desarrolla una estrategia similar para garantizar el acceso a los medicamentos esenciales en algunas regiones del mundo con economías emergentes, implementando mecanismos tales como el establecer un listado de medicamentos esenciales[8], guías de tratamientos estándar[9] y un convenio con farmacias de genéricos[10] que promueven el acceso de todos los medicamentos requeridos para una adecuada atención a la salud.

PROBLEMATIZACIÓN DEL PROYECTO

La Unidad de Protección Social en Salud (UPSS), considera la problemática del bajo surtimiento de recetas a pacientes afiliados al Seguro Popular, abasto poco oportuno en los almacenes de las unidades médicas, diferencia entre el número de claves de medicamentos que se manejan en los cuadros básicos del Seguro Popular y la Secretaría de Salud, así como las quejas de los usuarios al no recibir el medicamento preescrito, problemática que se ha venido presentando de manera general en todo el territorio nacional; por lo anterior el SPSS en el Estado de Veracruz, establece la estrategia de terciarización (que obedece a estrategias federales), su objetivo principal es partir de un modelo de abasto en Seguro Popular de medicamentos que genere la mejor relación costo-beneficio y que considere un modelo a largo plazo del sector siendo un mecanismo mediante el cual, el surtimiento de recetas para los pacientes de las Redes de Servicios, sea del 100 por ciento. Asimismo, este mecanismo trasmite la responsabilidad del abasto y manejo de inventarios a

la empresa adjudicada. Partiendo de lo anterior surge la intervención a desarrollar que tiene como objetivo general:

Analizar la ejecución de la estrategia de terciarización a través de los lineamientos para el control y suministro de medicamentos en unidades de salud del primer nivel de atención para los afiliados al Seguro Popular celebrado por SESVER y la empresa Farmacias de Genéricos S.A. de C.V. en la Jurisdicción Sanitaria No. IV de Martínez de la Torre. Veracruz, con la finalidad de formular propuestas de intervención que mejoren u optimicen el cumplimiento del convenio de terciarización.
Objetivos Específicos

- Identificar por medio de un diagnóstico situacional el proceso de abasto de medicamentos a partir de los lineamientos establecidos para el control y suministro de medicamentos en unidades de salud de primer nivel de atención para los afiliados al Seguro Popular que surte la empresa Farmacias de Genéricos SA de CV.

- Conocer, analizar y evaluar el grado de conocimiento de los implicados en el proceso (prestador de servicio médico, usuario del servicio y el proveedor de medicamentos) sobre los lineamientos del convenio para la ejecución de la estrategia de terciarización emitidos por SESVER.

- Establecer con base en los resultados, propuestas de intervención sobre puntos estratégicos para mejorar los procesos de abasto de medicamentos establecidos en los lineamientos para el control y suministro de medicamentos en unidades de salud

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN

Este proyecto de intervención se llevó a cabo en la Jurisdicción Sanitaria No. IV, Martínez de la Torre, de este Estado de Veracruz; puesto que en dicha jurisdicción inició la operación del Seguro Popular en el año 2003 y se realizó una prueba piloto sobre la estrategia de terciarización en el abasto de medicamentos durante diciembre de 2005 a enero de 2006 en la Red de Servicios de Misantla; que pretendió subsanar los puntos críticos en el suministro de medicamentos financiados públicamente que son entre otros, la suficiencia en el abasto que obedece al financiamiento, la transparencia en las compras, la eficiencia que consideraría comprar expresamente lo necesario, la distribución y el eficiente surtimiento de recetas[11]. Derivado de estos resultados, se tomó la decisión de implantar este mecanismo en todas las Redes de Servicio en el Estado de Veracruz el 1º de abril del 2006.

El Seguro Popular se implementó en el Estado de Veracruz a partir del 1º de octubre del 2003 en dos de las once Jurisdicciones Sanitarias; la Jurisdicción No. III, con sede en la ciudad de Poza Rica, iniciando con la afiliación de 1,897 familias, en diez Centros de Salud pertenecientes al municipio de Papantla, con referencia al hospital de Poza Rica; y en la Jurisdicción No. IV, con sede en la ciudad de Martínez de la Torre, con un total de 14,073 familias afiliadas en 49 Centros de Salud pertenecientes a doce municipios, con referencia a los hospitales de Misantla, Martínez de la Torre y Gutiérrez Zamora. Para el primer trimestre del 2006 la afiliación corresponde a siete Jurisdicciones, con un total de 300,822 familias en 115 municipios[12] (Anexo 1).

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Este proyecto fue de tipo evaluativo, la metodología se dividió en cinco etapas en donde se identificó el proceso de abasto de medicamentos dentro de los SESVER de acuerdo a la estrategia de terciarización, con base en los lineamientos establecidos en el convenio para el control y suministro de medicamentos en

unidades de salud del primer nivel de atención para los afiliados al Seguro Popular que surte la empresa Farmacias de Genéricos SA de CV (Anexo 2).

Primera etapa

Consistió en conocer y analizar el contenido de los lineamientos operativos sobre el control y suministro de medicamentos en unidades de salud de primer nivel de atención médica que surte la empresa Farmacia de Genéricos S.A. de C.V. para el Seguro Popular, emitidos por SESVER en mayo del 2006 para ejecutar la estrategia de terciarización. Dicho análisis se realizó mediante una lectura sistemática y comentada acerca de su contenido por parte de las investigadoras, identificando los lineamientos para la operación de la estrategia de terciarización, así como los actores implicados en dicho proceso. El documento analizado se encuentra dividido en seis apartados: De las obligaciones y responsabilidades de la empresa, de las obligaciones y responsabilidades de los SESVER, de la operación de los centros de salud con y sin módulo, de la prescripción y receta médica, registro de la información y por último contempla los casos de faltantes de claves o cantidades insuficientes.

Dichos apartados tiene el objetivo de definir las obligaciones y compromisos que debe llevar acabo la empresa y sus empleados; las intervenciones que deben llevar a cabo los médicos tratantes de los usuarios afiliados al Seguro Popular y los criterios que se deben conocer para la efectiva operación de la estrategia.

Segunda etapa

La muestra de unidades médicas seleccionada para la realización de la intervención del proyecto fue aleatoria estratificada, tomada de entre 55 unidades médicas que operan el Seguro Popular en la Jurisdicción Sanitaria IV, conformadas en cinco redes de referencia a hospitales ancla, con un registro oficial de 19 unidades que cuentan con módulo y 36 sin módulo de farmacia. La muestra final correspondió a un total de 10 unidades médicas, de las cuales el 60 por ciento no cuenta con módulo de farmacia y 40 por ciento si cuenta con éste (Anexo 3).

A partir del análisis de los lineamientos antes mencionados, se elaboraron tres cuestionarios dirigidos y aplicados a través de la técnica de entrevista al empleado responsable del módulo de farmacia, el cual contiene 28 preguntas; al prestador de servicios, con 37 preguntas y al usuario afiliado al Seguro Popular, con 15 preguntas. El instrumento se organizó en secciones, de acuerdo al planteamiento de los lineamientos, incluyéndose una sección con preguntas elaboradas con la intencionalidad de conocer la perspectiva de los implicados y la problemática con la que se enfrentan durante la ejecución de la estrategia de terciarización (Anexo 4).

Para fortalecer el análisis de la operación de la estrategia, se elaboraron listas de cotejo que permitieron corroborar a través de la observación el cumplimiento de los lineamientos establecidos, éstas fueron dirigidas a los empleados responsables del módulo y al prestador de servicio.

Todos los instrumentos fueron validados metodológicamente con respecto al impacto sobre los objetivos del proyecto y considerando su coherencia interna y externa; además se sometieron a una revisión de expertos, siendo el personal de la Jurisdicción IV de Martínez de la Torre, quienes cooperaron con esta tarea; específicamente de la jefatura y coordinación de atención médica de la misma.

Tercera etapa

Se visitaron las unidades médicas previstas en la muestra y de acuerdo al cronograma establecido para la aplicación del instrumento elaborado, tomando en consideración el horario de atención de las unidades proporcionado por la jurisdicción (Anexo 3).

Cuarta etapa

La base de datos para la captura de los resultados obtenidos por los instrumentos, se diseño con base en las secciones y los ítems contemplados dentro de cada uno. Fue realizada en el programa SPSS en su versión 12.0 para Windows.

Quinta etapa

Con base en el análisis de los resultados se procedió a la formulación de propuestas de intervención para mejorar u optimizar el cumplimiento por parte de los implicados en el proceso de terciarización establecido en los lineamientos, a partir de las fortalezas y oportunidades de mejora identificadas en el proceso.

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a la información obtenida a través de los instrumentos construidos (cuestionarios y listas de cotejo) para conocer el proceso en la práctica, de la estrategia de terciarización al interior de las unidades médicas de acuerdo al personal involucrado en las diferentes etapas del proceso. En el caso de los prestadores de servicio de salud y el responsable del módulo de farmacia, la intención del cuestionario fue saber cuál es el conocimiento que tienen sobre el proceso de la estrategia, en el caso de las listas de cotejo la intencionalidad fue conocer la ejecución del proceso en la práctica a través de la observación, todo lo anterior con base en los Lineamientos para el control y suministro de medicamentos en unidades de salud de primer nivel de atención médica, que surte la empresa Farmacia de Genéricos SA de CV; en el caso del usuario afiliado al Seguro Popular, con quien culmina el proceso de abasto, se busco indagar acerca de la información que le proporciona el médico así como del encargado del módulo de farmacia (según el caso) para hacer efectiva la entrega de los medicamentos prescritos al 100 por ciento en su receta médica.

Cuadro 1. Resultados más sobresalientes de la información obtenida del prestador de servicio de las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria No. IV

VARIABLES ESTABLECIDAS POR LAS INVESTIGADORAS	CUESTIONARIO	
	CON MÓDULO	SIN MÓDULO
Ficha de identificación		
Unidad médica: modalidad de servicio de farmacia	30% UM con módulo	70% UM sin módulo
Prestadores de servicio entrevistados	100% Médicos	86% Médicos, 14% Enfermeras
Tipo de contratación	34% Pasantes en S. S. 33% Base, 33% Contrato	71% Pasante en S. S., 29% Base
Generalidades		
Inicio de operación del SP en las UM	34% No sabe, 33% 2003, 33% 2004	29% 2003, 29% 2005, 28% No sabe, 14% 2004
Tiempo de operación del SP por parte del prestador de servicio	100% de 1 a 2 años	86% Menos de 1 año 14% de 1 a 2 años
Recepción de medicamentos en las UM, proporcionados por la empresa	67% principios de abril 33% principios de marzo	86% principios de abril 14% no sabe cuando lo recibió
A partir del 1º de abril: entrega de medicamentos a los usuarios	34% entrega en marzo 33% entrega en mayo 33% entrega en junio	43% entrega en abril 43% entrega en mayo 14% entrega en junio

Fuente: Cuestionario dirigido a prestador de servicio, ISP 2006.

Cuadro 2. Resultados más sobresalientes de la información obtenida del prestador de servicio de las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria No. IV

LINEAMIENTOS OPERATIVOS	CUESTIONARIO		LISTA DE COTEJO	
	CON MODULO	SIN MÓDULO	CON MÓDULO	SIN MÓDULO
De las obligaciones y responsabilidades de la empresa Farmacia de Genéricos S.A. de C.V.				
Conocimiento de las claves (97) proporcionadas por la empresa.	100% Sí las conoce	86% Sí las conoce 14% No las conoce	90% No presencia claves 10% Sí presencia claves	80% no presencia claves 20% Sí presencia claves
Medicamentos deben corresponder a GI y de marca.	100% Sí se cumple	86% Sí se cumple 14% No sabe	100% cuenta con GI y de marca	100% cuenta con GI y de marca
Periodo de caducidad mínimo establecido.	67% No conoce 14% SÍ conoce	100% No conoce	100% con caducidad adecuada	100% con caducidad adecuada
Traslado de los medicamentos	100% Es a cargo de la empresa	100% Es a cargo de la empresa	No aplica	No aplica
Procedimiento para surtir los faltantes de medicamentos.	67% Si conoce 33% No conoce	57% Si conoce 43% No conoce	No aplica	No aplica
Horario de atención adecuado a la UM	100% Sí cumple	100% Sí cumple	No aplica	No aplica
Responsable del control, manejo, colocación, verificación y revisión de caducidades de medicamentos.	100% Encargado del módulo	100% Médico	No aplica	No aplica
Atención del encargado del módulo a los usuarios.	100% Brindan un buen trato	No aplica	100% brindan trato amable	No aplica
Otorgar calendario de surtimiento y directorio de centros de distribución.	100% No les fue proporcionado	100% no les fue proporcionado	No aplica	No aplica
De las obligaciones y responsabilidades de los SESVER				
Surtir 46 claves que completan el cuadro básico.	67% Sí conoce 33% No conoce	71% Sí conoce 29% No conoce	No aplica	No aplica
Supervisión, seguimiento y control del servicio de farmacia.	67% Sin supervisión 33% Supervisados	57% Sin supervisión 43% Supervisados	No aplica	No aplica
Recepción, manejo y acomodo al dotar de medicamentos.	67% Encargado del M. 33% Médico.	100% Médico apoyado por equipo de salud.	No aplica	No aplica

LINEAMIENTOS OPERATIVOS	CUESTIONARIO		LISTA DE COTEJO	
	CON MÓDULO	SIN MÓDULO	CON MÓDULO	SIN MÓDULO
De la operación de los centros de salud				
Medicamentos separados surtidos por los SESVER y por la empresa	No aplica	No aplica	100% Se tienen separados	86% se tienen separados 14% No separados
Ordenar medicamentos por sólidos, líquidos y ampolletas.	No aplica	No aplica	33% ordenados 67% no ordenados	14% ordenados 86% no ordenados
Medicamentos identificados con marbetes	No aplica	No aplica	33% marbetes requisitados 67% no cuentan con marbetes	100% no cuenta con marbetes requisitados
Medicamentos guardados en cajas o bolsas	No aplica	No aplica	100% tienen medicamentos guardados	84% medicamentos guardados 16% medicamentos no guardados
Médico responsable de control de inventario, registro de información, para SESVER y SP.	34% Médico 33% Administradores 33% Encargado del M.	100% Médico	100% Sí cumple	100% Sí cumple
De la prescripción y receta médica				
Prescripción en apego al CAUSES.	100% Tiene el CAUSES	100% Tiene el CAUSES	100% Tiene el CAUSES	71% Tiene el CAUSES 29% No lo tiene.
Utilidad del CAUSES	100% Conoce utilidad	71% Conoce su utilidad 29% No la conoce	No aplica	No aplica
Manejo de recetas para la prescripción de medicamentos surtidos por la empresa.	100% Manejo de acuerdo a lo establecido	100% Manejo de acuerdo a lo establecido	100% Sí cumple.	100% Sí cumple

LINEAMIENTOS OPERATIVOS	*CUESTIONARIO*		LISTA DE COTEJO	
	CON MÓDULO	SIN MÓDULO	CON MÓDULO	SIN MÓDULO
Manejo de recetas para la prescripción de medicamentos surtidos por SESVER.	100% Sí sabe manejo	100% Sí sabe manejo	100% Sí cumple	100% Sí cumple
Manejo de recetas para la prescripción de medicamentos surtidos por la empresa y SESVER	100% Sí sabe manejo	100% Sí sabe manejo	100% Sí se cumple	71% Sí se cumple 29% No se cumple
No se deberán hacer cambios de medicamentos a petición del encargado del módulo.	67% No ha tratado de hacer cambios 33% Sí ha tratado de hacer cambios	No aplica	No aplica	No aplica
La receta médica debe contener todos los datos correspondientes.	No aplica	No aplica	67% Sí contienen los datos completos 33% No los tienen	71% Sí contienen los datos completos 29% No los contienen..
Receta con letra legible y sin abreviaturas.	No aplica	No aplica	100% Sí cumple	100% Sí cumple
Recetas separadas SESVER y empresa por mes.	No aplica	No aplica	100% Sí cumple	71% Sí cumple 29% No cumple
Recetas resguardadas en la UM.	No aplica	No aplica	100% Sí cumple	100% Sí cumple
Registro de la información				
Llenado correcto del CC* y CCRS** para la solicitud de medicamentos para SESVER y empresa.	No aplica	No aplica	100% Sí cumple	86% Sí cumple 14% No cumple
Faltantes de claves o cantidades insuficientes				
En caso de faltantes se informará al distribuidor, por cualquier medio de comunicación.	100% a través del encargado del módulo	71% a través de la JS. 29% a través de la coordinadora de la empresa.		

Fuente: Cuestionario dirigido a prestador de servicio y lista de cotejo dirigida a unidad médica con y sin módulo de farmacia, ISP 2006.

Cuadro 3. Resultados más sobresalientes de la información obtenida de los prestadores de servicio de las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria No. IV

VARIABLES ESTABLECIDAS POR LAS INVESTIGADORAS	CUESTIONARIO	
	CON MÓDULO	SIN MÓDULO
Capacitación		
Conocimiento sobre los lineamientos operativos	67% Sí los conoce 33% No los conoce	57% Sí los conoce 43% No los conoce
Capacitación sobre los lineamientos operativos	33% No recibió capacitación 67% Sí recibió capacitación	71% Sí recibió capacitación 29% No recibió capacitación
Mes en que se llevó a cabo la capacitación	100% Mes de abril	100% Mes de abril
Al no recibir capacitación: medio de información.	100% Oficio	50% Verbal 50% Por ningún medio
Conocimiento suficiente sobre los lineamientos operativos.	67% Considera que conoce lo básico 33% Considera que existen dudas	86% Considera que existen dudas 14% No sabe nada
Estrategia positiva o negativa para el abasto de medicamentos	100% considera que es positiva	100% considera que es positiva
Contribución percibida por el prestador	a) Suficiente abasto de claves para prescribir b) Existencia de más claves de medicamento c) Se alcanzan porcentajes más altos de abasto de medicamento d) Surtir el medicamento a los pacientes que se encuentran en control en los diferentes programas que se ofertan en la unidad médica	

Fuente: Cuestionario dirigido a prestador de servicio, ISP 2006.

Cuadro 4. Problemas referidos por lo prestadores de servicio enfrentados a partir de la implementación de la estrategia de terciarización en el abasto de medicamentos en las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria No. IV

EN GENERAL
- El pedir que firmen los pacientes las recetas crea desconfianza y se sienten agredidos. - Sobre abasto de medicamentos - No toman en cuenta el movimiento de medicamentos entregado para el surtimiento. - No hay espacio suficiente para colocar el medicamento - No hay anaqueles suficientes para colocar todo el medicamento. - No se surte el medicamento que viene indicado en las requisiciones por la empresa, encontrando que es menor la cantidad entregada o bien no se encuentran incluidos medicamentos marcados como surtidos. - Falta de conocimiento sobre la operación de la estrategia, ya que se tienen muchas dudas y no se conoce si existe hasta el momento algún cambio en los lineamientos operativos. - El procedimiento para el llenado de las recetas de acuerdo a el origen del medicamento por los SESVER y de la empresa se lleva mucho tiempo dentro de la consulta médica. - Se olvida ponerle miligramos específicos en la receta. - Se tiene medicamentos que no se utilizan. - La empresa no verifica el número de medicamentos que registra en la requisición de medicamentos contra la cantidad que entrega, ni la caducidad de los mismos. - El hacer diferencia entre los pacientes genera inequidad, al no poder entregar medicamento a pacientes de población abierta, ocasionando que existan problemas entre la población y el médico, al observar que si existe medicamento en la unidad y no entender por que no se le entrega. - Problema al no contar con el costo de los medicamentos para el reporte administrativo. - Falta de conocimiento sobre el número de afiliados al Seguro Popular actualmente.
SIN MÓDULO
- Falta de seguridad en la unidad médica por deficiente infraestructura. - Al no tener encargado de la empresa apoyando en el manejo de los medicamentos que envía la empresa, existe mayor responsabilidad para el médico. - Falta apoyo de un administrador. - Se explicó en un principio que se iba a contar con un encargado por parte de la empresa en cada unidad y no se cumplió. - Sobrecarga de trabajo y mayor responsabilidad

Fuente: Cuestionario dirigido a prestador de servicio, ISP 2006.

Cuadro 5. Alternativas de solución referidas por los prestadores de servicio para las problemáticas enfrentadas a partir de la implementación de la estrategia de terciarización en el abasto de medicamentos en las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria No. IV

EN GENERAL
- Que se quite el excedente de medicamento. - Que realmente se basen en el reporte mensual del movimiento de medicamentos para el abasto de medicamentos. - Constante capacitación para despejar las dudas existentes, así como para conocer los cambios dentro de los lineamientos operativos de manera oportuna. - Contar con apoyo de un encargado para el manejo del medicamento de la empresa. - Reducir la papelería para el manejo de las recetas. - Unificar los formatos de los medicamentos para SESVER y empresa. - Contar con la infraestructura necesaria, así como con el espacio necesario para la colocación de los medicamentos. - Contar con suficientes anaqueles, para la colocación de medicamentos. - Aumentar el número de claves. - Contar con capacitación para todo el personal de la unidad. - Sentar bien las bases y las herramientas necesarias para poder trabajar. - Que brinden la lista de afiliados al Seguro Popular por unidad. - Que envíen el listado del costo de medicamentos. - Contar con recetarios suficientes. - Proponen que se haga el movimiento de medicamentos en un programa electrónico establecido por la empresa, para evitar hacer tantas recetas.

Cuadro 6. Resultados más sobresalientes de la información obtenida del encargado del módulo de las unidades médicas con módulo de la Jurisdicción Sanitaria No. IV

VARIABLES ESTABLECIDAS POR LAS INVESTIGADORAS	CUESTIONARIO
Inicio de operación del módulo de farmacia en la unidad médica	67% principios de abril 33% diciembre del 2005
Inicio de operación del empleado en el módulo de farmacia	67% un mes 32% dos meses

LINEAMIENTOS OPERATIVOS	CUESTIONARIO
De las obligaciones y responsabilidades de la empresa Farmacia de Genéricos S.A. de C.V.	
Conocimiento de las claves (97) proporcionadas por la empresa	100% sí conocen
Medicamentos proporcionados deben corresponder a GI y de marca	100% surten GI
Periodo de caducidad mínimo establecido	100% no conoce el periodo de caducidad mínimo para los medicamentos
Procedimiento para surtir los faltantes de medicamentos preescritos.	100% no conocen el procedimiento
Lineamientos a seguir para cambiar un medicamento en caso de no contar con el en caso de urgencia	100% desconoce los lineamientos. Refiriendo: 34% el médico verifica primero la existencia de medicamentos antes de prescribir. 33% cree que no se puede cambiar el medicamento prescrito 33% considera que el usuario debe comprar el medicamento.
Verificar caducidad de los medicamentos	100% desconoce que debe verificar las caducidades de los medicamentos
Supervisiones por parte de los SESVER para corroborar la calidad en el proceso del manejo de los insumos	100% refiere que sólo la empresa puede supervisarlos
Supervisiones recibidas	100% supervisiones por la empresa
Calendario de surtimiento	100% no lo tiene
Directorio de centros de distribución	67% desconoce los centros de distribución 33% sí conoce los centros de distribución
Capacitación	
Capacitación recibida para el desempeño de sus funciones	67% recibió capacitación formal 33% capacitación por medio de información escrita.
Duración de la capacitación	34% un día 33% dos día 33% una semana
Conocimiento de los lineamientos operativos del módulo de farmacia	100% considera que sus conocimientos son suficientes.

Fuente: Cuestionario dirigido al responsable del módulo de farmacia, ISP 2006.

Cuadro 7. Resultados más sobresalientes de la información obtenida del usuario afiliado al Seguro Popular de las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria No. IV

VARIABLES ESTABLECIDAS POR LAS INVESTIGADORAS	CUESTIONARIO	
	CON MODULO	SIN MÓDULO
Año de afiliación al Seguro Popular	50% diciembre 2003	43% agosto 2005

LINEAMIENTOS OPERATIVOS		
De las obligaciones y responsabilidades de la empresa Farmacia de Genéricos SA de CV		
Proporcionar al 100% claves prescritas por el médico	67% surtida en su totalidad 33% no surtida en su totalidad	91% Surtida en su totalidad 9% No surtida en su totalidad
Procedimiento a seguir en caso de no entregar algún medicamento prescrito en la receta	100% no se le informó sobre el procedimiento a seguir	100% no se le informó sobre el procedimiento a seguir
Trato recibido por los responsables de entregarle su medicamento	100% recibió trato amable y respetuoso	100% refirió trato amable y respetuoso
El médico debe informar mecanismo de entrega de medicamento en UM con MF.	67% no recibió información 33% sí recibió información	No aplica
Cambios de medicamento prescrito por el médico a petición de la empresa.	100% manifestó que no le realizaron ningún cambio en sus medicamentos	

Fuente: Cuestionario dirigido al responsable del módulo de farmacia, ISP 2006.

Análisis de los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados al prestador de servicio

Fortalezas

- En la mayoría de los casos se conoce por parte de los prestadores de servicio y de los encargados de los módulos de farmacia, las claves que deben ser surtidas por la empresa a la unidad médica; que además corresponde a medicamentos genéricos intercambiables, así como de marca de acuerdo a los lineamientos operativos. Cabe mencionar que de los prestadores en servicio entrevistados de enfermería no cuentan con la información necesaria sobre los lineamientos operativos de la estrategia de terciarización.

- El traslado de los medicamentos se encuentra a cargo de la empresa en todas las unidades médicas.

- En todas las unidades médicas el horario de atención de los módulos coincide al horario de atención de la unidad médica, lo que favorece al usuario para la recepción de los medicamentos prescritos.

- El responsable del control, manejo, colocación, verificación y revisión de los medicamentos recibidos por parte de la empresa en el caso de las unidades médicas con módulo es el encargado de la farmacia, lo que favorece la reducción de la carga de trabajo y por lo tanto de responsabilidades de los médicos encargados, así como también favorece la organización al interior de la unidad.

- Es importante señalar que el trato y disposición observada por los prestadores de servicio con respecto al encargado del módulo es bueno; por parte de los usuarios afiliados al Seguro Popular refirieron recibir un buen trato, tanto por parte de los prestadores de servicio como por los encargados del módulo, facilitando así la interacción entre estos.

- Se encontró que la colocación de los medicamentos proporcionados por los SESVER y la empresa se hace en anaqueles separados dentro de las unidades con módulo como se especifica en los lineamientos.

- En el caso de las unidades con módulo de farmacia el control de inventario, registro de la información para los medicamentos surtidos por SESVER y la empresa, no sólo recae como responsabilidad del médico encargado, sino también hay apoyo por parte de los administradores de las unidades médicas y encargados del módulo de farmacia.

- En la mayoría de los casos la prescripción de los medicamentos se hace en apego al CAUSES, además se constató que la mayoría de los prestadores de servicio conoce su utilidad y cuentan con él en la unidad médica físicamente.

- Se conoce cual es el procedimiento para el manejo de la receta en la prescripción y manejo de los medicamentos que surte la empresa y los SESVER; constatando que se utiliza letra legible y sin abreviaturas en las recetas. Además de contar con un orden para ellas de manera correcta y resguardadas en la unidad médica.

- El encargado es el responsable de reportar las necesidades de los medicamentos, cabe señalar que este personaje se encuentra dedicado exclusivamente al movimiento de medicamentos, mejorando la administración de este proceso dentro de la unidad médica.

- Se puede resaltar que los prestadores de servicio consideran que la estrategia de terciarización contribuye de manera positiva en el abasto de medicamentos.

Oportunidades de mejora:

- De acuerdo a los lineamientos operativos establecidos para la operación de la estrategia de terciarización, ésta entró en vigor en el estado de Veracruz a partir del 1º de abril del 2006, sin embargo, la recepción de medicamentos en las unidades médicas, así como la capacitación al personal se llevó a cabo durante la primera quincena de abril. Por otro lado la entrega de los medicamentos a los usuarios en su mayoría fue durante los meses de mayo y junio.

- Es importante señalar que la muestra seleccionada establecida en un principio, no se cumplió debido a que una de las unidades médicas contempladas oficialmente con módulo de farmacia aun no había sido instalado en el momento del levantamiento de la información.

- En la mayoría de las unidades médicas no se cuenta con el 100 por ciento de las claves a las que se comprometió la empresa adjudicada, dando como resultado según refieren los médicos y los encargados del módulo de farmacia según la modalidad de sistema de farmacia, que antes de hacer la prescripción de medicamentos, primero verifican la clave a prescribir para sujetarse sólo a las claves existentes.

- En cuanto a conocimiento, es importante resaltar que los prestadores de servicio cuentan con muy poca información sobre el período de caducidad mínimo establecido para la recepción de los medicamentos, sobre el procedimiento que se debe seguir en caso de contar con alguna clave prescrita al usuario y no se conoce en la mayoría de los casos los medicamentos que deben surtir los SESVER, así como en qué casos se puede cambiar algún medicamento al no contar con él. Todo lo anterior da como consecuencia que el proceso de la estrategia de terciarización se vea debilitada en algunos puntos que son de vital importancia para su adecuada aplicación.

- En las unidades médicas que no cuentan con módulo de farmacia se enfrentan los médicos encargados a la responsabilidad, del control, revisión y colocación de los medicamentos recibidos por parte de la empresa, así como de los SESVER, siendo un apoyo muy importante el personal de enfermería, promotores y auxiliares de salud.

- El no contar con el calendario de surtimiento en ninguna de las unidades médicas, da como consecuencia que no se conozca la fecha y el horario de surtimiento, no permitiendo la organización adecuada al interior de las unidades médicas. Por otro lado al no contar con el directorio de los centros de distribución de la empresa, no se puede lograr el contacto oportuno con la empresa y por lo tanto con los coordinadores encargados del surtimiento.

- Otra área de oportunidad detectada en la mayoría de las unidades médicas es la supervisión, para verificar el adecuado funcionamiento de la estrategia de terciarización, que debe ser llevada a cabo por los SESVER para el caso de las unidades médicas así como de los módulos de farmacia.

- La mayoría del personal entrevistado considera que aun existen muchas dudas sobre la estrategia de terciarización, lo cual da como resultado problemas para el apego a los lineamientos operativos, aunado a esto consideran que la capacitación recibida hasta el momento ha sido insuficiente, lo cual se ve reflejado en la operación de dicha estrategia.

- La falta de comunicación con la coordinación de la empresa para el surtimiento de los medicamentos, también limita el buen desarrollo de la estrategia ya que el surtimiento de los medicamentos no se hace con base en las requisiciones mensuales elaboradas en la unidad médica, por lo que existe un sobreabastecimiento de algunas claves y carencia de otras.

- Es importante señalar que en algunas unidades médicas que no cuentan con módulo de farmacia, debido a la sobrecarga de trabajo no les es posible llevar a cabo el procedimiento establecido para el manejo de las recetas médicas, de acuerdo a los medicamentos que proporciona la empresa y los SESVER.

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

La realización de este proyecto de intervención nos trajo experiencias nuevas y enriquecedoras en cuanto a aprendizaje de tipo personal y sobre todo académico.

Dentro de dichas experiencias se pueden mencionar: el acercamiento a la sede asignada, la Unidad de Protección Social en Salud, el conocer al personal que ahí labora, su funcionamiento y organización, específicamente de uno de sus componentes: el Seguro Popular; del cual se conoció su problemática así como sus necesidades en las que se pudiera intervenir para lograr su solución. Esto en relación a la generación de conocimientos que se establecieron dentro de los objetivos de los módulos de Gestión del Conocimiento II y Salud Pública II de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana (Anexo 5).

Otra experiencia interesante fue que, gracias a la propuesta de intervención sugerida por este equipo de trabajo, se logró la vinculación y participación de los actores sociales de los diferentes niveles implicados en el proceso, como son el nivel estatal, jurisdiccional y operativo, para el adecuado desarrollo de este proyecto.

Una de las experiencias más enriquecedoras, sin duda fue la interacción con el personal operativo; el hecho de conocer su opinión acerca del proceso que implica la estrategia de terciarización nos pareció de suma

importancia, ya que al ser este un proyecto de evaluación de proceso y no de resultado, nos permitió obtener información muy valiosa de parte de ellos, además de sus sugerencias para la mejora de los procesos administrativos y de comunicación. En este sentido nos parece oportuno exponer que este hecho rebasó nuestras expectativas en cuanto a la participación del personal involucrado en la estrategia al momento de recabar la información, ya que éstos mostraron total disponibilidad y apertura para con este equipo de trabajo.

Por último, nos parece necesario puntualizar que el realizar las visitas a las unidades médicas nos permitió conocer en la práctica, la realidad de la operación de la estrategia de terciarización, la importancia del recurso humano en la implementación de dicha estrategia así como la perspectiva de los usuarios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de lo antes revisado podemos concluir que existen diferencias en la operación de la estrategia de terciarización de acuerdo al sistema de farmacia; ya que las unidades con sistema de farmacia "CON MÓDULO", es una fortaleza ya que los procesos se encuentran más apegados a lo establecido en los lineamientos. El contar con un responsable específicamente para el módulo de farmacia y el apoyo de administradores facilita la organización y la distribución de la carga de trabajo, teniendo además como característica que son unidades de más de un núcleo básico y cuentan con un espacio físico para la colocación del módulo de farmacia, no obstante es insuficiente para lograr el acomodo adecuado de los medicamentos surtidos por la empresa, resultando su acomodo en bolsas o cajas. Sin embargo para seguir fortaleciendo este sistema de farmacia, se debe trabajar sobre un constante proceso de mejora.

Por otro lado en el caso de las unidades médicas "SIN MÓDULO" de farmacia, existen problemas para llevar a cabo el proceso al 100 por ciento, pues en todos los casos sólo cuentan con un núcleo básico, y esto determina una escasa estructura física de la unidad, careciendo de un espacio específico para colocar los medicamentos de manera ordenada y conforme a los lineamientos. Por otra parte esto implica una sobrecarga de trabajo para los prestadores de servicio, provocando que este desempeñe diferentes funciones tan solo para el control del medicamento, así como problemas para la organización al interior de la unidad.

Dentro de los resultados listados, la falta de conocimiento de los implicados sobre los lineamientos operativos de la estrategia de terciarización, obstaculiza en gran medida el logro del objetivo primordial de ésta, que es el surtimiento oportuno al 100 por ciento de los medicamentos prescritos a los usuarios afiliados al Seguro Popular. En este sentido cabe mencionar que al no contar los prestadores de servicio (equipo de salud) con una adecuada asesoría a través de visitas para el seguimiento de la operación del servicio de farmacia, no se promueve una vinculación entre los diferentes niveles de ejecución de la estrategia.

RECOMENDACIONES

Generar una cultura de evaluación sistematizada y continua, para la mejora de la estrategia de abasto de medicamentos, fortaleciendo el abasto por medio de la modalidad de farmacia que incluya a todos los implicados en dicha estrategia.

Coadyuvar a la estrategia de terciarización en función de mejorar los procesos de comunicación en el abasto de medicamentos establecidos en los lineamientos para el control y suministro de medicamentos en unidades médicas de primer nivel de atención que operan el Seguro Popular:

- Brindan información y capacitación dirigida no sólo al médico, sino también al resto del equipo de salud por medio de talleres que promuevan la actualización oportuna sobre todos los componentes de los lineamientos operativos para la ejecución de la estrategia de terciarización, así como vincular en dichos talleres a los

diferentes niveles al interior de los SESVER (estatal, jurisdiccional, operativo), y los responsables de la Farmacia de Genéricos SA de CV.

- Gestionar según sea el caso en las instancias pertinentes lo necesario para dotar a las unidades médicas de un módulo de farmacia y de la infraestructura necesaria par el buen funcionamiento de la estrategia para el abasto de medicamentos.
- Con respecto a los encargados de los módulos de farmacia, se recomienda que se efectúen jornadas de capacitación, puesto que desconocen algunos procedimientos importantes para el logro de los objetivos de la estrategia de terciarización y para la ejecución de sus actividades.
- Se propone que los responsables de la farmacia estén en contacto permanente, estableciendo vías de comunicación ágiles para garantizar la oportuna recepción y solicitud de los medicamentos (calendario de surtimiento), y se pueda realizar la notificación de urgencias o faltantes de medicamentos.
- En cuanto a las acciones encaminadas hacia los usuarios afiliados al Seguro Popular se propone hacerles llegar la información necesaria y oportuna acerca de los beneficios con los que cuentan como afiliados, sobre el abasto de medicamentos a través de información verbal, visual gráfica y por medios electrónicos; identificando las características del público a quien va dirigida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Servicios de Salud de Veracruz repositorio 2005. Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta Disponible en Internet en www. sesver.gob.mx. Consultado el 4 de mayo del 2006.
2. Romero Rodríguez Edit. Comunicación directa. Coordinadora académica de la Maestría en Salud Pública, 5 de abril del 2006.
3. OPS. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones (Revista Panamericana de Salud Pública, Revista online) 2000 8:1/2(citado el 3 de mayo 2006). Disponible en: http://bvs.insp.mx/smsp/biblio.htm. 2000 (citado 3 mayo 2006).Disponible en: http://www.phmovement.org/pdf/pubs/phm-pubs-flores.pdf
4. Nigenda G, Troncoso E, Arreola H, López M, González LM. Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México. Funsalud (serial online) 2003 (citado 8 mayo 2006). Disponible en: www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/16%20MezclaPublicoPrivado.pdf
5. SSA. Sistema de Protección Social. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 1ra Edición. México: SSA; 2005.
6. SSA. Sistema de Protección Social en Salud. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Disponible en www.ssa.gob.mx Consultado el 20 de mayo 2006.
7. Consejo de Salubridad General. Cuadro básico y catálogo de medicamentos. Comisión interinstitucional del cuadro básico de insumos del sector salud, 2004. 3ra edición. http://www.csg.gob.mx. Consultado 25 de marzo del 2006.
8. World Health Organization. Essential Medicines WHO Model List (online) revised march 2005 14th edition. (Citado 3 de junio 2006). Disponible en: www.woh.org
9. World Health Organization, Zweygarth R. Essential Drugs Monitor. (Citado 3 de junio 2006). WHO, No. 34, 2005. Disponible en www.woh.org
10. World Health Organization Regional Office For The Western Pacific. Regional strategy for improving access to essential medicines in the western pacific region, 2004-2009WPR/RC54/9 Fifty-fourth session 24 July 2003 Manila, Philippines 8-12 september 2003. (Citado 3 de junio 2006). Disponible en www.woh.org.
11. Servicios de Salud de Veracruz, base de datos del Departamento de adquisiciones del área médica de la Unidad de Protección Social en Salud del Estado de Veracruz, acceso el 26 de abril del 2006.
12. De Afiliación, Unidad de Protección Social en Salud del Estado de Veracruz. Base de datos del departamento, 2006.

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y APEGO AL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS POR EL PERSONAL TÉCNICO - NORMATIVO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Francisco Javier Auñón Segura y Oswall Johnny Marín Marín
Asesores: Dr. José Luis Corro Mendoza, Dr. Gabriel Riande Juárez, Dra. Edit Rodríguez Romero, Dr. Marco Antonio Sánchez Ibáñez

INTRODUCCIÓN

MARCO CONCEPTUAL

La constante preocupación de muchos países por garantizar servicios de salud a la población, ha hecho que se planifique, diseñen y apliquen servicios de salud con base a las necesidades y recursos con que cuentan cada país, con este propósito en México se crearon instrumentos normativos, cuya finalidad fue que los servicios de salud que se otorgaran fuesen de una forma más adecuada a la población vulnerable, poniendo más énfasis en áreas de difícil acceso (rural) y zonas urbanas marginadas.

En 1985, dentro del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud 1984- 1988, nace el Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta inicialmente como instrumento que sirvió de apoyo al proceso de descentralización que operó en catorce estados del país, para que posteriormente se extendiera al resto de los estados, fortaleciendo así la coordinación programática. Lo que sirvió de antecedente para la elaboración del MASPA 1995 (MASPA, 1995).

Este modelo se constituyó como un instrumento que norma la operación de la prestación de los servicios en unidades de salud en nuestro país, y tiene como propósito general elevar el nivel de salud de la población a través de la ampliación de la cobertura, mejoría en la calidad de los servicios, aumento de la productividad y la plena y óptima utilización de los recursos disponibles y de la capacidad instalada (MASPA, 1995).

El Sistema Nacional de Salud en México organiza sus servicios con relación al grado de complejidad de las patologías existentes, clasificando sus servicios en tres niveles; el primero, segundo y tercer nivel de atención.

En el primero, la atención médica[a] debe ser confiable, calificada, acreditada y certificada desde que el usuario entre en contacto por primera vez con una unidad de salud, donde debe resolverse el 85 por ciento de los problemas de salud, dichos servicios de primer contacto están constituidos por la consulta externa, urgencias y servicio dental, sin embargo; a medida de que las patologías se vuelven complejas, el primer nivel de atención entra en contacto con los niveles ascendentes para su resolución (sistema de referencia y contrarreferencia).

Antecedentes

En 1934 entró en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, que sustentó la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad y los Gobiernos de los Estados para que se

[a] El artículo 23 de la Ley General de Salud en su título tercero relacionado a la prestación de los servicios de salud, capítulo I, menciona que se entiende por servicios de salud todas 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. (Secretaría de Salud, 1996).

crearan los Servicios Coordinados de Salud Pública. En 1943, se fusionó con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Siendo hasta 1947 que se publica la Ley de Secretarías y Departamentos, que le otorga facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud; la asistencia y la beneficencia pública.

La estructura orgánica de los entonces Servicios Coordinados es modificada a nivel estatal que para 1985, tenía 26 órganos directivos, en 1990, con 42, siendo hasta 1994, cuando se valida y registra por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público la estructura integrada por una Dirección General, dos Direcciones de Área, tres Subdirecciones y 22 Departamentos (SSV, 2000).

Para marzo de 1997, se inicia formalmente el proceso de descentralización de los servicios de salud, constituyéndose una política y estrategia para alcanzar la cobertura universal, apoyándose para esto, en la reestructuración del Modelo de Atención para Población Abierta, así como en la creación de los servicios de Salud de Veracruz (SSV, 2000). Misma que para esta fecha funciona con una estructura orgánica formada por una Dirección General, cuatro Direcciones de Área, trece Subdirecciones, una Unidad coordinadora del Programa de Ampliación de Cobertura, una Unidad de Descentralización, 38 Departamentos y once Jurisdicciones Sanitarias (SSV, 2000) (Anexo 1).

Organización

Blanco y cols. (2000) definen a la organización como un conjunto de cargos cuyas reglas y normas de comportamiento, deben sujetarse a todos los miembros y así, valerse el medio que permite a una empresa alcanzar determinados objetivos. Por otro lado la estructura organizacional es entendida como un medio por el cual se sirve una organización cualquiera para lograr sus metas con eficacia.

Rodríguez Valencia (2002) menciona que todo organismo social en si es formal sin embargo; también puede contener varios grupos organizados de manera informal. La organización formal es el resultado de decisiones explícitas y de naturaleza prescriptiva siendo además una guía de cómo las actividades deben ser realizadas, pudiéndose representa a través de un organigrama e incluyéndose en los manuales de organización, de descripción de puestos y otros documentos formales.

Blanco y cols. (2000) mencionan, que uno de los elementos más importantes de una organización es la división del trabajo. Para dividir el trabajo es necesario seguir una secuencia que abarca las siguientes etapas: la primera; (jerarquización) que dispone de las funciones del grupo social por orden de rango, grado o importancia. La segunda: (departamentalización) que divide y agrupa todas las funciones y actividades en unidades específicas con base a su similitud.

Manuales de procedimientos

Para tener una mejor organización y realizar procedimientos eficientes dentro de la organización, deben existir manuales que definan el proceso administrativo, el cual permitirá alcanzar los objetivos de la empresa, para dichos manuales aún no existe una definición muy cierta, sin embargo: Rodríguez Valencia (2002), define a un manual como un instrumento de control sobre la actuación del personal.

El propósito de un manual según Rodríguez Valencia (2002) es indicar de forma sistemática la información administrativa y tiene los siguientes objetivos:

- Capacitar al personal acerca de aspectos como: objetivos, funciones, relaciones, políticas, procedimientos, normas, entre otros.

- Precisar las funciones y relaciones de cada unidad administrativa para deslindar responsabilidades, evita duplicidad y detectar omisiones.

- Coadyuvar a la ejecución correcta de las labores asignadas al personal y propiciar la uniformidad en el ambiente laboral.

- Servir como medio de integración y orientación al personal de nuevo ingreso y facilitar su incorporación a las distintas funciones de operatividad.

- Otorgar información básica para la planeación e implantación de reformas administrativas.

Clasificación de los manuales

Los manuales administrativos pueden ser de distintos tipos y reflejan de manera general a la organización de una dependencia o entidad, (Rodríguez Valencia, 2002) éstos se clasifican por su contenido y por su función específica, por lo que respecta a los de contenido se clasifican en manuales: de organización, de procedimientos, de historia, de políticas, y de contenido múltiple. Y por lo que respecta a la función específica, se encuentran: el manual de producción, de compras, de ventas, de finanzas, contabilidad, entre otros (Ídem).

Palma (1995) menciona, que la utilidad del manual permite conocer el funcionamiento donde se describen las tareas requerimientos, ubicación y puestos responsables para su ejecución, así como también ayudan a la inducción, adiestramiento y capacitación del personal para desempeñar su puesto.

Manual de organización

El manual de organización es un documento normativo, que permite conocer la estructura orgánica de toda una dependencia, o parte de la misma, dado que está integrado por sus antecedentes, marco jurídico, atribuciones, funciones y responsabilidades, relaciones de coordinación y organigramas (PROVEDA, 2004); así mismo define de manera clara las funciones y atribuciones encomendadas a cada una de las áreas que integran la institución.

Manual de procedimientos

El manual de procedimientos es un documento que describe la forma lógica, sistemática y detallada de todas las actividades que se desarrollan en un área determinada, de acuerdo a sus atribuciones para la ejecución eficiente de las mismas, señalando generalmente quién, cómo, cuándo, dónde y para qué, han de realizarse (PROVEDA, 2004). Estos manuales por el alcance de su información, se clasifican en:

- Manual General de Procedimientos, el cual contiene la descripción de los procedimientos de toda la dependencia o entidad.

- Manual específico de procedimientos, el cual comprende las actividades a realizarse en un área en especial de la dependencia o entidad, por ejemplo en la subsecretaría, dirección, subdirección, departamento, entre otros.

PROBLEMATIZACIÓN

Estructuralmente el área objeto de estudio, ésta conformada de acuerdo a lo previsto en la organización, sin embargo, al explorar y enfocar las actividades que se realizan, se encontró que existe una hipertrofia de estructura por parte del personal no contenidas en los procedimientos normativos, acarreando como consecuencia duplicidad de función, inconsistencia de especificidad en la respuesta, desapego al perfil del prestador de servicio, dispendio de recursos materiales y confusión al momento de la demanda de atención con relación a quien debe resolver la necesidad.

Primeramente se pretendió obtener un diagnóstico del conocimiento del manual de procedimientos del personal adscrito al departamento, así también como abatir éstos problemas con capacitación sobre el manual de procedimientos, el conocimiento, la habilidad y destreza que se deben poseer de acuerdo a la descripción del manual, monitoreando y evaluando de manera sistematizada los procesos que se pongan en marcha para la corrección de la problemática, así mismo con la implementación de una guía de procedimientos, para que recuerden y apliquen sus actividades de manera cotidiana.

Objetivos

Objetivo general

- Determinar el grado de conocimiento y el apego que tiene el personal adscrito al Departamento de Primer Nivel de Atención de los SESVER, al Manual Específico de Procedimientos; y realizan una intervención para alcanzar los siguientes:

Objetivos específicos

- Motivar el interés del personal del departamento de primer nivel de atención, a través de la capacitación, para que conozcan el manual de procedimientos.

- Propiciar el apego del personal del departamento de primer nivel de atención a sus funciones con respecto al manual específico de procedimientos; mediante la elaboración de una guía de procedimientos

- Mejorar la organización, el funcionamiento y el manejo del recurso humano del departamento de Primer Nivel de Atención de los Servicios de Salud de Veracruz.

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN

Ubicación

Los Servicios de Salud de Veracruz se encuentran constituidos administrativamente por una oficina central ubicada en la ciudad capital y once jurisdicciones sanitarias distribuidas en todo el estado. En los Servicios de Salud de Veracruz el manual de organización específico vigente, contempla una estructura organizacional que parte de la Dirección General de los Servicios de Salud de Veracruz, de la cual dependen cuatro direcciones administrativas (Servicios de Salud, Regulación y Fomento Sanitario, Administración y Planeación y Desarrollo), de la Dirección de Servicios de Salud de Veracruz, dependen tres subdirecciones que son: Prevención y Control de Enfermedades, Atención Médica y Enseñanza, Investigación y Capacitación), siendo en la de Atención Médica donde se inserta el Departamento de Primer Nivel de Atención el cual es el escenario donde se pondrá en marcha el presente proyecto.

Características

En el Departamento de Primer Nivel de Atención se realizan diversos procedimientos y funciones administrativas, las cuales son transmitidas a las unidades administrativas de primer nivel jurisdiccional para que puedan replicarlas e implementarlas en las unidades operativas.

Las actividades que se desarrollan al interior del departamento de primer nivel de atención estatal, se encuentran incluidas en cuatro coordinaciones, las cuales son:

- La coordinación de planeación y normatividad.
- La coordinación de acreditación y certificación de unidades.
- La coordinación de infraestructura y plantilla de personal.
- La coordinación de supervisión.

Cabe mencionar que dichas actividades se desarrollan cotidianamente de manera funcional, ya que permiten y facilitan al prestador de servicios desempeñar de manera eficiente sus funciones encomendadas y que exige dicho departamento, sin embargo; dichas coordinaciones no se encuentran contenidas en el manual de organización.

Consideraciones claves

Uno de los coordinadores funcionales que forma parte de la estructura actual del departamento de primer nivel de atención, considera que dichas actividades se encuentran incluidas y distribuidas en dos líneas de acción fundamentales, con las que opera el departamento de primer nivel de atención y se clasifican en:

- Técnico – normativa, que se basa en la revisión de todo el documental soporte, que sirve para el análisis y la evaluación correspondiente, tanto de procesos y resultados, hecho que determina de manera especifica la intervención que se tendrá que hacer.

- Técnico – operativa, que con base al anterior, se planifica la actividad técnica operativa en los ámbitos de acción, esta puede ser referida a la estructura en sus diferentes componentes a saber; infraestructura clasificada en recursos humanos, recursos materiales y recursos financieros; procesos, referido al total de los procedimientos contenidos en las actividades de la atención médica de primer contacto, y resultados que se realizan a través de análisis, cuantitativo y cualitativos de los indicadores que por norma se establecen para cada programa. (Marco Antonio Sánchez Ibáñez, comunicación personal, mayo 24, 2006)[b].

Sin embargo a pesar de las reformas que ha sufrido el departamento su misión y visión continúan siendo las mismas (Anexo 2).

En conjunto todas las actividades que lleva a cabo el Departamento de Primer Nivel de Atención, se basan en la normatividad vigente, las Normas Oficiales Mexicanas (Tabla 1) que de manera operativa ejecutan las unidades médicas del primer nivel de atención en el estado y otras disposiciones.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

La metodología de este proyecto se construyó partiendo de 5 etapas las cuales se explicitan a continuación:

[b] Coordinado del área de supervisión Marco Antonio Sánchez Ibáñez, especialista en salud pública y encargado de supervisión a nivel estatal de primer nivel de atención y tutor de práctica.

• Etapa 1: Análisis situacional. Constituida por los siguientes momentos: acercamiento teórico, vinculación con el área asignada, reconocimiento de los espacios en práctica, planteamiento del problema a resolver, recolección de información documental y bibliográfica, inicio de la elaboración del documento de intervención

• Etapa 2: Elaboración de instrumento y validación (prueba piloto). Constituida por los siguientes momentos: se construyó un cuestionario partiendo de preguntas cerradas y abiertas, el cual permitió ubicar y describir los perfiles, actividades y funciones de los actores sociales, así mismo se realizó la validación del instrumento piloteado en los Departamentos de Primer y Segundo Nivel de Atención.

• Etapa 3: Aplicación del instrumento, captura y análisis de datos. Constituida por los siguientes momentos: el instrumento se aplicó tanto al personal Técnico-normativo, como al técnico-operativo que labora dentro del Departamento de Primer Nivel de Atención y que desempeña funciones que requiere el área (Anexo 3), la información recabada fue capturada y analizada en una base de datos (Anexo 4) creada en la plataforma EpiInfo para Windows Xp (Anexo 5).

• Etapa 4: Determinación del grado de conocimiento. Constituida por el siguiente momento: con base a los resultados obtenidos se determinó el grado de conocimiento que tiene cada uno de los integrantes del Departamento de Primer Nivel de Atención, de los Servicios de Salud de Veracruz, mismo que sustentó las propuestas de intervención a realizar.

• Etapa 5: Elaboración de propuestas de intervención. Constituida por los siguientes momentos: se obtuvo un diagnóstico del conocimiento del personal que labora en el departamento de primer nivel de atención, con el fin de verificar del apego a sus respectivas funciones, se realizó como productos finales el diseño de capacitación (Anexo 6), que irá dirigido al personal de nuevo ingreso al Departamento, con el fin de que conozca y aplique de manera eficaz sus respectivas funciones y actividades, así como la elaboración de una guía de procedimientos, de funciones y actividades (Anexo 7) que deba realizar el trabajador, que permita tomar y desarrollar su responsabilidad cotidianamente.

RESULTADOS

Descripción de resultados

Para el análisis de la información se contó con 80 por ciento de los Prestadores de Servicios de Salud (PSS)[c], del total de nuestro universo quedando fuera 20 por ciento (2 PSS) ya que por razones laborales de ls PSS, no se le pudo aplicar el cuestionario, considerando así 100 por ciento a los ocho PSS que contestaron el cuestionario. 87.5 por ciento de los PSS cuenta con estudios de posgrado, predominando la maestría en administración con 62.5 por ciento y el resto sólo mencionó maestría en salud pública. 75 por ciento declaró haber cursado la licenciatura en medicina y 25 por ciento haber cursado la licenciatura en odontología. 50 por ciento (7 PSS) del personal es supervisor médico, mientras que 37.5 por ciento (3 PSS) menciona que es coordinador de área y 12.5 por ciento (1 PSS) es el jefe de departamento. Para el ingreso a la institución 37.5 por ciento (3 PSS) tienen más de diez años de haber ingresado, mientras que 50 por ciento (4 PSS) tienen entre cinco y diez años de haber ingresado y sólo 12.5 por ciento (1 PSS) tiene menos de cinco años de estar laborando en la institución.

[c] Para fines del análisis de resultados se les llamará a los trabajadores como *Prestadores de Servicios de Salud* que en lo sucesivo denominaremos como "PSS".

Para el ingreso al Departamento, entre 1996 y el año 2000 entró 25 por ciento, entre el 2002 y el 2005 ingreso 75 por ciento de los trabajadores. En lo que respecta al ingreso del personal al Departamento, se observa que 37.5 por ciento (tres PSS) han ingresado por desempeño, mientras que 25 por ciento lo hizo por solicitud del Departamento, otro 25 por ciento lo hace por recomendación, y sólo un 12.5 por ciento (una PSS) ha ingresado por reubicación.

El 87.5 por ciento (siete PSS) no recibió capacitación al ingresar al Departamento y sólo 12.5 por ciento (1 PSS) si la recibió.

En cuanto a los códigos funcionales, los que predominan son médico general A y el de supervisor médico, ambos con 37.5 por ciento (tres PSS) y sólo 25 por ciento (dos PSS) no conocen su código funcional, sin embargo todos conocen las funciones que debe de desempeñar (ver gráficos en anexos).

De las funciones que se desempeñan actualmente ninguno de los entrevistados realiza seguimiento del Modelo de Investigación Operativo en Servicios de Salud (MIOSS), 50 por ciento participa en la elaboración del Programa Operativo Anual (POA), 87.5 por ciento realiza supervisión médica, 37.5 por ciento supervisa el POA, 25 por ciento coordina la atención a desastres y 62.5 por ciento brinda asesoría sobre instrumentos y estándares que permitan la mejoría continua de la calidad en la atención médica. 62.5 por ciento calendariza la recepción de necesidades anuales de insumos médicos y no médicos de las jurisdicciones sanitarias que garanticen su recepción oportuna en éstas, 50 por ciento de los PSS establece canales de información para la identificación oportuna de necesidades y la dotación de insumos, así mismo 50 por ciento realiza el seguimiento de la prescripción médica fundamentada en el cuadro básico de medicamentos, el mismo porcentaje analiza conjuntamente con el área de planeación la infraestructura en apego a las disposiciones normativas y dan difusión de Normas Oficiales Mexicanas (NOMS), que operan en unidades de primer nivel, 62.5 por ciento realiza el manejo logístico de recursos humanos y materiales con base a su complejidad, sólo 37.5 por ciento da seguimiento al sistema de Referencia y Contrarreferencia Estatal y finalmente 75 por ciento vigila la Instrumentación del Modelo de Atención a la Salud Para la Población Abierta (Tabla 2).

La mitad del PSS conoce el manual de procedimientos y la otra mitad lo desconoce, pero ninguno lo tiene a la mano, sólo 62.5 por ciento conoce sus funciones con base en el manual de procedimientos, (ver gráficos en anexos).

Con relación a las funciones que el PSS debe saber que están contenidas en el manual, independientemente de que las realice o no, se encontró que 37.5 por ciento no las desempeña, sólo un PSS realiza 86.6 por ciento de las funciones contenidas en el manual (Tabla 3).

Finalmente 75 por ciento manifiesta que las funciones que desempeña están apegadas al manual de procedimientos y 25 por ciento manifiesta que existe indefinición de las funciones (ver gráficos en anexos).

Análisis de resultados

Con respecto a escolaridad se observa que todo el PSS cuenta con estudios de posgrado, en teoría cumplen con el perfil requerido para el desempeño de las actividades que se llevan a cabo en ese departamento, su profesión base cubre sólo dos de las áreas de la ciencia de la salud medicina y odontología, considerando que el primer nivel es multidisciplinar se sugiere que se incluyan las disciplinas de enfermería, nutrición, trabajo social, psicología entre otras. En lo que concierne al puesto actual, se observa que existen sólo dos funciones en el departamento, (supervisor médico y coordinador de área), predominando el personal que realiza supervisión médica pero que a su vez el personal que coordina el área también realiza funciones inherentes a la supervisión incluyendo al jefe del departamento, en lo que respecta a la antigüedad se puede observar que la media antigüedad es de 13.14 años, lo que supone tener experiencia en la administración

pública en los servicios de salud, no sólo en el departamento sino en otras áreas y niveles de la organización que hubiesen ocupado (SESVER).

El ingreso al Departamento de Primer Nivel de Atención muestra un crecimiento por año entre el 2000 y 2005 de 12.5 por ciento, es decir un trabajador por año que se incorpora a prestar sus servicios al departamento, lo que podría modificar en cierto momento la dinámica en las funciones que ahí se desarrollan.

En cuanto al ingreso a la institución la cuarta parte lo hizo por recomendación lo que pudo representar un riesgo para el desempeño de sus funciones lo cuál se evita con inducción al puesto y capacitación.

Uno de los puntos importantes es la capacitación y muestra que siete de los trabajadores que ingresaron no la recibieron ni en servicio ni en documental, lo que hace suponer que no existe un programa de inducción o capacitación en este departamento, como se recomienda en la administración de recursos humanos.

Con relación al código funcional a pesar de que todos realizan funciones de supervisor médico sólo tres de ellos poseen el código, el resto a pesar de desempeñar la función de supervisión tienen un código inferior (médico general "A"), lo que puede ocasionar el desapego o la realización de las funciones de manera inadecuada. Y para la institución acciones violatorias a la Ley Federal de Trabajo que estipula "que a igual función, igual salario".

Con relación a las quince funciones contenidas en el manual, éstas no están distribuidas entre los PSS de manera individualizada de acuerdo a la actividad encomendada, sino que manifiestan realizar todas ellas indistintamente, en ese sentido se observa que ninguno realiza el seguimiento del (MIOSS), quedando el resto de las funciones, atención de salud en caso de desastres, seguimiento y control de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI) en dos de ellos, evaluación del Programa Operativo Anual (POA) y referencia y contrarreferencia en tres de ellos, el resto realizan en promedio de cinco. Sin embargo; para la supervisión médica integral todos la realizan.

En cuanto al conocimiento del manual específico de procedimientos, se observa que a pesar de que cuatro trabajadores no mostraron el documento al momento de la entrevista dijeron conocerlo; al tipificar las funciones cabe resaltar que uno de ellos no lo conoce y no lo presentó sin embargo; realiza funciones que marca el manual.

Con relación a las funciones contenidas en el manual, independientemente que se les realicen se considera que hubo sesgo en la respuesta porque informaron que todos desempeñan las funciones contenidas en el manual (pregunta 9) y en ésta que debieron haber marcado el total de funciones (pregunta 13) tres de ellos desconocen el manual por no haber marcado ninguna.

Por último con relación a las funciones que desempeñan los entrevistados y que deben estar descritas en el manual de procedimientos, se menciona anteriormente que no están especificadas para cada uno de ellos, incluso dos manifiestan que las que realicen no se encuentran contenidas en el manual (indefinición de funciones).

Por lo anterior se considera, pertinente la elaboración de una guía que facilite el uso y manejo del manual así como del diseño de un curso- taller de inducción y capacitación para el puesto.

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

Los módulos cursados en el segundo semestre de la maestría, exigieron desarrollar competencias profesionales, las cuales fueron cubiertas en su mayoría (o en su totalidad) durante el desarrollo del proyecto (Tabla 4).

De estas competencias transversales se lograron cubrir las siguientes:

Gestión del conocimiento II

- Integrar esfuerzos para la realización de acciones en pro de la educación para la salud. Se realizó un diseño de curso – taller para que el personal conozca sus funciones y se apegue al manual, con la finalidad de que el departamento se encuentre bien organizado y todo se canalice en orden descendente (oficina central, jurisdicción sanitaria y unidades operativas). En donde las unidades operativas trabajaran eficientemente en el desempeño de sus funciones para beneficio de la población.
- Diseñar y ejecutar programas educativos de acuerdo a las necesidades sociales. De acuerdo a la demanda de las necesidades del departamento, se realizó el diseño de un curso – taller y una guía de procedimientos.
- Evaluar resultados e impactos de los planes y programas de formación y capacitación de recursos humanos en salud y de educación para la salud. A través de la realización de un cuestionario aplicado al personal técnico – operativo y normativo, se evaluaron los conocimientos y el apego que se tiene al manual específico de procedimientos.
- Facilitar que la población tome conciencia respecto de sus condiciones de salud y de las causas de la misma. En esta competencia aunque no se trabajó con población externa si se hizo con población interna (Prestadores de Servicios de Salud) mismos a los que se les motivó para el conocimiento y apego al Manual de Procedimientos.

Salud pública

- Analizar y evaluar políticas, planes y programas de salud. Se analizaron documentos como Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), Programa Operativo Anual (POA), Ley General de Salud, Programa Veracruzano de Desarrollo Administrativo (PROVEDA), Manual de Organización y Manual de Procedimientos.
- Diseñar planes y programas integrales de salud y plantear las estrategias necesarias para el alcance de su viabilidad. De acuerdo a la demanda de las necesidades del departamento, se realizó el diseño de un curso – taller y una guía de procedimientos.
- Propiciar la intersectorialidad y la participación de la población en el análisis, evaluación y diseño de políticas, planes y programas integrales en salud. Se propiciará la participación de los integrantes de otros departamentos al momento de que la Subdirección de Enseñanza reproduzca este proyecto de intervención hacia otros departamentos.

Durante nuestra estancia en los Servicios de Salud de Veracruz, obtuvimos mucha experiencia paralelamente con el aprendizaje, nuestro tutor de práctica nos otorgó varias horas por la mañana en donde nos explicó como funciona administrativamente los Servicios de Salud de Veracruz, cómo se aplica la salud pública y cómo se lleva a la práctica diariamente dentro de los SESVER, tuvimos muchas sesiones teóricas durante nuestra estancia en el Departamento de Primer Nivel de Atención, donde el tutor nos dio ejemplos palpables en el momento preciso con relación al presente trabajo y se nos aclaraban las dudas, aprendimos acerca de la administración en oficina central y jurisdicciones sanitarias, interactuamos con el resto de los coordinadores quienes nos compartieron sus conocimientos y experiencias a pesar de que el trabajo se desempeñó en una oficina, tuvimos la aportación de gente con experiencia sin necesidad de ir a otros

lugares para despejar dudas. El tutor de práctica nos ayudó a desarrollar competencias que estuvieron contempladas en este semestre y que han sido cubiertas.

En cuanto a las experiencias nos dimos cuenta que a pesar de que los integrantes del departamento dicen realizar sus funciones, desempeñan otras por la mala organización que se tiene y no sólo del departamento sino de niveles jerárquicos más altos, así como el dispendio de recursos lo que nos sirvió mucho de ejemplo desde el primer momento cuando ingresamos a nuestra sede.

Las expectativas quedaron cubiertas y se aprendió más de lo que se tenía planeado como una expectativa inicial, sirvieron mucho las experiencias anteriores ya que somos parte de la organización, pero parte de éstas también se aplicaron en nuestro lugar de práctica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Actualmente el Departamento de Primer Nivel de Atención se encuentra en adecuaciones administrativas, por lo que se recomienda que este documento así como los productos generados (la guía y el diseño del curso de capacitación), sean actualizados conforme a las reformas que se vayan realizando, es de gran interés para el jefe de Departamento como para los coordinadores tener estos productos, ya que serán esenciales para el personal del departamento y sobre todo para realizar la capacitación correspondiente al personal que ingrese a esta área, para que conozca sus respectivas funciones, se apegue al manual de procedimientos y siempre tenga a la mano una guía que le servirá como patrón en su desempeño diario.

Es recomendable realizar un curso - taller bien fundamentado para todos los elementos que ya se encuentren laborando en el departamento, así como los PSS de nuevo ingreso, para que se adapten rápidamente a sus actividades tomando como materiales el manual de procedimientos y la guía de procedimientos; de preferencia que el curso – taller lo otorgue el Jefe del Departamento con apoyo de uno de los coordinadores, principalmente del área en el que trabajará, así mismo que la capacitación sea en el escenario (el lugar donde hará el desempeño de sus respectivas funciones) y en cuanto a la duración de la inducción el tiempo que se considere necesario para realizar una evaluación y quedar cerciorados que la persona ya se encuentra apta para empezar a laborar.

Se requiere en un primer momento dentro del curso taller la aplicación de una pre y una posevaluación para determinar el grado de aprovechamiento del mismo, en un segundo momento, posteriormente la evaluación del curso y de los ponentes por personal capacitado, en donde se realicen las sugerencias y recomendaciones en cuanto a la percepción del evento y que sirvan para las adecuaciones y mejoramiento de los cursos posteriores. Y el tercer momento será, el seguimiento y monitoreo a través de una supervisión periódica a los escenarios en donde se encuentre el personal capacitado, con el propósito de que los conocimientos adquiridos en el curso estén siendo aplicados.

Es recomendable también que la Subdirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación, reproduzca este proyecto, adecuándolo a cada uno de los departamentos de los Servicios de Salud de Veracruz, ya que es importante que todos se apeguen al manual de procedimientos para que desempeñen correctamente sus funciones y sobre todo que los vínculos que se realizan con el Departamento de Primer Nivel de Atención puedan ser claros y eficaces donde se verá reflejado el trabajo de todos eficientemente, ya que existen otros departamentos que tienen relación estrecha con éste.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud, Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta, (MASPA). Secretaría de Salud y Asistencia, México. 1995.
2. Ley General de Salud (1996). Ley de Salud para el Distrito Federal y Disposiciones Complementarias. México, Editorial Porrúa. 13ª Edición.
3. Servicios de Salud de Veracruz (2000). Manual de organización específico de los Servicios de Salud de Veracruz.
4. Blanco, Mercedes y cols (2000). Naturaleza y propósito de la Organización. Publicación enviada. Fecha de consulta: 16 de abril de 2006. 10:30 a.m. Disponible en: http://www.monografias.com
5. Rodríguez Valencia, Joaquín: Cómo elaborar y usar los manuales administrativos, México Thompson-Learning editores 2002. p. 27.
6. Palma José (1997). Manual de procedimiento. Publicación enviada. Fecha de consulta: 16 de abril de 2006. 10:50 a.m. Disponible en: http://www.monografias.com
7. Gobierno del Estado de Veracruz, Llave. Programa Veracruzano de Desarrollo Administrativo, PROVEDA. (2004). Metodología para la elaboración de manuales administrativos: Contraloría General del Estado.
8. Servicios de Salud de Veracruz. Programa Operativo Anual (POA, 2006). Subdirección de Atención Médica. Departamento de Primer Nivel de Atención.

DESARROLLO ORGANIZACIONAL: EMPODERAMIENTO DEL PERSONAL HACIA LA CULTURA DE CALIDAD. MODELO DE GESTIÓN PARTICIPATIVA EN EL CENTRO DE SALUD DR. GASTÓN MELO

Eric Abad Espíndola, Gaudencio Gutiérrez Alba y Andrea Isunza Vera
Asesores: C.D. Eleana Ancona, Dr. John Pérez , Dra. Rocío Salado, Dr. Saturnino Navarro

INTRODUCCIÓN

En el presente informe explicitamos la generación, el desarrollo y los resultados de un proyecto de intervención, el cual llevamos a cabo con y para el personal del Centro de Salud Urbano "Dr. Gastón Melo", ubicado en el centro de la ciudad de Xalapa.

Como alumnos del segundo semestre de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana fuimos asignados a realizar nuestras actividades prácticas en la coordinación Estatal de Innovación y Calidad, donde conocimos en el terreno los diferentes programas que se llevan a cabo. Interactuando con la coordinadora del departamento de Cultura de Calidad y Capacitación, nos enteramos que en el estado de Veracruz no había ningún Centro de Salud que fuera acreedor de un premio nacional de calidad. De aquí surge nuestra motivación para involucrarnos y trabajar en alguna institución con interés en alcanzar dicho premio.

Revisando el Modelo de Gestión para la Calidad de la Secretaría de Salud, optamos por incidir en el criterio tres (desarrollo y satisfacción del personal), de los ocho que lo conforman, implantando un modelo de gestión participativa por una cultura de calidad

En el desarrollo de la intervención, los esfuerzos se orientaron a implementar una pedagogía participativa, llamada educación para la paz la que permitió identificar, reconocer y difundir mejores prácticas para que los prestadores las hagan propias y apliquen en su quehacer diario, tales como son el trabajo en equipo y el establecimiento de canales de comunicación en todos los niveles y direcciones, para mejorar así su convivencia, adaptación y habitabilidad en la unidad de salud; en otras palabras, coadyuvar al empoderamiento dirigido hacia la cultura de calidad, dignificando y satisfaciendo, en la medida de lo posible, su desempeño laboral e impactando favorablemente en el Desarrollo Organizacional.

Por último, adjuntamos a este reporte, aportamos una sistematización de la experiencia; es decir, una recopilación ordenada y reflexiva del proceso educativo, que queremos compartir para reflexionar y aprender de la práctica.

MARCO CONCEPTUAL

Para abordar la lectura del presente proyecto citamos algunas definiciones conceptuales con lo que pretendemos sean de utilidad para comprender con mayor precisión el desarrollo del mismo:

Conceptos

Calidad. El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y ha dado lugar, a que tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control hayan variado hasta nuestros días, cuando la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las empresas líderes[1].

El diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como "La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie". Mostrando dos características la subjetividad de su valoración y su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo. Se tiene más o menos calidad.

El término tiene su origen en la etimología latina en Qualitas que quiere decir "forma de ser con respecto a mis semejantes", es inherente al ser humano, es el hombre quien hace o deja de hacer la calidad y está relacionada con la actitud[2].

La definición de la calidad del Dr. Avedis Donabedian ha sido la más aceptada en el ámbito de la atención de la salud. Para Donabedian, la calidad es el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad, afirma, es un concepto que abarca dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y otra interpersonal, representada por la relación que se establece entre el paciente y el profesional de la salud[3].

El pensar en una definición única y estática de la calidad, es tanto como desconocer su evolución acorde a momentos históricos relevantes así como los aspectos culturales que son definitivos para concebirla; sin embargo en todas y cada una de las definiciones que se manejen tendrá que ser considerada la relación producto – cliente[1].

Cultura de calidad. La cultura de calidad es el conjunto de creencias y valores que comparten el personal directivo y operativo, que se refleja al otorgar servicios de salud oportunos eficientes y de calidad en un marco de respeto, humanismo y cordialidad[2].

Desarrollo Organizacional (DO). Es una respuesta al cambio, una compleja estrategia educativa cuya finalidad es cambiar las creencias, actitudes, valores y estructura de las organizaciones, en tal forma que éstas puedan adaptarse mejor a nuevas tecnologías, mercados y retos, así como al ritmo vertiginoso del cambio mismo. El DO se concentra esencialmente sobre el lado humano de la empresa[4].

Empoderamiento. El empoderamiento es una tecnología que descansa en diferentes habilidades y tecnologías gerenciales, tales como la delegación de autoridad, el liderazgo o la gestión del conocimiento. Ha tenido un papel importante en incorporar el lado humano del cambio a procesos complejos como la reingeniería o la garantía de calidad. El empoderamiento tiene su antecedente notable en una habilidad gerencial, que a pesar de los años no ha perdido importancia: la delegación de autoridad. Su otro antecedente, esta vez más reciente es el enfoque participativo, sobre todo en cuanto al trabajo con equipos autodirigidos. La filosofía del empoderamiento, en cuanto al trabajo en equipos toma en cuenta prácticamente todo lo que de bueno tiene ese enfoque. Intentando con el empoderamiento: a) autoridad suficiente para desarrollar a plenitud su trabajo; b) acceso a la información; c) capacidad de análisis y solución de problemas; d) tenga aptitudes y actitud para trabajar en equipo; e) se sienta comprometido con la organización y con su trabajo para lo cual debe haber participado en la creación de su estrategia; f) reciba una compensación en función de su desempeño y sienta confianza en sus líderes[5]. Educación para la paz (EDUPAZ). La EDUPAZ es un modelo pedagógico, un proceso de enseñanza-aprendizaje que metodológicamente puede utilizarse, entre otros, para:

a. Proporcionar situaciones que favorezcan la comunicación y convivencia con el interior y el exterior de los contextos.
b. Fomentar la reflexión, el intercambio de opiniones y la argumentación.

c. Fomentar la comprensión de los puntos de vista de los compañeros.
d. Fomentar el trabajo en grupo y los proyectos colectivos.
e. Utilizar técnicas de reflexión y desarrollo moral: debates sobre experiencias, clarificación de valores, discusión de dilemas, resolución de conflictos, dramatizaciones, juegos de simulación, etc[6-8].

Premio Nacional de Calidad. El Programa Nacional de Salud 2001-2006 para elevar el nivel de calidad de los servicios de salud del país ha venido desarrollando desde el inicio de la administración actual una Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, estrategia instrumentada a través de 70 líneas de acción, entre las que se destacan la estandarización de los procesos y el establecimiento de un sistema de gestión de calidad.

El Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud, implantado desde el año 2002, es el reconocimiento anual que entrega la Secretaría a las unidades que hayan avanzado en la implantación del Modelo de Gestión para la Calidad hacia mayor madurez en sus sistemas, métodos de calidad y de mejora continua, de acuerdo con los lineamientos marcados en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y consiste en:

a) Reconocimiento a las unidades que hayan logrado madurez en la implantación del Modelo de Gestión con mejora evidente de sus procesos y la efectividad de sus sistemas, en beneficio de sus usuarios.
b) Asignación de un presupuesto a las unidades ganadoras para las diferentes categorías. c) Reconocimiento a cada uno de los trabajadores de la unidad ganadora por su participación, esfuerzo, constancia, innovación y trabajo en equipo. Los criterios para el otorgamiento del premios de calidad mediante los cuales se evalúa a las unidades médicas y administrativas son los siguientes: (i) Usuario; (ii) Liderazgo; (iii) Desarrollo y satisfacción del personal[a]; (iv) Administración y mejora de procesos; (v) Planeación; (vi) Información; (vii) Impacto social; y (viii) Valor creado. La participación en el Premio Nacional de Calidad se desarrolla en tres etapas, cada una de las cuales se analiza por evaluadores expertos en la materia, que determinan el nivel de implantación de los sistemas y procesos de calidad de la unidad inscrita.

Primera Etapa: Reporte Breve. Consta de una síntesis de los procesos de calidad descritos de manera general en los ocho criterios, anteriormente mencionados.
Segunda Etapa: Reporte Extenso. Éste constará de una descripción detallada de cada uno de los ocho criterios y sus subcriterios del Modelo de Gestión de Calidad sobre los sistemas y procesos de calidad.
Tercera Etapa: Visita de Campo. La información descrita en el Reporte Extenso será objeto de una Verificación en Campo para lo cual será notificado a la unidad que será objeto de una visita por un equipo de evaluadores[9-11].

PROBLEMATIZACIÓN

La experiencia ha demostrado que los esquemas de premiación a la calidad, facilitan el desarrollo de una cultura, orientada a la sistematización de procesos para alcanzar niveles cada vez más altos de calidad.

El Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud, se ha convertido año con año en un estímulo de motivación para los Servicios de Salud de la Secretaría, incrementándose en un número cada vez mayor las unidades que han adoptado un sistema de gestión de calidad y que se han inscrito para participar[11].

[a] Grado de bienestar en el trabajo de todo el personal de la organización como: ambiente de trabajo, capacitación, compensación y reconocimiento, comunicación, credibilidad y congruencia, desarrollo social, enriquecimiento personal por el trabajo, facultamiento, herramientas de trabajo, liderazgo, movilidad, participación, respeto, retroalimentación, salud ocupacional, seguridad e higiene, seguridad en el trabajo, tiempo libre y trabajo en equipo.

En el año 2003 el CSU Dr. Gastón Melo tuvo su primera participación en la búsqueda por obtener el Premio Nacional de Calidad. En esta ocasión logró avanzar sólo hasta la segunda etapa ya que el principal obstáculo para alcanzar etapas superiores fue la escasa interacción entre las distintas áreas al interior del Centro ya que no se ejecutaban reuniones de trabajo, significando esfuerzos aislados.

La historia se repitió en el año 2005 cuando nuevamente concursó, sin éxito, en la contienda por el Premio Nacional de Calidad logrando sólo insertarse en la primera etapa. De acuerdo a lo referido por el Dr. Genaro Carrasco Saynez, actual Director del Centro de Salud, esta vez el principal obstáculo estuvo representado en la falta de continuidad al primer reporte elaborado en el año 2002; aunado a esto, el Centro de Salud se encontraba en un proceso de renovación de su directivo, aspecto que incidió en la poca integración conjunta de las áreas en los trabajos por la obtención del Premio de Calidad.

Asimismo, el Dr. Carrasco nos manifestó, que otras problemáticas posibles que han obstaculizado los trabajos de fortalecimiento de la cultura de calidad, se refieren al escaso compromiso del personal por incorporase a proyectos de mejora continua; principalmente por parte del personal de mayor antigüedad en servicio, hecho que a su vez, impacta en el desempeño activo como equipo de trabajo.

Aspectos como los antes mencionados han sido abordados mediante trabajos de investigación; uno de ellos es el realizado durante el periodo 2005-2006 por estudiantes del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana[b] mediante el cual se lograron obtener datos de autopercepción del desempeño laboral, específicamente sobre motivación, satisfacción, trabajo en equipo y relaciones laborales, identificando para toda la Unidad 15 por ciento, y área administrativa 10 , 23 y 43 por ciento, respectivamente, de oportunidad de mejora en cada uno de los rubros mencionados.

El desarrollo organizacional positivo, se logra con capacitación de cada uno de los integrantes de los equipos de trabajo: con motivación y compromiso en la ejecución de sus funciones, siempre supeditados al logro de los objetivos institucionales; con retroalimentación de los equipos de trabajo acerca de los resultados que se obtengan como producto del esfuerzo conjunto y de una serie de estrategias precisamente para el desarrollo organizacional que busca la excelencia en todo momento.

Hacer las cosas con calidad, implica el gran compromiso de hacerlas cada vez mejor y con mayores beneficios que ofrecer a quienes van dirigidas, aunque también implica que cada uno de los actores sociales esté constantemente actualizado en esos conocimientos que se requieren para mejorar, y que esos conocimientos tengan una traducción operativa con una mayor habilidad para la ejecución y un ritmo más expedito, lo que conducirá a tener mayores probabilidades de tener buenos resultados y una plena satisfacción de los usuarios, que es lo que en realidad confiere calidad a un producto[12].

OBJETIVOS

Objetivo general

- Contribuir al Desarrollo Organizacional orientando el empoderamiento del personal del CSU Dr. Gastón Melo para fortalecer la cultura de calidad.

Objetivos específicos

- Planear, diseñar y ejecutar un programa educativo participativo que permita el fortalecimiento del desarrollo y satisfacción del personal de salud.

[b] Reporte final de investigación para el módulo de Gestión del Conocimiento I. Aguirre, M.E., Isunza Vera, A. y Zubieta Vargas, FA (2005). El Desempeño Laboral en el sector salud. La autopercepción del personal del Centro de Salud Dr. Gastón Melo.

- Realizar evaluaciones cualitativas y cuantitativas.
- Recopilar, procesar y analizar datos obtenidos en las evaluaciones.
- Sistematizar la experiencia de la intervención.

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN

La intervención tuvo como escenario al Centro de Salud Urbano "Dr. Gastón Melo" de la ciudad de Xalapa, Veracruz. Ésta unidad médica brinda servicios de primer nivel de atención, pertenece a los Servicios de Salud de Veracruz y se ubica dentro de la Jurisdicción Sanitaria No V. El Centro cuenta con once Núcleos Básicos en los que se atiende a población abierta de 43 colonias. La plantilla laboral se constituye de aproximadamente 85 empleados, distribuidos en cinco áreas de funcionamiento según el Manual General de Organización del Centro: administrativa, enfermería, estadística, atención médica y paramédica, de laboratorio y un director. Cuenta con un Comité de Calidad integrado por seis personas entre médicos y enfermeras de dicho centro de trabajo.

Este Centro de Salud cuenta con una trayectoria importante para fortalecer la calidad en la prestación de servicios, a continuación puntualizamos dichos eventos:

1999. Formación del primer Comité de Calidad del Centro de Salud.
1999. La unidad fungió como Unidad Demostrativa de Calidad.
2003. Participación en el Proyecto Vida de la OPS con un trabajo orientado a mejorar la atención para el paciente diabético.
2003. Primera participación en la búsqueda por obtener el Premio Nacional de Calidad (PNC). Superó la primera etapa y pasó a la segunda.
2005. Nuevamente concursa en el PNC, sin éxito, logrando sólo participar en la primera etapa.
2005. Participación con un trabajo de investigación en el Tercer Foro Nacional de Calidad.
2006. Se encuentra participando en el Premio Estatal de Calidad convocado por el Instituto Veracruzano de Calidad (IVECAD). Se encuentra en la 2ª. Etapa (reporte extenso).
2006. En el mes de junio presentó el reporte breve para participar en la convocatoria de este año del Premio Nacional de la Calidad.

Cabe señalar que fueron 38 Unidades de primer y segundo nivel, en el estado de Veracruz, que presentaron reporte breve para concursar por el Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud y, de éstas, en la Jurisdicción Sanitaria No. V, sólo el CSU Dr. Gastón Melo se encuentra participando.

ESTRATEGIA DE LA INTERVENCIÓN

El presente proyecto está estructurado en cinco fases que describimos a continuación:

Fase 1. Diagnóstico situacional

Conocimiento de la Coordinación Estatal de Innovación y Calidad de SESVER

La Coordinación Estatal de Calidad los de Servicios de Salud de Veracruz se conforma por cuatro departamentos: 1) Mejora de Procesos; 2) Vinculación Ciudadana; 3) Monitoreo y Calidad de la Atención; y, 4) Cultura de Calidad y Capacitación. Específicamente el departamento de Cultura de Calidad y Capacitación tiene como objetivo el coadyuvar en el desarrollo de las actividades inherentes al proceso de gestión de calidad, dentro del marco de la política nacional y estatal en materia de calidad de los Servicios de Salud.

Premio de Calidad de la Secretaría de Salud y modelo de gestión para la calidad

El Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud, se ha convertido año con año en un estímulo de motivación para los Servicios de Salud de la Secretaría, incrementándose en un número cada vez mayor las unidades que han adoptado un sistema de gestión de calidad y que se han inscrito para participar.

Los Modelos de Gestión por Calidad se enfocan a lograr objetivos orientados al desarrollo de una Cultura de Calidad. Los ocho criterios del Modelo de Gestión para la Calidad están integrados por subcriterios que contienen el Ciclo de Mejora: diseño, indicadores, implantación, medición y análisis y mejora continua. Especialmente el criterio: 3.0 Desarrollo y satisfacción del personal. Describe el sistema que la unidad diseña y opera, para lograr el desarrollo del personal durante su vida laboral, desde la selección hasta la separación, con la finalidad de favorecer el desempeño y su satisfacción, considerando las estrategias de la unidad[11,14].

Identificación de un Centro de Salud donde se lleven a cabo modelos de gestión de calidad

El Centro de Salud Dr. Gastón Melo tiene una larga trayectoria para el fortalecimiento de la cultura de calidad; actualmente se encuentra participando en la 2ª. Etapa del Premio Estatal de Calidad del IVECAD y al inicio de este proyecto estaba por participar en la primera del Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud.

Fase 2. Generación de un proyecto

ETAPA 1. *Identificación de áreas de mejora para el fortalecimiento del desarrollo y satisfacción de los prestadores de servicio*
Las áreas de mejora identificadas corresponden a: trabajo en equipo, comunicación y coordinación; e implicación en la mejora.

ETAPA 2. *Identificación de variable y validez metodológica*
Variable identificada: cultura de calidad en los prestadores de los servicios de salud. La validez metodológica se puede ver en el anexo 1.

ETAPA 3. *Concreción de una metodología que permite implantar un modelo de gestión participativo.*
Decidimos ocupar la Educación para la Paz como una forma de trabajo horizontal, participativa y lúdica, que se caracteriza por los siguientes rasgos:

a) Entiende el acto educativo como un proceso activo-creativo en el que los alumnas son agentes vivos de transformación. b) Facilita la aparición de estructuras poco autoritarias, no elitistas y que alienten la capacidad crítica, el auto desarrollo y la armonía personal. c) Intenta llegar a contenidos distintos, haciendo del conflicto y del aprendizaje su resolución no violenta punto central de actuación. d) Promueve el sentimiento empático que favorezca la comprensión y aceptación del "otro". e) Presta atención tanto al vitae explícito como al vitae oculto[6,13].

ETAPA 4. *Competencias a desarrollar:*
En todo el proceso del presente proyecto de intervención, como estudiantes de la maestría en Salud Pública, pudimos identificar el desarrollo de ciertas competencias correspondientes a los módulos de Salud Pública II y Gestión del Conocimiento II.

Módulo de Salud Pública II:

a) Analizar y evaluar políticas, planes y programas de salud.

Módulo de Gestión del conocimiento en Salud Pública II:
a. Integrar esfuerzos para la realización de acciones en pro de la educación para la salud.
b. Diseñar y ejecutar programas educativos de acuerdo con las necesidades sociales.

Fase 3. Planeación de los talleres

En coordinación con el Director del Centro de Salud acordamos:
- Total de sesiones: doce (seis talleres por turno)
- Periodicidad: semanal (seis semanas)
- Dirigidos al personal del Centro de Salud "Dr. Gastón Melo" de todas las áreas.
- Asistentes a talleres: 17 y 18 personas, turnos matutino y vespertino, respectivamente.
- Lugar: aula de usos múltiples del Centro de Salud
- Horario:

Turno matutino: martes de doce a catorce horas.
Turno vespertino: jueves de quince a 17 horas.

Fase 4. Diseño de la intervención

a. Se esbozaron talleres, coadyuvando al arraigo de la cultura de calidad, utilizando como modelo pedagógico la Educación para la Paz. Se elaboró semanalmente una carta descriptiva de cada taller donde se especifican el objetivo general y específicos, temas, técnicas y herramientas didácticas; así como tiempo aproximado para cada actividad y el responsable de cada una de éstas.

b. Se delineó una matriz de evaluación de tipo formativa que permitiera ofrecer una retroalimentación y contribuyera a la planificación y el aprendizaje antes, durante y después de la intervención, mientras ésta se llevó a cabo. (Anexo 2) Los criterios de esta evaluación fueron: (a) en cuanto al programa en general; (b) con respecto a los participantes; (c) en cuanto al equipo base (facilitadores); (d) evaluación de resultados[15].

c. Se diseñó un cuestionario de satisfacción laboral con 40 ítems, incluidos en ocho apartados: puesto de trabajo, dirección de la unidad, ambiente de trabajo e interacción con los compañeros, comunicación y coordinación, condiciones ambientales, infraestructura y recursos, formación/capacitación, implicación en la mejora, satisfacción y reconocimiento. (Anexo 3). Este instrumento se elaboró con dos finalidades: una, obtener datos con respecto a los niveles de satisfacción del personal en distintos rubros y ayudarnos a diseñar los talleres; y dos, proporcionar a la Unidad una evaluación cuantitativa que le permita documentar los reportes para su participación en los Premios de Calidad.

d. Se estructuró un cuestionario para un informe personal o autoevaluación cualitativa (Ver anexo 4) de cada uno de los participantes en el cual se le pregunta directamente sobre lo que piensa, lo que siente y lo que estaría dispuesto a hacer para poner en práctica en su entorno laboral lo aprendido en el proceso educativo[16].

Fase 5. Sistematización de la experiencia

Hemos registrado y compilado, de manera ordenada, la experiencia que deseamos compartir con los demás, combinando la práctica con sustento teórico, y con énfasis en la identificación de los aprendizajes alcanzados

en dicha práctica.
Esta fase fue una reflexión sobre nuestra experiencia para compartir nuestros aciertos y desaciertos, para saber por qué pasó lo que pasó. Es una propuesta metodológica que posibilita:

a. Una revisión colectiva y compartida de nuestra práctica.
b. Un aprendizaje nuevo.
c. Pistas para propuestas alternativas de trabajo que puedan ser generalizables.
d. Conocimiento nuevo que puede posibilitar la vinculación de lo reflexivo y lo académico con las prácticas concretas[17,18].

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS MISMOS RESPECTO DE LA INTERVENCIÓN

Como parte de nuestra intervención, aplicamos diversos instrumentos de recolección de datos, en momentos diferentes: antes, durante y después de la ejecución de los talleres.

Evaluación cuantitativa

Ésta se realizó al inicio y al final (como pre y post evaluación), a través de una encuesta de satisfacción laboral. Con base en los datos obtenidos en la pre evaluación, fue posible identificar las principales problemáticas de satisfacción al interior del Centro de Salud lo que sirvió, en parte, como referente para diseñar el contenido de los talleres y así incidir favorablemente en las necesidades diagnosticadas. La post evaluación sirvió, sobre todo, como parte del proceso de evaluación continua de la intervención. Se hizo la comparación de los datos, pero fueron mínimos los cambios observados.

Se utilizó una escala tipo Likert con cinco niveles, a los que se otorgaron valores de acuerdo a la respuesta seleccionada, quedando la escala de la siguiente forma:

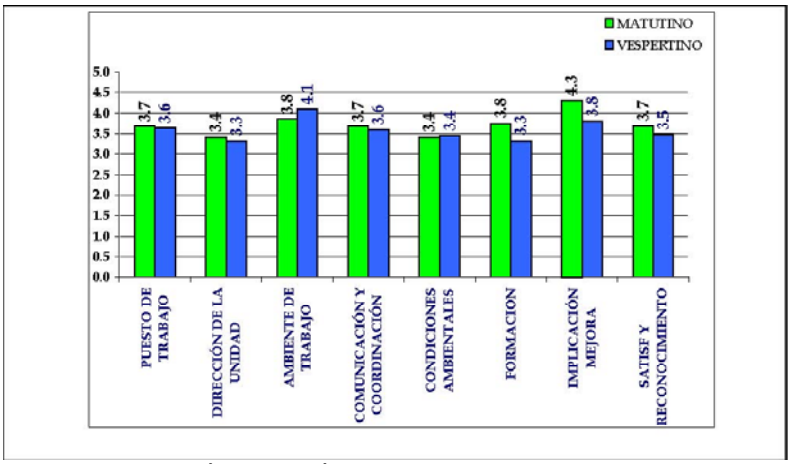
Clasificación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente en acuerdo
Valor	1	2	3	4	5

Una vez aplicado el instrumento se procesaron los datos y fueron analizados de acuerdo a la mediana obtenida en cada opción de respuesta por cada grupo de trabajo (matutino/vespertino) con la finalidad de presentar comparaciones posteriores entre ambos. La escala de medición, de acuerdo a la mediana, se formuló de la siguiente manera:

Clasificación	Totalmente insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Totalmente insatisfecho
Rango	0.1 a 1.0	1.1 a 2.0	2.1 a 3.0	3.1 a 4.0	4.1 a 5.0

A continuación se describen los resultados obtenidos sólo en la pre evaluación, presentando un comparativo del puntaje obtenido entre ambos turnos de trabajo.

Figura 1. Distribución del nivel de satisfacción laboral según apartados y turnos matutino y vespertino. CSU Dr. Gastón Melo. Mayo 2006



Fuente: Evaluación satisfacción laboral. ISP. Mayo 2006.

En lo que respecta al rubro de Dirección de la Unidad, es posible observar que las personas que laboran en ambos turnos refieren estar satisfechas. Dicen estar de acuerdo en que el responsable de la unidad tiene dominio técnico de sus funciones, soluciona los problemas y delega funciones de responsabilidad de manera eficaz, además de tomar decisiones con la participación del personal de la unidad (Anexo de 5. Figura 2).

En el apartado de ambiente de trabajo e interacción con los compañeros existen diferencias significativas entre turnos laborales ya que mientras el turno vespertino advirtió estar totalmente satisfechos con la relación entre compañeros y su colaboración para sacar adelante las tareas, el puntaje alcanzado por el turno matutino demuestra que están satisfechos, es decir un nivel inferior (Anexo 5. Figura 3).

Ambos turnos muestran una percepción favorable en cuanto al suministro de información necesaria para realizar su trabajo de manera adecuada; el puntaje obtenido permite ubicarlos como satisfechos. No existen diferencias considerables entre los turnos (Anexo 5. Figura 4).

En lo que respecta al rubro de condiciones ambientales, infraestructura y recursos, es posible observar que ambos turnos se encuentran satisfechos en lo que respecta a la seguridad en las condiciones de trabajo, de igual manera con el aspecto ambiental y las instalaciones del Centro de Salud (Anexo 5. Figura 5).

En el apartado de formación y capacitación, no se encuentran diferencias entre ambos turnos, reconocen estar satisfechos al recibir información necesaria para el desempeño de sus funciones además de que el programa de capacitación es útil ya que satisface sus necesidades (Anexo 5. Figura 6).

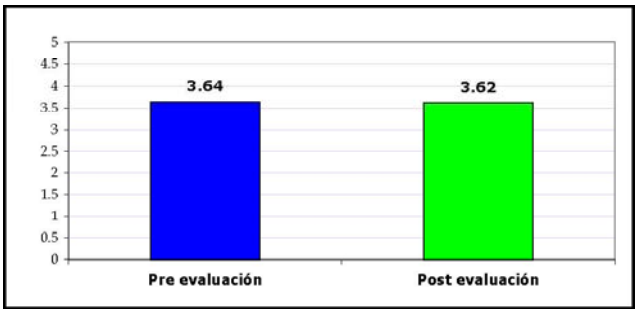
En lo referente a implicación en la mejora encontramos diferencias entre ambos turnos, ya que el turno matutino refirió estar totalmente satisfecho; y el turno vespertino percibió estar satisfecho, es decir un nivel inferior. (Anexo 5. Figura 7). Los aspectos valorados en este rubro se enfocan a la implicación del personal en la mejora de la calidad y la coparticipación en los éxitos y fracasos.

Por último, en la sección donde se evaluó directamente la satisfacción y el reconocimiento, los resultados arrojados demuestran que ambos turnos se ubicas dentro de una postura de acuerdo, es decir satisfechos (Anexo 5. Figura 8).

En promedio, el nivel de satisfacción obtenido por todo el personal del Centro de Salud que participó en el proyecto es bueno.

Ambas evaluaciones (pre y post) arrojaron datos mediante los cuales se pudo observar el nivel de satisfacción laboral antes y después de la intervención.

Figura 9. Distribución del nivel de satisfacción laboral de los turnos matutino y vespertino, según pre y post evaluaciones. CSU Dr. Gastón Melo. Mayo-junio, 2006.



Como se puede observar en la gráfica anterior (figura 9), el nivel de satisfacción en general no presenta cambios considerables; ambas refieren que el personal que participó en los talleres se encuentra satisfecho con las condiciones laborales vigentes en el Centro de Salud.

Evaluación formativa

Se realizaron doce evaluaciones formativas, una por cada sesión de dos horas cada una. A continuación presentamos una síntesis de los puntos encontrados por cada criterio de evaluación:

a) En cuanto al programa en general:

En términos generales los talleres estuvieron bien proyectados, a pesar de la poca experiencia de algunos de los facilitadores en la pedagogía utilizada. Se cumplieron los objetivos de cada taller; se ejecutaron las actividades como estaban previstas; se cubrieron todos los contenidos programados para cada sesión en tiempo y forma. Cuando lo creímos conveniente hicimos los ajustes necesarios para el mejor desarrollo de los talleres; ya sea en tiempos dedicados a cada actividad o incluso en las formas de abordaje de algunos temas.

b) Con respecto a los participantes

En un inicio se observó desconocimiento y expectativa con respecto a los temas que serían abordados: Algunos, incluso, mostraban desinterés en un principio, pero la actitud fue cambiando de forma favorable conforme transcurrieron las sesiones, algunos de ellos desarrollaron actitudes más participativas y de colaboración entre los compañeros y para el desarrollo adecuado del taller. Hubo una participación constante de asistentes; sólo fueron cuatro personas del turno matutino que dejaron de acudir. Por el contrario, en el turno vespertino las personas que regresaron de sus vacaciones se agregaron voluntariamente a los talleres y uno de los participantes que comenzó sus vacaciones, siguió asistiendo los días del taller. A mención expresa de los participantes se logró una plena satisfacción con respecto a su aprendizaje e interacción con el quipo.

c) En cuanto al equipo base (facilitadores)

Desde el inicio existió coordinación y apoyo entre los integrantes, fortaleciendo así, de manera constante, el trabajo en equipo. Existió motivación, buena actitud y gran disposición para todo el trabajo que se realizó. Además, cada uno aportó conocimientos, habilidades y aptitudes propias para el desarrollo y logro óptimo de los objetivos del equipo. Todas las tareas y responsabilidades se distribuyeron equitativamente; cada uno cumplió con los compromisos adquiridos.

d) Evaluación de resultados

Explicitación y puesta en práctica laboral de valores organizacionales; reconocimiento colectivo de la misión y visión de la organización; desarrollo y reforzamiento de competencias en el trabajo en equipo, así como de cooperación y comunicación; fortalecimiento de los flujos de comunicación interna.

e) Sugerencias y comentarios de los participantes

Que haya participación de todo el personal en los talleres y recibir educación y/o capitación de manera permanente utilizando la misma metodología abordada.

Autoevaluación cualitativa

Con el objetivo de contribuir al proceso de reflexión sobre las experiencias adquiridas en la ejecución de los talleres y de esta forma fortalecerlas y profundizarlas para futuras intervenciones, fue aplicado un cuestionario; mediante el cual, los participantes además expusieron los conocimientos y habilidades que adquirieron o reforzaron como resultado de su participación (Ver anexo 4).

De acuerdo a los argumentos emitidos, es posible determinar que las experiencias y conocimientos adquiridos en los talleres corresponden a los objetivos que nos planteamos al inicio de la intervención.

En lo general las respuestas presentan puntos de convergencia; mostrándose a favor de la actividad realizada. Pese a que emitieron sus respuestas de forma individual, todas presentan puntos de convergencia; por lo que decidimos plasmar a continuación las que a nuestro juicio incluyen a los elementos de las demás; es decir las más representativas.

1. ¿Consideras que los talleres contribuyeron a la integración del grupo?
   " Nos permitió conocernos como personas, como trabajadores y a expresarnos sin temor a ser criticados, así como al compañerismo e interacción entre todos"

2. ¿Qué problemas y obstáculos se presentaron durante el taller para la integración y la cohesión grupal?
   " El horario, porque teníamos que atender al personal o pacientes".
   " Por lo mismo, las diferentes formas de pensamiento y que muchos compañeros se cierran en sus ideas".

3. ¿Estás de acuerdo con la metodología utilizada durante los talleres?
   " Sí, porque todos participamos y captamos lo que se nos decía".
   " Nos permitió conocernos más, relajarnos y poner en práctica en nuestra vida laboral y personal"
   " Es menos tedioso y es una forma nueva e interesante en donde no se pierde la concentración y así es más fácil de recordar las cosas o temas vistos porque se reflejan en la vida cotidiana o labora"
   " Porque logran sacarnos de una rutina abrumadora, que a veces nos desquicia y ver las cosas desde otra perspectiva"

4. ¿Crees que puedes poner en práctica en tu ámbito laboral los conocimientos y habilidades adquiridos en los talleres?

" Sí, creo que podemos ponerlos en práctica ya que nos permitió conocernos y unirnos más. Ser un equipo con mentalidad positiva. Contamos con el conocimiento y destreza en nuestras funciones, creo que podemos ser mejores".

5. ¿Qué recomendaciones se podrían hacer para mejorar los talleres?

" Que se insta a que todos los trabajadores los tomen"

" Que se conformaran los dos turnos lo más pronto posible para poder seguir mejor"

6. ¿Qué te pareció el desempeño de los facilitadores (Andrea, Eric y Gaudencio) durante las sesiones?

" Que están muy bien capacitados y que tienen buena disposición y que ojalá sigan haciendo cursos, talleres. Que tienen buen dominio de integración de los asistentes al taller y dan confianza para que haya apertura"

" A pesar de ser jóvenes, se empatizan y respetan, además de ser claros en su exposición. Felicidades"

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

Como equipo de trabajo

Los diferentes momentos por los que atravesó el proyecto de intervención, antes, durante y después de los talleres, dotaron de herramientas que permitieron adquirir, reforzar y enriquecer conocimientos previos en cada una de las temáticas abordadas.

La retroalimentación constante entre el equipo generó un ambiente de colaboración, participación y confianza mutua, que impactó favorablemente en el logro de los objetivos del proyecto.

La aplicación de los conocimientos que cada uno de los integrantes posee en sus distintos ámbitos profesionales y a nivel personal reforzaron la experiencia y el aprendizaje grupal. Cada uno colaboró en la ejecución del proyecto de forma comprometida y sistemática.

El diseño de los contenidos para cada uno de los talleres produjo la necesidad de conocer más sobre algunas áreas que, de cierta forma, son ajenas a nuestro ejercicio profesional; sin embargo mediante la búsqueda de información y la fusión de experiencias personales con la grupal, fue posible la adquisición de nuevos conocimientos.

Como facilitadores

Tuvimos confianza en demostrar (nos) nuestras capacidades para poder adquirir el compromiso y llevarlo a término de la manera planeada. Los procesos de autoevaluación constante (evaluaciones formativas) como facilitadores y reflexión a nivel personal se caracterizaron por la existencia de apertura y aceptación de las críticas a fin de mejorar el desempeño durante los talleres.

De igual forma, se logró responder de manera favorable a los obstáculos que se presentaron durante la ejecución del proyecto, buscando y proponiendo que las decisiones fueran tomadas considerando sus posibles impactos, positivos y negativos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones. La puesta en práctica del modelo pedagógico de Educación para la Paz resultó innovador, toda vez que según referencias de los participantes, los cursos regularmente se desarrollan siguiendo una estructura rígida y vertical. Se logró coadyuvar a que los participantes reconocieran y buscaran la manera de poner en práctica los valores de la organización, así como identificar la misión y visión de la Institución. El modelo de gestión participativo por una cultura de calidad, con sus respectivos ajustes y adecuaciones, como lo demuestra este trabajo, puede coadyuvar a otras unidades de salud de primer nivel de atención a lograr el trabajo en equipo, la colaboración, cooperación y participación entre los trabajadores, fortaleciendo así su desarrollo organizacional. En materia de comunicación interna se logró apreciar que los canales mediante los cuales se ponen contacto la base trabajadora con los directivos, no están siendo funcionales.

Recomendaciones Que en los procesos de capacitación del personal de salud, se implementen metodologías participativas a fin de obtener mejores resultados. Ejecutar cursos similares de manera continua para mantener y reforzar los logros alcanzados con la implantación de este modelo y que involucren a todo el personal de la unidad. Desarrollar una estrategia de comunicación interna a fin de fortalecer los flujos y canales de comunicación y mejorar la interacción entre los públicos internos coadyuvando a la generación de un ambiente laboral caracterizado por la colaboración y la participación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro Ramírez S. Opinión de los prestadores de servicio sobre la calidad de la atención en los C.S.U de la Jur. San. V, pertenecientes a la SSA del estado de Veracruz. (tesis para la maestría en administración en sistemas de salud). Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana; 2002.
2. SNTSS. (Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social). Sección III. Unidad de Investigación en Calidad de Atención a la Salud. Bases conceptuales de la calidad de atención a la salud. Cuadernos de Divulgación Científica. México: SNTSS. Septiembre 2001; 29:1-42.
3. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, MI: Health. Administration Press, 1980.
4. Pauchard Hafemann, Héctor. (2003). Desarrollo Organizacional: sus ventajas y procedimientos. [citado 28 abril 2006]; Disponible en: URL: http://www.relaciones-humanas.net/desarrolloorganizacional.html
5. Carnota Lauzán O. El Empoderamiento en los Sistemas de Salud; 2004 [citado 23 abril 2006]; Disponible en: URL: http://www.gerenciasalud.com/art275.htm
6. SEDUPAZ, APDH. (Seminario de Educación para la Paz y Asociación Pro Derechos Humanos). Educar para la paz. Una propuesta posible. Madrid: Los libros de la Catarata; 1994.
7. Vidal Novelles C. Una altra educación es posible. Guix 2003. Mayo. 2006 [citado 10 abril 2006]; Disponible en: URL: http://www.escolapau.org/img/programas/educacion/publicacion001c. pdf
8. Caireta M, Serra F. Educació per la pau, educació en valors. Resultados del taller dinamizado por el Grupo de Educación de la Escuela de Cultura de Paz de la UAB en el marco del Foro Social para la Educación en Cataluña. Febrero 2005 . [citado 1 abril 2006]; Disponible en: URL: http://www.escolapau.org/img/programas/educacion/publicacion009.p df
9. Secretaría de Salud, Subsecretaría de innovación y calidad, Dirección general de calidad y educación en Salud. Guía de participación del Premio Nacional a la calidad de la secretaría de salud, 2006.
10. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud. México: SSA; 2002.

11. Secretaría de Salud. Convocatoria para participar en el premio nacional de calidad de la secretaría de salud[citado 18 junio 2006]; Disponible en: URL: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/doctosFuente/convo_pnc_20 06.pdf
12. Rangel Abud, S. (s/f) Proceso administrativo en: el Rangel sin ilustrar. Xalapa
13. Cascón Soriano P, Beristain C M. La Alternativa del Juego. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2000.
14. Secretaría de Salud. Modelo de Gestión para la Calidad de la Secretaría de Salud.
15. Cembranos F. La evaluación en la animación sociocultural. Una propuesta metodológica Madrid: Popular, 1989; p. 177-211.
16. Castro de Bustamante. Análisis de los Componentes actitudinales de los docentes hacia la enseñanza de la Matemática. Caso: 1ª y 2ª Etapas de Educación Básica. Municipio de San Cristóbal-Estado Táchira. [tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili Washington; 2003.[citado 20 junio 2006]; Disponible en: URL: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0209104-085732/
17. Eizaguirre M., Urrutia G, Askunze C. La sistematización. Una nueva mirada a nuestras prácticas. Guía para la sistematización de experiencias de transformación social. Bilbao: ALBOAN, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe y Hegoa, 2004.
18. Jara, O. Para Sistematizar Experiencias: Una propuesta teórica y práctica San José: Alforja, 1994.

EL TAXISTA DE XALAPA COMO PROMOTOR DE SALUD: HACIA UNA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ATENCIÓN OPORTUNA DE URGENCIAS

Hansy Cortés Jiménez, Betzaida Cuevas Córdoba y Nelson Ariel Riera Vázquez
Asesores: Mtra. Ma. Cristina Ortíz León, Dr. Pedro Múzquiz Peña, Dr. Roberto Zenteno Cuevas

MARCO CONCEPTUAL

Panorama de accidentes

Mundial

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), México se ubica en la quinta posición por la proporción de defunciones registradas por accidentes, respecto de los países de América[1], y esta misma organización prevé que el número de muertes como consecuencia de lesiones aumentará de 5,1 millones en 1990 a 8,4 millones en 2020, siendo las lesiones por accidente de tráfico la principal causa del aumento, además se estima que estos costaron la vida a 1,2 millones de personas en 1998, y más del 70 por ciento (aproximadamente 850 mil personas) tenían menos de 45 años de edad [2].

Los accidentes de tráfico, ocupan la novena de las principales causas de morbilidad en todo el mundo, provocan 2,8 por ciento de todas las muertes y discapacidades, y a pesar de que la proporción de vehículos en rodamiento en función de la población, es mucho mayor en los países desarrollados, el número de muertes causadas por accidentes de tráfico es mucho mayor en los países en desarrollo, en donde ascendieron a más de un millón, es decir el 88 por ciento en 1998[2] .

Es por eso que el tema de los accidentes de tráfico está atrayendo la atención de organizaciones internacionales como un problema de salud pública muy importante, y en reconocimiento a este, la OMS designó "vialidad segura" como el tema del día mundial de la salud en abril del 2004 [3].

Nacional y estatal

En cuanto a los datos estadísticos de nivel nacional, los accidentes y violencias desde hace poco más de una década, ocupan el cuarto lugar dentro de las principales causas de muerte, de las cuales 72 por ciento corresponden a hombres, siendo además la primer causa de mortalidad en niños, adolescentes y adultos jóvenes (uno a 29 años) [4].

En relación con los estados de la República Mexicana, Veracruz ocupó el lugar 31, con 56.8 por ciento de muertes por accidente con respecto al total de muertes violentas, superado solamente por el estado de Guerrero (52.6 por ciento), y en donde el estado con mayor porcentaje lo tiene Hidalgo con 84.4 por ciento[5]; no obstante en este mismo año, los accidentes ocuparon el sexto lugar en mortalidad general en el estado, con 1644 defunciones que representan cinco por ciento de la mortalidad total [6], en donde los grupos más afectados son los de edades entre quince y 44 años[7], lo cual remarca una gran importancia en la mortalidad, que ocurren en edades productivas y especialmente en el sexo masculino, y que trae como consecuencia que los accidentes se constituyan en la principal causa de orfandad, discapacidad adquirida y de crisis económica familiar, obligando a la madre a trabajar en perjuicio de la integración y desarrollo de los hijos[8].

También es importante mencionar que de las 11945 personas que sufrieron algún tipo de accidente en el estado para el 2004, 2.2 por ciento (265) fallecieron, 52 por ciento fueron heridos (6193), y 45.9 por ciento de estas no tuvieron lesiones (5487) [9].

Respecto a la morbilidad, los accidentes ocupan la tercera causa global de egresos hospitalarios en instituciones públicas de salud en Veracruz[8], lo cual genera altos costos sociales y económicos, pues el promedio de estancia hospitalaria es prácticamente de seis días y los recursos humanos e insumos que intervienen son altamente especializados y costosos (neurocirujanos, médicos intensivista, traumatólogos, cirujanos reconstructivos, salas de terapia intensiva, cirugías, medicamentos y métodos de diagnóstico caros, etc).

En cuanto a lugar en donde se presentan con mayor frecuencia los accidentes, podemos mencionar que 48.86 por ciento se dan en la vía publica y sólo 9.74 por ciento en viviendas particulares[10], lo cual representa un riesgo muy importante tanto para conductores como para peatones. En este sentido 59.8 por ciento de los accidentes terrestres son por causa de exceso de velocidad, no respetar señales de tránsito y virar indebidamente[11].

Local

Dada la importancia que representan los accidentes en la vía pública, cabe recalcar, que en el estado de Veracruz circulan 568,041 automóviles[12], de los cuales, según registros del Departamento de Transporte Público Modalidad Taxi y Colectivo, 19 mil son taxis, y 12.10 por ciento de ellos pertenecen al municipio de Xalapa (2300) con un total de 4600 conductores[13].

Según los datos proporcionados en el Departamento de Peritaje del Municipio de Xalapa, en el año 2005 ocurrieron en dicho municipio 1542 accidentes, los cuales ocasionaron daños materiales por $16 509 050, y de este total de accidentes, once por ciento fueron ocasionados por taxis[14].

En este sentido, si se considera que el número total de taxis es mucho menor comparado con el de automóviles particulares, éstos datos resultan obvios; sin embargo, tomando en cuenta el total de taxis que circulan 7.5 por ciento de estos son responsables de accidentes y sólo 1.5 por ciento del total de conductores de automóviles particulares lo fueron, lo cual indica que el riesgo de que un taxista ocasione un accidente es cinco veces mayor a que lo haga el conductor de un auto particular, además según datos proporcionados en el Departamento de Peritaje del Municipio de Xalapa[13] aproximadamente otro porcentaje igual está involucrado en accidentes, sin ser precisamente responsables de los mismos.

El lugar en el que se desarrolla la ocupación laboral de los taxistas y el hecho de permanecer muchas horas en la vía pública, no sólo los hace vulnerables a participar en los accidentes que ocurren en la vía pública, si no que también los condiciona a ser los actores ideales para realizar el traslado de personas que requieran atención médica inmediata hacia los hospitales, ya que datos proporcionados por el servicio de Urgencias del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio” (CEMEV)[15,] este grupo realiza el traslado de aproximadamente 20 por ciento de las urgencias médicas.

PROBLEMATIZACIÓN

Con los datos expuestos anteriormente, podemos observar las importantes repercusiones sociales y económicas que tienen los accidentes; y el hecho de que estos sean potencialmente previsibles, abre un importante camino para la acción en materia de prevención y educación.

Como pudimos observar, un importante porcentaje de estos accidentes ocurren en la vía pública y afectan a grupos en edades productivas, es por esto que esta propuesta de trabajo se basa en las personas, cuya ocupación laboral tiene relación con la vía pública, como se ha mencionado los taxistas tienen un riesgo relativo de casi cinco veces más, en comparación con los conductores de automóviles particulares de la ciudad de Xalapa, de ser víctimas y así también de estar en el lugar de los hechos, y de tener un contacto diario con diferentes personas a quienes prestan sus servicios y en quienes también pueden influir.

Por lo que se hizo necesario enfocar este trabajo directamente hacia este grupo en particular, con la intención de motivar al taxista para convertirlo en un promotor de la salud, básicamente en la prevención de accidentes y atención oportuna de urgencias para lo cual se realizó una intervención que partió de sensibilizar a los taxistas de Xalapa sobre accidentes y de conocer sus experiencias al respecto para diseñar una estrategia que permitiera modificar conductas de riesgo, así como tener conocimientos básicos sobre primeros auxilios que le permitan disminuir el daño de lesiones derivadas de accidentes, al fungir como primer respondiente en un accidente, hasta que lleguen los segundos.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Formar una cultura promotora de salud, y una oportuna y eficaz capacidad de respuesta a emergencias médicas, en el taxista del municipio de Xalapa, Veracruz.

Objetivos específicos

- Identificar en los taxistas las necesidades y carencias de información sobre los accidentes su prevención y posibles soluciones.
- Desarrollar la propuesta y contenidos de un curso integral dividido en cuatro módulos.
    - Impartir el curso piloto desarrollado en el objetivo anterior, a un grupo de conductores de taxistas del municipio de Xalapa.
    - Evaluar el curso piloto propuesto, en función de los resultados obtenidos con el grupo.

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN

El Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes (COEPRA), es la sede en la cual se desarrollaron las prácticas de los módulos de Salud Pública II y Gestión del Conocimiento II, del segundo semestre de la Maestría en Salud Pública, cuyo propósito en común, fue elaborar la propuesta de un plan estratégico de intervención, que incluyera la programación y presupuestación del mismo, y en donde se involucró la participación comunitaria para la resolución del problema.

COEPRA es una entidad normativa, cuyo objeto es proponer acciones en materia de prevención y control de accidentes, a que se refiere el artículo 129 de la Ley de Salud del estado de Veracruz-Llave[8]; este Consejo se conformó en el año de 1999 por iniciativa y sugerencia del Consejo Nacional de Salud (mismo que fue reinstalado en el mes de junio del 2005), y coordina acciones con diferentes instituciones públicas y privadas.

Marco jurídico-legal

Los factores legales que, a su vez, se constituyen como elementos para la toma de decisión de una política pública para la prevención y atención de los accidentes en el Estado de Veracruz, se ubican en los siguientes preceptos legales:

Título Primero, Artículo cuarto de la Constitucional Política de los Estados Unidos Mexicanos, relacionado al derecho a la protección de la salud.

La Ley General de Salud incluye en el capítulo IV (artículo 162-166), lo relacionado con la Prevención de Accidentes.

En el año de 1986 la prevención de accidentes y lesiones es reforzada de manera importante por la promulgación de la Norma Técnica No. 54, la cual incluye la atención a la salud en caso de desastre.

El 20 de marzo de 1987 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto que establece en su artículo primero, la creación del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes el cual, desde entonces, tiene por objeto proponer las acciones en materia de prevención y control de los mismos a que se refiere el artículo de la Ley General de Salud.

El 11 de mayo de 1999 se publicó en la Gaceta Oficial del Estado de Veracruz, el decreto por el que se crea el Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes (COEPRA) [8].

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Tomando en cuenta la problemática anteriormente expuesta, esta propuesta de trabajo se realizará en cinco etapas

Etapa 1 Vinculación

En la cual se llevó a cabo una vinculación con las autoridades relacionadas con la problemática de los accidentes.

Etapa 2 Análisis de la situación

Con la finalidad de identificar las características, necesidades y propuestas de los taxistas, se realizó un análisis de la situación con los actores que viven el problema, para lo cual se calculó una muestra de 100 taxistas para garantizar 95 por ciento de confiabilidad, por lo que se trabajó con 29 líderes taxistas de Xalapa, acompañados de 40 concesionarios y 34 chóferes, formando un grupo de 103 taxistas, a los cuales se aplicó un cuestionario anónimo, para lograr mayor confiabilidad, y de tipo cuantitativo, en los resultados; el instrumento estuvo conformado por 34 preguntas cerradas y una abierta y se dividió en cuatro apartados: I) Datos generales, II) Educación Vial, III) Primeros auxilios, IV) Sugerencias y propuestas de solución.

Etapa 3 Diseño del curso- taller

Tras el análisis de los resultados de la etapa anterior, se dio paso al desarrollo de las temáticas del curso-taller a impartir, los objetivos que se cumplirían, la metodología empleada, la búsqueda de los instructores para cada módulo, el lugar en el cual se llevaría a cabo, y los recursos necesarios para la elaboración de la carta programática, así como la forma de evaluación del mismo.

Etapa 4 Aplicación del curso al grupo piloto

La aplicación del curso-taller piloto, se realizó a un grupo integrado por once taxistas que fueron seleccionados por medio de una muestra aleatoria simple tomada del grupo a quienes se les aplicaron los

cuestionarios de análisis y decidieron participar, cabe mencionar que al iniciar el curso se contó con la participación de los once taxistas, con abandono de dos integrantes.

Al finalizar el curso se evaluó la estructura del mismo por parte de los taxistas, para la cual se aplicó un cuestionario, de dos apartados: el primero sobre el desempeño de los instructores, en el cual se evaluaron: capacidad de manejo del grupo, conocimiento que el instructor tuvo de los temas, uso de apoyo didáctico y calidad del mismo, originalidad en la metodología, y vinculación teoría-práctica; y el segundo apartado acerca de la evaluación general del curso, en donde se preguntó sobre la calificación general del curso y los instructores, en una escala del 0-10, consideraciones de tiempo, motivación, sugerencia de otros temas de interés.

Etapa 5 Evaluación

Esta se dividió en dos partes, la primera consistió en obtener la opinión que lo taxistas tuvieron sobre sí aprendieron o no los temas dados en el curso, para la cual se elaboró una cédula de percepción; en la segunda parte se contrastó esta opinión con la verdadera cuantificación del aprendizaje de los taxistas, obtenida mediante cuestionarios de inicio y término basados en los objetivos a cumplir en cada módulo, así como identificar mediante puntajes las diferencias de conocimientos detectados en cada tema, para lo cual se elaboraron pruebas estadísticas, gráficas y tablas, con los puntajes obtenidos.

En cuanto a los criterios mediante los cuales se evaluaron estos cuestionarios, se decidió utilizar rangos de 0.0 puntos, si la respuesta era incorrecta, o no era contestada, 0.5 si era correcta, pero le faltaba información que había sido mencionada en el curso, y 1.0 si era correcta y completa; cabe mencionar que los apartados de Relevancia social de taxista e Integración contenían preguntas con respuestas de percepción, por lo cual se decidió interpretar como 0 si no había contestado o la respuesta pertenecía a actitudes no deseadas, y 1 si la respuesta correspondía a actitudes preventivas, esto únicamente con la intención de medir los posibles cambios de las mismas.

RESULTADOS

Resultados etapa 1 : Vinculación

Inició mediante la vinculación del COEPRA y el Instituto de Salud Pública (ISP), con diferentes instituciones, relacionadas con la problemática de los accidentes, la Dirección General de Tránsito y Transporte del Estado (DGTTE), a través de la Lic. Martha Montoya Barradas; el Departamento de Trasporte Público modalidad taxi y colectivo, con el Lic. José Mendoza Loyo; el Departamento de Publicidad y Prensa de Tránsito del Estado, con la Lic. Mabel Torres Rivera, la Subdirección del Instituto Veracruzano del Transporte, a través del Lic. Omar Rivera Meza; y la Secretaría de Salud, con la Dra. Ma. Hayde Palafox Olvera; con quienes se planteó la intencionalidad de la propuesta y organizaron reuniones subsecuentes para la validación por parte de los expertos del instrumento a utilizar para el análisis de la situación, así como la carta programática del curso-taller y la búsqueda de los instructores adecuados para cada módulo.

Por medio del Jefe del Departamento de Transporte Público Modalidad taxi y colectivo, se convocó a los líderes taxistas de Xalapa a una reunión, para informarles del proyecto e invitarlos a participar en él, por lo que se solicitó su asistencia, a la Unidad de Servicios Bibliotecarios y de Informática (USBI) de la Universidad Veracruzana (UV), y se les pidió que acudieran acompañados de un concesionario (chofer dueño de placas) y un chofer (empleado como conductor al pagar una renta por el taxi), con la finalidad de conocer el problema desde diferentes realidades, en donde se les ofreció una charla acerca de los accidentes, la metodología con la cual se trabajó en este proyecto y la aplicación de un cuestionario, para realizar al análisis de la situación;

cabe destacar que dicha reunión tuvo el apoyo de difusión del Departamento de Publicidad y Prensa de Tránsito del Estado.

Al mismo tiempo se llevaron a cabo reuniones individuales con expertos en cada tema, (personal de DGTTE, Secretaría de Salud, COEPRA, e ISP), para la validación de los contenidos temáticos y la estructuración del instrumento para el análisis de la situación.

Resultados de la etapa 2: Análisis de la situación

Datos generales

Los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios aplicados a los 103 taxistas, arrojaron lo siguiente; el grupo estuvo formado por un 39 por ciento de concesionarios, 32 por ciento de chóferes y 28 por ciento de líderes, de los cuales, casi 80 por ciento tienen más de 40 años de edad, perteneciendo 20 por ciento de ellos al grupo etario de riesgo para accidentes que va de 40 a 45 años, en cuanto al género, 90 por ciento fueron hombres.

Acerca de su escolaridad, 33 por ciento , tienen como nivel primaria y 29 por ciento secundaria. En cuanto a su experiencia en la conducción de taxis 90 por ciento tienen más de seis años trabajando, y 65 por ciento trabaja más de 8 hrs. diarias, además 96 por ciento mencionó que le gusta el trabajo que realiza.

También se preguntó acerca de su experiencia con accidentes automovilísticos, encontrando que 66 por ciento ha participado en alguno, siendo o no los responsables, de los cuales identifican como causas principales, exceso de velocidad, alcance y manejar alcoholizado.

En cuanto a las urgencias médicas, 88 por ciento mencionaron haber trasladado a algún pasajero con una urgencia a un hospital, en donde casi 44 por ciento refirió que el tipo de ésta fue parto, 25.62 por ciento accidentes en el hogar y 14.5 por ciento golpeados por terceros.

Educación vial para la prevención de accidentes

El 38.8 por ciento mencionaron ver accidentes en la vía pública a diario y 39.8 por ciento dos o tres veces por semana, 96 por ciento considera que los accidentes se pueden prevenir. Acerca de las conductas de riesgo para accidentes, se encontró que más del 56 por ciento utiliza el teléfono celular mientras conduce, 30 por ciento lo hace de una a tres veces por semana, y catorce por ciento más de cinco veces al día. En cuanto al cinturón de seguridad más del 89 por ciento señaló que el taxi que conducía contaba con cinturón de seguridad para todos los ocupantes, sin embargo, catorce por ciento no considera que sea importante que los pasajeros del asiento posterior lo utilicen, 98 por ciento cree que es posible dar información sobre prevención a sus usuarios.

En cuanto al rubro de conocimientos sobre reglas y señalamientos de tránsito, el promedio obtenido por los taxistas fue de 6.4 puntos en una escala de 0 a 10.

Atención inmediata en primeros auxilios

En cuanto a la disposición del grupo ante situaciones de accidentes, 87 por ciento manifestó que si al manejar, se encontrara un accidente, se bajaría para ayudar, y 87 por ciento cree que auxiliar a los lesionados mientras llega un paramédico, puede salvarle la vida.

En relación a los resultados sobre conocimiento en primeros auxilios, los taxistas tuvieron un promedio de 4.9

puntos en una escala de 0 a 10, en donde encontramos que en la mayoría de los temas los taxistas tienen idea de que hacer, pero no en que casos, algunos confunden las técnicas, no saben la fuerza que se necesita aplicar en las maniobras o el lugar anatómico preciso, ni las diferencias según la edad de quien necesita la ayuda.

Sugerencias y propuestas

El 69.9 por ciento señaló reanimación cardiopulmonar, 64.1 por ciento hemorragias, 64.1 por ciento heridas, 64.1 por ciento inmovilización de fracturas, el 63.10 por ciento quemaduras, 58.3 por ciento vendajes, y casi 40 por ciento obstrucción de vía respiratoria; además 52 por ciento sugirió el tema de intoxicación y envenenamiento, 51 por ciento atención al parto, 20 por ciento desmayos, y 20 por ciento epilepsia, ya que comentaron, menudo se encuentran con este problema y no saben que hacer, o que no hacer para evitar una lesión mayor.

En cuanto al módulo de educación vial, 79.6 por ciento indicó el tema de educación vial, 63.10 por ciento derechos y obligaciones del conductor, 61.2 por ciento derechos y obligaciones del peatón, y 51.5 por ciento señalamientos viales, además, entre las sugerencias, 50 por ciento incluyeron conocimientos sobre el reglamento de tránsito y 12.5 por ciento sobre técnicas de manejo a la defensiva.

Acerca de la forma en que les gustaría se llevara a cabo el curso, proponen que teórico-práctico y más interactivo; también que se imparta educación vial desde las escuelas, que se den cursos sobre vialidad a todos los conductores de manera obligatoria y a peatones, que se de más difusión al problema de accidentes y la manera de solucionarlo.

Resultados de la etapa 3: Diseño del curso-taller

Estructura y proceso académico

Basándonos en un diagnóstico participativo, y tomando en cuenta los temas propuestos y sugerencias analizadas en la etapa anterior, se diseñó un curso-taller, con metodologías activo-participativas, dinámicas, técnicas reflexivas y gran contenido práctico; en donde el objetivo fue formar taxistas como promotores de salud para lograr la disminución de la incidencia, letalidad y mortalidad de los accidentes de tránsito, para lo cual se procedió a estructurar el curso-taller, el cual se presentó y validó por expertos, quedando conformado por cuatro módulos: I. Relevancia social del taxista, cuyo objetivo fue posicionar al taxista como un actor social importante, capaz de generar cambios y con la capacidad de ofrecer mayor seguridad a sus usuarios; II. Educación vial para la prevención de accidentes: tuvo como finalidad proporcionar conocimientos de educación vial y promover actitudes de prevención de accidentes, en los taxistas y hacia sus usuarios, para disminuir la incidencia de accidentes de tránsito; III. Atención inmediata en primeros auxilios: se diseñó con el objetivo de formar taxistas con los conocimientos y aptitudes necesarias para poder proporcionar atención inmediata en primeros auxilios, mientras acuden los paramédicos, a personas que tengan una urgencia médica, en la vía pública o al interior de su taxi, y de esta manera disminuir la letalidad y mortalidad de los accidentes; IV. Integración y visualización del taxista como promotor de salud: se integraron los conocimientos adquiridos en los módulos anteriores para su correcta aplicación a la sociedad, logrando que los taxistas se formen como promotores de salud al ser educadores de los usuarios, para este último punto se diseñó una estrategia de comunicación apoyada en una tarjeta informativa, la cual se basó en imágenes con mensajes de prevención de accidentes, con la intención de que estos fueran accesibles a todo tipo de usuarios, independientemente de su edad o nivel escolar, ya que la interpretación de la misma no requiere que el conductor se distraiga al ir manejando. Dicha tarjeta fue entregada a los taxistas participantes del curso-taller, para su piloteo y posteriores correcciones para su masificación, con lo cual se pretende que poco a poco, y en conjunto con otras acciones, se lleve a cabo un cambio en las personas usuarias de los taxistas hacia actitudes preventivas.

Organización administrativa y presupuestal

Se gestionó la participación de los instructores provenientes de diferentes instituciones, quedando estructurada de la siguiente manera: el módulo 1 fue impartido por una Mtra. en Psicología Aplicada a la Salud, Carolina Hernández Ochoa, que labora en el ISP; el módulo 2, por el instructor de Tránsito del Estado, Jesús Ricaño Herrera; el módulo 3, por el Dr. Eustacio Ordaz, Jefe de urgencias del Departamento de Protección Civil de Laguna Verde, y la Dra. Haydé Palafox Olvera, encargada del Comité de Atención Hospitalaria del COEPRA, de los SESSVER, y por último, el módulo 4, el encargado fue el Dr. Pedro Múzquiz Peña, Secretario Técnico del COEPRA; el curso se realizó en su totalidad en el ISP los días 29 y 30 de junio, 6 y 7 de julio de nueve a catorce hrs.

En lo referente a los costos que implica la aplicación del mismo, se llevó a cabo un ejercicio de presupuestación con los insumos básicos, considerando la participación de un máximo de quince personas que arrojó un costo total de $7,381.30, es decir, de $492 por persona aproximadamente.

Resultados de la etapa 4: Aplicación del curso-taller

Resultados de opinión de los taxistas sobre el curso-taller

Como se mencionó en la metodología, la evaluación de la estructura del curso, se dividió en dos apartados, el primero sobre el desempeño de los instructores y el segundo acerca de la evaluación general.

En relación al primero se observó que los cinco instructores fueron evaluados excelentemente en todos los aspectos que se consideraron en el cuestionario como: el material didáctico utilizado, el manejo para la participación del grupo, la relación de lo teórico y lo práctico y la metodología utilizada.

En el segundo apartado todos los taxistas le dieron una calificación de diez al curso. El 100 por ciento de los participantes respondió que falto tiempo para una mejor comprensión de los temas. Se preguntó sí habían tomado anteriormente cursos tanto de educación vial como de primeros auxilios y 33 por ciento respondió que si habían tenido cursos de primeros auxilios y 80 por ciento de educación vial, pero que no habían sido tan dinámicos como éste.

En cuanto a sugerencias, los taxistas refirieron que les interesaría que se continuara con estos cursos, pero que se le dedique más tiempo a cada uno de los temas, así también sugirieron que necesitaban cursos referentes sobre turismo e inglés.

Resultados de la etapa 5: Evaluación

Acerca del primer módulo denominado “Relevancia Social del taxista”, el 100 por ciento de ellos opinaron haber comprendido adecuadamente, los temas proporcionados; en cuanto a la evaluación cuantitativa, se realizaron preguntas sobre la importancia de su trabajo en la sociedad, el profesionalismo de su oficio, sus actitudes hacia las personas, etc. encontrándose que al inicio del curso-taller obtuvieron en promedio resultados de 9.2 y al finalizar aumentaron a 9.6, lo cual coincide con su perspectiva.

En relación al módulo de educación vial, en la parte cuantitativa, los taxistas tuvieron al iniciar promedios de 6.4 y al término de 6.6, también se realizó un análisis de cada una de las preguntas. En cuanto a la percepción de los taxistas 77.8 por ciento respondieron haber aprendido mucho sobre el tema de derechos y obligaciones del Reglamento de Tránsito, sin embargo, la evaluación cuantitativa no mostró cambios en estos temas; de igual forma en el tema sobre señalamientos de tránsito, 61.1 por ciento percibió haber aprendido

mucho, mientras que en el otro tipo de evaluación tampoco se observaron cambios en el puntaje.

En cuanto a los resultados de la evaluación cuantitativa del módulo de atención inmediata en primeros auxilios, se observó de inicio un puntaje de 3.9, y al finalizar fue de 7.0, con este resultado se realizaron pruebas estadísticas de contraste para la diferencia de medias apareadas, en donde el valor de p fue de 0.0011, lo cual indica una diferencia estadísticamente significativa; en cuanto a su percepción el 100 por ciento respondió haber aprendido mucho sobre la mayoría de los temas, y el 80 por ciento aprendió poco sobre los siguientes temas: proporcionar ayuda a una persona a respirar, identificación e inmovilización de fracturas, hemorragias.

En lo referente al módulo IV, de integración, se obtuvieron puntajes que de inicio marcaron un 7.7 y al termino descendieron a un 7.2, desafortunadamente estos resultados se debieron muy posiblemente, a que varios de ellos, dejaron muchas de las preguntas referentes a este módulo sin responder, por su necesidad de incorporarse a sus actividades laborales. Sin embargo, el 100 por ciento de los participantes del curso-taller, manifestaron su disposición para funcionar como promotores de salud y difundir mensajes de prevención de accidentes y de educación vial.

En relación a la evaluación general del curso-taller podemos decir que se observó una diferencia significativa con un puntaje global de inicio de 5.9 y uno de término de 7.2, que arroja un valor de p=0.0061 según las pruebas de contraste para la diferencia de medias apareadas, lo cual indica que este curso-taller si cumplió con los objetivos planteados, logrando la adquisición de conocimientos. Los ajustes realizados en este curso-taller derivados de este pilotaje, permitirán su replicación al resto de los taxistas de la ciudad, con lo cual será posible medir la sensibilización y evaluación de nuevas actitudes enfocadas a la prevención.

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

Las experiencias que vivimos durante el desarrollo de nuestro proyecto de intervención, incluyeron entre otras, la vinculación con instituciones de gobierno, instituciones privadas, la gestión de recursos, etc., abarcando desde cuestiones sociales hasta de tipo político y económico.

La primera que vivimos fue observar las insuficiencias económicas y de recursos humanos con que cuenta el COEPRA, ya que al pensar en un Consejo, nos imaginamos una entidad que cuente con presupuesto propio y su respectivo personal.

Otra de las experiencias que vivimos fue el evidente trato desigual, según el género, observado en Tránsito y Transporte del Estado de Veracruz, así como también en la organización de taxistas, pues cuando las dos integrantes mujeres del equipo solicitaban alguna información, los encargados de darla (obviamente personal masculino) se mostraban muy condescendientes y amables a diferencia de si la petición era hecha por un hombre a quien regañaban o ignoraban, y de la misma forma cuando la encargada resultaba ser una mujer (esto en menor proporción), se dirigía en su mayoría al integrante masculino del equipo, excluyendo casi por completo a las otras dos integrantes.

También experimentamos el burocratismo tan arraigado que prevalece en las instituciones de gobierno, en donde todo se lleva a cabo mediante oficios que tardan demasiado tiempo en atravesar el verticalismo necesario para ofrecerte una respuesta, y en este sentido tuvimos dos ejemplos muy importantes: el primero fue para acceder a los líderes taxistas, para lo cual tuvimos que vincularnos primero con la autoridad indicada en Tránsito del Estado, que fue el Jefe del Departamento de Tránsito Modalidad Taxi y Colectivo, con quien llevamos a cabo varias reuniones para explicarle el proyecto y expresarle nuestro interés en reunirnos con los líderes taxistas, para lo cual tuvimos que esperar varios días hasta que él tuviera oportunidad de convocar a los líderes para comentarles del proyecto (posteriormente observamos que los líderes van frecuentemente a

este departamento), una vez pasado este filtro, fueron necesarias dos reuniones más con los líderes para fijar una fecha en la que por fin se convocara a el resto de los taxistas necesarios para la realización del proyecto; el segundo caso se dio al solicitar el programa de educación vial en el Instituto Veracruzano del Transporte, en donde se necesitaron tres ó cuatro semanas para que el oficio entregado al subdirector pasara a manos del director y de allí bajara la orden a los encargados de dicho programa, para que estos pudieran prestarnos prácticamente sólo el índice de contenidos del mismo.

Una experiencia más, que vivimos durante el desarrollo de nuestro proyecto, fue la dificultad para conseguir a los instructores que impartieran los módulos de educación vial y primeros auxilios, la cual no se debió a falta de interés por parte de ellos, sino a cuestiones de tipo institucional que les impedían utilizar días de trabajo para acudir a impartir el curso-taller, por lo que nos vimos en la necesidad de hacer modificaciones a lo ya planeado para adaptar el curso a los instructores.

Sin embargo, no todo fue de esta naturaleza, también fue muy gratificante observar la cooperación y el apoyo por parte de todos los taxistas, así como su esfuerzo para apoyarnos en el proyecto, debido sobre a todo a su interés por superarse; por otra parte también fue un ejercicio muy importante la gestión que se llevó a cabo con las distintas autoridades, así como los enlaces con los instructores y lo que aprendimos respecto a temas en los que no somos expertos; además de la experiencia en cuanto a la organización del curso-taller, que a decir verdad, nunca consideramos que requiriera tanta planeación y cuidado en los detalles, pero que ahora nos lleva a considerar aspectos que antes no los hubiéramos tomado en cuenta.

Otra experiencia, también muy gratificante, fueron las facilidades brindadas por el ISP y en particular su Director, el Mtro. Enrique Hernández Guerson, quien nos apoyó en todo momento para la realización de nuestro proyecto, tanto en la reunión con los taxistas para realizar el diagnóstico, como en la realización del curso taller. De igual forma agradecemos todo el apoyo proporcionado por nuestros asesores, la Mtra. Ma. Cristina Ortiz León, el Dr. Roberto Zenteno Cuevas y el Dr. Pedro Múzquiz Peña, para la realización de este proyecto.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se aplicó un cuestionario de 34 preguntas a 103 taxistas, considerando líderes, concesionarios y choferes; con el objetivo de obtener información sobre sus conocimientos, experiencias, opiniones y necesidades; y desarrollar un diagnóstico que nos permitió elaborar un curso-taller.

De este análisis se encontró que la edad promedio de este grupo fue de 40 años, la escolaridad predominante es la primaria, la mayoría tiene más de seis años de conducir un taxi y también han tenido la experiencia con accidentes automovilísticos y con el traslado de alguna urgencia médica a un hospital. En relación con los accidentes, la mayoría dijo haber visto un accidente en la vía pública a diario o de dos a tres veces por semana, además consideran que los accidentes se pueden prevenir. Sin embargo más de la mitad de ellos utiliza el teléfono celular mientras conduce, aunque lo hacen de una a tres veces por semana. Destacando su disposición a dar información sobre prevención de accidentes a sus usuarios. Las calificaciones obtenidas fueron en promedio de 6.4 en educación vial y de 4.9 en primeros auxilios, es importante señalar que en este último apartado los taxistas tienen idea de qué hacer pero no en qué casos, algunos confunden las técnicas o el lugar anatómico preciso.

Todo esto nos sirvió para elaborar el curso-taller que se estructuró de cuatro módulos (Relevancia social del taxista, educación vial, primeros auxilios e integración) el cual se desarrolló en 20 horas distribuidas en cuatro días, empleando una metodología activo-participativa.

El curso anteriormente descrito se piloteó a un grupo de nueve taxistas, realizándose una evaluación del aprendizaje previo y posterior al desarrollo del curso-taller, el cual fue comparado con una evaluación del aprendizaje por los mismos taxistas; y al finalizar el mismo se realizó una evaluación de la metodología educativa, los tiempos empleados, y suficiencia académica de los instructores.

La calificación que obtuvieron los taxista en la evaluación de aprendizaje que se aplicó antes y después del curso se encontró que en el primer módulo aumento de 9.2 a 9.6, en el segundo fue de 6.4 a 6.6, en el tercero de 3.9 a 7.0 y sólo en el cuarto de descendió de 7.7 a 7.2. La calificación global fue de 5.9 a 7.2. Cabe mencionar que estadísticamente fue significativo esta diferencia en el módulo III y en la calificación global.

En la evaluación que los taxistas hicieron del curso, manifestaron que se debe destinar mayor tiempo para su realización, ya que éste no fue suficiente, puesto que módulos como el de primeros auxilios no permitió desarrollar todos los temas contemplados en la carta programática ni verlos de manera más profunda.

También se identificó la necesidad de capacitar a los instructores, previo a la realización del curso-taller, además de los temas a desarrollar y el tipo de metodología que necesitan aplicar, con la intención de que quede clara la diferencia que ofrece este curso en comparación de otros.

Concluimos que se debe dar continuidad a proyectos como éste, ya que consideramos que la ciudad de Xalapa y en sí su sociedad los necesita, y puede ser de mucha utilidad para disminuir los accidentes en la misma, al lograr una mejora en la cultura vial de los taxistas y en la atención oportuna de accidentados por parte de ellos; por lo que corresponderá a las autoridades correspondientes echar a andar esta propuesta, que además no representa gastos económicos importantes, puesto que como se mencionó anteriormente, tiene un costo de $492.00 pesos por persona. Además de existir un enorme interés sin fines de lucro, de varias personas que laboran dentro de las instituciones públicas, para impartir cursos de esta naturaleza, como son los instructores de educación vial de Tránsito del Estado, médicos de la SSA, Protección Civil de Laguna Verde, etc.

Por último consideramos importante el mantener y mejorar la vinculación entre COEPRA, Tránsito del Estado y los taxistas, partiendo que estos últimos son un gremio muy unido y con gran poder de convocatoria entre ellos. Es de destacar el enorme interés que tienen por ser tomados en cuenta en proyectos de este tipo; puesto que hicieron una petición al Srio. Técnico del COEPRA de que se les tome en cuenta para dar continuidad a éste y participar en otros que realice este Consejo en coordinación con otras instituciones gubernamentales. Expresando que para ellos ésta es una forma de superarse dentro de su profesión y de ser mejores servidores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SSA. Comunicado de Prensa No. 110. La SSA coordina esfuerzos para impulsar la prevención de accidentes. 03/Julio/2002. Disponible en: http://www.salud.gob.mx /unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-07-03-110-PREVENCION-DE-ACCIDENTES.htm
2. OMS. Lesiones por accidentes de tráfico. Disponible en http://transito.bvs.br/docs/traffic_facts_es.pdf
3. Dahl Richard. Vehicular Manslaughter: The Global Epidemic of Traffic Deaths. Environ Health Perspect. 2004 August; 112(11): A628–A631. Disponible en: http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=15289183

4. INEGI. Estadísticas de Mortalidad. Porcentaje de defunciones por sexo, grupos de edad y principales causas, 1990 a 2004.
5. INEGI. Estadísticas de Mortalidad. Porcentaje de muertes por accidente con respecto al total de muertes violentas por entidad federativa y sexo, 2002, 2003 y 2004.
6. SESVER. Jurisdicción. Sanitaria No. V. Mortalidad por causas 2004.
7. SEED/INEGI 2004. Mortalidad por accidentes según grupo de edad en el estado de Veracruz.
8. Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes. Programa 2006.
9. INEGI. Anuario Estadístico del Estado de Veracruz, 2005. Porcentaje de personas accidentadas según tipo de daño, 2003.
10. SEED/INEGI 2004. Porcentaje de defunciones por accidentes en el estado de Veracruz, según lugar donde ocurrió la lesión.
11. INEGI. Anuario Estadístico del Estado de Veracruz, 2003. Frecuencia de accidentes de tránsito terrestre en el estado de Veracruz según causa 2003.
12. INEGI. Anuario Estadístico. 2004. Automóviles en el estado de Veracruz
13. Lic. José Mendoza Loyo (Comunicación personal). Jefe del departamento de Transporte Público Modalidad Taxi y Colectivo. 2006.
14. César Leonardo Cruz Jiménez.(Comunicación personal). Jefe de la Unidad de Peritos de Tránsito y Vialidad de Xalapa. 2006.
15. Dr. Francisco Pelayo Salcedo. (Comunicación personal). Jefe de urgencias del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio”. 2006.
16. Acuerdo aprobado por el consejo……publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 noviembre 2003 disponible http://dof.gob.mx/2003/noviembre/dof_19-11-2003.pdf

UNIVERSIDAD POR LA SALUD EN EL CENATI-UV: UNA APROXIMACIÓN A LA UNIVERSIDAD SALUDABLE

Mónica Carrasco Gómez, Evangelina Montes Villaseñor y Francisco Antonio Zubieta Vargas
Asesores: Mtra. Josefina Aguirre Martínez, Dra. Rocio Coutiño Rodríguez, Alma Cruz Juárez, Mtra. Patricia Guiot Vázquez

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de la Maestría en Salud Pública (MSP) es aplicar los conocimientos y competencias adquiridas; dentro de los módulos de Gestión del Conocimiento II (GC2) y Salud Pública II (SP2), para ello se realizó un Proyecto de Intervención (PI) en el Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario (CENATI) de la Universidad Veracruzana (UV).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) proponen modelos para la promoción y prevención de la salud con participación social, surgiendo así los municipios saludables y las escuelas promotoras de salud[1].

En las instituciones de educación superior la propuesta teórica- metodológica de Universidades Saludables (US) consiste en la implementación de políticas saludables para la promoción y prevención de la salud, así como la creación de condiciones y acciones que articulen las propuestas de la OMS.

El CENATI es una dependencia universitaria derivada de las políticas de salud implementadas por la UV, cuyo objetivo es "analizar de manera permanente las condiciones de salud del estudiante universitario y diseñar e implementar programas orientados a prevenir los problemas relacionados con su salud"[2] .

Sin embargo, dado los cambios sociales, económicos, políticos y ambientales a nivel mundial, es pertinente considerar las repercusiones consecuentes en la población universitaria; una de las herramientas (cuestionario de factores y comportamientos de riesgo) mediante la cual el CENATI podría articular sus acciones debe actualizarse para enfrentar nuevos retos, y facilitar la toma de decisiones; por ello el presente PI reestructura el cuestionario considerando algunos de estos cambios, mismo que permitirán articular las acciones en pro de la salud universitaria, como: conocer la autopercepción de salud del estudiante, regresar oportunamente la información al mismo, difusión en salud y ofertar experiencias educativas en salud. Todas estas acciones están encaminadas a implementar en la UV el modelo de US.

MARCO CONCEPTUAL

El eje orientador del proyecto es la salud, definida por la OMS como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, a partir esta definición comenzó a entenderse como una entidad bio-psico-social[3]. El PI se ejecutó en el contexto de la UV. La Universidad se ha propuesto promover la investigación y el estudio permanente de los problemas de educación y de salud de los universitarios, así como realizar investigaciones, desde distintos enfoques epistémicos y metodológicos, que permitan avanzar en el desarrollo de estrategias pedagógicas y de promoción de la salud y cuyos resultados contribuyan a transformar la realidad o a reorientar acciones de trabajo, es decir busca ser un sitio de promoción de salud, una Universidad Saludable [4,5,6,7] (US), entendiéndola a ésta como "aquella que de forma continua está mejorando e interviniendo sobre aquellos factores que determinan su ambiente físico y social, facilitando el acceso y potenciando los recursos comunitarios que permiten a sus miembros realizar todas sus funciones vitales y autodesarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo"[4]. Las características que la US debe contemplar de acuerdo a Machado[5] son proveer un ambiente saludable que favorezca el aprendizaje a través de sus áreas y edificaciones, zonas de recreación, bienestar universitario y medidas de seguridad; promover la

responsabilidad individual, familiar y comunitaria; desarrollar estilos de vida saludables; ayudar a los jóvenes a alcanzar su potencial físico, psicológico y social, promover la autoestima; definir objetivos claros para la promoción de la salud y la seguridad de toda la comunidad; explorar la disponibilidad de los recursos universitarios para apoyar acciones de promoción de la salud; implementar un diseño curricular (sin importar de que carrera se trate) sobre promoción de la salud y facilitar la participación activa de todos los estudiantes; y fortalecer en los alumnos el conocimiento y las habilidades necesarias para tomar decisiones saludables acerca de su salud con el fin de conservarla y mejorarla[5].

Una de las actividades que la OPS/OMS sugiere para contribuir al desarrollo y fortalecimiento de la iniciativa de la promoción a la salud, es desarrollar instrumentos de Diagnóstico y Análisis Rápido (DAR), monitorear y evaluar programas de promoción y educación en salud escolar; su objetivo es proveer de manera rápida y útil para la toma de decisiones, información sobre las políticas y normas de salud escolar existentes (o la falta de ellas), sus debilidades y fortalezas; los mecanismos de coordinación entre salud y educación, así como su nivel de funcionalidad, los roles, funciones y responsabilidades de las agencias participantes en estas comisiones; los métodos de diagnóstico y evaluación se consideran un medio alternativo y complementario a las encuestas con muestras convencionales, puede proporcionar información cualitativa y cuantitativa para una revisión y análisis rápido, acerca de un programa o proyecto en particular en un plazo de tiempo relativamente breve[7].

Toda vez que se tiene esta información relevante de la existencia de políticas y acciones en salud, es pertinente tomar las medidas que nos permitan concretar en beneficio de la comunidad universitaria, estas medidas se basan en la promoción, participación social y prevención para la salud; la promoción de la salud en primer momento es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre sus vidas y los determinantes de la salud[8] en el nivel personal y comunitario, y en segundo momento permite establecer la salud como una parte vital de la agenda política;[9] el proceso de construcción de políticas públicas saludables requieren de la aplicación de instrumentos técnicos y metodológicos de información y comunicación social necesarios para llevar los problemas sociales prioritarios a los decidores de las políticas públicas[10]; la implementación de una iniciativa amplia de promoción de salud en el ámbito escolar nos capacitará para detectar y ofrecer asistencia a niños y jóvenes en forma oportuna, evitando que siga incrementándose el número de jóvenes y adolescentes que adoptan conductas de riesgo para la salud, tales como el hábito de fumar, el consumo de bebidas alcohólicas, el abuso de substancias adictivas, las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo precoz[2].

Esto no sería posible sin la participación de los estudiantes, “la participación social se dirige al incremento de la participación de las organizaciones con base en la toma de decisiones sobre las políticas y programas de salud más allá de los servicios, y se preocupa sobre todo por abrir espacios para aquellos que no tienen acceso a los servicios o al poder”[11], Por otro lado, la prevención en su acepción primaria, nos habla de las actividades cuyo objetivo es adelantarse a los daños causados por la enfermedad, tratar de minimizar las secuelas, limitar la patología o enfermedad como tal.

Es aquí donde cobran sentido las acciones encaminadas para la detección oportuna; las acciones de prevención están referidas a evitar un posible daño a la salud, orientadas a “adelantarse” a la amenaza; por otro lado, “Prevenir comportamientos de riesgo hace referencia a proposiciones para transformar procederes individuales que amenazan la salud, o reforzar características personales que disminuyan la probabilidad de enfermar. Las estrategias de prevención, destinadas a individuos y grupos contingentes, deben fundamentarse sobre el conocimiento de la etiología y racionalidad de los comportamientos de riesgo”[12]. Por ello, es importante tratar de que los sujetos sean concientes de estas relaciones ambientales y multicausales, es conveniente entonces, tratar de que esta racionalidad sobre los riesgos esté presente; esto nos obliga a buscar la autopercepción que el sujeto tiene de si mismo, aprovechar que el ser humano percibe totalidades organizadas que aparecen en la experiencia directa del individuo[13], y regresarlas a éste para que tome

conciencia basado en la información disponible y haga las adecuaciones saludables respectivas. Buscamos en concreto: "La capacidad de autorreflexión, logro de la imagen de sí mismo y sentimiento de identidad, introspección y diferenciación de los propios afectos"[14] esto se podría lograr a través de un instrumento de auto percepción.

A partir de la percepción del estudiante podemos inferir áreas prioritarias para fortalecer la promoción de la salud en el ámbito escolar: la integración de la educación para la salud en la currículo escolar con un enfoque integral, con base en una metodología participativa; el mejoramiento de los servicios de salud y la alimentación y la creación de ambientes físicos y sociales saludables[7]. La OPS en su estrategia de promoción de la salud en el primero de tres componentes, está contemplada por la Educación para la Salud (ES), y ésta debe de ser con un enfoque integral, basada en las necesidades de los alumnos en cada etapa de su desarrollo y acorde a las características individuales, culturales y de género.

La educación integral y participativa fortalece así la auto-estima y la capacidad de los jóvenes para formar hábitos y estilos de vida saludables y su potencial para insertarse productivamente en la sociedad. Por ello busca desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas, y no sólo impartir información[7]. El enfoque de la ES se basa en valores positivos para fortalecer con los escolares sus habilidades para la vida; "los alentamos a tomar sus propias decisiones para una vida sana, los obligamos a cambiar"[15]. Lo anterior es viable, si se articulan esfuerzos y acciones, una de éstas, quizá la de mayor espectro por sus posibilidades de difundir mensajes es la comunicación, particularmente la Comunicación para la Salud (CS) agrupando nuevos canales y medios, trascendiendo los programas educativos tradicionales; es un diálogo, un nuevo pacto entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud, "es una promesa de educar, informar convencer y explicar, así como de escuchar. La CS proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar la calidad de su vida"[16].

Esto no es nuevo, algunos países siguen estas recomendaciones de la OMS desde algunos años atrás, como ejemplo mencionamos las universidades de Alabama Birmingham USA 2003 enfocados en prevención de consumo de drogas; Universidad Católica al Norte de Chile 2003 enfocados a programas educativos; Bielefeld Alemania 2001 con énfasis en exámenes de ingreso; Pinar del Río Cuba 1997; Cienfuegos Cuba 1995; Villas Cuba- Ibagué Colombia con intercambio de experiencias e intercambio académico; con independencia de su geografía la universidad saludable está fundamentada en la participación social, las políticas públicas de salud, los programas educativos de salud y los de comunicación en salud, todas con la finalidad de instaurar un modo de vida saludable mediante la prevención de enfermedad y promoción de la salud [1718,19,20,21,22,23].

Uno de los jóvenes proyectos saludables actuales de la UV es "Universidad por la salud (UpS): un enfoque de prevención y promoción con participación estudiantil", que se realiza a través de CENATI, con el objetivo de identificar y analizar comportamientos y factores de riesgo para la salud con la población estudiantil universitaria, integrada en un comité de salud. La UpS tiene por objetivos:

- Proponer una metodología que promueva e impulse la participación activa y responsable de los estudiantes para mejorar y mantener su salud.
- Reconocer y analizar con la participación estudiantil comportamientos y factores de riesgo para la salud, por medio de un diagnóstico y análisis de la situación de salud.
- Elaborar y desarrollar con la participación estudiantil estrategias de intervención en salud, a partir de los resultados del diagnóstico y análisis de la situación en salud.

Sin embargo, este programa como otras de las muchas acciones saludables emprendidas en la UV y el CENATI se encuentran aparentemente desarticuladas, razón por la cual se decidió enfocar el esfuerzo del PI en una de estas actividades, que nos permitirían fortalecer las acciones del CENATI en el contexto de US.

El PI se enfocó en la reconstrucción del instrumento "factores y comportamientos de riesgo"que contenía las áreas básicas que corresponden a los programas sustantivos del CENATI, sin embargo, era un instrumento limitado bajo el reto de la US, por tanto se propuso la reconstrucción de un instrumento que permitiera obtener de forma directa información más amplia desde la mirada de los estudiantes, para generar líneas de acción futuras, como fortalecer la investigación permanente del CENATI sobre los estudiantes, permitir que éstos tomen decisiones con base a información oportuna, ofertar experiencias educativas para la formación integral, favorecer con información puntual la intra e intersectorialidad en salud, construir un programa de comunicación cuyo objetivo sea la salud universitaria, es decir hacer propuestas viables de reorientación de las acciones cotidianas en el CENATI en el contexto de US y las políticas saludables de la UV.

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN

Este PI tiene como origen de inserción un lugar específico, actores sociales específicos y realidades que se enmarcan en el contexto; éste será descrito partiendo de lo general a lo particular, tratando de describir la realidad encontrada y esbozar algunos aspectos que en el proceso de evaluación continua propios de la US son necesarios de consideración.

En 1992, a partir del trabajo de investigación denominado "¿cuáles son las necesidades de salud de los estudiantes de la Universidad Veracruzana?, se obtuvieron resultados que mostraron las condiciones de salud y la necesidad de atender a los estudiantes en un espacio exclusivo para ellos. Este grupo al no sentirse considerado dentro de las prioridades de atención en salud, expresó la necesidad de crear un centro o departamento enfocado al análisis de comportamientos y factores de riego que influyeran en su salud, así como para la elaboración de estrategias de intervención con su participación, de esta forma nace el CENATI[24].

Es un órgano que depende directamente de la administración general del Área Académica de Ciencias de la Salud; ubicado en Cayetano Rodríguez 49 zona centro, instalado en un inmueble rentado, adaptado una casa habitación, cuenta con: dos sanitarios, una cocineta y área para alimentos, cuatro cubículos, una oficina directiva, un centro de computo, un área secretarial y administrativa, dos aulas una de ellas la principal, por sus características dificulta el desarrollo de las experiencias educativas. Los actores sociales son[25].

Directora del Centro: Dra. Alma de los Ángeles Cruz Juárez; Programa de salud sexual y reproductiva: QC. Karla Fabiola Turban Domínguez, Psic. Rosa María Alba Bonilla; Programa de prevención del consumo de drogas: Psic. Ma. Guadalupe Ávila Rosas, Psic. Concepción Ita Andehui Hernández Sosa, Lic. Nut. Paulina Beverido Sustaeta; Programa de prevención y atención del VIH/SIDA: Dra. Gabriela Rodríguez Briceño Dr. Gastón Coronel Martín Del Campo; Programa de asesoría psicológica: Mtra Emma Ramos Gómez; Coordinación del Modelo Educativo Integral Flexible (MEIF) en el CENATI: Mtra Laura E. Hernández Capitanachi; Apoyo estadístico: Lic. en E. José Guadalupe García González.

Como puede observarse, los perfiles profesionales son diversos y heterogéneos, esta variabilidad le confiere al CENATI una fortaleza cuando los actores consiguen amalgamar conocimientos y experiencias tras vencer las resistencias propias de las diferentes disciplinas y caracteres individuales.

ESTRATEGIA DE LA INTERVENCIÓN

La estrategia de intervención fue concebida con planeación estratégica y de corte participativo, como tal conforme pasaban las cosas, éstas modificaban lo planeado, pues no puede existir control sobre lo circunstancial, colectivo y participativo, por tanto no podemos decir que hubo etapas concretas, realmente los hechos se enlazaban en continuos, las etapas si se hablan de ellas se traslapaban una con otra, es decir conocíamos el inicio por lo planeado, pero no el final por el diseño de la intervención. Con esta advertencia y para fines académicos podemos plantear a grandes rasgos los bloques de hechos o fases que se realizaron.

Fase I. Análisis de la situación y planeación estratégica[26] fueron los elementos fundamentales de esta fase, caracterizada por la observación de los actores sociales y la forma de operación cotidiana en el CENATI, el estudio de las fortalezas y oportunidades, clasificando los problemas terminales o intermedios, actuales o potenciales, estructurados, semiestructurados o inestructurados, de forma tal que nos permitiera identificar el sitio preciso del PI. Para que los estudiantes pudieran obtener el regreso de la información de forma oportuna, personalizada y confidencial, vertida por la aplicación del Cuestionario de Autopercepción del Estudiante Universitario (CAPEU) se diseñó el Número CENATI (NC) que se personaliza armándolo con los dos últimos dígitos del año de ingreso a la UV, el número correspondiente al área académica de ingreso en la UV y tres dígitos aleatorios.

Fase II. Reconstrucción y validación del CAPEU con el modelo participativo[27] bajo la perspectiva del personal de CENATI. La reconstrucción se hizo mediante un grupo de discusión[28] y tres de trabajo, en los cuales se identificaron las nuevas áreas de exploración para hacer más completo el cuestionario. Estas nuevas áreas de exploración sumadas a las existentes fueron la socioeconómica, el desarrollo humano, farmacodependencias, salud sexual reproductiva y otras. Para esta reconstrucción se hizo en ejercicio de depuración para cada pregunta, acordando formular preguntas cerradas y respuestas cerradas bajo la escala Likert. Se hicieron dos tipos de validación del cuestionario, la validación de contenido[29] alcanzada con la construcción de los ítems por los expertos de la realidad a investigar (el personal del CENATI) y la validación de constructo[30], ésta última se hizo de tres formas: validación por otros investigadores, validación por confrontación con la realidad y validación por grupos opuestos; de las cuales se hicieron las modificaciones respectivas.

Fase III. Piloteo del CAPEU, construcción de base de datos y construcción del manual de base de datos. Una vez reconstruido el cuestionario, dio inicio esta fase que consistió en pilotear el cuestionario, realizado el 22 y 23 de junio del presente, en las instalaciones de las facultades de las seis áreas académicas de la UV. Un total aproximado de 120 cuestionarios para el piloteo fueron distribuidos en éstas áreas, un aproximado de 20 cuestionarios por área. La base de datos se construyó en el programa estadístico SPSS 12, una vez recopilada la información se pudo capturar y regresar la información a los estudiantes.

El manual para el manejo de la base se construyó pensando en las dificultades que pudieran presentarse en su manejo, está dirigido a cualquier persona que quiera utilizar la base de datos con el fin de facilitar y eficientar su uso. Este manual tiene los siguientes apartados: construcción del instrumento, captura de los cuestionarios, verificación de lo capturado electrónicamente con la información de los cuestionarios, asignación de los puntajes del cuestionario por ítems y áreas, establecimiento de los rangos para evaluar las áreas temáticas, análisis de resultados, resultados adicionales, cálculo del porcentaje de no respuesta en cada pregunta, estimación del puntaje de riesgo por área académica y por individuo.

Fase IV. Análisis de los datos y resultados. Para poder hacer el análisis de los resultados del piloteo se realizó una ponderación de los valores del cuestionario. Ésta se tenía planeada realizar de manera conjunta con el personal del CENATI, pero por cuestiones de viabilidad se construyó basándose en el modelo teórico de los "tipos ideales" de Max Weber. En este modelo la realidad se describe para la conveniencia comparativa del investigador. "Los tipos puros ideales configuran una de las maneras de categorizar los fenómenos de la

realidad. No se trata de la mera descripción de situaciones concretas, sino que son abstracciones que exageran las situaciones y fenómenos mediante el uso de la imaginación"[31] esto es, partiendo de la realidad se idealizan bajo construcciones lógicas "La construcción de una acción rigurosamente racional con arreglo afines sirve... en méritos de su evidente inteligibilidad y, en cuanto racional, de su univocidad como un tipo (tipo ideal), mediante el cual comprender la acción real, influida por irracionalidades de toda especie (afectos, errores), como una desviación del desarrollo esperado de la acción racional". [32] Es decir, se idealiza una situación y se contrasta contra la realidad, partiendo de que esta realidad no es perfecta debido a las desviaciones de lo esperado. La ponderación consiste en darle valor a las respuestas para poder calcular el riesgo de perder la salud que se deriva de cada una de las preguntas contestadas. De tal manera que a mayor riesgo mayor valor.

Fase V. Formulación de propuestas. Se caracterizó por los esfuerzos para poder estructurar los cimientos de un programa de salud integral en el marco de la US, las propuestas del presente PI son derivadas desde el análisis propio del la Fase I de la estrategia de la intervención, y construidas en el proceso del PI orientándose para implementar acciones complementarias, sinérgicas, coordinadas para prevenir la enfermedad y promover la salud, esto guió los esfuerzo para formular las propuestas: Instrumento CAPEU, Programa de comunicación y Programa educativo.

RESULTADOS

En este PI se obtuvieron:

Cuestionario de Autopercepción del Estudiante Universitario (CAPEU)

La reconstrucción se hizo mediante un grupo de discusión y tres de trabajo, se identificaron nuevas áreas de exploración sumadas a las existentes como: la socioeconómica, el desarrollo humano, farmacodependencias, salud sexual reproductiva y otras, para hacer más completo el cuestionario en el marco de la US, cuestionario conformado por dos tipos de validación, la validación de contenido y la validación de constructo, un instrumento piloteado en las seis áreas académicas de la UV.

Base de datos electrónica del CAPEU: construida con el programa estadístico SPSS doce, base de datos de uso fácil y ágil, que facilita el análisis individual y colectivo para el regreso oportuno y confidencial de la información.

Manual para el Manejo Electrónico del Cuestionario de Autopercepción del Estudiante Universitario: el manual para el manejo de la base se construyó pensando en las dificultades que pudieran presentarse en su manejo, con el fin de facilitar y hacer su uso; manual que contiene los siguientes apartados: construcción del instrumento, captura de los cuestionarios, verificación de lo capturado electrónicamente con la información de los cuestionarios, asignación de valores.

Programa de Comunicación en Salud (PCS)

La comunicación en salud es un diálogo, un pacto entre usuarios y prestadores de salud, una promesa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar[33]; el objetivo es facilitar a los estudiantes información acerca de los recursos de salud disponibles para su atención (intra y extrainstitucional). Una vez obtenidos los resultados, se realizó la propuesta de Programa de Comunicación en Salud (PCS) construida en tres etapas. El CENATI tiene algunos meses llevando a cabo un programa de radio llamado "llégale, aquí estamos" en el cual se abordan tópicos de salud relacionados con sus programas sustantivos, en cada programa se realizo un spot con contenidos en pro de la salud. En síntesis sólo se concluyó la primera etapa del PCS mediante el regreso de la información disponible de los datos obtenidos en el CAPEU, se participó en

el programa radiofónico con nueve spots de radio, ocho carteles y un diagnóstico de medios donde se puede observar el posicionamiento del CENATI.

Programa Educativo, (PARTES)

El programa educativo del PI obedece a la planeación resultante de la fase I de la intervención, se pretende flexible para abordar cualquier resultado del CAPEU; un programa educativo que en su estructura permite abordar diferentes metodologías de enseñanza (aproximación teórica-clásica, propiciar hábitos y costumbres, y la construcción de conocimientos de forma colectiva por confrontación de la realidad con interrogantes básicas), un programa modular[34] que permite el escalonamiento y complejidad de los conocimientos (se dejan tres propuestas de módulos para experiencias educativas), además de posibilitar la oferta de experiencias educativas integrales[35] que enriquezcan formación continua de los profesionales de la salud. En primer lugar toma los datos que se recaban por el CAPEU para definir el tema de salud por abordar, derivado de la magnitud de presentación de los problemas de salud del estudiante, y en segundo lugar de la necesidad sentida de los estudiantes que conforman las diferentes áreas académicas de la UV, acompañando toda la experiencia educativa de actividades y acciones que el estudiante elige seguir en pro de su salud. En este sentido es evidente la participación desde el alumno y para el alumno, particularmente tratando de "desbancalizar" los aprendizajes.

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

Estas se fueron dando simultáneamente a lo largo de toda la intervención, traslapándose, sin embargo por sus características podemos mencionar cuatro etapas:

1) Etapa de Inicio: En esta etapa, se llegó al lugar de prácticas (CENATI) ha observar cada una de las actividades que realizan y las experiencias educativas que ofertan. Se realizó un diagnóstico situacional mediante el DAR para delimitar la problemática encontrada y abordar áreas de oportunidades para iniciar con el proceso de intervención.

2) Etapa de Confusión: Se entró en un desconcierto por parte del equipo de trabajo del CENATI, docentes (ISP), ya que no entendían la percepción del equipo de vincular el examen de factores y comportamientos de riesgo que realizaba el CENATI a los jóvenes universitarios de nuevo ingreso con todas las actividades que este realiza cotidianamente. Conforme se analizaban los programas sustantivos del CENATI y su vinculación con diferentes dependencias intra y extra universitarias, después, el proyecto se tornó ambicioso, se percibió que los maestros acotaban las ideas, sobre todo se cuestionaron los tiempos que marca el programa y la viabilidad de concluir el PI, se manifestó que sí era posible concluir el trabajo. Al mismo tiempo nos encontramos en un lapso de soledad, percibíamos que nuestros tutores nos habían dejado solos. Entonces decidimos realizar un cronograma de actividades para tener reuniones calendarizadas con ellos y trabajar en equipo. Dentro de las técnicas que utilizamos con nuestras asesoras fue trabajar en grupo realizando anotaciones y correcciones en el momento, en un mismo documento ya que la correcciones por separadas nos estaban retrazando en el proyecto.

3) Etapa de Intolerancia: Se centró en la intolerancia por parte del personal del CENATI hacia nosotros por la realización y un mal manejo del grupo de discusión. Se sintieron vulnerables y expuestas al ejercicio diario de su trabajo. Otro momento marcado de intolerancia se dio cuando nuevamente se cuestionó la viabilidad del proyecto, lo que causo estrés en el equipo de trabajo llevándonos a diferencias; a pesar de ello el trabajo continuó y se obtuvieron resultados favorables.

4) Etapa de Aprendizaje: Se aprendió que a pesar de cada uno de los inconvenientes encontrados en el camino derivados de la gestión de documentos, entrevistas canceladas, del mismo personal de CENATI o diferencias al interior del equipo entre otros, pudimos conformar un equipo responsable donde la prioridad era minimizar las diferencias personales para la conclusión del PI.

En síntesis las enseñanzas y experiencias grupales se caracterizaron por conocernos y reconocernos, experimentar el profesionalismo, el compromiso, el respeto, la tolerancia, pro actividad, alternar los conocimientos teóricos con la planeación estratégica y las negociaciones de acceso conseguidas en la marcha en los espacios del CENATI para amarrar el PI, como ejemplo el cruzamiento de las oportunidades presentadas en el acceso a radio UV y el análisis del medio que nos permitió percibir el posicionamiento del CENATI entre los estudiantes universitarios, o la entrevista realizada a la Dra. Teresa Cerqueira en el Congreso de US de Boca del Río, Veracruz.

Por último se consigna que en la evaluación final del PI, fue posible identificar las competencias alcanzadas por el equipo de trabajo en el transcurso de la intervención, correspondientes a lo esperado en los módulos de GC2 y SP2 (Tabla 1).

Tabla 1. Competencias alcanzadas de los módulos de Gestión de Conocimiento II y Salud Pública II durante el desarrollo del proyecto de intervención.

Competencias Gestión del Conocimiento II	Fases del Proyecto de Intervención		Competencias Salud Pública II
1.Integrar esfuerzos para la realización de acciones en pro de la educación para la salud.	Fase I Fase II Fase V.	Fase I Fase V.	1. Analizar y evaluar políticas, planes y programas de salud.
2.Diseñar y ejecutar programas educativos de acuerdo con las necesidades sociales.	Fase II Fase V.	Fase I Fase II Fase V.	2. Diseñar planes y programas integrales de salud, y plantear las estrategias necesarias para el alcance de su viabilidad.
3.Evaluar resultados e impactos de los planes y programas de formación y capacitación de recursos humanos en salud y de educación para la salud.	Fase I	Fase II Fase III Fase V.	3. Propiciar la intersectorialidad y la participación de la población en el análisis, evaluación y diseño de políticas, planes y programas integrales de salud.
4.Facilitar que la población tome conciencia respecto de sus condiciones de salud y de las causas de la misma.	Fase III Fase V.	Fase V.	4. Asegurar mediante procesos de gestión efectivos, transparentes y participativos el acceso universal y equitativo a los servicios de salud.
5. Promover la solución de los problemas de salud de la comunidad a través de estrategias tales como informar a la población sobre los recursos, acciones y procedimientos para mejorar sus condiciones de salud y ejercer las intermediaciones necesarias.	Fase III Fase V.		

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El PI es una herramienta útil para propiciar cambios en las realidades concretas; basado en metodologías de incertidumbre donde se planea y se sabe el inicio, pero no el final, los obstáculos por sortear son diversos, sin embargo el respeto a las diferencias permiten la confluencia de ideas y esfuerzos; es posible concretar los modelos teóricos en acciones puntuales y propuestas viables; los ajustes en la ejecución y la implementación de las propuestas son necesarias, las adecuaciones son posibles sin perder la sustancia que dirigió al

proyecto: la salud del entorno universitario. Los componentes de un programa de salud integral para la US deben tener efectos complementarios y sinérgicos cuando se coordinan, para en primer lugar promover conductas saludables y en segundo lugar prevenir y tratar las conductas y factores de riesgo para la salud.[36]

Sugerimos:

- Continuar con los esfuerzos del CENATI fortalecidos con las propuestas del PI.
- Que los elementos vertidos en el PI se socialicen a las universidades que conforman la red de universidades saludables para favorecer el desarrollo de las políticas saludables del país.
- La utilización del DAR de forma anual para dar seguimiento y propiciar un avance a los esfuerzos universitarios pro salud, permitiendo la actualización de los objetivos de la política saludable de la UV.
- La aplicación del CAPEU de forma anual en todos los estudiantes, no sólo a los de nuevo ingreso, para dar seguimiento al estudiante en su tránsito por la UV.
- La incorporación de los resultados del CAPEU en el sitio WEB del CENATI.
- Propiciar esfuerzos para que la UV continúe formando ciudadanos responsables que aprendiendo del autocuidado se conviertan en ejemplo de vida saludable y promotores de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] OMS/OPS, Situación actual de la iniciativa regional de escuelas promotoras de salud. San Francisco de Quito, Ecuador. 1997 Disponible en: www.pao.org/espanish/ad/SDE/hs/eps_red_agen.pdf consultado en junio 06

[2] CENATI, Plan de desarrollo académico del CENATI de la UV, zona Xalapa. 2002.

[3] OMS, Alma Ata. Washington, D.C. 1978.

[4] GALLARDO, Carmen. Universidad Sana .2005 pág. 3

[5] Ministerio de Salud, Portafolio Estrategia de Escuelas Saludables. Dirección General de Promoción y Prevención de la enfermedad, Santafé de Bogotá, 1999. citado por: MACHADO, J. ,La Universidad Saludable; Revista de Ciencias Humanas num3; 2001 obtenido de: www.utp.edu.co/-humanas/revistas/revistas/rev26/machado.ht consultado en abril 06

[6] REIG, A.,Universidades promotoras en salud; Revista de Ciencias Humanas num11; 2002 Disponible en: www.utp.edu.co/-chumanas/revistas/revistas/rev26/machado.ht consultado en abril 06

[7] OPS, Sistemas locales de salud. Escuelas promotoras de salud: Modelo y guía para la acción. 1996.

[8] NUTBEAM, D (1986) Citado en: Restrepo, R; Málaga, H. Promoción de la salud: Cómo construir una vida saludable. Editorial médica panamericana. Colombia 2001p.36-37

[9] HANCOCK, T (1994) Citado en: Restrepo, R; Málaga, H. Promoción de la salud: Cómo construir una vida saludable. Editorial médica panamericana. Colombia 2001p.36-37

[10] MILIO, N (1986) Citado en: Restrepo, R; MÁLAGA, H. Promoción de la salud: Cómo construir una vida saludable. Editorial médica panamericana. Colombia 2001p.36-37

[11] OPS, Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud: Experiencias Latinoamericanas. 1995. P16

[12] Roux, G., Revista Educ med salud, vol. 28 Num 2 1994. Pag 227

[13] SALAMA, Hector., Gestalt de persona a persona. México. Alfaomega 2004.

[14] CIERPKA, Manfred., El sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (opd). Concepto, confiabilidad y validez" 2006. disponible en: http://www.uces.edu.ar/publicaciones/archivos/revista_subjetividad/numero8/88-119.pdf , consultado en julio de 2006

[15] OMS, Manual sobre la educación sanitaria en la atención primaria de salud. 1989. p.22

[16] OPS, Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América La tina. Quito, Ecuador. 1994. p.9

[17]BAÑOS, Roberto; Leyva, Anaís; Quintana, María; Galende. Universidad por la salud. Rev Cubana Educ Med Super v.15 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2001. ISSN 0864-2141 versión on-line

[18] FIGUEROA, Daylanis; Ibarra, Nesly; Urrea, Miriam. La promoción de salud en la universidad una experiencia cubana-colombiana. Disponible en: http://www.puc.cl/ucsaludable, consultado en abril 06

[19] STOCK,Cristian; Wille, Lutz; Krâmer, Alesander., Gender-specific heath behaviors of germany university students predict the interest in campus health. Health promotion Internacional-vol 16 No.2 2001. Oxford University Press

[20] ENRIQUEZ, Carmen; Flores Hector, Chinga, Luis. Formación integral como camino de vida sana. Disponible en: http://www.puc.cl/ucsaludable, consultado abril 06

[21]http://www.puc.cl/ucsaludable/htm/congreso/pdfs/politicas_sobre_examen_de_deteccion_drogas.pdf octubre 2003.

[22] LAGE, Agustín; Molina, Jose; Vascó, Eduardo; Morón, Francisco; O'Farril, Esperanza., La investigación en salud como elemento integrador entre la universidad y los servicios de salud. Rev Cubana Educ Med Super v.9 n.1-2 1995Ciudad de La Habana. versión on-line

[23] RAINE, Kim. Convertirse en la universidad más saludable de Canadá: Mejorando el bienestar de la comunidad universitaria de Alberta. Disponible en: www.ualberta.ca/senate, consultado en abril 06

[24] CENATI ,2005.disponible en: www.uv.mx/CENATI, consultado en abril 06

[25] CENATI ,2005. Plantilla laboral 2005. disponible en: www.uv.mx/CENATI, consultado en abril 06

[26] Rovere, Mario. Capítulo Análisis de situación. Planeación estratégica de recursos humanos en salud. OPS. Serie desarrollo de recursos humanos. Washington. 1993

[27] CEMBRANOS, Fernando et al, La animación sociocultural una propuesta metodológica. Popular. Madrid. 1989

[28] CANALES M. Peinado, Grupos de discusión. En métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis sociológica. 1994.

[29] MORALES, Pedro, Medición de actitudes en psicología y educación. Construcción de escalas y problemas metodológicos. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 2000

[30] MESSICK (2000) Capítulo Validez: Aspectos Conceptuales. P 449 en Morales, Pedro. Medición de actitudes en psicología y educación. Construcción de escalas y problemas metodológicos. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 2000

[31] WOLIN, Sheldon., Política y perspectiva. Continuidad y cambio en el pensamiento político occidental. Amorrortu. Bs. As. 1973.[Julio,2006] Disponible en: http://163.10.15.1/grado/abogado/biblioCat/513c3t_ab_tiposideales.pdf., consultado en julio 06

[32] WEBER, Max. "Economía y Sociedad" FCE. México 1944

[33] OPS, Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América latina. Quito, Ecuador. 1994 p.9

[34] DAVID, Tim; Patel, Leena; Burdett, Keith; Rangachari, Patagani. Problem Based Lerning in medicine. Great Britain, Royal Society of Medicine press Ltd, 1999: 5-22

[35] UV. Ejes integradores de la formación, Veracruz [marzo, 2006] Disponible en: [www.uv.mx/universidad/doctosofi/nme/ejes-integr

[36] LEGETIC, O (2003) Discurso de apertura del congreso internacional "Construyendo universidades saludables" 2 y 3 Octubre, 2003 Centro de Extensión de la Pontificia Universidad Católica de Chile Alameda 390, Santiago - Chile. [junio de 2006] Disponible en : www.puc.cl/ucsaludable/htm/congreso/pdfs/discurso.pdf., consultado en julio06

CITA PREVIA: LA INFORMACIÓN COMO UNA ESTRATEGIA DE MEJORA

Christian S. Ortiz Chacha y Ricardo Zamudio Vega
Asesores: Dr. Hector Tomás Fernández García, Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales, Dra. Rocío Salado Pérez

INTRODUCCIÓN

MARCO CONCEPTUAL

Antecedentes

El Instituto Mexicano del Seguro Social se integra dentro del sistema de servicios de salud como una de las instituciones que afilia a trabajadores de la economía formal, que para año 2000 esta población ascendía alrededor de 50 millones de personas. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concentraba a la mayor parte de estos asegurados (cerca del 80 por ciento).

El IMSS tiene como base legal la Ley del Seguro Social de 1995, en la cual se establece que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, mediante el IMSS, como su instrumento básico.

La organización y administración de este seguro social están a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social, organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en donde concurren los sectores público, social y privado, con carácter de organismo fiscal autónomo.

El IMSS comprende un régimen obligatorio y un régimen voluntario. El primero comprende los seguros de riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y guarderías y prestaciones sociales. Voluntariamente podrán ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio trabajadores en industrias familiares y los independientes; trabajadores domésticos; ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; patrones, personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que se encuentren excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social[1].

El modelo de atención a la salud que el Instituto ha desarrollado es de carácter integral, con base en la prevención, curación y la rehabilitación, aunque el énfasis principal ha sido el de la curación, el cual aunado a la transición demográfica y epidemiológica se ha traducido en elevados gastos de atención médica y en coberturas e impactos limitados para las acciones de carácter preventivo[2]. Como parte de un proceso de mejora de atención médica, el Instituto diseñó e implantó, en el año 2002, la estrategia de Programas Integrados de Salud, conocida como PREVENIMSS, la cual tiene como propósito ofrecer a cada derechohabiente, de acuerdo con su edad y sexo, un conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de su salud. Con ello se espera mejorar la calidad de la atención en las unidades de medicina familiar y elevar la cobertura e impacto de los programas de salud.

En este proceso de mejora, en el año 2002, se concluyó el diseño de la Agenda de Citas y Hoja Electrónica de Registro Clínico, los cuales forman parte del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), para lo cual se dotó con equipo de cómputo a 101 unidades de medicina familiar, así como la capacitación de 6,546 asistentes médicas. Este sistema se creó con la finalidad de modernizar los procesos de atención a la salud en unidades de primer nivel, y permite recolectar, almacenar y hacer uso de la información generada en las unidades de medicina familiar[3]. Entre los módulos con los que cuenta el SIMF se encuentra la Agenda de

Citas, en la cual se registran las citas a los derechohabientes, con la posibilidad de cancelarlas, confirmarlas, o transferirlas.

Así, el trabajo conjunto realizado por el IMSS, la Oficina para la Innovación Gubernamental de la Presidencia de la República, la Secretaría de Salud y el Programa e-México, dio como resultado la incorporación del expediente electrónico del paciente, lo cual se fundamenta en el Artículo 111 A, sección séptima de la Ley del Seguro Social[4].

Dentro de este esfuerzo para mejorar el primer nivel de atención del IMSS, el Director General del IMSS, Santiago Levy, dispuso que en todas las unidades de Medicina Familiar (UMF) se impulsara el Programa de Cita Previa por teléfono o en persona, como parte de las acciones prioritarias que se desarrollaron para eficientar, agilizar y modernizar sus servicios[5].

En el año 2003 este Programa se implementó en 105 unidades médicas del IMSS y posteriormente se siguió incorporando a unidades más pequeñas, con el cual uno de sus beneficios es la reducción en las filas de espera a consulta[6].

Teorías

El Programa de Cita Previa, orientado a disminuir los tiempos de espera al recibir una consulta está directamente relacionado con uno de los conceptos que durante los últimos años ha adquirido gran importancia para los servicios y unidades de salud: la calidad de la atención, la cual tiene diversas connotaciones que ha adquirido con la incorporación de diversos elementos.

Según Donabedian la calidad de la atención, es una propiedad que la atención médica puede poseer en diversos grados. Por lo que la evaluación de la calidad es un juicio sobre si un caso específico de la atención tiene tal propiedad y, si es así, en qué medida.

Aguirre Gas refiere que el proceso de atención médica está constituido por las actividades que relacionan al prestador de servicios con el usuario, y este proceso debe ser oportuno, es decir, otorgar los servicios en el momento que se requieran, e implica evaluación de la accesibilidad, diferimiento para obtener cita, recibir la atención y el tiempo de espera.

Para tratar de explicar la problemática que enfrentan los servicios de salud se puede recurrir al planteamiento de Ishikawa, relación causa-efecto, establece la existencia de múltiples causas con diferente importancia, trascendencia o proporción, refiriendo que algunas de éstas pueden tener relación con el origen del problema y con los efectos que éste produce[7].

Programa de Cita Previa

De acuerdo a la información generada por el IMSS a nivel nacional, los diagnósticos de salud elaborados en las unidades de medicina familiar del IMSS dan cuenta de que uno de los principales problemas con los que se enfrenta la población derechohabiente, en el proceso de consulta externa, son los tiempos de espera prolongados para recibir atención médica, ocasionando por una parte deterioro de la imagen institucional y por otra un malestar general e insatisfacción en el paciente[8].

El tiempo de espera es un indicador de calidad, el cual permite conocer y evaluar el entorno institucional, y permite identificar oportunamente las desviaciones o problemas que se presentan en el quehacer diario del médico familiar[9].

El parámetro de referencia a nivel nacional establece que el tiempo de espera debe ser menor a los 30 minutos en el servicio de consulta externa, el cual se toma a partir de que el paciente solicita su consulta o la hora de su cita hasta el momento en que recibe la atención médica. Según la Encuesta Nacional de Salud del 2000, a nivel nacional, en promedio la población espera 4.5 días para obtener una cita de primer contacto, 9.5 días para ver un especialista y casi cuatro días para ingresar a un hospital[10].

Este indicador en promedio se encontraba en la mayoría de las UMF con un tiempo de espera mayor a los 30 minutos, originando insatisfacción en el usuario, saturación de las salas de espera, inadecuada relación médico-paciente e inoportunidad en el otorgamiento de la atención médica[11].

Con base en esta problemática y atendiendo el enfoque de calidad hacia el usuario, el IMSS estableció el Programa de Cita Previa el cual tiene como objetivo principal la atención médica oportuna al derechohabiente y por ende la satisfacción del usuario y del prestador del servicio, evitando los prolongados tiempos de espera. En general, el Programa de Cita Previa fue creado con el propósito de modificar la forma de acceso de los usuarios a las unidades de salud[12].

Este programa tiene dos modalidades: cita previa y cita concertada. La cita previa es aquélla que se programa ante indicación del médico, promoción de la asistente médica o solicitud del derechohabiente por lo menos con 12 horas de anticipación al otorgamiento de consulta. La cita concertada es aquélla en la cual un derechohabiente espontáneo acuerda con la asistente médica una cita para recibir atención médica durante esa misma jornada laboral. Se pueden realizar por vía telefónica, en unidades que disponen de este medio, o personalmente[13].

Estudios en torno a la cita previa

A nivel internacional se han realizado diversos estudios en torno a la cita previa. Por ejemplo en Murcia, España se efectuó un estudio de intervención, que valoró la influencia que existía entre la implantación del programa de cita previa y se buscó analizar los efectos que producía en la distribución de los tiempos de espera y de las consultas. Se hizo un estudio transversal, un muestreo aleatorio sistemático, con un nivel de confianza de 95 por ciento. Se aplicó un cuestionario a pacientes que acudían a dos consultorios médicos de una unidad de primer nivel, contenía características personales y sociofamiliares del paciente, necesidad de atención médica, conducta de uso, recursos utilizados y variables relacionadas con la accesibilidad. Se encontró que la edad media de los pacientes no varia, los que mayor demandan servicios fueron mujeres; los primeros días de la semana son los de mayor demanda; y se observó una disminución significativa de los tiempos de espera y un aumento de los tiempos de consulta. Concluyendo así que el perfil del paciente que acude a cita previa no varía, y se recomendó realizar cierta reorganización del sistema de consulta[14].

Otro estudio realizado en un centro de salud de Huesca, España, consistió en buscar las características de las personas que acuden a las consultas sin cita previa. Fue un estudio descriptivo, se registraron las características de los pacientes que originan dichas consultas, como: edad, sexo, motivo de consulta, modalidad, jornada laboral, y si la solicitud era realizada de forma directa o indirecta. Se encontró que sólo 14.2 por ciento de consultas no urgentes son sin cita previa. La mayoría de los pacientes jóvenes solicitaban más consultas directas, por motivos burocráticos o enfermedad, y los pacientes adultos solicitaban la consulta para pedir recetas. Se concluyó que es necesario organizar el sistema de utilización de las consultas y evitar situaciones que compliquen la accesibilidad[15].

En el ámbito nacional, en la UMF No. 29 del IMSS en Monterrey, N. L., se realizó un estudio comparativo en dos UMF sobre la calidad del Programa de Cita Previa. Entre los resultados obtenidos, la efectividad del programa en las UMF A y B en el servicio de medicina familiar fue de 85 por ciento y 73 por ciento , respectivamente, y la calidad del programa para cada UMF en el mismo servicio fue calificada como buena y regular, respectivamente. Se concluyó que es importante la evaluación de los programas para determinar la conveniencia de los mismos[16].

Las problemáticas que se desarrollan alrededor del Programa de Cita Previa nos sitúan en aspectos relacionados a la calidad de la atención, tocando diversos temas como la satisfacción del usuario o los tiempos de espera. Por ejemplo, un estudio comparativo, realizado en la Delegación Tlaxcala del IMSS sobre los tiempos de espera en el primer nivel de atención, con la finalidad de analizar factores asociados, se aplicó una encuesta a dos grupos de usuarios: los que esperaron máximo 30 minutos y los que esperaron más de ese tiempo. Las variables analizadas fueron: situación sociodemográfica, características de la atención y expectativas del usuario sobre el tiempo ideal de espera y expectativas de calidad. De los resultados obtenidos, se encontró que del total de encuestados, sólo 32.2 por ciento recibió la atención en tiempo igual o menor a 30 minutos, y 67.8 por ciento en más de 30 minutos; los usuarios que estaban dispuestos a esperar más de 30 minutos tenían doble probabilidad de esperar más tiempo, en comparación de aquellos que consideraron ideal el tiempo estándar de 30 minutos. Se concluyó que se debe considerar relevante cualquier elemento que contribuya a mejorar la atención del usuario[17].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Programa Nacional de Salud 2000-2006 destaca que uno de los motivos de la no utilización de los servicios públicos de salud y causa frecuente de queja se debe a los prolongados tiempos de espera en la atención ambulatoria, lo cual se establece como uno de los retos para el Sistema de Salud: elevar la calidad de los servicios de salud[18].

Es así que en el 2003 se implementa el Programa de Cita Previa en las UFM del IMSS en el país, para disminuir las filas y los tiempos de espera que se registran en las diversas unidades de atención médica[19]. Se ha evidenciado que los prolongados tiempos de espera afectan de manera importante al usuario del servicio ya que al esperar mucho tiempo para recibir consulta, conlleva a la insatisfacción del mismo, acentuándose más cuando el usuario trabaja y tarda más en ser atendido, al ama de casa se retarda en sus labores diarias, al escolar que solicita permiso para acudir a recibir atención médica, entre otras[20].

En la UMF No. 66 del IMSS, Delegación Veracruz Norte, este sistema fue incorporado en el año 2003[a].

Durante los tres primeros bimestres de 2006, el Sistema Indica[b] reporta como tiempo máximo para recibir una consulta en la UMF No. 66: 240, 380 y 841 minutos respectivamente y con tiempos promedios de catorce, trece y quince minutos respectivamente, lo que evidencia la necesidad de impulsar el Programa de Cita Previa para acortar los tiempos de espera en el servicio de consulta externa.

En la Delegación Veracruz Norte del IMSS existe el reconocimiento de que el Programa de Cita Previa aún no se encuentra dando los resultados esperados, lo cual se hizo evidente en la investigación realizada por ocho directores de UMF los cuales durante el 2005, siendo alumnos del Instituto Tecnológico Autónomo de México, realizaron un proyecto de mejora para incrementar la cobertura de cita previa a un 60 por ciento en la Delegación Veracruz Norte. Este proyecto tenía los objetivos de realizar un análisis del proceso de consulta externa haciendo énfasis en la atención a través de cita previa e identificar las causas que impedían alcanzar los estándares establecidos, así como diseñar medidas de intervención para mejorarlo. Este proceso se llevó a cabo durante el periodo de junio a diciembre de 2005. De acuerdo al análisis realizado, los bajos logros en la cita previa se debían a que dicho programa se encuentra en un proceso fuera de control[21] y es caracterizado por tres problemáticas:

1. Falta de retroinformación y de análisis, derivado de supervisión insuficiente y la pérdida de registros.
2. Congestión del servicio y proceso obsoleto del mismo, donde se identifica una demanda desordenada del servicio, insuficiente promoción, preferencia a la atención espontánea sin cita y falta de vigencia de derechos y

[a] Información proporcionada por el Director de la UMF. No. 66, IMSS, comunicación personal, Marzo 29, 2006.
[b] Sistema Informático que concentra las mediciones de los indicadores de calidad de las unidades médicas que participan en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

3. Una inadecuada promoción de la cita previa, debido a una desmotivación y desinformación del personal, que no está convencido de la eficiencia del programa, así como el ausentismo encubierto del usuario.

Se asume en que algunos de los posibles motivos por los cuales la UMF No. 66 no llega al cumplimiento del indicador de cita previa de 60 por ciento , se encuentran los ya citados en el trabajo de Torres y col., destacando la existencia de cierta resistencia del personal para eficientar el servicio mediante cita previa, ya que esto implica permanecer una jornada laboral completa, así como la insuficiente promoción del programa, los cuales inciden de manera negativa en el programa provocando inestabilidad en el comportamiento de los indicadores de cita previa, y en la calidad de la atención.

Dado que la UMF No. 66 es una unidad con derechohabientes en toda la ciudad, que sufre de constantes movimientos afiliatorios, lo cual satura sus servicios, se requiere de una mejor utilización del Programa de Cita Previa, para dar orden a la consulta, descongestionar las salas de espera, aprovechar los recursos, y lograr dar una mejor calidad en el servicio. Por ello, la insuficiente promoción del Programa resulta un problema significativo para el cumplir los estándares establecidos, ya que si no se promueve adecuada y permanentemente el programa, entonces no se puede abarcar a la totalidad de la población que acude a solicitar servicios a la unidad.

Por ello, la promoción de la cita previa se debe dar en todas las áreas de la unidad, iniciando en el momento de la afiliación. Esto, porque en afiliación es donde se formaliza el derecho a recibir un servicio, pero se da un malentendido, porque efectivamente se autoriza como derechohabiente que puede recibir atención médica en la unidad, pero no se informa que se requiere acudir con la asistente médica para agendar una cita, y entonces si recibir la consulta[c]. Así, la problemática a enfrentar en el Programa de Cita Previa se centra en la ausencia de una cultura de la cita previa.

Aunque esta problemática en torno a la cita previa ya ha tenido iniciativas para lograr mejoras en el servicio, como la rotación de asistentes médicas, la ampliación y adecuación de espacios para incrementar el número de consultorios, apertura de seis plazas para otorgar servicio en la unidad, solicitud de cinco líneas telefónicas externas para activar el servicio de cita previa, la mayoría de estas iniciativas no han sido autorizadas hasta el momento, por lo tanto, se requiere de estrategias de intervención más factibles y a corto plazo, tanto en su ejecución como en el logro de resultados positivos.

La UFM No. 66 busca otorgar un 60 por ciento de consultas mediante cita previa, sin embargo durante el año 2005, del total de consultas otorgadas: 240 696, el 47.8 por ciento fueron realizadas mediante cita previa, lo que establece una diferencia de 12.2 por ciento con respecto al estándar establecido. Con base en estos resultados, se establece como meta llegar a cubrir por lo menos la referencia nacional de tal indicador (55 por ciento). Para el logro de dicha meta surge el cuestionamiento ¿qué se puede hacer para mejorar el indicador? Después de dos años, aproximadamente, de la implementación del Programa de Cita Previa, y con los resultados obtenidos hasta ahora, se hace necesario desarrollar estrategias factibles que impulsen el programa.

Cabe señalar que, aunque se pueden plantear diversas propuestas de intervención, dada la posición que ocupa el equipo de trabajo en el IMSS, y considerando las características de la unidad de salud, en el presente trabajo se propone una estrategia factible de realizar, mediante la difusión del Programa de Cita Previa con el objetivo de proporcionar a los usuarios la información necesaria sobre el Programa, como paso inicial para comenzar a cambiar la cultura en el uso de la cita previa, así mismo, también se pretende realizar la evaluación de la estrategia y los medios utilizados en la difusión del programa, con la finalidad de analizar si estas medidas contribuyen a resolver el problema.

[c] Información proporcionada por el Director de la UMF No. 66 del IMSS, Héctor Tomás Fernández García, comunicación personal, Mayo 3, 2006.

OBJETIVO

- Promover estrategias de información sobre el Programa de Cita Previa, dirigidas a los usuarios de la UMF 66, con la finalidad de promover el programa y contribuir al incremento en el uso del mismo.

Unidad Médica Familiar No. 66, Imss, Delegación Veracruz Norte

La UMF No. 66, es una unidad de primer nivel de atención, que pertenece a la Delegación Veracruz Norte del IMSS, localizada en la ciudad de Xalapa, Ver. La administración actual está a cargo del Dr. Héctor Tomás Fernández García.

La atención médica en la unidad se otorga a través de los procesos de consulta externa, atención médica continua y auxiliares de diagnóstico. La consulta externa se otorga de lunes a viernes, en dos turnos: matutino de 8:00 AM a 2:00 PM, y vespertino de 2:00 PM. a 8:00 PM.; la atención médica continua[d] se otorga las 24 horas del día y fin de semana. La población adscrita hasta el año 2005 era de 184, 256 personas. La población usuaria a medicina familiar era de 146,230, de los cuales 65,846 son hombres, y 80,384 mujeres. La población derechohabiente se encuentra dispersa en colonias de toda la ciudad de Xalapa, Ver. La plantilla laboral de la que dispone la unidad está conformada por 294 trabajadores, distribuidos en los diferentes servicios entre los que se encuentran: Consulta de Medicina Familiar, Atención Médica Continua, Estomatología, Promoción de la Salud, , Nutrición, Laboratorio Clínico, y imagenología.[22] Existen diferentes Jefaturas de Departamento como se puede apreciar en el organigrama[e] (Anexo 1).

En la UMF No. 66 la consulta puede ser mediante cita previa, horario concertado y espontáneo sin cita. El espontáneo sin cita es aquélla atención que no es programada, concurriendo el derechohabiente en forma espontánea para solicitar el otorgamiento de la consulta tanto de primera vez como subsecuente sin un horario específico. [23] Dada las características de la unidad, las consultas se distribuyen conforme a la jornada laboral del personal médico, las dos primeras horas se destinan para otorgar consultas a los pacientes espontáneos, para evitar tiempos de espera prolongados[f].

Para solicitar cita, en cualquiera de estas modalidades, sólo se debe disponer de las cartillas de salud y citas médicas para facilitar el número de seguridad social y nombre completo, así como el consultorio de medicina familiar al que pertenece.

Los principales actores del Programa de Cita Previa son el médico familiar, la asistente médica y el derechohabiente, los primeros cumplen un rol institucional al servicio del derechohabiente, y el último como beneficiario y usuario del programa. En este sentido, el médico es el que otorga la consulta y puede indicar al derechohabiente la programación de una cita. La asistente médica, en términos generales es la que se encarga de promover y orientar, en forma conjunta con el médico familiar, al paciente sobre las ventajas y procedimientos para recibir atención mediante cita previa y en su caso horario concertado. Además, es quién otorga cita previa al paciente en forma directa, de primera vez o subsecuente, y distribuye la consulta de medicina familiar durante la jornada laboral al derechohabiente que la solicite en forma espontánea o por cita[24].

Durante el periodo del 26 de diciembre de 2004 al 25 de diciembre de 2005 se realizaron un total de 240,696 consultas, de las cuales 47.8 por ciento fueron mediante cita previa, 22.8 por ciento en horario concertado, 29.3 por ciento en espontáneo sin cita, y 0.1 por ciento que no se registraron[25].

[d] Proceso que se caracteriza por realizar intervenciones de atención episódica a la agudización de un problema de salud, que puede ser valorado como una urgencia real o sentida.
[e] Organigrama proporcionado por la Dirección de la UMF No. 66
[f] Información proporcionada por el Director de la UMF. No. 66, IMSS, Héctor Tomás Fernández, comunicación personal, mayo 3, 2006.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

La estrategia se situó en el área de medicina familiar, y partió del supuesto de que en la medida en que los usuarios tengan información respecto del otorgamiento de consulta a través de la cita previa, paulatinamente irá cambiando su actitud hacia la cita previa y se incrementará la demanda del servicio en esta modalidad. Con base en ello, se desarrolló una estrategia de información, cuyo propósito fue crear un clima propicio para la solicitud de consulta mediante cita previa, a través de la difusión del programa para forjar la toma de decisión del usuario para hacer uso del mismo. La estrategia se planteó y realizó en tres fases, que se describen a continuación.

Fase I: Sistematización de la información

Esta consistió en recopilar y sistematizar información respecto de las razones que tiene el usuario para hacer uso o no de la cita previa para recibir consulta en la unidad. Con el objetivo de identificar las áreas de oportunidad del Programa de Cita Previa para generar una propuesta de mejora que incorpore la perspectiva e intereses de los usuarios en la unidad.

Para obtener la información se realizó un sondeo entre los usuarios derechohabientes de la UMF No.66 del IMSS. Este sondeo se aplicó a una muestra estratificada, que se construyó mediante la separación de los elementos de la población en grupos que no presentaran traslapes, llamados estratos, y la selección de los sujetos se realizó mediante un procedimiento aleatorio simple en cada estrato[26]. Los estratos fueron turno: matutino y vespertino; y paciente: con cita previa y sin cita previa, los cuales fueron construidos de acuerdo a la propia organización de los servicios de la unidad. Para fines del presente trabajo entenderemos como:

- Paciente con cita previa: a aquél usuario que acude a consulta en medicina familiar con una cita hecha por lo menos con doce horas de anticipación.
- Y paciente sin cita previa: a aquél usuario que acude a consulta en medicina familiar sin haber solicitado cita por lo menos con doce horas de anticipación (horario concertado y espontáneo).

Para obtener el tamaño de la muestra se consideró el total de usuarios que acudieron a Medicina Familiar, durante el mes abril de 2006, dando un total de 17, 773 usuarios[27], de los cuales se excluyeron a aquellos pacientes en control, (diabéticos, hipertensos, control prenatal), ya que estos pacientes presentan un comportamiento más estable con respecto de la cita previa. Así, se obtuvo la proporción de consultas correspondientes a una semana, dando un total de 2,962 consultas, y con un 92 por ciento de confiabilidad la muestra estratificada fue de 143 usuarios, distribuidos proporcionalmente en cada turno y de acuerdo a la característica de usuario con cita o sin cita

La aplicación de la encuesta de sondeo se realizó con base en los horarios de atención en el servicio de consulta externa, incluyendo a los usuarios que se presentaran en el turno matutino, a partir de las 8:00 am. y en el turno vespertino, a partir de las 2:00 pm., hasta completar la cuota de entrevistados para cada día.

Para el acopio de la información se construyeron dos instrumentos, uno dirigido a los usuarios que acudían con cita previa (Anexo 2) y otro para los usuarios sin cita previa (Anexo 3) , para recuperar la perspectiva de los usuarios respecto de la cita previa. Ambos instrumentos contienen variables generales, como: sexo, edad, nivel de estudios, tipo de derechohabiencia, propuesta de mejora del Programa de Cita Previa. Para los pacientes con cita, las variables específicas a medir fueron: acceso a la información del programa, motivo para usar el programa, incumplimiento de la cita, motivo de incumplimiento de la cita, y para los pacientes sin cita previa las variables específicas a medir fueron: conocimiento sobre el programa, motivo para no usar cita previa, expectativas sobre el programa.

Los cuestionarios fueron piloteados con personas ajenas a la unidad bajo estudio y también con algunos derechohabientes del IMSS, pero fuera del espacio de intervención, se identificaron algunas preguntas que ocasionaban confusión, y se hicieron adecuaciones a los instrumentos. Estos se aplicaron en el periodo 29 de

mayo al 2 de junio, en el que participaron, además del equipo de trabajo, cinco alumnos de la Facultad de Medicina y tres alumnos de la Facultad de Nutrición de la Universidad Veracruzana.

Así mismo, se elaboró la base datos con el Software Epi Info, versión 3.3.2, que permitió almacenar y analizar la información obtenida. Para el análisis estadístico de la información se utilizaron estadísticas exploratorias, como son estadísticas básicas: promedios y proporciones.

Fase II: Campaña de difusión

Esta Fase se desarrolló durante el periodo del 12 al 30 de junio del 2006. A partir de la sistematización de la información obtenida en la Fase I, se diseñó una campaña de difusión del Programa de Cita Previa, mediante material de información que orientara al usuario en el uso de la cita previa. Esta campaña consistió en la elaboración y difusión de carteles, gafetes para las asistentes médicas y personificadores para los escritorios de las asistentes. Esto, con el objetivo de forjar en el usuario la toma de decisiones con respecto a la cita previa, difundiendo los beneficios que obtiene con el uso de dicho programa (Anexo 4).

La estrategia de información, mediante los materiales antes mencionados, se definió con base en los resultados obtenidos previamente, la cual estuvo dirigida a los usuarios derechohabientes que no conocían el Programa de Cita Previa.

Para el diseño del cartel se definió la información que se quería proporcionar al usuario que no conocía el programa, la cual se piloteó en la unidad, y con las observaciones obtenidas se replanteó. Con asesoría de un experto en comunicación, y con base en los resultados de la Fase I, se creó un logotipo que se identificara con elprograma, eligiendo un reloj, ya que el beneficio de usar el Programa fue asociado con el ahorro de tiempo. Se requirió de una modelo que representara a las asistentes médicas, y para ello se solicitó la participación de algunas de las asistentes médicas de la propia unidad, se les tomó algunas fotografías, y posteriormente se seleccionó la que mejor se adecuara al diseño del cartel, a quien se le solicitó de manera formal su anuencia. El cartel se piloteó nuevamente con usuarios de la unidad, y con algunos compañeros y maestros del Instituto de Salud Pública, obteniendo buenos comentarios.

El diseño de los gafetes incluyó el logotipo creado y un eslogan que identificaba a la asistente médica como la persona a quien se le solicita la cita. Y para el diseño de los identificadores, la cara frontal dirigida al usuario contenía la información sobre el programa, y en la otra cara dirigida hacia las asistentes médicas, se colocó un pensamiento motivacional que también fue piloteado. Los carteles se colocaron, en las salas de espera de medicina familiar, el área de afiliación y entradas principales a partir del día 30 de junio del 2006. Los gafetes se repartieron a las asistentes médicas de la unidad, del turno matutino y vespertino. Y los identificadores se colocaron en la barra de servicio de las asistentes médicas. El beneficio esperado en esta etapa fue que el usuario conociera el programa mediante la difusión de dicho material.

Fase III: Evaluación de la estrategia

Con base en la campaña de difusión dirigida a los usuarios que no conocían sobre la cita previa, se realizó un sondeo para conocer si estos usuarios adquirieron conocimiento del programa, y el medio por el cual lo conocieron, esto con la finalidad de dar seguimiento a la intervención e identificar los logros obtenidos a corto plazo. Con las actividades realizadas, se buscó observar una reducción del porcentaje de usuarios que no conocían el programa, y contribuir al uso de la cita previa.

El sondeo se realizó con la metodología utilizada en la Fase I. Y para la obtención de la información se construyó un instrumento que consideró como variables datos generales, conocimiento del programa, y medio por el cual conocieron el programa. Este instrumento se piloteó, y se aplicó en el periodo del 10 al 14 de julio del presente (Anexo 5).

RESULTADOS

Fase I: Sistematización de la información

Para la obtención de información y emisión de resultados, se encuestó a un total de 143 usuarios derechohabientes de la UMF No. 66, del IMSS, Delegación Veracruz Norte, ubicada en Xalapa, Ver., de los cuales 88 fueron usuarios con cita previa y 55 usuarios sin cita previa

Caracterización de la población encuestada

De los 143 usuarios encuestados 20 por ciento son hombres y 80 por ciento son mujeres, con una edad promedio de 39.8 años, presentándose como edad mínima 19 años y como edad máxima de 86 años. En cuanto al sexo y turno de los usuarios encuestados, no existen diferencias, ya que en ambos turnos la mayor proporción de la población son mujeres. En cuanto al nivel de estudios de dicha población, 31 por ciento ha estudiado primaria, 22 por ciento bachiller, 21 por ciento licenciatura, 17 por ciento secundaria, cuatro por ciento carrera técnica y uno por ciento alguna especialidad, sin embargo, tres por ciento de esta población no tiene ningún nivel de estudios. De acuerdo al turno, en el matutino la mayor proporción, 32 por ciento tiene estudios de primaria, pero un cuatro por ciento no tiene estudios; en el vespertino, 30 por ciento tiene primaria y 30 por ciento con secundaria, no hay población sin algún tipo de estudios. Con respecto a su derechohabiencia, 46 por ciento son trabajadores afiliados a la unidad, y 54 por ciento son familiares del trabajador. En ambos turnos la mayor proporción de los encuestados refirieron ser familiares del trabajador afiliado a la unidad.

Usuarios derechohabientes de la UMF No. 66, IMSS con cita previa

El principal medio por el cual estos usuarios se enteraron del Programa fue, al 50 por ciento de ellos les informó la asistente médica, 26 por ciento el médico, un catorce por ciento por medio de un familiar o amigo, y diez por ciento por otro medio. Así mismo, en ambos turnos el principal medio por el que se enteraron del programa es a través de la asistente médica.

Los principales motivos para hacer cita previa en la unidad refieren 44 por ciento que no tienen que esperar mucho tiempo para recibir una consulta, 28 por ciento porque es la única forma de recibir consulta, 24 por ciento porque le garantiza la consulta, y cuatro por ciento porque le permite organizar sus actividades. Los usuarios de ambos turnos coinciden en que el principal motivo por el que hacen cita previa es por que no tienen que esperar mucho tiempo para recibir consulta.

Por otra parte, de los 88 encuestados con cita 89 por ciento si recomiendan hacer uso del programa de cita previa, principalmente porque es más rápido y se ahorra tiempo, en esto coinciden los usuarios de ambos turnos. Y once por ciento que no recomienda hacer cita previa de acuerdo al turno, se debe a que refieren que es tardado, porque no pueden anticipar la enfermedad y porque no les gusta como son atendidos en la unidad.

De los 88 usuarios entrevistados con cita previa, 27 por ciento de ellos dijeron haber faltado alguna vez a su cita, y como principales motivos de inasistencia refirieron 33 por ciento que no se acordaron de la cita, trece por ciento porque le surgió otro compromiso, ocho por ciento porque se la dieron para una fecha que no quería, ocho por ciento trabajó ese día, y ocho por ciento porque ya no se sentía mal, y 30 por ciento otros motivos. Para ambos turnos el principal motivo de inasistencia a la cita sigue siendo el hecho de no haberse acordado de ésta.

Usuarios derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS sin cita previa

De los 55 usuarios encuestados sin cita 38 por ciento reportó conocer el Programa de Cita Previa, y 62 por ciento no lo conoce, situación presentada en ambos turnos. De ese 38 por ciento que si conoce el programa, 29 por ciento reportó que no hicieron cita previa en ese momento para acudir a consulta primordialmente por que consideraron que su motivo de consulta se trataba de una urgencia, 24 por ciento porque tiene que venir a la unidad para solicitar la cita, 19 por ciento porque antes no se sentía mal, 19 por ciento trabaja y no le da tiempo de ir a solicitar cita, y nueve por ciento dice que le dan cita cuando ya no la quiere.

En lo que respecta a las expectativas que tiene el usuario al hacer cita previa, 35 por ciento refiere que lo primordial es que se respete el horario de la cita, mientras que para 20 por ciento es la disponibilidad de horarios, para 18 por ciento la rapidez para obtenerla, para quince por ciento que se la den cuando la quieren, y once por ciento otros. Sin embargo, los usuarios del turno matutino refieren como principal expectativa que se respete el horario de la cita, y para los del turno vespertino que sea oportuna la cita.

Fase II: Campaña de difusión

Durante esta fase se desarrollaron y expusieron a partir del 30 de junio, seis carteles, 66 gafetes para asistentes médicas y 25 personificadores, el punto focal de la campaña de difusión del programa fue el ahorro de tiempo, ya que éste fue el principal elemento identificado como positivo por los usuarios que ya utilizan la cita previa.

Los resultados de esta fase, correspondiente a la campaña de difusión del Programa, se pueden clasificar es positivos y negativos. Como aspectos positivos se obtuvo el apoyo del Director de la unidad para desarrollar dicha estrategia, logrando así la validación y difusión de cada uno de los materiales utilizados. Así mismo, la disposición de la Jefa de Asistentes Médicas para participar en la campaña, prestando su imagen para el diseño del cartel. Y por último, las facilidades otorgadas por el Instituto de Salud Pública para desarrollar los materiales de la campaña y el apoyo de un experto, así como también de los tutores asignados. Y como aspecto negativo, la falta de disposición o interés de algunas asistentes médicas para usar los materiales elaborados.

Fase III: Evaluación de la estrategia

Como resultados del sondeo aplicado después de la exposición a los materiales, a 55 usuarios encuestados con características similares[g], tenemos que 72 por ciento fueron mujeres y 28 por ciento hombres, con edad promedio de 38 años, y edad mínima de 20 años y máxima de 73 años. El 60 por ciento refirieron ser trabajadores afiliados a la unidad y 40 por ciento familiar del trabajador afiliado. En cuanto a la escolaridad, 33 por ciento refirió haber estudiado primaria, 29 por ciento secundaria, 18 por ciento bachiller, catorce por ciento licenciatura, cuatro por ciento carrera técnica y dos por ciento postgrado, como se observa esta población es similar a la que se le aplicó el sondeo en la Fase I.

En cuanto a conocimiento del programa, 69 por ciento refirió sí conocerlo a diferencia de sólo 38 por ciento que refirió conocerlo en la Fase I. De los usuarios que declararon conocer el programa, corresponde al 62 por ciento de los usuarios del turno matutino y 92 por ciento de los usuarios del turno vespertino. De este 69 por ciento que dijo conocer el programa, 45 por ciento se enteró a través de las asistentes médicas, y ocho por ciento por los médicos, y 47 por ciento restante conoció el programa por medio de algunos de los materiales incluidos en la campaña de difusión realizada, siendo 34 por ciento mediante el cartel, diez por ciento mediante los personificadores de las barras de trabajo de las asistentes médicas, y tres por ciento por los gafetes de las asistentes médicas.

[g] Para comprobar las similitudes entre la población de usuarios de la Fase I y de la Fase III, se realizaron pruebas de hipótesis.

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

La vinculación entre el IMSS y el ISP resultó ser una primicia en el Programa de Maestría en Salud Pública. Con ello, el equipo de trabajo conformado por un Cirujano Dentista y una Lic. en Sociología, asignado a la UMF 66, IMSS, Delegación Veracruz Norte, para la realización de prácticas, y enfrentar el reto de desarrollar un proyecto de intervención que contribuyera tanto a la Institución como al equipo de trabajo, enfrentó el reto obteniendo resultados positivos tanto en los procesos de aprendizaje, como en la vinculación entre ambas instituciones. La estancia en dicha unidad para realizar el proyecto no fue fácil, ya que esta unidad posee una estructura administrativa muy normada, esto limitó el acceso a la información, parte importante para el desarrollo de cualquier trabajo, y la participación del personal en el proyecto, aunque se presentaron algunas resistencias, éstas se debieron más bien a hechos coyunturales relacionados más con una falta de homogeneidad en los códigos propios de la unidad, y cierto desinterés por la promoción de sus servicio, situación que pudo ser corregida por la perseverancia del equipo de trabajo. Pese a ello, se logró mantener buena comunicación con los miembros de la unidad, permitiendo así la conclusión de un proyecto.

Para mantener este vínculo, es necesario hacer un mayor esfuerzo para que los proyectos futuros en dicha institución sean más fructíferos. Se debe hacer explícito el tipo de actividades a realizar, tanto para el equipo de trabajo que vaya a ser asignado como a la propia institución, ya que muchas veces la falta de información adecuada ocasionó confusión en ambas partes. Pasando este único escollo, nuestras actividades se desarrollaron con completa normalidad y dentro de la reglamentación correspondiente. Así, concluimos que los elementos más importantes, y que se pudieron comprobar, y aprender de ellos con esta experiencia, para el desarrollo de cualquier tipo de intervención son la comunicación y el acceso a la información.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente trabajo se obtienen evidencias sobre uno de los problemas que giran en torno al Programa de Cita Previa, es decir, la inadecuada promoción del mismo, ya que considerando las características de la alta movilidad en el proceso de afiliación de la población usuaria de la UMF No. 66, este problema se convierte en punto central del proyecto de intervención. El análisis realizado con usuarios derechohabientes de la unidad demostró que una gran proporción de los usuarios, (62 por ciento), no conocía el Programa. Considerando las opiniones de los usuarios que usan el Programa de Cita Previa como las de aquellos que no lo usan, respecto al hecho de que el estado de enfermedad no se puede anticipar con fecha y hora, situación que obstaculiza el uso de la cita previa si la misma no se oferta con oportunidad a las necesidades de los derechohabientes.

Aunque las propuestas de mejoras para el programa son diversas, los intereses que tienen los que hacen cita y los que no son diferenciados, mientras los primeros proponen mayor disponibilidad de horarios para la cita previa, los segundos se preocupan más por mejorar la accesibilidad a la cita. Algo que resulta importante es el factor tiempo, puesto que los usuarios que recomiendan el uso de cita previa, refieren como principal motivo que se aprovecha mejor el tiempo y programan mejor sus actividades, es decir el tiempo se presenta como un aliciente para hacer uso del Programa de Cita Previa.

Es evidente que el uso de la cita previa aún no se arraiga como un elemento cultural, situación que es deseable y cuyo logro debe procurarse paulatinamente reforzando intencionalmente este tipo de actitudes con el apoyo del personal de salud de la UMF No. 66.

SE RECOMENDA

1. Las estrategias actuales en los servicios de salud requieren de la activa participación de todos los actores sociales incluyendo las percepciones y recomendaciones de los propios usuarios como actores sociales

centrales de los servicios de salud. En este sentido, las propuestas de mejora que provienen de los usuarios derechohabientes de la UMF No. 66 para el programa son: facilitar otras formas para hacer cita previa, como vía telefónica, mayor disponibilidad de horarios, informar al usuario sobre el Programa, disminuir el número de pacientes por médico, oportunidad en la cita, y puntualidad en la misma.

2. Un elemento importante es mantener de manera permanente las campañas de información, para lograr que los nuevos afiliados, desde el inicio de su derechohabiencia se acostumbren a utilizar el Programa de Cita Previa. Para ello se recomienda por lo menos el uso de los carteles ubicados en lugares estratégicos ya que fue el medio de información de mayor impacto en el proceso de difusión de la información. La permanencia de la información es uno de los elementos fundamentales para transitar hacia una cultura de la cita previa.
3. Se recomienda se evalúe el impacto de la estrategia de información implementada mediante la medición de los porcentajes de usuarios que hagan uso de la cita previa en los periodos subsecuentes y la comparación de los mismos con la medición obtenida en el mes anterior a la implementación de la estrategia.
4. Se recomienda atender los otros problemas identificados en el estudio de Torres y Col. los cuales fueron ratificados durante el periodo de la intervención, particularmente los inherentes a las resistencias mostradas por el personal de la unidad de salud para este programa; para ello se sugieren talleres motivacionales, así como la incorporación de las propuestas de dicho personal a la solución del problema.
5. Para mantener el Programa de Cita Previa en los parámetros meta, es necesario que la UMF No. 66 cuente con todos los recursos necesarios para dar respuesta a las citas establecidas, de lo contrario el programa perderá credibilidad y la imagen institucional se deteriorará generando además insatisfacción en el usuario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Congreso de la Unión. Ley del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación. [on line] México. 21 diciembre, 1995. [citado 14 marzo, 2006]. Disponible en Internet: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf

[2] Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas integrados de salud. Proyecto estratégico 2001-2003. México: IMSS, 2002. 35 p.

[3] Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema de Información de Medicina Familiar. [on line] México: IMSS, 2006. [citado 14 marzo, 2006]. Disponible en Internet: http://www.imss.gob.mx/eep/simf.htm

[4] Instituto Mexicano del Seguro Social. Expediente electrónico. [on line] México: IMSS, 2006. [citado 14 marzo, 2006] Disponible en Internet: http://www.imss.gob.mx/eep/expediente.htm

[5] Instituto Mexicano del Seguro Social. Impulsará el IMSS en todas sus clínicas el programa de cita previa por teléfono. [on line] Boletín de Prensa, No. 243. México: IMSS, mayo 2003. [citado 14 marzo, 2006]. Disponible en Internet: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/196FB4F2-D9D1-4280-B678-D5A823D9C8AE/0/B243.pdf

[6] Instituto Mexicano del Seguro Social. Cita previa. [on line] México: IMSS, 2006. [citado 14 marzo, 2006]. Disponible en Internet: http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/Regional/ Coahuila/ IMSS+en+Coahuila/

[7] Pérez, J. y Salado M. Antología. Calidad en las organizaciones de salud. Maestría en Salud Pública. Xalapa, Ver.,: Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. Junio, 2006. p. 19, 45, 46.

[8] Instituto Mexicano del Seguro Social (2006). Cita previa. [on line] México: IMSS, 2006. [citado 14 marzo, 2006].Disponible en Internet: http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/Regional/ Coahuila/IMSS+en+Coahuila/

[9] Secretaría de Salud. Programa de acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. México: SSA, 2002.

[10] Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud. México: INSP, SSA. 2000.

[11] Instituto Mexicano del Seguro Social. Cita previa. [on line] México: IMSS, 2006. [citado 14 marzo, 2006]. Disponible en Internet: http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/Regional/ Coahuila/IMSS+en+Coahuila/

[12] Mancera R. J., Fernández L. C., Baca O. A, Paniagua G. F., Giménez B. S, y Fernández Tapia M.L. Pacientes sin cita previa en la consulta médica a demanda de un centro de salud. España: Originales, MG., Noviembre 2005. Núm. 79. p. 706-710.

[13] Instituto Mexicano del Seguro Social. Procedimiento para otorgar atención en la consulta de medicina familiar. México: IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas, 2005. 38 p.

[14] Gómez C., Pérez F., y Marset C. La cita previa, perfil del consultante y accesibilidad. Revista Atención Primaria. Vol. 17, Núm. 4, 1996 p. 288 – 291.

[15] Pomar, C.I., Torres P.R., Iglesias M.P. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. Rev. Esp. Salud Pública. Vol.74, No.3. 2000.

[16] Santiago C. J., Villareal R., E., Salinas M., A. M., y Rodríguez U. G. Calidad del programa de cita previa en dos unidades de medicina familiar. Monterrey, Nuevo León: UMF No. 29, Unidad Regional de Investigación Epidemiológica, IMSS. 1996.

[17] Maldonado I.G., Fragoso B. J. S., Orrico T. S. E., Flores. V. M., Quiroz P. C. y Sandoval P. A. A. Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS. . México: Rev. Med. IMSS. Vol.40, No.5, 2002 p. 421-429

[18]Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006.México: SSA. 2001.

[19] Torres, A.L., Déctor, A. E., Camacho, V. F., Fernández, G. H. T., Beristain, C. J., Manzanero, Z. J., Díaz, M. M. E., y Mulia, C. M. Proyecto de mejora para incrementar la cita previa a un 60%, en el ámbito de la Delegación Veracruz-Norte de junio a diciembre del año 2005. Instituto Mexicano del Seguro Social. Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas. Instituto Tecnológico Autónomo de México. México. 2005.

[20] Mancera R. J., Fernández L. C., Baca O. A, Paniagua G. F., Giménez B. S, y Fernández Tapia M.L.. Pacientes sin cita previa en la consulta médica a demanda de un centro de salud. ,. España :Originales, MG. Número 79, Noviembre 2005 p. 706-710.

[21] Torres, y col. Op. cit.

[22] Unidad Médica Familiar No 66. Diagnóstico Situacional de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección Regional Sur, Delegación Veracruz Norte. Xalapa, Ver: IMSS. 2005.

[23] Instituto Mexicano del Seguro Social. Procedimiento para otorgar atención en la consulta de medicina familiar. México: IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas. 2005.

[24] Ibid.

[25]UMF No. 66, IMSS. Sistema de Información y Atención Integral de la Salud.. Porcentaje de derechohabientes atendidos a través de cita previa, horario concertado y espontáneo sin cita en la consulta

de medicina familiar. Xalapa, Ver.: UMF No. 66, Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2005.

[26] Scheaffer, R.L., Mendenhall, W. y Otto L. Elementos de muestreo. 3ª Ed. Editorial Iberoamérica. México. 1987.

[27] UMF No. 66, IMSS. Sistema de Información y Atención Integral de la Salud. Porcentaje de derechohabientes atendidos a través de cita previa, horario concertado y espontáneo sin cita en la consulta de medicina familiar. Xalapa, Ver.: UMF No. 66, Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006.

DESARROLLO DE UN PERFIL GERENCIAL PARA LOS DIRECTIVOS DE HOSPITALES DE SESVER

Ma. Elena Aguirre Pavón, Jaziel Anaya Cassou y María de la Luz Díaz Zamudio
Asesores: Dra. Yolanda Jaramillo Cosme, Mtra. Ma. Cristina Ortíz León, Dra. Edit Rodríguez Romero, Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra

MARCO CONCEPTUAL

Ante la necesidad de resolver las complejas situaciones de salud de la población en México, tales como el incremento de las enfermedades crónico- degenerativas, de problemas asociados a la industrialización y urbanización, y la prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza, México requiere de importantes transformaciones en el sistema de salud, es por ello que se desarrollan estrategias como:

Certificación de hospitales. En el Programa Nacional de Certificación de Hospitales, se encuentra la definición de certificación como: "el procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a las normas, lineamientos o reconocimientos del Consejo de Salubridad General", y entendiéndose por certificado: "al documento que expide el Consejo de Salubridad General mediante el cual se hace constar que el establecimiento de atención médica, cumple con las especificaciones establecidas en el Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica".

Antecedentes internacionales de Certificación

El control de calidad tiene sus orígenes en Canadá en el área militar, la aviación y los campos electrónicos, para lo cual muchas compañías importantes prepararon sus propios estándares de calidad-control, el Consejo de los Estándares de Canadá asignó a Comité Técnico Canadiense de la Asociación de los estándares (CSA) la responsabilidad de desarrollar un estándar común de garantía de calidad, dando como resultado la serie inicial de Csa-z 299 estándares del programa de la calidad.

El primer paso para la implementación de una cultura de calidad fue desarrollar los estándares de calidad independientes a la necesidad de cada empresa en cada país en todo el mundo; lo cual dio lugar a la fundación de las Internacional Standarzation Organization (ISO) que está integrada por representantes de cada país, la serie ISO 9000 tiene una gran influencia de las normas militares de aseguramiento de la calidad que se desarrollaron en Estados Unidos desde 1948.

A principios del siglo XX en los Estados Unidos de Norteamérica iniciaron acciones tendientes a evaluar y mejorar la calidad de la atención médica, de la enseñanza de la medicina y el control de las infecciones. En las décadas de los 80 y 90, se inició una nueva gerencia pública, con reformas a los sistemas de salud y se inicia la visión de los hospitales como empresas altamente sofisticadas.

En 1992 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició un proyecto para fomentar la certificación de organizaciones de salud en América Latina y el Caribe y se diseñó el Manual de Acreditación OPS. Algunos países de Europa que fueron pioneros en la certificación varios de ellos son: Australia, Sudáfrica, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Republica Eslovaca, España, Japón. En América Latina se inicia la certificación de los hospitales en 1999 y uno de los países que cuenta con la certificación es Canadá.

Antecedentes en México de Certificación

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece como un derecho la protección a la salud, no es posible sustentar este derecho si no se garantiza a la población los servicios como lo instituye el Artículo 51 de La Ley General de Salud, en su Título Tercero, Capítulo IV, donde establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención

profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Los hospitales juegan un papel importante, ya que en estos sitios tienen lugar muchos de los acontecimientos más importantes de la vida, como el nacimiento y la muerte, entre muchos otros[2]. La experiencia nacional en materia de evaluación de hospitales inició en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1956 con la revisión de sus expedientes clínicos. En 1957 formó la Comisión de Supervisión Médica para sistematizar las actividades de seguimiento y evaluación de sus programas.

En 1972 se sustituyó el concepto de auditoría médica por el de evaluación médica, posteriormente, en 1992, se dan los primeros intentos del proceso de certificación en algunos hospitales públicos y privados; en el sector salud en su conjunto se publicó el Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, que estandarizó los procedimientos de evaluación de los hospitales.

En el Programa de Reforma del Sector Salud (1994-2000), se establecieron instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios de salud. La Secretaría de Salud en 1996 inicia sus intervenciones con la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y posteriormente en 1997 se incluye el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica; sus intervenciones posteriores fueron la certificación de jurisdicciones sanitarias, así como de unidades médicas.

El Consejo de Salubridad General órgano que depende directamente del Presidente de la República, con carácter de autoridad sanitaria y funciones normativas y consultivas acordó instrumentar el 1 de abril de 1999 el Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, y conformó la Comisión para la Certificación de estos establecimientos, cuya estructura administrativa tiene por objeto el apoyo del desarrollo, seguimiento y administración del programa.

La misión del Programa Nacional de Certificación de Hospitales es “asegurar la garantía del derecho a la protección de la salud en la atención hospitalaria mediante la evaluación del cumplimiento de criterios mínimos aceptables de calidad”.

Mediante los siguientes objetivos:

1. Contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud.
2. Determinar objetivamente la capacidad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud para garantizar atención de calidad.
3. Establecer mínimos homogéneos de calidad en el Sistema Nacional de Salud.
4. Promover acciones de mejora de la calidad.

El programa de certificación, tiene como aplicación e instrumentación los siguientes puntos; es de carácter voluntario, por lo que la certificación se efectuará a los establecimientos de atención médica que la soliciten; la certificación se efectuará de manera gratuita; sin embargo, el pago de los viáticos para evaluadores corre a cargo de los establecimientos para atención médica que soliciten la certificación y la vigencia de la certificación será de tres años, con una revisión anual.

Antecedentes en Veracruz de Certificación

En los Servicios de Salud de Veracruz, dependientes de la Secretaría de Salud, el primer hospital certificado fue el Hospital Regional de Río Blanco en el año 2000 con el esquema inicial del Consejo de Salubridad General. Bajo un sistema de gestión de calidad vuelve a recertificarse en el año 2005. Como antecedente importante se menciona la capacitación del cuerpo directivo tanto médico como administrativo, que ha servido de base para crear el modelo de desarrollo hospitalario actualmente vigente, una de cuyas estrategias es el desarrollo de la gerencia hospitalaria.

Gerencia hospitalaria. Para la Organización Panamericana de Salud (OPS), la cultura gerencial es necesaria para sistematizar en todos los hospitales la mejora continua, no tiene como fin obtener mayores beneficios

económicos, pero permite gracias a la aplicación de herramientas técnicas, mejorar la organización de los servicios, evitar dilapidación de los recursos, actividades inútiles, racionalizar y articular diferentes actividades clínicas, industriales, médico-técnicas, logísticas y administrativas, con un único objetivo: la salud del paciente.

Esta Organización menciona que a menudo los directores de hospitales de América Latina y el Caribe son experimentados clínicos sin formación específica en cuestiones administrativas. Rara vez dedican más de algunas horas al día a su función de dirección porque están ocupados en sus actividades clínicas. Su nombramiento procede de una decisión de autoridades sanitarias o políticas en función de sus criterios que no siempre son profesionales.

En un trabajo científico expuesto en Argentina por Raúl Levín, menciona que la nueva gerencia, considera a las instituciones de salud como una empresa, con la necesidad de satisfacer al cliente/paciente/usuario objetivo primordial a conseguir, y reconoce que los recursos humanos son el motor del cambio radical en el tema de calidad para cumplir con los objetivos estratégicos de las empresas de salud, ya que la gestión de la calidad implica un cambio organizativo.

Para Nereida Rojo, la formación gerencial tiene como propósito contribuir a desarrollar la eficiencia de las organizaciones, preparando profesionales para el alto desempeño, técnicamente calificados para la investigación, con habilidades y destrezas para las relaciones interpersonales, capaces de desarrollar y difundir una cultura de la organización, entrenados para dar respuesta a los problemas sobre bases científicas y con una consecuente sistematización de su experiencia práctica. Sin embargo, organismos internacionales reconocen que el sector salud ha carecido de recursos humanos con una formación gerencial.

Para Asenjo el cargo de director médico no debería tener un carácter de funcionario, sólo debería ser ocupado durante periodos de tiempo breves de tres a cuatro años, que permitieran la reincorporación del médico que lo ha desempeñado a su actividad profesional, sin excesivo costo personal. En el reglamento de cada centro hospitalario deben estar definidas las funciones, el método de elección, quiénes son los electores, la duración del cargo, sus responsabilidades y las condiciones y mecanismos para cesar del cargo[12.]

Por otra parte es, importante mencionar que en el ámbito internacional se encontró que en algunos países existen decretos constitucionales que dan perfil y alternativas para ocupar los cargos de directivos de hospitales por citar un ejemplo Colombia y España.

En el observatorio de desempeño hospitalario de la Secretaría de Salud de México, se menciona que los cuerpos directivos de los hospitales y sus trabajadores no sólo tienen el compromiso de proporcionar servicios seguros y de calidad a los usuarios sino también buscar mecanismos para hacer uso eficiente de los recursos hospitalarios. La mejor estrategia para identificar oportunidades de mejora es comparar el nivel de logros alcanzado por un hospital en comparación con los logros de otros hospitales con actividades similares.

Ruelas Barajas incluye en el punto catorce dentro de “las tendencias que influyen en la organización de la atención médica”, la profesionalización de los directivos de organizaciones de atención médica. Menciona que la gran mayoría de los directivos de servicios de atención médica en México son médicos con una especialización clínica y sin formación en aspectos de organización y dirección de servicios de salud. Ello produce no sólo un desconocimiento del ámbito y de las posibilidades de acción, sino un desempeño organizacional deficiente.

En México, la Ley del Servicio Profesional de Carrera de la Administración Pública Federal en su Título primero, capítulo único, artículo 5 refiere que para el rango de Director General se deberán cumplir con los requisitos que previamente establezcan las dependencias para cada puesto, y estarán sujetos a los procedimientos de evaluación del desempeño, no así a los de reclutamiento y selección. En el capítulo segundo: de las obligaciones, el artículo 11 establece las obligaciones de los servidores públicos de carrera; ejercer sus funciones con estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, imparcialidad, eficiencia y demás que rigen el sistema; desempeñar sus labores con cuidado y esmero apropiados.

En algunos Institutos Nacionales han creado su propia forma regulatoria que especifica los requisitos que debe cubrir el aspirante a director tal es el caso del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

Para actualizar y profundizar los conocimientos y habilidades de los profesionales en áreas específicas requeridas por el mercado laboral, se requiere de una educación continua, la cual está destinada a aquellos profesionistas que poseen antecedentes de experiencia, necesarios para enriquecer su experiencia de trabajo.

Problematización

La dirección al ser un área dependiente de los entornos sociales, políticos y tecnológicos, es de difícil definición, por lo tanto, es complicado determinar el conocimiento que se le debe trasmitir a los directivos en formación, esta es una de las causas por la cual los textos de dirección, administración o gestión recogen muchos estudios de casos sobre buenas prácticas o éxitos; y pocos elementos de lo que puede denominarse como ciencia constituida.

En el ámbito estatal no se encontró documentado, plasmado o reglamentado el perfil gerencial como parte de los requisitos que deben cubrir los aspirantes a ocupar el cargo de director de las unidades hospitalarias[a], ni existe registro de que haya una evaluación en la que se consideren las habilidades y conocimientos gerenciales de los directivos actuales de los hospitales.

Se encontró un profesiograma en donde se describe las funciones del puesto, los requisitos académicos que son: título de médico cirujano expedido por institución reconocida oficialmente, con especialidad en alguna de las áreas básicas de la medicina, así como constancia de acreditación de un curso de administración de servicios de salud (con duración mínima de un año) o médico especialista en alguna de las áreas básicas de la administración de servicios de salud (maestría en administración de hospitales o en salud pública). La experiencia, el ámbito de responsabilidad, nivel inmediato inferior e inmediato superior.

Con todos estos elementos encontrados y por la necesidad de apoyar el modelo de desarrollo hospitalario vigente establecido por el área de certificación de hospitales de SESVER, el cual no contempla un perfil gerencial específico, surge la propuesta de definir el perfil gerencial del directivo, con el objetivo de:

"Contribuir a una Gestión de Calidad en los hospitales de los SESVER, impulsando el desarrollo de un perfil gerencial para directivos"

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN

La sede en la que se elaboró y se desarrolló la mayor parte del proyecto fue la oficina de la Dra. Yolanda Jaramillo Cosme, líder del proyecto de Certificación de Hospitales de los Servicios de Salud de Veracruz, dicha oficina se encuentra ubicada en la Jefatura de Enseñanza del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa" ubicado en Aguascalientes #123 en Xalapa, Veracruz.

El proyecto de certificación hospitalaria de SESVER se inicia en el mes de octubre del 2005, teniendo como objetivo la certificación de los 51 hospitales del estado que no han sido certificados y la recertificación del hospital de Río Blanco, que hasta la fecha ha sido el único hospital certificado.

Para lograr el objetivo del proyecto se utiliza un modelo de desarrollo hospitalario el cual se compone de siete elementos, creados por el equipo de trabajo del proyecto de certificación, a partir de ensayo y error en el hospital de Río Blanco para la mejora continua de la organización; con lo cual lograron la certificación. El equipo está conformado por cuatro médicos y una enfermera, estando solamente en la oficina sede, dos de los elementos, y el resto del equipo labora cotidianamente en el hospital de Río Blanco, los cuales se trasladan cuando son requeridos para trabajar.

[a] Revisión de documentos en el área de recursos humanos de los Servicios de Salud de Veracruz, identificando el profesiograma, pero éste carece de perfil definido para el Director de hospital (2005).

Como parte de las estrategias que se utilizan dentro del modelo de desarrollo hospitalario se encuentran la capacitación, la asesoría y el seguimiento. Dentro de este modelo se encuentra contemplado el perfil gerencial directivo.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Con la problemática ya descrita en párrafos anteriores, se ha propuesto y elaborado una estrategia para desarrollar el perfil gerencial en los directivos de los hospitales de los Servicios de Salud de Veracruz, la cual consta de 4 fases: la primera es la búsqueda intencionada de un perfil hospitalario, la segunda es la definición del perfil, la tercera es el diagnóstico de las habilidades técnicas y de interrelación humana y la última es la propuesta de capacitación. A continuación se describen en la tabla 1 cada una de las fases, actividades y tareas realizadas.

Tabla 1. Fases, actividades y tareas de la estrategia de intervención

Fase 1: Búsqueda intencionada de un perfil gerencial hospitalario (15 de marzo al 30 de abril)		
OBJETIVO: Encontrar un perfil gerencial ya definido, y propuesto por algún autor para que dicho perfil sea una base para la formación de potenciales directivos de los SESVER.		
Actividades	Tareas	Productos
1. Búsqueda de información	• Búsqueda de bibliografía en bases de datos, libros y revistas de 10 años a la fecha. • Recolección de información documental en el área de Recursos humanos de SESVER. • Elaboración de un glosario de términos administrativos. • Selección de autores que servirían de base para la construcción del mapa de habilidades. • Construcción de la matriz de autores sobre perfil gerencial.	1. Glosario de términos administrativos. (Anexo 1). 2. Matriz de autores sobre perfil gerencial. (Anexo 2).
Esta fase se inició el 15 de marzo y se concluyó el 27 de abril, teniendo una duración de 6 semanas para llevarse a cabo.		
Fase 2: Definir un perfil gerencial (2 de mayo al 2 de julio)		
OBJETIVO: Elaborar un perfil gerencial para los directivos de los Servicios de Salud de Veracruz, se propone que dicho perfil sea una base para la formación de potenciales directivos y sea uno de los criterios a tomarse en cuenta para la asignación de los directivos hospitalarios de los SESVER.		
Actividades	Tareas	Productos
1. Construcción de un perfil gerencial	• Identificación de las 8 habilidades para un perfil gerencial. • Identificación de los elementos que conforman cada habilidad. • Elaboración del Mapa de habilidades técnicas y de interrelación humana.	1. Mapa de habilidades técnicas y de interrelación humana. (Anexo 3).
2.Validación de un perfil gerencial	• Elaboración de un instrumento para validar el Mapa construido. • Selección del grupo de 18 expertos para ser sujetos de la aplicación del instrumento. • Elaboración de base de datos para la captura de la opinión de los expertos. • Captura de 15 instrumentos aplicados a los 18 expertos, teniendo un 94% de respuesta. • Análisis estadístico de los resultados. • Diseño de tabla para agrupar las observaciones, sugerencias y opiniones de los expertos. • Adecuación y enriquecimiento del perfil gerencial con las opiniones, sugerencias y observaciones de los expertos.	1. Instrumento de Validación del perfil gerencial (Anexo 4) 2. Validación estadística del perfil (Anexo 5) 3. Tabla de opiniones, observaciones y sugerencias de los expertos (Anexo 6) 4. Perfil gerencial definido (Anexo 7)
Fase 3: Diagnóstico de las habilidades técnicas y de interrelación humana (1 de junio al 21 de julio)		

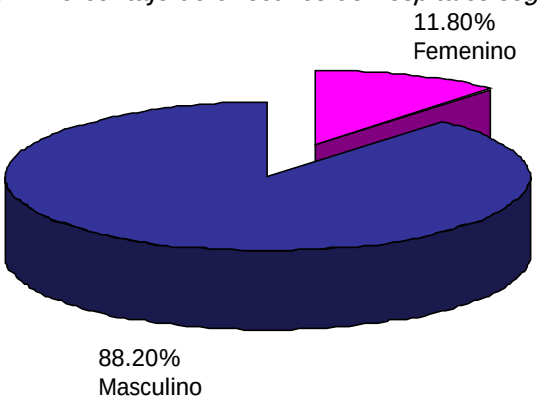
OBJETIVO: Conocer el perfil actual de los directivos de hospitales de los Servicios de Salud de Veracruz, para conocer las áreas de oportunidad de mejora en los directivos y poder otorgarles la capacitación para contribuir a la mejora de la organización.		
Actividades	Tareas	Productos
1. Construcción del instrumento para el diagnóstico de los directivos	• Búsqueda bibliográfica de test o cédulas de cada una de las habilidades del perfil. • Selección de la cédula o test que tuviera mayor afinidad con la habilidad. • Construcción de test de las habilidades que no pudieron sustentar su forma de validación o que no se encontraron • Integración del instrumento con un cuestionario por habilidad. • Adecuación del instrumento a 6 ítems por cuestionario de cada habilidad. • Determinación de la forma de evaluación y ponderación total y por habilidad. • Construcción de base de datos para captura del instrumento para el diagnóstico en el programa epi info versión 3.2.	1. Cuestionario de habilidades técnicas y de interrelación humana (Anexo 8) 2. Tabla de evaluación y ponderación para el cuestionario (Anexo 9) 3. Base de datos en programa epi info versión 3.2 (Anexo 10)
2. Validación del instrumento para el diagnóstico de los directivos	• Validación ante los maestros del ISP del instrumento para el diagnóstico de los directivos, a través de los principios orientadores del análisis de la información • Selección del grupo de personas (de alto y bajo perfil) susceptibles para aplicarles el instrumento para la prueba piloto • Aplicación de la prueba piloto a 6 personas (3 de alto perfil y 3 de bajo perfil) para comprobar que el instrumento discrimina • Adecuación del lenguaje del instrumento en base a las observaciones de la prueba piloto • Captura y análisis de los resultados en la base de datos • Validación estadística de que el instrumento discrimina .	1. Validación estadística del instrumento (Anexo 11)
3. Aplicación del instrumento a los directivos para el diagnóstico	• Selección de la muestra por conveniencia de 16 directivos de hospitales de SESVER • Selección de los hospitales sedes para la aplicación. • Gestión de las comisiones para los directivos de los distintos hospitales. • Traslado al lugar de las distintas sedes en la zona norte, zona centro, zona sur y Altotonga. • Aplicación del instrumento a los 16 directivos en los hospitales sede	
4. Diagnóstico de las habilidades técnicas y de interrelación humana de los directivos de SESVER seleccionados	• Captura de los 16 instrumentos de diagnóstico en la base de datos de epi info. • Análisis estadístico de los resultados obtenidos. • Elaboración del diagnóstico de las habilidades técnicas y de interrelación humana de los directivos de SESVER seleccionados. • Envío de hoja de resultados a los directivos a los que se les aplicó el instrumento.	1. Diagnóstico de las habilidades técnicas y de interrelación humana de los directivos de SESVER (Anexo 12).
Fase 4: Curso de capacitación para desarrollo de habilidades técnicas y de interrelación humana para directivos de hospitales (17 al 24 de julio)		
OBJETIVO: Elaborar un curso de capacitación modular con base en la identificación de las áreas de oportunidad de mejora en los resultados del diagnóstico realizado a los directivos de hospitales de SESVER.		
Actividades	Tareas	Productos

1. Diseño del curso de capacitación modular para directivos de hospitales de SESVER	• Búsqueda bibliográfica referente a cursos de capacitación modular. • Selección de los módulos que integran el curso de capacitación. • Selección de los temas de cada módulo. • Integración del plan de estudios del curso. • Elaboración del diseño del curso de capacitación modular para directivos de hospitales de SESVER.	1. Curso de capacitación para desarrollar las habilidades técnicas y de interrelación humana para los directivos de hospitales de SESVER (Anexo 13).

RESULTADOS

Los siguientes resultados son los obtenidos del cuestionario de habilidades técnicas y de interrelación humana, aplicado a los 16 directivos; donde doce por ciento de éstos pertenecen al sexo femenino, permitiendo corroborar la poca participación del sexo femenino en las actividades directivas, y se comprueba que el sexo masculino prevalece dentro de éstas actividades.

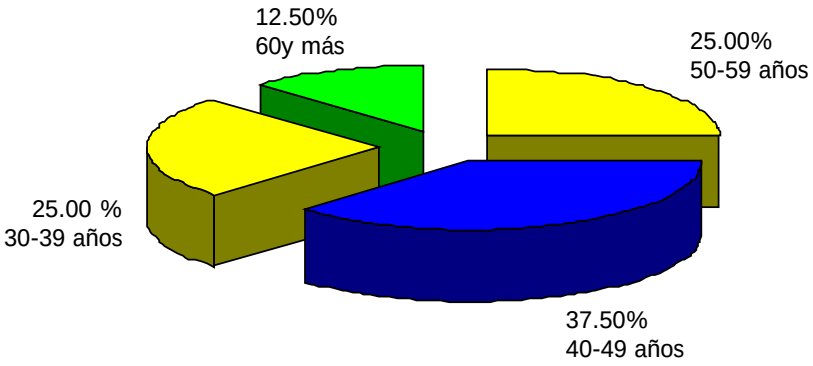
Grafico 1. Porcentaje de directivos de hospitales según sexo



Fuente: Cuestionario de investigación ISP, Xalapa 2006.

En el gráfico 2 podemos apreciar la distribución de los directivos de hospitales según edad.

Gráfico 2. Porcentaje de directivos de hospitales según edad

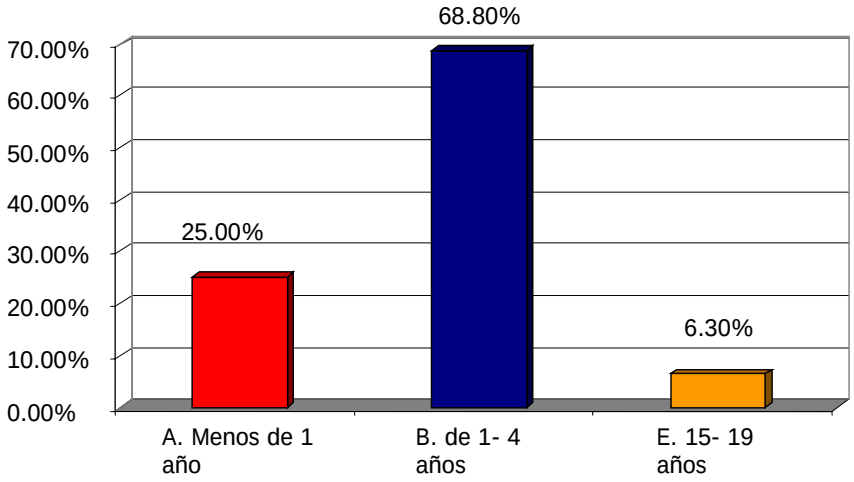


Fuente: Cuestionario de investigación ISP, Xalapa 2006.

El análisis de estos resultados nos dice que el grupo de edad en la que oscila el mayor porcentaje de directivos es el grupo de 40 a 49 años, lo que nos indica una población con gran área de oportunidad de ser capacitados y con proyección de dirección a futuro.

El siguiente gráfico nos permite analizar la antigüedad de los directivos, hace manifiesto que el mayor porcentaje de directivos tiene entre uno y cuatro años al frente de la unidad hospitalaria y es en este tipo de personal que identificamos la mayor oportunidad para desarrollar el perfil gerencial.

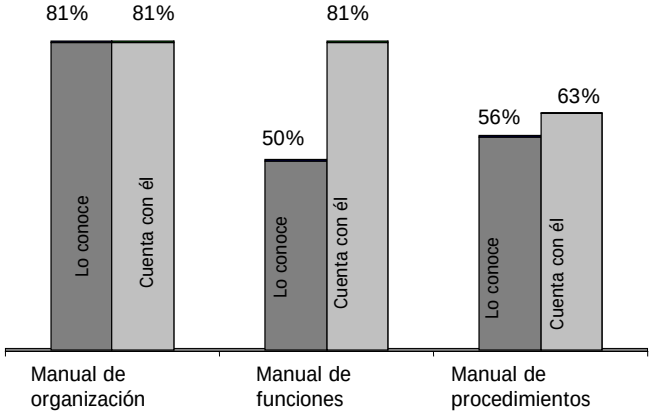
Gráfico 3. Porcentaje de directivos según antigüedad en el puesto



Fuente: Cuestionario de investigación ISP, Xalapa 2006.

En el análisis identificamos cuál es el grado de conocimiento de los directivos con relación a los manuales de organización, funciones y procedimientos, así como identificar sí cuentan con dichos manuales.

Gráfico 4. Porcentaje de conocimiento de los directivos de acuerdo a los diferentes manuales que se manejan en el hospital



Fuente: Cuestionario de investigación ISP, Xalapa 2006.

La tabla 2 desglosa la puntuación alcanzada por cada habilidad en cada uno de los dieciséis directivos en los que se realizó el diagnóstico. El color amarillo muestra el área de oportunidad de mejora de la que es sujeto de capacitación en cada habilidad, el área azul muestra aquellas habilidades en los que los directivos no tienen que ser capacitados por el puntaje alcanzado.

Tabla 2. Diagnóstico de los directivos según habilidades del perfil

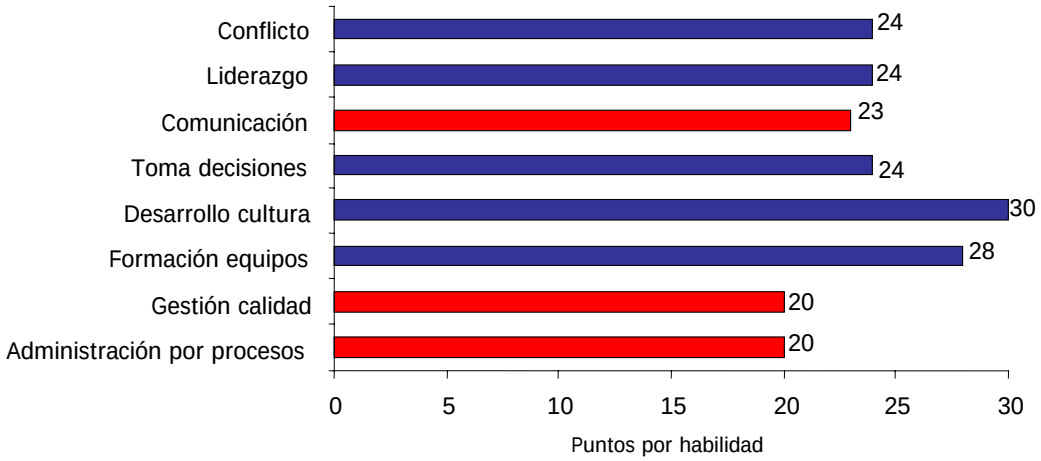
Directivos	Habilidades técnicas y de interrelación humana							
	Gerencia enfocada a la admón. Por procesos	Gestión de calidad	Formación de equipos de trabajo	Desarrollo de la cultura organiza-cional	Toma de decisiones basada en hechos	Comunicación	Liderazgo	Manejo del conflicto
1	20	20	28	28	24	21	23	20
2	20	15	26	30	13	11	23	18
3	20	10	23	26	10	20	23	26
4	6	15	26	28	18	20	24	17
5	20	10	26	27	25	16	21	18
6	25	15	27	30	17	18	21	22
7	20	20	26	28	18	19	25	19
8	20	20	28	30	24	23	24	24
9	15	20	28	30	19	23	21	24
10	25	10	20	28	14	21	23	23
11	25	5	20	30	23	19	20	22
12	25	10	28	27	15	25	20	24
13	21	15	28	30	14	18	26	21
14	20	10	30	29	22	23	20	22
15	21	10	26	28	27	17	23	23
16	10	15	22	26	21	18	16	16

Fuente: Cuestionario de investigación ISP, Xalapa 2006.

De los resultados mostrados en la tabla anterior, esquematizamos en el gráfico 5 que expone los resultados del directivo que obtuvo la puntuación más alta del diagnóstico (193 puntos) resaltando en éste, que los

puntos totales lo colocan en la situación de sólo requerir la capacitación modular en las cinco habilidades en donde no alcanzó el puntaje establecido es de 25 puntos o más.

Gráfico 5. Perfil del directivo con mayor rango de calificación

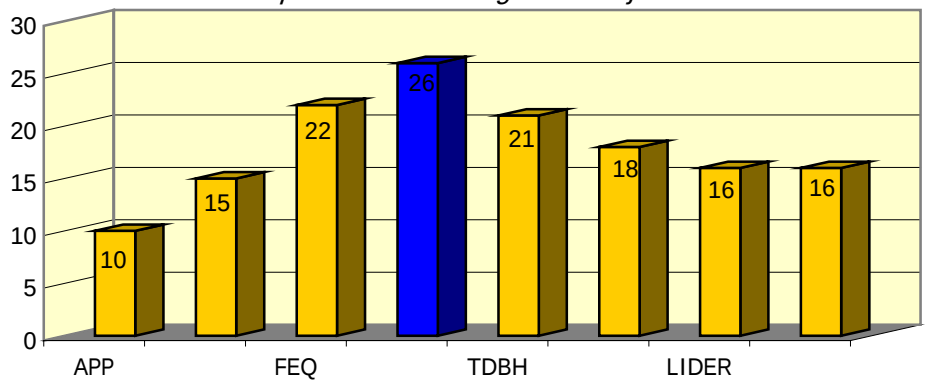


Fuente: Cuestionario de investigación ISP, Xalapa 2006.

El gráfico 6 muestra los resultados del directivo que obtuvo el puntaje más bajo por habilidad, en éste se identifica DCO él área en la que no es sugestivo de desarrollar la habilidad, sin embargo en las siete restantes constituyen áreas de oportunidad de mejora.

Gráfico 6. Perfil del directivo con menor rango de calificación

Resultados por habilidad según puntuación obtenida del directivo que obtuvo el rango más bajo



Fuente: Cuestionario de investigación ISP, Xalapa 2006.

EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJES

Durante la estancia en el área de certificación de hospitales pudimos adquirir nuevos conocimientos con relación a la administración hospitalaria, a la certificación de hospitales, pero principalmente nos permitió reflexionar sobre la importancia y la necesidad de desarrollar el perfil gerencial en los directivos de hospitales para elevar la calidad de los servicios de salud. Logramos como equipo de trabajo, con las asesorías de la tutora externa identificar la información relevante de un texto, a ser críticas y analíticas con el proyecto que realizamos, a defender nuestras ideas con bases científicas en el ser y deber ser, a tomar decisiones basadas en hechos, también aprendimos a coordinarnos con nuestra tutora a pesar de sus múltiples comisiones y a coordinarnos como equipo, a optimizar los tiempos de trabajo, respetando siempre los horarios establecidos por la coordinación de la maestría. Además, aprendimos de los desaciertos que se evidenciaron a lo largo del proyecto, con todo esto al finalizar el proyecto hicimos una evaluación de la experiencia vivida. Concluyendo que la experiencia fue muy satisfactoria en términos académicos, institucionales y personales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. No se encontró un perfil gerencial para los directivos de hospitales en México.
2. El perfil gerencial diseñado queda como precedente, así como los instrumentos de validación y diagnóstico.
3. La cualidad modular permite la intervención dirigida a las áreas de oportunidad de cada directivo, eficienta la capacitación, disminuye las horas aula y por ende disminuye costos.
4. El perfil propuesto debe ser mejorado, enriquecido y conformado según las necesidades de la gerencia de los Servicios de Salud de Veracruz.
5. Este tipo de investigaciones en el área de servicios de salud debe ser un pilar dentro del plan estratégico para elevar la calidad de los servicios y generar conocimientos.
6. El manual de funciones es el menos conocido por los directivos, ya que el 50% de éstos así lo manifestó, sin embargo sólo el 19% de ellos mencionó no contar con él.
7. Coincidimos con varios autores relacionados con la calidad de los servicios de salud, de que la enseñanza y capacitación de los gerentes son imprescindibles para el cambio en la organización.
8. La capacitación en gerencia hospitalaria, debe ser continua para los dirigentes, ya que van surgiendo nuevos modelos administrativos.
9. Es necesario aplicar el instrumento de habilidades técnicas y de interrelación humana al total de directores para obtener un diagnóstico estatal del perfil gerencial hospitalario.
10. Para darle continuidad al proyecto, se debe implementar la propuesta de capacitación modular para los 52 directivos de los Servicios de Salud de Veracruz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alburquerque C, Artaza O, Antúnez E, Artega O, Baffigo V, Cairo C, et. Al. El enfoque estratégico en el hospital en Gestión diaria del hospital capítulo VI. Ed. Washington ops 2001. P.p. 131-132.
2. Alburquerque C, Artaza O, Antúnez E, Artega O, Baffigo V, Cairo C, et. Al. El enfoque estratégico en el hospital en Gestión diaria del hospital Cap. VI. Ed. Washington OPS 2001. P.p. 133.
3. ArtÍculo 24 de la Ley 448 de 1998 del Departamento Administrativo de la Función Pública de Colombia. Documento original extraído el 01 de mayo de 2006. http://www.secretaríasenado.gov.co/leyes/D1569_98.HTM.
4. Asenjo MA, Bohigas L, Trilla A, Prat A, Badía R, Ballesta AM, et. Al. Gestión diaria del hospital. En Organización médica y sistemas de incentivación Cap. VIII. 2ª. Ed. Barcelona, España 2001; p.p. 116-117.

5. CSG. Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud. Sitio en Internet Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/inicio.html. acceso el 16 de marzo de 2006.
6. Consejo de Salubridad General. Sitio en Internet. disponible en : http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/inicio.html
7. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (sitio en Internet). Disponible en: http://constitucion.presidencia.gob.mx/docs/constitucion.pdf . acceso el 28 de marzo de 2006.
8. Departamento de sanidad y seguridad social. Resolución SSS/3493/2002 puesto de director/a económico-financiero del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, dependiente del Instituto Catalán de la Salud. Sitio en Internet disponible en: httpp:/// E:/REFERENCIAS % 20 LEYES,%HOSPITALES/HOSPITAL%CATALU%D1A.htm. acceso el 23 de abril de 2006.
9. Diario Oficial de la Federación. Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. Capítulos 1 y 2. México 2003. http://www.senado.gob.mx/admon/content/recursos_humanos/servicio_civil/index.htm. Acceso el 30 de marzo de 2006.
10. Gómez DO, Gómez JJ, Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del Sistema mexicano de salud. Salud Pública de México. Publicación periódica en línea Septiembre-octubre 2004 ,46: P.p. 400-410. http://www.insp.mx/salud/intex/html. acceso el 26 de abril de 2006.
11. . Granados, T., Venezuela La Gestión Hospitalaria en Latinoamérica y el Caribe, problemas y soluciones OPS/OMS. Documento original extraído el 27 de marzo de 2006.
12. Hernández, M., Sánchez, M. A.,.Para un nuevo modelo de gerencia: el instructor de soporte organizacional. Gestión y Estrategia vol.3 1998. asm@hp9000a1.uam.mx. acceso el 26 de abril de 2006.
13. Jaramillo CY, (información testimonial), recopilada el 8 de mayo de 2006. Líder del proyecto de certificación de hospitales de los SESVER.
14. Juan, L,. Mercedes. Mesa Redonda: “Certificación de Hospitales, La Experiencia Latinoamericana”. Consejo de Salubridad General. México 2005.www.insp.mx/Portal/eventos/ponencias/Aula-2-viernes. acceso el 28 de abril de 2006.
15. Levín R., Gestión de calidad como clave para obtener ventajas competitivas en Instituciones de Salud. disponible enhttp://www.bioingenieria.edu.ar/grupos/geic/Resumenes/r2004ar15.htm acceso el16 de marzo de 2006.
16. Ley del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" sitio en internet disponible en: E:/REFERENCIAS%20LEYES,%20HOSPITALES/Ley%20del%20Hospital%20Infantil%20de%20M%E9xico %20Federico%20G%F3mez.htm.acceso el 23 de abril de 2006.
17. Mills, C.A., Control de Calidad Industrial del Standar TCE. http:// www.fundación canadiense. Acceso el 20 de marzo de 2006.
18. Portal de la Universidad Veracruzana. Oferta de educación continua. http:// www.uv.mx.com. acceso el 20 de julio de 2007.
19. Rojo Pérez Nereida. Pertinencia social de los programas académicos de perfil gerencial en el sector salud. Revista Cubana de educación media superior 1999;13(1):70-79
20. Ruelas, E. Sobre la Garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones. Gaceta Médica de México 130:4. 1994 (218 -226)
21. Secretaría de Salud., Observatorio del Desempeño Hospitalario. (publicación Sitio en Internet. Disponible en: http://evaluacion.salud.gob.mx. Acceso el 20 de marzo de 2006.
22. Rivero, S. y cols. La certificación de hospitales en México. www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2001/ponencia_mar_2k1.htm - 38k R Documento original extraído el 20 de marzo de 2006.i

PROPUESTA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA 168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN EL HOSPITAL ESCUELA DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Alejandra Arrellano Ale, Felipe Alejandro López Arriaga y José Antonio Montiel Domínguez
Asesores: Dr. Carlos Blázquez Domínguez, Dra. Martha Castillo Morales, Mtro. Manuel Luzanía Valerio

INTRODUCCIÓN

Este trabajo está compuesto por los siguientes apartados:

Marco contextual, se realiza una breve descripción del Sistema Nacional de Salud, Sistema de Salud Estatal, Jurisdicción Sanitaria No. V, Universidad Veracruzana y Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, para tener un conocimiento general de los Sistemas de Salud.

Marco conceptual, aborda los conceptos que giran en torno al tema del expediente clínico y la NOM 168 del expediente clínico que se va a tratar.

Planteamiento del Problema, en cual, se hace un abordaje a través de investigaciones que se han realizado acerca del tema. A partir de esto, se formulan una serie de preguntas orientadoras para este trabajo.
Objetivo general, metodología, la cual, está dividida en cuatro etapas que corresponden a las actividades a realizar.

MARCO CONTEXTUAL

Sistema Nacional de Salud

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 social y privado que presten servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones y tienen por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (Art. 5 de la Ley General de Salud, 2003).

La misión de la Secretaría de Salud es contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores en el marco de financiamiento equitativo, un uso transparente y eficiente de los recursos y una amplia participación ciudadana, las cuales se constituyen en líneas de acción y programas como elementos rectores conjuntamente con las normas oficiales mexicanas para brindar una atención oportuna con calidad y calidez en los diferentes niveles de atención a la población que no cuenta con derechohabiencia a las instituciones de seguridad social (SESVER, 2005).

Sistema de Salud Estatal

Los servicios de Salud en Veracruz se distribuyen en once jurisdicciones sanitarias, las cuales como estructura técnica administrativa bajo su responsabilidad conduce y controla la prestación de los servicios de salud, con capacidad resolutiva suficiente para la atención a la salud de la población abierta a través de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención. Así también establece relaciones de coordinación

con los centros de salud y de vinculación con las unidades hospitalarias de su área de influencia conformando así una red de servicios (SSA, 1995).

La visión de la Secretaría de Salud en el Estado de Veracruz es garantizar a los veracruzanos los servicios de salud con eficacia y calidad. Tiene a su cargo el despacho de los asuntos que le encomiendan la Ley General de Salud, la Ley de Salud del Estado, la Ley 54 publicada en la Gaceta Oficial del Estado el 6 de marzo de 1997 y otras leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, convenios y órdenes del Gobernador del Estado (SESVER, 2005).

Jurisdicción Sanitaria No. V Xalapa

La Jurisdicción Sanitaria No. V, como unidad administrativa desconcentrada de la Secretaría de Salud del estado de Veracruz, con sede en el municipio de Xalapa, Ver., comprende 33 municipios del Estado, tiene una extensión territorial de 5,552 km^2 y una densidad de población de 8,541 habitantes por km^2. Cuenta con 1,589 localidades de responsabilidad, con una población total de 999,814 habitantes, de los cuales el 58 por ciento (579,651) son de su responsabilidad (SESVER, 2005).

Universidad Veracruzana

La Universidad Veracruzana inició su existencia formal el 11 de septiembre de 1944. Su creación recoge los antecedentes de la educación superior en el estado de Veracruz al hacerse cargo de las escuelas oficiales artísticas, profesionales, especiales y de estudios superiores existentes en ese momento dentro de la entidad. A sus 58 años de creación se ha convertido en la principal institución de educación superior en el estado de Veracruz. Lo que nació como un pequeño grupo de escuelas y facultades es ahora una universidad, con presencia en cinco campus universitarios y en doce ciudades a lo largo del territorio veracruzano. Pocas universidades en el país han experimentado un despliegue geográfico tan importante (UV, 2005).

La cobertura institucional abarca las áreas académicas de Humanidades, Técnica, Económico-Administrativa, Ciencias de la Salud, Biológico-Agropecuaria y Artes. Los grados académicos que se otorgan son los de profesional de nivel medio, técnico profesional, licenciatura, maestría y doctorado.

La Universidad Veracruzana ha realizado también serios esfuerzos en el terreno de la creación y desarrollo del conocimiento científico y tecnológico. En los últimos quince años ha comenzado a establecer las bases académicas y de infraestructura necesarias para potencializar sus actividades de investigación científica y tecnológica. La plantilla de académicos adscritos al área de investigación es de 515, de los cuales 403 son investigadores y 112 son técnicos académicos. Se abordan aquí problemas de las ciencias básicas y aplicadas en un amplio espectro de áreas de conocimiento (UV, 2005).

Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana

El Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana (HEUV) se encuentra ubicado en la calle Ernesto Ortiz Medina esquina Córdoba en el Fraccionamiento Veracruz y sus funciones principales son la docencia, la investigación y el servicio. Actualmente, está bajo la dirección del Dr. Carlos Blázquez Domínguez.

El Hospital Escuela tiene como finalidad brindar atención médica en las especialidades de ginecología-obstetricia y neonatología a los trabajadores de la UV y a la población de escasos recursos de Xalapa y de lugares circunvecinos. Entre los servicios que se ofrecen destacan la consulta especializada de urgencia, laboratorio clínico, rayos X, ultrasonido, pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna y hospitalización, contando también con los módulos de vacunación y consulta externa. El número de servicios

brindados durante el 2004-2005 fue de 129,865, de los cuales, 5,116 corresponden a las actividades hospitalarias, 37,405 corresponden a los servicios auxiliares de diagnóstico, 32,463 corresponden a laboratorio de análisis cínico y 2,881 corresponden al banco de sangre (UV, 2005).

Respecto a la docencia, el Hospital Escuela tiene vinculación con programas educativos de la misma universidad, tanto de licenciatura como de postgrado, dentro de las licenciaturas existen la de médico cirujano, química clínica, enfermería, nutrición, química farmacéutica biológica y pedagogía así como también, el Instituto de Ciencias de la Salud, la Escuela para Estudiantes Extranjeros y los programas de postgrado. Durante el periodo 2004-2005 en lo que respecta a las prácticas clínicas de licenciatura, se realizaron 37, correspondientes a once facultades en las que participaron 132 académicos, 44 grupos fueron recibidos y asistieron 540 alumnos. La capacitación de los estudiantes se realizó a través de diferentes actividades como prácticas de laboratorio, de análisis clínico, la oferta de cursos y el intercambio académico con instituciones nacionales y extranjeras (UV, 2005).

En cuanto a la participación del hospital en el Modelo Educativo Integral Flexible (MEIF), destaca la participación brindada a académicos: 40 académicos para intervenir en la modalidad de tutor académico, 40 en la de profesor tutor.

En apoyo a los programas educativos durante el 2004-2005 se llevaron a cabo cinco experiencias educativas (EE) en el área de elección libre, contando con una matricula de 797 alumnos, de los cuales 243 fueron para mejoramiento de la salud del estudiante universitario, 71 para cuidado del niño sano, 96 para alimentación y nutrición para el adolescente, 183 para actualización y prevención de VIH-SIDA, 55 para actualización en biología molecular y tecnología de la extracción del ADN y 149 para enfermedades de transmisión sexual (UV, 2005).

En materia de intercambio académico el Hospital Escuela realizó actividades de suma importancia con diversas instituciones como son de estadía en la UNAM, con un intercambio y colaboración en trabajos de investigación en la Comunidad de Universidades del Estado de Georgia, EUA, con un intercambio en el año 2001-2002; actividad de estadía en la UNAM con dos intercambios y prácticas hospitalarias, estudiantes de servicio social en la Comunidad de Universidades del Estado de Georgia, EUA con dos intercambios en el año 2002-2003; actividad de estadía en la UNAM-Centro de Investigación Materno Infantil con un intercambio, práctica hospitalaria en la Comunidad de Universidades del Estado de Georgia, EUA con un intercambio y práctica hospitalaria en la Mesa Collage Maricopa Country Community Colleges con un intercambio en el año 2003-2004 (UV, 2005).

Los cursos de educación continua constituyen otras de sus actividades, entre las que destacan: factores psicológicos de la obesidad, Tamiz neonatal, prueba rápida y tradicional, Actualización en salud materno infantil, Introducción a la metodología de la investigación clínica, Bases de la obstetricia clínica, Tamiz neonatal tradicional y amplificado, Reanimación neonatal y Capacitación en alimentación, así como en el Manejo de alimentación hospitalaria, entre otros. El número de eventos impartidos durante el 2002-2004 fue de 73 cursos (UV, 2005).

La actividad de autofinanciamiento del Hospital Escuela se realiza a través del servicio de laboratorio de análisis clínico del procesamiento de pruebas del laboratorio y del servicio de banco de sangre. En forma complementaria pero con el mismo fin, se utilizan ocho equipos automatizados, cuatro computadoras y dos impresoras, bajo la figura de comodato (UV, 2005).

Los recursos materiales con los que cuenta el Hospital Escuela son 30 camas censales, de las cuales 27 son de hospitalización y tres de distinción y 17 camas no censables, de las cuales hay dos mesas de expulsión, cinco camas de labor, dos camas de unidad de cuidados intensivos (UCI) adultos, dos incubadoras, tres

cunas de fototerapia, tres cunas térmicas, así como dos quirófanos, un central de esterilización y equipo con dos autoclaves. El hospital dispone de equipo adecuado en el área de quirófano, radiología y equipo automatizado en banco de sangre y laboratorio de análisis clínico (UV, 2005).

En cuanto a los recursos humanos, el Hospital Escuela cuenta en la actualidad con 96 académicos dedicados a actividades de docencia, investigación y servicio. El recurso humano existente puede participar activamente en los programas académicos de las facultades de Ciencias de la Salud y afines, desarrollando los programas pertinentes en prácticas clínicas y construyendo proyectos de investigación en diferentes actividades que respondan a las necesidades nacionales en materia de salud (UV, 2005).

MARCO CONCEPTUAL

Expediente clínico

El expediente clínico se define como el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias (SSA, 1998).

De acuerdo con Pavón–León y cols. (2002), el expediente clínico es una de las herramientas básicas para otorgar un servicio de calidad en la atención prestada al usuario. Es un documento legal muy importante, ya que contiene el registro de los elementos técnicos esenciales para el estudio y la solución de los problemas de salud del usuario y permite así, valorar la actuación del médico durante el trabajo clínico.

Por su parte González, M., (2005), señala que el expediente clínico, no sólo es el documento donde deben registrarse todas las acciones y procedimientos del acto médico, sino además refleja el cumplimiento de los deberes del personal de salud, respecto a la atención del paciente, como la asistencia, información, entre otros. Se convierte en un documento legal y prueba documental, donde se puede evaluar la calidad con que se realizó la atención y las circunstancias en que se realizó, permitiendo así que en caso de inconformidad con la atención recibida, éste puede ser el sustento para el análisis de la responsabilidad profesional e institucional.

El fin principal del expediente clínico es facilitar la asistencia médica del paciente, recogiendo toda la información clínica necesaria para asegurar el conocimiento veraz, exacto y actualizado de su estado de salud por los médicos que le atienden (González, 2005).

Norma Oficial Mexicana del expediente clínico, NOM-168-SSA1-1998

La palabra norma se usa en dos sentidos: uno amplio y otro estricto, el amplio se aplica a toda regla de comportamiento, obligatoria o no; el estricto corresponde a la que impone deberes o confiere derechos. Las reglas que tienen carácter obligatorio o son atributivas de facultades, imponen deberes o conceden derechos (García, E. 2004).

La Norma Oficial Mexicana es la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación (SSA, 1998).

La Norma Oficial Mexicana del expediente clínico con clave NOM-168-SSA1-1998, expedida por la Secretaría de Salud en 1998 destaca por su importancia, ya que es un ordenamiento dirigido a sistematizar,

homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud (SSA, 1998).

La NOM-168 del expediente clínico, representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad. Los usos de esta norma son: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico (SSA, 1998).

El objetivo de esta norma es establecer los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios para la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico. Ésta es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado (SSA, 1998).

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios (SSA, 1998).

Dentro de las generalidades establecidas en esta norma, se especifica que los prestadores de servicios médicos ya sean de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en esta norma.

De acuerdo a la NOM-168, el expediente clínico deberá contener los siguientes datos generales: Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece; en su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario; nombre, sexo, edad y domicilio del usuario; y los demás que señalen las disposiciones sanitarias (SSA, 1998).

También, se establece que los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos y éstos, deberán conservarlos por un periodo mínimo de cinco años, contados a partir de la fecha del último acto médico. A su vez, señala que el médico, otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, están obligados a cumplir los lineamientos de esta norma, en forma ética y profesional (SSA, 1998).

En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente o a la CONAMED, para arbitraje médico (SSA, 1998).

Con base en la NOM-168 las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la misma, también deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso. Estas notas médicas y reportes deberán contener el nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora. Y deberán ser expresadas en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado (SSA, 1998).

El expediente clínico se debe integrar atendiendo a los servicios prestados de consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización (SSA, 1998). Cabe señalar que para el propósito de este trabajo, que se situó en el servicio de consulta externa gineco-obstétrica del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, se consideró la integración y llenado del expediente clínico obstétrico conforme a la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico y la Norma Oficial Mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

De acuerdo a la NOM-168, el expediente clínico en *consulta externa* deberá contar con los apartados correspondientes a: historia clínica, nota de evolución, nota de interconsulta y nota de referencia/traslad (SSA, 1998).

La *historia clínica* deberá ser elaborada por el médico y constará de interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente: interrogatorio, deberá contener por lo menos la ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto) y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas; exploración física, deberá contener por lo menos hábitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales; resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros; terapéutica empleada y resultados obtenidos y diagnósticos o problemas clínicos.

En cuanto a la *nota de evolución,* ésta deberá ser elaborada por el médico cada vez que proporcione atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá la evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones); signos vitales; resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; diagnósticos y tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando por lo menos dosis, vía y periodicidad. En el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

La *nota de interconsulta* deberá ser elaborada por el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La elabora el médico consultado y deberá contar con: criterios diagnósticos; plan de estudios; sugerencias diagnósticas y tratamiento; y nota inicial, la cual deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente: fecha y hora en que se otorga el servicio; signos vitales; motivo de la consulta; resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso; diagnósticos o problemas clínicos; resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; tratamiento y pronóstico.

Y *la nota de referencia/traslado*, en caso de ser requerida, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente; donde se especificará el establecimiento que envía, el establecimiento receptor; resumen clínico, que incluirá como mínimo: motivo de envío, impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) y terapéutica empleada, si la hubo. (SSA, 1998). Para fines de este trabajo, esta nota no se tomó en cuenta ya que cuando el hospital carece de recursos materiales, humanos, entre otros, para evaluar al paciente, éste es referido a otra institución y por lo mismo, ya no regresa.

Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, NOM-007-SSA2-1993

En lo que respecta a la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, pretende contribuir a corregir desviaciones actualmente en uso, como los procedimientos para aprontar el parto, el uso indiscriminado de la anestesia en el parto, por mencionar

algunos, los cuales afectan la calidad de la atención; y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones (SSA, 1993).

Esta norma tiene como finalidad establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales. Y al igual que la NOM-168, ésta también es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos (SSA, 1993).

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal y que deben ser registradas en el expediente clínico son: elaboración de la historia clínica; se deben identificar signos y síntomas de alarma como: cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales; medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración; medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración; valoración del riesgo obstétrico; valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL en la primera consulta y en las subsecuentes dependiendo del riesgo; determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil Dμ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos; examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36; detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas) bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad; prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico; prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras catorce semanas del embarazo); aplicación de cuando menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales; orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada; promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada; promoción de la lactancia materna exclusiva; promoción y orientación sobre planificación familiar; medidas de autocuidado de la salud y el establecimiento del diagnóstico integral (SSA, 1993).

PROBLEMATIZACIÓN

Algunas de las investigaciones realizadas en torno al expediente clínico destacaron la importancia que tiene la integración y llenado del expediente clínico conforme a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico. Así mismo se identificaron deficiencias en el llenado e integración de éste.

Respecto a la importancia de la elaboración del expediente clínico, González, M. (2005) planteó que si consideramos que el expediente clínico es la fuente primaria que subyace a los demás sistemas de información y de donde se genera toda ésta, podemos imaginarnos entonces cuan importante es la utilización de este documento.

En una investigación realizada por Méndez, G. (2001), se destacó que existe un nivel de conocimiento acorde a la elaboración de los registros médicos, sin embargo, esto no se ve reflejado en la conformación del expediente clínico ya que se omiten datos que marca la NOM-168, para lo cual recomendó reforzar y concientizar sobre el valor que tienen los registros en el expediente.

Por su parte De los Santos B. (2003), llevó a cabo una estrategia de intervención para incrementar el nivel de cumplimiento de los criterios normativos establecidos para el llenado del expediente clínico en una unidad de salud. La estrategia de la intervención consistió en la autocapacitación del personal de salud mediante materiales de autoinstrucción. Se compararon el grado de conocimientos y el nivel de cumplimiento de la normatividad. Las acciones destinadas a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico fueron identificadas como promotoras del establecimiento de una cultura de la calidad en el proceso de la atención médica ya que permite su empleo como instrumento para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario. Para el personal de salud se constituye en un instrumento de orientación, capacitación y apoyo técnico.

En el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, se realizó una investigación sobre la integración y el llenado del expediente clínico, los resultados obtenidos fueron que el 85 por ciento de los expedientes evaluados estaban incompletos, el 50 por ciento de las historias clínicas y el 88 por ciento de los partogramas se encontraban también incompletos. Pero el principal hallazgo fue la falta de registro de los signos vitales (Pavón-León, y cols. 2002).

Es así que,el factor común en los estudios realizados, conllevan a una inadecuada integración y llenado del expediente clínico conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico.

Con base a tales investigaciones, se infiere que este problema puede ser debido a un desinterés por parte del personal que tiene competencia sobre el expediente clínico, un desconocimiento sobre la normatividad para la conformación adecuada del expediente clínico, así como una falta de supervisión por parte de las autoridades correspondientes en lo que respecta a la aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas.

Ante este panorama y las observaciones hechas, hasta ahora, por el equipo de trabajo durante las prácticas de la Maestría en Salud Pública en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, se infiere una inadecuada integración del expediente clínico respecto a la NOM-168 del expediente clínico.

Lo que conlleva a plantear posibles soluciones a dicha problemática, considerando que los únicos que tienen competencia en la integración del expediente clínico de consulta externa gineco-obstétrica, son los médicos, tal como lo establece la NOM-168, se sugiere una estrategia de intervención en la cual los médicos participen en la planteamiento de las causas y posibles soluciones a dicho problema.

Para llevar a cabo dicha estrategia, nos hacemos los siguientes cuestionamientos con el propósito de orientar la intervención a realizar:

¿El expediente clínico de consulta externa de gineco-obstétrica del Hospital Escuela se apega a los lineamientos de la NOM-168?

¿Qué oportunidades hay de mejorar la integración del expediente clínico de consulta externa de gineco-obstétrica del Hospital Escuela?

¿En qué porcentaje conoce la NOM-168 el personal médico del Hospital Escuela en consulta externa de gineco-obstétrica?

OBJETIVO GENERAL

- Elaborar estrategias de intervención que favorezcan la integración del expediente clínico con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana.

METODOLOGÍA

La propuesta de intervención se llevó a cabo en el área de consulta externa de gineco-obstétrica del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. La población objetivo fueron los médicos de consulta externa de gineco-obstétrica. El proceso se desarrolló en tres etapas que comprenden el periodo del 16 de mayo al 6 de julio del presente año.

A continuación de describe cada una de las etapas realizadas:

ETAPA 1

En esta etapa se llevó a cabo una evaluación sobre el llenado de los expedientes cínicos:

Se identificó el total de expedientes clínicos de control de embarazo de primera vez del área de consulta externa de gineco-obstétrica del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana del 1 al 31 de enero de 2006 a través del departamento de estadística de dicha Institución para corroborar su integración con base en la NOM-168 del expediente clínico, se encontraron 143 expedientes clínicos de consulta de gineco-obstétrica, de los cuales, se realizó un muestreo aleatorio simple de los mismos, utilizando el software Epidat con una precisión esperada de 90 por ciento , partiendo de que el 50 por ciento de los expedientes revisados están incompletos, con una probabilidad de cometer error de 0.05 quedando como muestra final 71 expedientes clínicos a evaluar, de los cuales, se tomaron por orden alfabético y no por número subsecuente de acuerdo al orden establecido por el archivo clínico de dicha Institución; la evaluación se llevó a cabo por medio de la aplicación de un instrumento que consistió en una guía de cotejo, la cual, contiene los elementos establecidos en la NOM-168 del expediente clínico y la NOM-007 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, para adecuar la nota de evolución del control de embarazo de acuerdo a lo establecido en la NOM-168 del expediente clínico (Anexo 1), la guía está compuesta por 128 indicadores a evaluar. Esta guía se piloteó con los expedientes clínicos del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. Posteriormente se construyó una base de datos en el software EpiInfo versión 3.3.2, donde se llevó a cabo la identificación de la frecuencia de aparición de los indicadores revisados y finalmente la identificación de las fortalezas del expediente clínico y las oportunidades de mejora en éste. Se consideraron fortalezas, aquellos indicadores que aparecieron con más frecuencia en la revisión del expediente clínico y se consideraron oportunidades de mejora, aquellos indicadores que no estuvieron presentes en la mayoría de los expedientes revisados.

Los recursos materiales de los que se dispuso para la realización de esta etapa fueron: papelería, equipo de cómputo, servicio de Internet, biblioteca. La realización de esta etapa se llevó a cabo del 29 de mayo al 27 de junio del 2006. Los recursos humanos disponibles fueron el equipo de trabajo que constó de tres miembros.

ETAPA 2

En esta etapa se convocó a los médicos del área de consulta externa de control de embarazo de primera vez del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana para tratar la problemática en torno a la integración y llenado del expediente clínico conforme a la NOM-168 del expediente clínico. Para ello, se trabajó con la técnica de entrevista focalizada, la cual, consistió en la realización de una entrevista a dos médicos.

Con esta técnica se buscó estimular a los participantes para que respondieran a preguntas abiertas y así revelar sus conocimientos, opiniones e inquietudes sobre la problemática, las causas que la generan y sus posibles soluciones.

Esta técnica se realizó en una sesión del 28 al 29 de junio del presente año, en la sala de juntas del Hospital Escuela. La duración de esta sesión fue de 2 horas.

La(s) pregunta(s) guía para la realización de esta sesión fueron las siguientes:

1. ¿Qué se debe hacer para solucionar la problemática (detectada en la evaluación que arroja la aplicación de la guía de cotejo) en relación a la integración y llenado adecuado del expediente clínico con base en la NOM 168 del expediente clínico?
2. ¿En qué orden deben realizarse las tareas para esto?
3. ¿Cuándo deberán complementarse las tareas?
4. ¿Dónde se realizarán las actividades?
5. ¿Quiénes serán los responsables por las mismas?

En cuanto a la logística, se requirió del apoyo del Dr. Carlos Blázquez Domínguez, Director del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana para facilitar el tiempo, la sala de juntas y la autorización al personal del área de consulta externa gineco-obstétrica para participar en la entrevista.

Los recursos humanos disponibles fueron el equipo de trabajo integrado de tres miembros y los dos médicos de consulta externa gineco-obstétrica del Hospital Escuela.

Los recursos materiales disponibles fueron: artículos de papelería como cuadernos, lápices, gomas, hojas blancas, plumones, pizarrón; para la realización de la actividad.

ETAPA 3

En esta etapa se realizó el análisis de información y la generación de una propuesta de intervención

Una vez obtenidos los resultados, se sistematizó la información a través del informe de la discusión el cual incluyó citas directas de los participantes e ilustrativas de lo que éstos opinan textualmente sobre el tema y, a partir de ahí se realizó el análisis de la información para posteriormente generar una propuesta de intervención sobre el o los problemas, necesidades, entre otros, que manifestó dicho grupo.

ETAPA 4

Para esta etapa el equipo de trabajo realizó una evaluación del impacto mediante la aplicación de la guía de cotejo utilizada en la primera etapa, lo cual permitió contrastar los resultados iniciales obtenidos en la primera etapa.

RESULTADOS

De los 143 expedientes clínicos encontrados del mes de enero; se revisaron 71 expedientes clínicos, con la guía de cotejo elaborada, en los cuales se encontró que no cuentan con el formato de Historia clínica, sino que sus anotaciones sobre la misma son registradas dentro de la nota médica inicial.
En la Ficha de Identificación del Expediente Clínico, las oportunidades de mejora se encontraron en el nombre del establecimiento ya que del total de expedientes evaluados, el 92 por ciento no lo refiere y en el domicilio del establecimiento el total de los expedientes evaluados carece de este dato (ver anexo 2.Tabla 1 de Oportunidades). Las fortalezas encontradas en este rubro fueron el número de control del expediente clínico ya que el total de los expedientes clínicos registró este dato, al igual que el nombre del usuario, el cual, también se registró en los 71 expedientes evaluados (Anexo 2. Tabla 2 de Fortalezas).

En la Historia Clínica del Expediente Clínico, dentro del interrogatorio se encontró que la ficha de identificación del usuario tiene como fortalezas que de los 71 expedientes evaluados, 96 por ciento registró el nombre del usuario(a) y el domicilio del mismo, en los antecedentes heredofamiliares 97 por ciento sí registró este dato, antecedentes personales patológicos ya que 99 por ciento de los expedientes evaluados sí registró este dato, antecedentes no patológicos lo registraron 96 por ciento , padecimiento actual lo registró 93 por ciento de los expedientes evaluados, dentro del padecimiento actual, 85 por ciento incluyó tabaquismo y 83 por ciento incluyó alcoholismo (Anexo 2. Tabla 2 de Fortalezas). Dentro de las oportunidades se encuentran el sexo del usuario, ya que el 100 por ciento de los expedientes evaluados no lo registra, la edad del usuario, no lo registra 99 por ciento de los expedientes clínicos revisados, dentro de los antecedentes personales patológicos, el 93 por ciento de los expedientes no registra el dato de exfumador, ni de exalcohólico y 100 por ciento de los expedientes no registró dentro de estos antecedentes el dato de exadicto, dentro del padecimiento actual, 100 por ciento de los expedientes no incluyeron otras adicciones como dato de importancia, 100 por ciento de los expedientes no incluyó interrogatorio por aparatos y sistemas, aparato digestivo, circulatorio, urinario, genital, nervioso, órganos de los sentidos (ojos, oídos, nariz, boca, faringe y laringe) y aparato respiratorio ya que 76 por ciento no lo registró (Anexo 2. Tabla 1 de Oportunidades).

En la exploración física, 96 por ciento no registró hábitus exterior, dentro de los signos vitales, 100 por ciento de los expedientes revisados no registró pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y dentro de la inspección general, 100 por ciento de los expedientes evaluados tampoco registró la inspección de cabeza, cuello, tórax, tacto rectal y vaginal, miembros superiores e inferiores (extremidades), genitales y abdomen ya que 60 por ciento de los expedientes no registró este dato.

En los resultados previos y actuales de laboratorio 83 por ciento no registró ningún dato y 92 por ciento no registró estudios de gabinete. El 99 por ciento de los expedientes evaluados no registró la terapéutica empleada, 100 por ciento de estos expedientes no registró diagnósticos o problemas clínicos, lugar y fecha de elaboración de la historia clínica así como nombre y firma del médico que realizó la historia clínica ni nombre y firma del médico que revisó dicha historia.

De acuerdo a la NOM-007, el interrogatorio también debe llevar los siguientes elementos: antecedentes gineco-obstétricos, en los cuales, las fortalezas encontradas fueron que 97 por ciento registró ciclos menstruales ya sean regulares o irregulares, 99 por ciento registró el número de gestas o número de embarazos, 96 por ciento registró la fecha de última regla (FUR) y 97 por ciento registró la fecha probable de parto (Anexo 2. Tabla 2 de Fortalezas). Dentro de las oportunidades de mejora encontramos que en los antecedentes gineco-obstétricos no se llevó a cabo el registro de menarca con 54 por ciento, 51 por ciento no registró inicio de vida sexual activa (IVSA), 59 por ciento no registró partos vía vaginal, no se registró el número de cesáreas en 59 por ciento , 52 por ciento no registró el número de abortos, 100 por ciento de los expedientes evaluados no registró enfermedades de transmisión sexual que se hayan presentado en las pacientes interrogadas, 72 por ciento no registró métodos de planificación familiar, el 90 por ciento no registró fecha de última citología vaginal y, por último, 100 por ciento de los expedientes revisados no registró el resultado de última citología vaginal (Anexo 2. Tabla 1 de Oportunidades).

En la Nota de Evolución, observamos que dentro de las oportunidades de mejora encontramos que el 69 por ciento de los expedientes revisados no registró la explicación del cuadro clínico ni incluyeron tabaquismo en 94 por ciento , 96 por ciento no incluyó alcoholismo y 100 por ciento no incluyó otras adicciones dentro del cuadro clínico (Anexo 2. Tabla 1 de Oportunidades).

Dentro de los signos vitales encontramos que en las oportunidades de mejora se encuentran el pulso, la temperatura, la interpretación de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria ya que 100 por ciento de los expedientes evaluados carece de esta información y, dentro de las fortalezas se encontró el registro de la tensión arterial ya que 100 por ciento de los expedientes revisados tuvo este dato (Anexo 2. Tabla 2 de Fortalezas).

En los resultados de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, se encontró como oportunidad de mejora que 77 por ciento no registró este dato (Anexo 2. Tabla 1 de Oportunidades).

Encontramos como fortaleza el registro del diagnóstico con un 96 por ciento . El 90 por ciento registró el tratamiento e indicaciones médicas. En las oportunidades encontradas está el registro de dosis de medicamentos con 69 por ciento , vía de aplicación o consumo de medicamentos ya que el 99 por ciento no registró esta información y 76 por ciento no registró la periodicidad de consumo o aplicación del medicamento.

De acuerdo a la NOM-007 la nota de control gineco-obstétrica debe llevar: identificación de signos y síntomas de alarma como: cefalea, la cual está dentro de las oportunidades de mejora ya que 97 por ciento no lo registra, 63 por ciento no registró edema y 77 por ciento no registró sangrado como síntoma de alarma, en cuanto a los signos de alarma, 96 por ciento no registró signos de infección de vías urinarias y 82 por ciento no registró signos de infección vaginal. El 100 por ciento de los expedientes revisados no registró la interpretación de la medición y registro de peso y talla, el 96 por ciento no registró la valoración del riesgo obstétrico, 51 por ciento registró la valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto y 58 por ciento no registró la frecuencia cardiaca fetal (FCF) por minuto (Anexo 2. Tabla 1 de Oportunidades). Dentro de las fortalezas encontradas están la medición y registro de peso y talla con 97 por ciento (Anexo 2. Tabla 2 de Fortalezas).

En los resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, dentro de los estudios de laboratorio que se deben solicitar en la primera consulta se encuentran en de las oportunidades de mejora la biometría hemática completa ya que el 93 por ciento no registró esta información, el 94 por ciento no registró el Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) y la glucemia, el 96 por ciento no registró el grupo sanguíneo ABO y el factor Rho, el 93 por ciento no registró examen general de orina (EGO), el 94 por ciento no registró detección de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en mujeres de alto riesgo y, por último, los estudios de gabinete: rayos X y/o ultrasonido (USG) con el 55 por ciento de estudios registrados (Anexo 2. Tabla 1 de Oportunidades).

El diagnóstico en la nota de evolución, se encontró registrado en 93 por ciento , lo cual es una fortaleza de los expedientes revisados (Anexo 2. Tabla 2 de Fortalezas).

Dentro de las oportunidades de mejora se encuentra el tratamiento con indicaciones médicas como la prescripción de hierro con 58 por ciento , la prescripción de ácido fólico ya que 61 por ciento no registró este dato, 58 por ciento no registró la dosis del medicamento, 99 por ciento no registró la vía de aplicación o consumo de los medicamentos prescritos, 85 por ciento no registró la periodicidad de aplicación o consumo de los medicamentos prescritos, 62 por ciento no registró otros medicamentos prescritos sólo con indicación médica o por otros médicos y dentro de éstos, 68 por ciento de los expedientes no registró la dosis de los medicamentos prescritos, 100 por ciento de los expedientes evaluados no registró la vía de consumo o aplicación de los medicamentos prescritos, 92 por ciento no registró la periodicidad de aplicación o consumo de medicamentos prescritos, 100 por ciento de los expedientes clínicos no registró la aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, orientación nutricional, promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, promoción de la lactancia materna exclusiva y medidas de autocuidado de la salud, el 99 por ciento no registró promoción y orientación sobre planificación

familiar y 100 por ciento de los expedientes evaluados no registró la entrega a la mujer embarazada del carnet perinatal (Anexo 2. Tabla 1 de Oportunidades).

En la nota de Interconsulta, dentro de las oportunidades de mejora encontradas en los expedientes clínicos fueron únicamente el registro de solicitud de Interconsulta ya que 99 por ciento no registró este dato, 100 por ciento de los expedientes revisados carece de registro de criterios diagnósticos, plan de estudios, sugerencias diagnósticas, tratamiento sugerido, nota médica inicial de urgencias, fecha y hora en que se otorga el servicio, signos vitales como pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, motivo de consulta, resumen de interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso, diagnósticos o problemas clínicos, resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, tratamiento y pronóstico (Anexo 2. Tabla 1 de Oportunidades).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a la tabla de fortalezas del expediente clínico, es importante resaltar que los puntos más relevantes son en la Ficha de Identificación del Expediente Clínico el número de control del expediente clínico, ya que gracias a éste, la identificación del expediente del usuario(a) es más rápida y es más difícil la duplicidad del mismo o que se genere un problema de confusión por los apellidos del usuario(a).

En cuanto a la Historia Clínica, es importante destacar que los puntos más relevantes son en primera instancia en la ficha de identificación del usuario(a), el nombre de éste, ya que así, se evitará confusión con otras historias clínicas de los mismos familiares. En relación a los antecedentes heredofamiliares, su importancia radica en que gracias a éstos, podemos identificar si el paciente es propenso a presentar alguna enfermedad y por lo tanto, el deber radica en la prevención de la misma. En cuanto a los antecedentes personales patológicos, la importancia radica en que éstos nos permiten identificar las enfermedades que ha padecido el paciente, así como sus adicciones en caso de que haya presentado alguna y entonces, poder dar un tratamiento completo y oportuno para evitar daños mayores. Los antecedentes personales no patológicos son importantes porque nos ayudan a comprender las condiciones de vida del usuario, así como también sus hábitos ya sean higiénicos o de vida. El padecimiento actual es importante porque aquí el paciente refiere el motivo de su consulta, es decir, su malestar general, el inicio del mismo y los tratamientos que ha recibido, al igual que las adicciones que presente en ese momento, esto nos permite evaluar si el paciente ha sido manejo adecuadamente y otorgarle un tratamiento eficaz y oportuno.

Pero en una paciente que acude a control prenatal, uno de los antecedentes más importantes que se deben conocer son los gineco-obstétricos, ya que gracias a éstos, se puede evaluar el estado de salud gineco-obstétrico de la paciente y dentro de los pocos mencionados en la tabla de fortalezas, los más importantes consideramos son el número de gestas o embarazos, la fecha de última regla y la fecha probable de parto ya que con esta información, se puede identificar el riesgo de la paciente durante el embarazo y el tiempo de embarazo que ésta tiene y así, determinar la fecha de paridad de la misma y tener un control estricto del mismo.

En la nota de evolución, la fortaleza que registraron los expedientes revisados fue la toma de presión arterial, la cual es importante para llevar un control en la paciente y poder identificar oportunamente un momento patológico causado por la misma, como por ejemplo la pre-eclampsia. En la mayoría de los expedientes revisados se llevó a cabo el registro del diagnóstico, ya que este dato es de gran importancia porque se determina el tiempo de gestación con el que cursa la paciente en control. También, se llevó a cabo el registro de algunas indicaciones médicas, lo cual es fundamental en todo control médico para que el usuario(a) tenga mejoría rápida de su padecimiento.

El manejo de las pacientes que acuden a control prenatal, está regido por la NOM-007 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, por lo tanto, en la nota de evolución se debe registrar el peso y talla de la paciente, de acuerdo a como se establece en esta norma, puntos que sí estuvieron presentes en la mayoría de los expedientes revisados, por lo tanto, se consideraron fortalezas del expediente clínico, así como el diagnóstico clínico de las mismas.

De acuerdo a la tabla de oportunidades de mejora del expediente clínico, es importante resaltar que los puntos más relevantes de los que carece la Ficha de Identificación del Expediente Clínico es el nombre del establecimiento, ya que sin éste, es difícil saber de dónde es el expediente revisado.

En la Historia Clínica, los datos más importantes de los que carece ésta son la edad del usuario, principalmente en mujeres que acuden a control prenatal ya que sin este dato, es difícil saber si la paciente corre riesgo por la edad, es decir, si es paciente añosa o muy joven, puesto que para tener un embarazo con riesgo mínimo, se debe cumplir un rango de edad de 25 a 35 años según el diagnóstico clínico y tratamiento de Lawrence M. Tierney y cols. En cuanto a los antecedentes personales patológicos, los datos más relevantes como exfumador, exalcohólico y exadicto, no estuvieron registrados en los expedientes revisados siendo de importancia para conocer si el producto pudiese tener algún daño ocasionado por cualquiera de estas adicciones. En relación al interrogatorio por aparatos y sistemas, todos son importantes puesto que con la información obtenida, se pueden prever o tratar patologías que presente la paciente y que pueden complicarse con el embarazo. En relación a la exploración física, no se toman datos importantes como signos vitales, siendo el principal la presión arterial, ni se lleva a cabo inspección general principalmente de abdomen puesto que esto es de importancia en pacientes obstétricas según el diagnóstico clínico y tratamiento de Lawrence M. Tierney y cols. En relación a los estudios de laboratorio y gabinete previos, son de importancia puesto que en estos se lleva a cabo la detección de patologías que en ocasiones la paciente ignora tener, al igual que el diagnóstico y tratamiento con el que se ha manejado la misma. En cuanto al lugar y fecha de elaboración de la historia clínica, nombre y firma del médico que la realizó y la revisó, son datos de alta importancia que debe cumplir una historia clínica puesto que estas personas son responsables de lo detectado y del buen manejo en la paciente, al mismo tiempo permite identificar la persona tratante de la misma.

Los datos más importantes que se deben cubrir en la historia clínica en pacientes gineco-obstétricas y de los cuales carecen los expedientes clínicos revisados fueron inicio de vida sexual activa (IVSA), número de partos vía vaginal, número de cesáreas, número de abortos, enfermedades de transmisión sexual y fecha de última citología vaginal puesto que con estos datos, el médico se percata de los riesgos que puede correr una paciente.

En la nota de evolución, lo más importante es explicar el cuadro clínico incluyendo algunas adicciones como alcoholismo y/o tabaquismo puesto que en éste, de detecta si la paciente está cursando con alguna patología que se ignore por ella misma y entonces darle el manejo adecuado previniendo con esto un riesgo para el producto. Es importante el registro de estudios de laboratorio y gabinete previos para detectar cualquier anomalía, así como también, la prescripción médica en caso necesario, pero con una explicación clara de la dosis a ingerir así como vía y periodicidad de la misma, de lo contrario, será difícil el control del usuario(a). De acuerdo a la NOM-007 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; criterios y procedimientos para la prestación del servicio, la nota de evolución debe llevar como datos fundamentales los signos y síntomas de alarma como cefalea, edema, sangrado, signos de infección de vías urinarias y signos de infección vaginal puesto que éstos nos ayudan a detectar el riesgo con el que se cursa en un embarazo y prever patologías como pre-eclampsia y/o eclampsia. También es importante determinar la valoración del riesgo obstétrico puesto que de ser necesario y de no contar con los recursos necesarios en una institución, se debe referir a la paciente a otra con mayores posibilidades para evitar daños o riesgos

tanto a la paciente como al producto. Así como también, se debe especificar el crecimiento uterino y estado de salud del feto para valorar el desarrollo del mismo, al igual que la frecuencia cardiaca fetal por minuto de éste y prever un daño. Es fundamental la solicitud de estudios de laboratorio y gabinete (en caso necesario) en la primera consulta para descartar riesgos o patologías durante el embarazo. Se debe dar un tratamiento con indicaciones médicas precisas para que la paciente sepa su seguimiento adecuado y evitar la pérdida del manejo en la misma. En relación a la nota de interconsulta, es importante especificar cuando menos en el expediente clínico la solicitud de la misma y al servicio que se ha enviado ésta, así, el médico tiene conocimiento del servicio que requiere la paciente.

Finalmente, el expediente clínico es un documento del usuario(a) que debe manejarse con cuidado para evitar el riesgo de un mal diagnóstico al paciente. Para el médico, es un documento que le sirve para conocer al paciente que está tratando y manejado como documento legal, evita que éste tenga un problema si se ha integrado adecuadamente y siguiendo los lineamientos de la NOM-168 del Expediente Clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De los Santos B. S. (2003). El estudio de materiales de autoinstrucción como estrategia para incrementar el cumplimiento en la integración del expediente clínico. Revista Biomédica Latinoamericana (Imbiomed). México.
2. González A. M. (2005). Diseño para la creación de un prototipo del sistema del expediente clínico informatizado (SECI) para el primer nivel de atención. Tesis de Maestría. Universidad Veracruzana. Instituto de salud pública. Xalapa, Ver. Pág. 6-13.
3. García M. Eduardo (2004). Introducción al estudio del derecho. 56 Edición. Editorial Porrúa. México. D. F. Pág 3-14.
4. Pavón L. P. y cols. (2002). Evaluación del expediente clínico en la atención obstétrica**.** Universidad Veracruzana. Instituto de Ciencias de la Salud. Vol. 2 Núm. 1 Julio - Diciembre 2002. Xalapa, Ver.
5. Secretaría de Salud (1993). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. México: SSA.
6. Secretaría de Salud (1998). Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. México: SSA.
7. Servicios de Salud de Veracruz. (2005). Servicios de salud de Veracruz. Fecha de consulta: 13 de octubre del 2005. Disponible en: http://sesver.ssaver.gob.mx/
8. Universidad Veracruzana. (2005). Universidad Veracruzana, México. Fecha de consulta: 10 de septiembre del 2005. Disponible en: http://www.uv.mx/
9. Universidad Veracruzana (2005). Informe de labores 2004-2005. Xalapa: U. V. Pág. 174, 204-207.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo de Salubridad General (2002). Fecha de Consulta: 31 de Marzo de 2006. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/CERT_HOSP/acuerdo.HTM
2. Méndez C. G. (2001). La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista mexicana de enfermería Cardiológica. Vol. 9.
3. Ortega C. Manuel (1996). Propedéutica Fundamental. 15ª. Edición. Méndez Editores, S. A. de C. V. México, D. F. Pág. 49-67.
4. Tierney, Lawrence M. y cols. (2004). Diagnóstico clínico y tratamiento. 39ª. Edición. Manual Moderno. México, D. F. Pág. 713-716 y 1681.