Gestión del Conocimiento II y Salud Pública II:

PRODUCTO DE LOS MÓDULOS
(Generación 2011-2013, segundo semestre)

COLECCIÓN EDUCATIVA EN SALUD PÚBLICA

Edit Rodríguez Romero
(Compiladora)

13

Instituto de Salud Pública
UNIVERSIDAD VERACRUZANA

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO II
Y SALUD PÚBLICA II:
Productos de los módulos
(Maestría en Salud Pública
2011-2013, segundo semestre)
Edit Rodríguez Romero (Compiladora)

Instituto de Salud Pública
Universidad Veracruzana

Febrero 2012
Primera edición, Xalapa, Ver.

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. Luis Castelazo Ayala s/n. Col. Industrial Ánimas.
C.P. 91190. Xalapa, Ver.
isp@uv.mx

Coleccion Educativa en Salud Pública es un espacio de divulgación, donde los autores contribuyen con su esfuerzo a difundir los productos, avances, debates o experiencias que se generan al interior de los programas educativos que promueve el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Los trabajos que se publican conservan las ideas originales de los autores, sólo se realizan cambios en formato. De ahí que como proceso de formación ofrecemos un disculpa anticipada por los errores que puedan presentarse.

ÍNDICE PROYECTOS DE INTERVENSIÓN

FAVORECER REDES DE APOYO A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD	*América Gabriela Allinar Landa* *Ángela María Insuasty Delgado* *Elsa Guadalupe Hernández García* *Miriam Palmeros Barrientos*	**4**
TALLER DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA PERSONAL DE PRIMER CONTACTO CON EL USUARIO EXTERNO EN EL HOSPITAL REGIONAL "DR. LUIS F. NACHÓN"	*Ma. Concepción Arrazate García* *Rosalía Hernández Cano* *Alejandro Loya Jiménez* *Monserrat Macías Carballo* *Perla Melgarejo Bibiano*	**43**
ELABORACIÓN DE MANUALES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA XALAPA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA	*Daniel Reyna Peralta* *Edna Pérez Lazarín* *Jeyma Talía Patiño Suárez* *Magda Elena Hernández Hernández* *Rebeca Uribe Carvajal*	**95**
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS GENERALES	*Néstor Iván Cabrera Mendoza* *Pedro Pablo Castro Enríquez* *Alberto Centurión Carrera* *KarinaPérez Santos* *Arturo Abraham Rodríguez Lara*	**130**
INTERVENCIÓN PARA EL CONTROL DE LA PEDICULOSIS EN LA PRIMARIA "AMÉRICA", PERTENECIENTE AL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ ANTONIO MARABOTO CARREÓN". XALAPA VERACRUZ.	*José Luis Magallón Ruiz* *Miguel Adrián Marenco González* *Yazmín Ramírez González* *Shany Arely Xochihua González* *Sheila Oyuki Vázquez Espinosa*	**150**
PROYECTO DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN DE LA UNIDAD DE VIDA SALUDABLE "UVISA"	*Guadalupe Aguilar Andrade* *Lucerito E. Ávila Lagunes* *Víctor Hugo Medina Hernández* *Marco Antonio Ruiz Rosas* *Gisela Zavaleta Torres*	**183**
PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL DE VERACRUZ (CREEVER)	*Carolina Delgado Domínguez* *J. Jahaziel Díaz Vallejo* *Ana Rosa García Fernández* *Julieta López Vázquez* *Damián Eduardo Pérez Martínez*	**226**

FAVORECER REDES DE APOYO A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

América Gabriela Allinar Landa, Ángela María Insuasty Delgado, Elsa Guadalupe Hernández García, Miriam Palmeros Barrientos.

Asesoras internas: Mtra. Edith Rodríguez Romero, MSP. Rocío López Lara
Asesor externos: Mtro. Víctor Celis Arellano

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar estrategias formativas y de organización comunitaria, para impulsar nuevas ideas y prácticas individuales y colectivas para el cuidado de la salud de los habitantes de la comunidad de "El Conejo", municipio de Perote, Veracruz.

Metodología: Fase I, consistió en la revisión de fuentes bibliográficas, entrevistas semiestructuradas individuales y grupales y la técnica del árbol de problemas. Fase II la planeación de la intervención, considerándose dos ejes: talleres dirigidos a mujeres de la comunidad (6 sesiones); y seminarios dirigidos a los prestadores de servicios que serian (2 sesiones). Fase III, la construcción de viabilidad y factibilidad a partir de la valoración de técnicas a emplear en cada sesión y la evaluación de recursos disponibles. Fase IV, la evaluación final, realizada a través de la socialización de saberes y conocimientos con el objetivo de valorar, los efectos del taller, el grado en que se cumplieron las necesidades del grupoy la relación costo-beneficio del programa. Cabe señalarque se realizó una evaluación de proceso, en cada sesión se hacían registros anecdotarios e intercambios orales en grupo.

Resultados: La convocatoria se hizo de manera continua, aun así y a pesar de considerar espacio abierto a la comunidad el grupo estuvo formado pormujeres y niños y niñas. A través de los talleres participativos reflexivos, se logró resignificar las prácticas e ideas de las mujeres para el cuidado de la salud familiar. Por otra parte, se logró vincular acciones del personal educativo y de salud que dieron como resultado un programa de activación física dirigido a madres de familia.

Discusión y conclusiones: El trabajo intersectorial favorece el éxito de las acciones, lo que esindispensable para que las intervenciones sean sostenibles y que la organización de una red de apoyo contribuirá a mejorar las acciones que a favor de la salud comunitaria.

INTRODUCCIÓN

La comunidad de "El Conejo", municipio de Perote, Veracruz, muestra un perfil epidemiológico en transición: convergen las enfermedades transmisibles y las no transmisibles. Las infecciones respiratorias, las intestinales y las de vías urinarias se presentan con mayor frecuencia, sin embargo, los casos de diabetes mellitus así como de hipertensión arterial se han incrementado notablemente a través de los años.

Ciertos estilos de vida, contribuyen al desarrollo de enfermedades, pero también los determinantes de carácter social representan un importante riesgo para enfermar, tales como la falta de acceso a servicios de salud y a servicios de saneamiento básico.

Los servicios de salud de la comunidad han realizado diversas acciones en un intento de mejorar la situación de salud de la población, a través de programas institucionales se llevan a cabo diversas actividades, entre las cuales están sesiones educativas de autocuidado y del cuidado de la salud familiar y actividades colectivas de limpieza de las calles y centro de salud. Todas estas actividades las realizan generalmente las personas que están inscritas en programas institucionalescomo el programa "Oportunidades", por lo que las actividades antes mencionadas no están dirigidas a toda la población y son requisito para los beneficiarios para permanecer en el programa y recibir un aporte económico.

Fuera del marco de los programas del Centro de Salud,

las acciones del servicio se limitan a la atención curativa, no obstante, la Casa UV por su parte, realiza talleres de promoción de la salud, enfocados principalmente a las mujeres, realizan activación física, preparación de remedios caseros con plantas medicinales, así como pláticas de autocuidado para personas diabéticas e hipertensas.

Son diversas las actividades destinadas a mejorar el estado de salud, sin embargo, son pocas las que verdaderamente provocan un cambio de conducta en los habitantes, lo anterior debido a que el personal de salud carece de herramientas metodológicas adecuadas para una efectiva educación, además las personas tienen sus costumbres y creencias acerca del cuidado de su salud, sin embargo, los capacitadores muchas veces no toman en cuenta esas creencias y costumbres, tienden a ignorarlas y pretenden que las personas las modifiquen, situación que entorpece el proceso de enseñanza aprendizaje.

Las consecuencias de esta situación son que las acciones de salud que realiza el personal de salud pasan en la mayoría de las veces desapercibidas por la población, muchos creen que se realizan por requisito de cumplir con los programas, otros no les dan importancia, puesto que ellos tienen sus creencias y formas de cuidarse, por lo que el quehacer institucional no tiene gran impacto; a la fecha no ha modificado las conductas y creencias de las personas que en muchos de los casos no favorecen su salud.

En este sentido, falta desarrollar capacidades de comunicación y contacto del personal de salud con la comunidad, dirigir acciones de salud a toda la población, y lograr que los habitantes, incrementen su nivel de compresión a través de una atención con enfoque intercultural que facilite la asimilación de los conocimientos en el autocuidado de la salud, obteniendo como consecuencia una población con conductas que favorezcan su salud.

Por lo tanto el presente trabajo busca intervenir desde un sentido educativo- reflexivo y de organización de redes de apoyo, bajo la estrategia de participación se implementaron talleres dirigidos a mujeres en los cuales se exploraron, aprovecharon y recuperaron las prácticas y creencias que ellas utilizan para el cuidado de su salud, a través de éstas se pretendió deconstruir sus ideas sobre la manera en que ellas cuidan y mantienen su salud, así como resignificar la forma de como se enferman, se curan y previenen enfermedades. Así mismo, se realizaron seminarios dirigidos a aquellas personas que prestan algún servicio en la comunidad, como maestros, personal de salud y pasantes en servicio social, con el objetivo de construir herramientas y conocimientos para la mejora del bienestar de la comunidad, vincular sus acciones de salud que promueva la integración y fortalecimiento de una red comunitaria de aprendizaje en salud, promoviendo en ésta la concientización sobre la importancia de la atención en salud con enfoque participativo.

MARCO REFERENCIAL

Marco Contextual

Escenario de la intervención, Comunidad "El Conejo" municipio de Perote

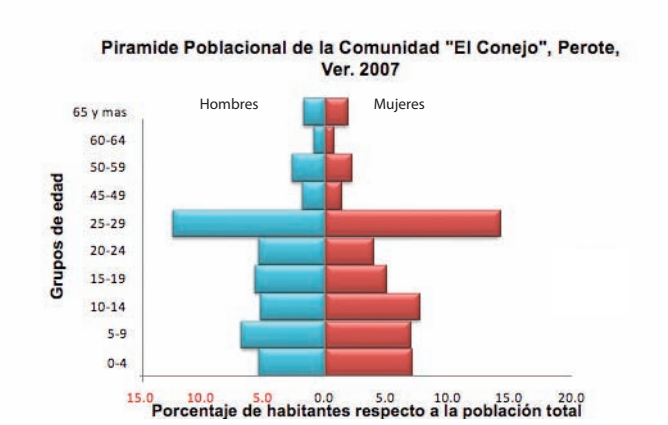
Población

La comunidad "El Conejo", pertenece al municipio de Perote Veracruz, se ubica a 3,241 metros sobre el nivel del mar, esta localidad se encuentra dentro del parque nacional Cofre de Perote y cuenta con 768 hectáreas de superficie ejidal. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para el año 2010 contaba con 1,044 habitantes, de los cuales 516 eran hombres y 528 mujeres.[1]

Por vivienda habitan en promedio 6 personas, llegando a encontrar de diez a trece habitantes en la vivienda, la mayoría de la población actual de la comunidad nació ahí mismo o en comunidades cercanas.[2]

De acuerdo a los datos del Diagnóstico de Salud realizado por estudiantes de la Maestría en Salud Pública, en el año 2007, aproximadamente el 40% de la población no tenía ninguna escolaridad concluida, el 41% tenían solo educación básica y solo un 16% concluyeron la secundaria, el 3% restante tiene una escolaridad igual o mayor a la educación media superior.[2]

Piramide Poblacional de la Comunidad "El Conejo", Perote, Ver. 2007



** Elaboración propia con datos obtenidos en Diagnóstico de Salud de la Comunidad "El Conejo", Municipio de Perote, Veracruz: Casa universidad*

El clima de la comunidad es frío y seco durante todo el año, acentuándose bajas temperaturas durante los meses de diciembre a febrero, con presencia de heladas y en ocasiones llega a nevar. De marzo a julio puede aumentar la temperatura durante el día a unos 27°C y a disminuir de la tarde a la noche a 14°C. La temporada de lluvia abarca los meses de agosto a octubre. Los cambios súbitos de temperatura entre primavera y verano favorecen las condiciones para que se generen incendios debido al intenso calor durante el día y la falta de humedad en el terreno.[3]

El suelo de la comunidad es suelto y polvoso, el agua que abastece a la población es la que proviene de los manantiales de "Cañada Honda", hacia el sur de ésta, el cual llega a formarse en un arroyo temporal en los meses de agosto a enero, cuyo cauce atraviesa un costado del poblado con dirección hacia el norte, otro manantial es el que surge en la barranca conocida como la "Longana" en la parte más alejada de la comunidad. Los habitantes de la comunidad refieren que no tienen problemas de escasez de agua ya que cuentan con el manantial que es permanente durante todo el año. [a]

La economía de la localidad se basa en la agricultura extensiva de papa y haba, sin embargo, el clima frio y las heladas afectan los cultivos, deterioran la salud de las plantas originando perdida en el volumen de la producción. Otra actividad es la ganadería ovicaprina, los productos que obtienen de esta última actividad como la carne, la leche y la lana son comercializadas junto con la papa y el haba.[2]

Generalmente los hombres se ocupan de las actividades del campo, la agricultura y la ganadería, y a la búsqueda del sustento familiar, empleándose en los trabajos de construcción, otrabajando fuera de la comunidad en "bloqueras". Mientras que las mujeres permanecen en la comunidad, la mayoría se dedica a las labores del hogar, algunas saben tejer y bordar con estambre, otras preparan alimentos para vender a los campistas que visitan el Parque Nacional del Cofre de Perote.[2,3]

También, la población cuenta con apoyos económicos provenientes del gobierno federal, como el beneficio del programa "Oportunidades", el cual se brinda a algunas familias de la población. [3]

A pesar de contar con un extenso bosque, la comunidad no se dedica a la actividad silvícola, debido a que es una actividad relativamente nueva en la región, solo recolectan leña para guisar y mantener su hogar caliente, sin embargo, la "tala clandestina" es una actividad constante puesto que los grupos madereros si aprovechan el recurso forestal.[2]

Ilustración 1 Ejido El Conejo, Municipio de Perote Veracruz, 2012

Servicios y programas

La comunidad cuenta con servicios públicos como agua entubada, energía eléctrica, drenaje y servicio de limpia pública. También tiene un Centro de Salud de primer nivel, con un solo núcleo de atención, por parte de la Secretaria de Salud, esta atención la realiza un profesional pasante de Medicina, en compañía de una enfermera local.

a Información brindada en entrevista con el coordinador de la Casa UV y habitantes de la comunidad. Marzo 16 2012

La distribución física del centro de salud de "El Conejo" esta en cinco áreas:

1. Sala de Espera
2. Consultorio Médico
3. Sala de Archivo y Farmacia
4. Área de Almacén
5. Residencia Médica (lugar de vivienda)

Entre los programas de promoción de salud como de prevención de enfermedades que se llevan a cabo, están: Atención a menores de un año, planificación familiar, atención del embarazo y puerperio, arranque parejo en la vida, línea de vida, detección crónico degenerativos, detección de cáncer cervico-uterino y de mama y seguimiento de infecciones de trasmisión sexual. Actualmente, las acciones de promoción de la salud siguen los lineamientos de los programas anteriormente descritos, generalmente se dirigen desde el Centro de Salud comunitario, pero son particularmente monótonos en cuanto a la metodología aplicada por los profesionales de salud.

La Universidad Veracruzana a través del programa de Brigadas Universitarias en Servicio Social (BUSS) inició el proyecto de vinculación social mediante la construcción de Casas de la Universidad Veracruzana, una de las cuales se encuentra en la comunidad "El Conejo". La Casa UV cuenta con tres espacios:

1. Un modulo de servicios, el cual esta formados por un Centro Comunitario Digital, un consultorio odontológico y un laboratorio ambiental, baños y un mezanine.
2. Albergue: que cuenta con una la sala comedor, 4 dormitorios y 2 baños.
1. Salón de usos Múltiples: destinado a la realización de reuniones, cursos y talleres.[4]

Actualmente, el equipo de trabajo de la Casa UV está formado por un coordinador de la casa, por una enfermera y una odontóloga en servicio social, este equipo de trabajo realiza acciones fundamentalmente de promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de talleres y pláticas con las pacientes diabéticas, donde además de las charlas del profesional de salud, se involucraron actividades como el "Plato del Buen Comer"; sin embargo, al notar la pasividad y no receptividad de las asistentes, la pasante ideó estrategias participativas para las mujeres de la comunidad, estas actividades fueron planeadas entorno a promover la salud y mejorar la calidad de vida, para el grupo de mujeres diabéticas y de la población en general, ya que es un espacio abierto al cual puede acudir cualquier habitante de la comunidad; estas estrategias son:

❖ Curso de uso de plantas medicinales: este taller se realiza una vez por semana, la pasante de enfermería, comparte con las asistentes al taller los usos de las plantas medicinales, en este curso, han aprendido la elaboración de tintas de ajo, jarabes de ajo y pomadas. La experiencia compartida por las mujeres asistentes, es de satisfacción porque el aprendizaje de estos remedios caseros lo han llevado a sus hogares y les resultan prácticos.

❖ Clases de Zumba: estas clases son dirigidas por la pasante de enfermería, ella convocó a un grupo de mujeres, entre ellas también se encuentras las pacientes diabéticas y otras que se han ido sumando a esta iniciativa, por el gusto que siente de practicar esta actividad. En la actualidad en las clases se integran un grupo de personas de diversas edades (mujeres, niñas, niños y adolescentes) que realizan actividad física al son de la música. Esta actividad promueve la activación física que es indispensable para disminuir enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes e incluso la obesidad. ii[b]

En cuanto al sector educativo, la comunidad cuenta con tres instalaciones de educación:

1. Jardín de niños "Gabriela Mistral", que cuenta con tres profesoras y 52 alumnos; las docentes llevan a cabo actividades de promoción de la salud, a través de la activación física y la enseñanza y práctica de medidas de higiene personal, como lavarse las manos y los dientes, así como la enseñanza de medidas para evitar el contagio de las enfermedades infecciosas más comunes.
2. Primaria "Carlos A. Carrillo" con un personal de 6 docentes y 190 alumnos; en esta institución también se llevan a cabo acciones de promoción de la salud como activación física, cuidado del medio ambiente, así como la enseñanza de medidas de higiene personal.
3. Telesecundaria "Moisés Saenz Garza" con 3 docentes que imparten clases a 44 jóvenes. En este caso, las acciones de salud incluyen a los padres de familia, puesto que realizan activación física pero con

b Información brindada en entrevista con la pasante de Enfermería de la Casa UV. Marzo 16 2012

la participación de las madres, los alumnos y los profesores, además se enseñan los temas referentes a higiene personal, alimentación balanceada, cuidado del medio ambiente, entre otros.

En total la población que actualmente se encuentra cursando algún grado escolar es de 286 niños y jóvenes, contando con 12 docentes frente a grupo; vale la pena destacar que todas las actividades que realiza cada institución se efectúan de manera individual, es decir no hay vinculación entre los centros educativos.

MARCO TEÓRICO

Participación Comunitaria

La comunidad es una estructura social que comprende diversos elementos como área geográfica determinada, intereses comunes, unión de algunos miembros por lazos de parentesco, costumbres, tradiciones, poseen un sentido de pertenencia, se encuentran regidos bajo ciertas normas que permiten regular procesos de comportamiento y producción. [6]

La vida de una comunidad representa aspectos que se refieren a la población, las familias y las personas que lo forman; la dinámica de esta estructura social está en constante movimiento, incorporando nuevas pautas de organización sin perder su identidad, sus orígenes, al implementarse programas es indispensable reconocer, recuperar e involucrar la identidad de la comunidad en los nuevos proyectos.

El desarrollo de un proyecto o no, depende de la participación que la población muestre en ellos, siendo de vital trascendencia que los proyectos, programas o planes surgen de las necesidades sentidas de los habitantes y no sean impuestas desde agentes exteriores, por ejemplo desde instituciones gubernamentales, universidades, u organizaciones no gubernamentales.

Sánchez-Monge, 2004, señala que la participación social es un proceso donde los agentes sociales intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de instituciones y acciones sociales, a través de acciones colectivas sustentadas en un proceso educativo con el objetivo de mejorar su realidad.[7]

En la Declaración de Alma-Ata (1978) la OMS, señala que la participación comunitaria a través del involucramiento de las comunidades locales en la prevención y tratamiento, se avanzará en el camino para superar las limitaciones y la inequidad en la distribución de los recursos para asegurar la meta de Salud para Todos; y sin esta colaboración y responsabilidad de las comunidades, los programas fracasarán. [8]

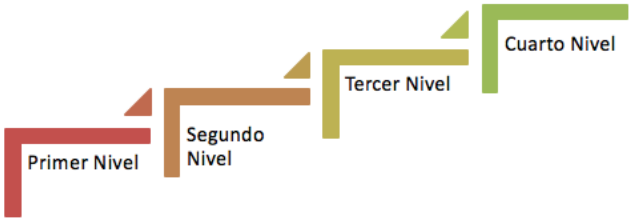
Es de suma importancia no perder de vista que la participación social se encuentra estrechamente ligada a las relaciones sociales, actores de la comunidad que entretejen redes con aras a la producción dela cultura, las relaciones de poder y desarrollo de la misma comunidad. De ahí el planteamiento de la OMS, respecto a que las personas debemos hacernos responsables de nuestra propia salud desde un aspecto individual y colectivo. [8]

Por lo tanto, los programas que se desarrollan en el marco de la comunidad, deben incluir activamente el sentir de los habitantes para la planeación, implementación y evaluación de las actividades de los programas. Aunque la participación comunitaria es fundamental para el desarrollo de estos programas, existen elementos que de no ser considerados pudieran limitar el trabajo de intervención: [9]

- Universo compartido de trabajo, en ocasiones el programa que se planeará coincide con otros programas de diversos sectores[10]
- Número de participantes,
- Temporalidad o duración, el trabajo en comunidad requiere de más de un día de trabajo semanal; así mismos se debe plantear una continuidad entre dos a tres meses posterior a los términos de los programas.[9]
- Financiamiento, la cantidad de fondos de fuera, varía mucho de programa a programa.
- Ubicación geográfica de la comunidad[10]
- Condiciones sociales, culturales y económicos de la comunidad[10]
- Para servir a los que tiene más necesidades, los programas comunitarios deben hacer todo el esfuerzo posible para ayudar a los débiles a ganar y mantener el control. [9]

Cabe señalar que cada comunidad tiene sus propias condiciones especiales y necesitan encontrar sus propias soluciones a sus problemas; por lo que no hay respuestas fáciles o universales que puedan traerse desde fuera, pero si elementos a considerar desde la planeación y el diseño de los proyectos de intervención. Así, los factores humanos, políticos y económicos más que los técnicos son lo que hacen que las actividades comunitarias fracasen o tengan éxito. [10]

De esta manera la participación es un medio para llegar a un fin: el mejoramiento de la calidad de salud de la población a la que se dirigen los programas. Por lo tanto, pese a que la participación comunitaria posee factores o elementos que limitan el éxito de los programas o proyectos de salud, es necesario considerar el grado de participación, para lo cual se consideran cuatro niveles de participación, los cuales se encuentran estrechamente relacionados con el grado de empoderamiento de los individuos y los grupos de la comunidad:



El primer nivel, los ciudadanos no tienen ninguna posibilidad de influir en la toma de decisiones respecto a su salud y los servicios que reciben desde el sector salud; la atención es otorgada de manera individual, obviando las condiciones familiares ni sociales del ciudadano. Mientras en el nivel siguiente, el individuo no tiene la posibilidad de influir en la toma de decisiones pero dispone de algunos espacios de comunicación con los servidores de salud, por ejemplo las pláticas informativas de planificación familiar, enfermedades crónicas degenerativas, entre otras, es decir la participación de la población aumenta pero con orientación asistencial. En el tercer nivel, la comunidad participa de manera parcialmente activa en marcada sobre los problemas que el sector salud defina: la capacidad de influencia, el empoderamiento de la comunidad así como su participación es poca; en esta intervención comunitaria se centra en el centro de salud y en los profesionista. Finalmente el cuarto nivel, se espera que un grupo de ciudadanos interesados en la salud, con la colaboración de profesionales del centro de salud, estén constituyendo una especie de consejo de salud. [11]

Teoría de Redes Sociales y el Apoyo Social

Conocer el funcionamiento de las redes sociales y del apoyo social proporciona un eje central para el diseño e implementación de las estrategias encaminadas a la mejora del bienestar de la población.

Una red social parte del propósito de comprender las relaciones existentes entre miembros de diversos sistemas sociales de esta manera las redes se pueden clasificar en redes personales aquella red de relaciones social donde el individuo se concibe como centro, es decir una estructura por medio de la cual puede brindarse el apoyo social; o redes integradas, de acuerdo a la relación existentes entre los miembros de diversos sistemas sociales. [12]

El apoyo social es definido como "la ayuda y el socorro intercambiados por medio de relaciones sociales y de transacciones interpersonales"12. Logrando identificar cuatro tipos de apoyo social:

- Apoyo emocional: provee amor, cuidados y empatía
- Apoyo instrumental: provee ayuda o servicios
- Apoyo Informativo: provee información, consejos o sugerencias
- ·Apoyo valorativo: provee información útil para la autoevaluación, como comentarios constructivos. Afirmaciones de creencias y comparación social.

Dentro de las propiedades estructurales y de relación de las redes sociales, existen conceptos claves o guías que describen de mejor manera la conformación de estas mismas así como su propia relación:

Propiedades Estructurales	Propiedades de relación
Amplitud: número de miembros de la red.	Frecuencia: grado de contacto ente los miembros de la red.
Dispersión geográfica: medida en que los miembros dela red viven cerca unos de otros y con respecto a las personas que son de interés para el análisis de la red.	Duración: tiempo de existencia de una relación
	Simétrica: medida en la que dos miembros de la red se da y reciben apoyo social
Homogeneidad: medida en que los miembros dela red tiene características similares (edad, situación económica, sexo, etc)	Reciprocidad: medida en la que se dan y se reciben recursos y apoyo en una relación.
	Frecuencia: grado de contacto entre dos miembros de la red
Densidad: medida en laque los miembros de la red se conocen, interactúan y está conectados dada por la proporción delos lazos directos que existe entre los miembros dela red dentro del marco de todos los lazos que podrían existir entre ellos.	Duración: tiempo que existencia de una relación
	Multiplejidad: número de diferentes tipos de apoyo social intercambiados entre los miembros de la red.
Grado: medida en la que un miembro de la red tiene lazos directos con otros miembros de la misma.	Complejidad: medida en que las relaciones sociales cumplen varias funciones.

En las maneras de fortalecer las redes sociales y el apoyo social:

1. Establecer nuevos vínculos en las redes sociales cuando el apoyo social existente es ineficaz o insuficiente; cómo estrategia puede utilizarse la coordinación de grupos de autoayuda, la provisión de compañeros; la introducción de consejeros.
2. Mejorar los vínculos existentes en las redes sociales, cuando las redes sociales que se pasan por alto por no considerarse útiles. El valor que perciben puede mejorar con un cambio de las actitudes y los patrones de conducta de los proveedores de apoyo, a través del fortalecimiento de las habilidades de los miembros de la red para brindar un apoyo eficaz, así como la capacitación de los puntos focales que estarían a cago de movilizar y mantener las redes sociales
3. Mejorar las redes de apoyo en el ámbito comunitario mediante proceso participativos para la resolución de problemas; en este proceso se promueve la identificación y evaluación, por parte de la red correspondiente, de redes superpuestas dentro de la comunidad y amplía su propio entendimiento de la forma en que los miembros de la red buscan apoyo social y en que la comunidad lo brinda.
4. Mejorar las redes por medio de colaboradores naturales, con la finalidad de proveer un sistema comunitario de atención y apoyo social que complementa los servicios más especializados de los profesionales de salud.

Las características para el apoyo social orientado a mejorar la salud entre los miembros de la comunidad, destacan: la interacción de los colaboradores y los receptores de apoyo social debe fomentarse las expresiones de confianza, cercanía y preocupación por el otro, El apoyo social será más eficaz si tiene en cuenta la propia percepción del receptor en cuanto a la necesidad de apoyo.[12]

Educación para la Salud

"La participación de la comunidad y de los educandos es un principio compartido entre la educación y la educación para la salud"

IV Conferencia Internacional de educación para adultos, UNESCO.

Dentro de la educación para la salud, el proceso educativo va de la mano con las experiencias aprendidas por cada persona; por consiguiente se encuentran personas que construyen su conocimiento a partir de las experiencias, pero sin hacer parte del sistema educativo. Hay muchos conceptos y características relacionados al proceso de enseñanza-aprendizaje; desarrollo de las aptitudes o capacidades humanas, socialización, ayuda, servicio, transformación, desarrolloMdel potencial humano y progreso de la sociedad. [13]

"La educación problematizadora, ya no puede ser el acto de depositar, de narrar, de transferir o de transmitir conocimientos y valores a los educandos, meros pacientes, como lo hace la educación bancaria, sino ser un acto cognoscente" Paulo Freire, propone una educación constructiva, lo que convierte en pilar de la educación para la salud. La educación para la salud se ha ido trasformando con la práctica y uso, ha pasado de ser una transmisión de información de manera vertical a un proceso compartido con los actores sociales o de interés, en el diálogo y la reciprocidad de información en salud, que además ayuda a promover y fomentar estilos saludables.[13]

En un sentido más amplio, la educación para la salud debe ser una estrategia participativa, donde además de promocionar estilos de vida saludables desde el aprendizaje, se genere el cambio de actitudes y de creencias como un facilitador de competencias en el individuo y en este orden de ideas, esta educación puede ser eficaz en la comprensión de comportamientos y clarificar valores que trasformen modos de vida. [14]

Bajo este contexto la participación de los grupos son la elección de trabajo de una intervención de educación para la salud debido la fuerza que tiene el grupo para ayudar al cambio de conductas y la fuerza formadora que tiene los grupos. Generalmente es más fácil cambiar a los individuos asociados a un grupo que cambiar a cada uno de ellos singularmente. No sin dejar escapar que las conductas de riesgo se adoptan en la organización de grandes grupos.[15]

Debido a lo anterior, se considera que la participación grupal es el mejor procedimiento para el cambio de actitudes en salud y más aun en aquellas situaciones en que se realiza un trabajo grupal cooperativo ya que en conductas cooperativas se expresan mejor los sentimientos y las ideas por lo que los grupos de trabajo en educación para la salud que desarrollan actividades en común, crean un clima de seguridad con mayor confianza en sí mismos y en los demás, y facilita el aprendizaje y los cambios, considerados los aspectos actuales de la intervención de educación para la salud. Buena relación con los pares permite adquirir cierta habilidad para tener una perspectiva distinta de

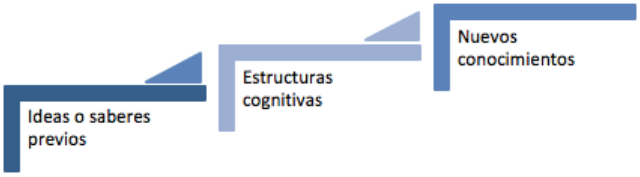
la propia, es decir, para ponerse en lugar del otro, para hacerse más tolerante.15

Pero cómo lograr el aprendizaje de los grupos cooperativos, bajo el enfoque de Educación para la Salud; es común que el abordaje educativo sobre problemas de salud a través de intervenciones se realice mediante modelos pedagógicos entendidos como representaciones de la relaciones que predominan en el acto de enseñar; actualmente el abordaje educativo de un tema se alimenta de más de un modelo pedagógico o enfoque teórico.

Modelo Constructivista

Para este modelo el aprendizaje es un proceso de construcción de significados y de atribución de sentidos cuya responsabilidad última corresponde al alumno, la información no existe previamente en éste, sino que se construye activamente al relacionarse con su alrededor, por lo que el conocimiento es producto de la interacción social y de la cultura. Este modelo pone énfasis en los procesos de construcción personal de conocimientos y actitudes, a partir de ideas creencia y actitudes previas, explica como el ser humano a lo largo de su historia personal va desarrollando su intelecto y conformando sus conocimientos.[c]

La meta educativa es que cada individuo acceda, progresivo y secuencialmente a la etapa superior de su desarrollo intelectual de acuerdo con las necesidades y condiciones particulares. La experiencia vital del alumno es importante ya que tiene una finalidad, que es contribuir al desarrollo, abrirse a experiencias superiores. Así mismo, este enfoque se ocupa del contenido de la enseñanza y del aprendizaje y privilegia los conceptos y estructuras básicas de las ciencias por encontrar en ellas un material de alta complejidad que brinda mejores oportunidades de desatar la capacidad intelectual del alumno. Basado en un aprendizaje en el descubrimiento, los alumnos realizan su aprendizaje a medida que experimentan y consultan la bibliografía disponible, analizan la información nueva con la lógica del método científico de la disciplina y deducen sus propios conocimientos, es así cómo el conocimiento es una construcción propia, está formado por esquemas mentales que el ser humano construye, relacionando los conocimientos previos que ya posee con la nueva información que adquirió.[16]



El aprendizaje debe ser significativo esto es, que el alumno una vez que capta la [d]nueva información, la somete a un proceso de asimilación, la acomoda a susconocimientos anteriores, tenga la capacidad de integrarla mediante la contrastación con otros conocimientos y finalmente la aplique.

MARCO EMPÍRICO

La Salud de los Habitantes de la Comunidad de El Conejo, Diagnóstico de Salud.

Los estudiantes de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana en 2011, realizaron el diagnóstico de salud, de los habitantes de la comunidad titulado Diagnóstico de Salud de la comunidad "El Conejo" municipio de Perote, Veracruz.3Tuvo un enfoque participativo, su objetivo fue identificar los problemas de salud más frecuentes que afectan a la comunidad, así como la percepción de la comunidad sobre su estado de salud y sus determinantes para la conformación de una propuesta de abordaje. El estudio tuvo dos fases, la primera consistió en la construcción de tasas de morbilidad general y específica de los años 2006 a 2010, mediante la recopilación de datos en fuentes secundarias y los registrados por el centro de salud de la comunidad. La segunda fase fue la obtención de información sobre la percepción de la comunidad respecto a su estado de salud, a través de métodos participativos en los que se realizaron 6 entrevistas a informantes clave y 4 grupos focales representativos.

La metodología utilizada, para la recolección de información desde la perspectiva de los actores sociales, permite identificar tanto a la comunidad como a los investigadores, las realidades sociales, a fin de comprender mejor el complejo proceso de salud enfermedad. Con la información obtenida de las técnicas participativas, se encontró que la comunidad

c Comunicación directa: MSP Roció López Lara. Sesión de clase 23 de Febrero de 2012. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz.

considera que las principales enfermedades que deben atenderse son las infecciones respiratorias agudas, la diabetes mellitus, infecciones renales o de vías urinarias, enfermedades de tensión arterial y hepatitis A. Y que estos problemas de salud, son atribuidos a factores de diferente índole como el clima frío, la mala alimentación, malos hábitos de higiene, la migración y una mala cultura de prevención y apego al tratamiento.

Sin dejar de mencionar que a lo largo de la recolección de información se encontraron determinantes sociales que están directamente relacionados con la salud de la población, tales como: las condiciones económicas, laborales, ambientales, educativas y culturales.

Los Programas de Organización y Participación Comunitaria

La mayoría de los programas que se originan como pequeños proyectos se realizan a nivel local y continúan según las necesidades de la comunidad, tanto la planificación como las decisiones importantes son tomados por la gente.

Proyecto Piaxtla

Este proyecto se originó en una aldea llamada Ajoya, que se encuentra en la Sierra Madre Occidental de México y fue desarrollado por un campesino del mismo lugar. David Werner, biólogo y autor de Donde No Hay Doctor, se involucró en este programa como consejero y colaborador desde su inicio en 1964, su participación en este programa fue motivada por los grave problemática de morbilidad de los habitantes de la sierra en donde dominaban las enfermedades de la pobreza, aquellas que podrían ser prevenibles y por lo tanto evitables. Sin embargo, Werner creyó firmemente que los problemas de salud tenían la solución en los mismos habitantes de la aldea, por lo que junto con su experiencia científica y las habilidades e iniciativa de los campesinos creó una organización comunitaria que mediante su entrenamiento podría responder a las necesidades de salud de su aldea.[9]

El proyecto comienza bajo un enfoque curativo, con la capacitación de promotores de salud de la aldea mediante métodos participativos logrando que el equipo adquiriera un grado de habilidad. Más adelante el enfoque curativo se reforzó con el preventivo y fue así cómo la gente comprendió que para evitar la frecuencia de enfermedades, era necesario prevenirlas.

De esta manera, el *Proyecto Piaxtla* fortaleció la atención curativa con las medidas preventivas y promocionales y más tarde se generó la acción sociopolítica. El enfoque se centraba en el aprendizaje, puesto que los talleres de capacitación partían del análisis de su situación o diagnóstico comunitario, lo cual servía para que ellos mismos identificaran los problemas de salud y cómo estos problemas se relacionaban entre sí. Aprendían a explorar las causas de dichos problemas mediante "eslabones" que representaban las causas, éstas a su vez constituían la "cadena de causas" que los llevaban a identificar la raíz del problema, y empezaron a buscar maneras con las cuales, mediante acciones colectivas, pudieran romper esos eslabones que llevaban a la enfermedad, para luego explorar las posibles soluciones y desarrollar mediante el consenso las estrategias de acción.[9]

Comuna Promotora de Salud

Programas donde se observan no solo la participación comunitaria sino también la organización, han conseguido construir entornos saludables. Un ejemplo de esto es, el que se ésta realizando a partir del año 2000 en una comuna de la ciudad de Cali Colombia, a través de una alianza con la Universidad Pública del Valle y el gobierno local. El programa llamado "Comuna Promotora de Salud", ha logrado crear condiciones mínimas de confianza, credibilidad y respeto entre los participantes, lo que permite trabajar de forma conjunta para la creación de un territorio saludable.[17]

Los resultados de este proceso se ven reflejados en la comunidad, con el surgimiento de grupos comunitarios analíticos de sus problemáticas y la existencia de una red social que se compromete con propuestas y gestión ante el gobierno local. Esta alianza género que la Universidad pusiera en práctica un enfoque ecológico de salud pública, con la reorientación de la Escuela Salud Pública. Y en cuanto al gobierno local ha mejorado su presencia en la comuna, con un creciente compromiso y concertación de los planes de desarrollo de la comuna. La alianza es dinámica, acorde a las necesidades de cada institución, los acuerdos pueden ser temporales o permanentes, dependiendo del grado de participación de los actores sociales y ha sido una oportunidad de aprendizaje colectivo, participación, actuación política y potenciación de habilidades para generar oportunidades. [17]

Otras experiencias con pequeñas iniciativas, generan importantes movimientos sociales, como el caso de Atyrá en Paraguay.

Atyrá, Capital Ecológica del Paraguay

La iniciativa empieza cuando el intendente de la ciudad, junto con un equipo municipal, salió a las calles a limpiar, lo que fue bien recibido por la comunidad, al ser la máxima autoridad quien pasa a ser un ciudadano más. Los habitantes de Atyrá al observar esto tomaron su propia iniciativa, con la realización de carteles, concursos para identificar cual era la calle más limpia y la organización de comisiones vecinales. Esta iniciativa se convirtió en costumbre y su éxito llego a convertirla en la ciudad más limpia del país, reconocimiento que recibe en el año 1996 a nivel internacional de parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al igual que de la Organización Mundial de la Salud (OMS).[18]

No obstante su desafío, reside en el sostenimiento ambiental de esta ciudad, por encima de la contaminación ambiental generada por las fábricas, pero el sentido de pertenencia enmarcado en esta estrategia la constituyen como una ciudad modelo, que mantiene la acción solidaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La naturaleza social de la comunidad el Conejo, comprende particularidades geográficas, climáticas y rurales que responden a la dinámica circunscrita en este territorio. Explicar y comprender el complejo proceso de salud enfermedad desde la comunidad, es una tarea incluyente que requiere del trabajo participativo, porque la salud no es un ente aislado y está influenciado por varios factores; como la falta de acceso a la educación, las viviendas inadecuadas, la carencia de bienes que conduce a que los habitantes de la comunidad afronten situaciones y problemáticas de salud, desde sus propios recursos.

Durante los últimos años en esta población se han realizado diagnósticos de salud, con el objetivo de conocer los principales problemas de salud de los habitantes de la comunidad, dentro de estos diagnósticos se encuentran los realizados por los estudiantes de la Maestría en Salud Pública, uno realizado en el año 2007, en el que se identificó que tanto las enfermedades crónico degenerativas: hipertensión y la diabetes mellitus, como las enfermedades infecciosas: infecciones de vías urinarias, del tracto respiratorio e intestinales, convergen para convertirse en los problemas de salud con mayor incidencia en los habitantes de la comunidad.

En el diagnóstico realizado en 2011 se identificó que los problemas de salud de la población tenían la misma tendencia que los identificados en el 2007, bajo un enfoque participativo, la población expresó que las infecciones respiratorias agudas, la diabetes mellitus, las infecciones de vías urinarias, las enfermedades de tensión arterial y la hepatitis A, son las principales enfermedades que deben atenderse.

Tomando en cuenta los resultados que se obtuvieron a partir de éstos diagnósticos, era importante partir de un análisis de estas enfermedades o problemáticas de salud, para lo cual, durante el periodo de febrero a marzo del año en curso se realizó un ejercicio de sondeo, con la técnica *Árbol de Problemas,* herramienta diagnóstica, realizadacon la participación de dos grupos de la comunidad, cuyo objetivo era indagar a profundidad los determinantes individuales y colectivos que pueden relacionarse con el origen de las enfermedades señaladas en los diagnósticos de salud realizados previamente.

La respuesta de esta actividad favoreció, identificar como origen de las enfermedades que padece la comunidad: los estilos de vida, las condiciones de vivienda, la falta de autocuidado, de la misma manera las prácticas y creencias que tiene sobre su propia salud. Con esta lectura de las situaciones existentes en la comunidad y la reflexión en torno a las causas y consecuencias de las enfermedades que afectan el estado de salud, además de ayudarnos a comprender la realidad del contexto social, fue posible planear procesos educativos de una manera conjunta bajo una metodología participativa, orientada hacia la construcción de herramientas y conocimientos para la mejora de su salud, a través de talleres y seminarios.

Por otra parte, aunado a la necesidad de fortalecer las prácticas de salud, con los aportes educativos, hacía falta concientizar a los prestadores de servicios y personal de salud sobre la importancia de la atención con participación social, por lo cual es necesario desarrollar capacidades de autogestión comunitaria, a través de la implementación y fortalecimiento de redes de apoyo.

Lo cual nos llevó a preguntarnos, primero: ¿Si la aplicación de una estrategia educativa para fortalecer en las

mujeres de la comunidad "El Conejo" las prácticas de salud, aportarán a la mejora de su salud? Y segundo: ¿Si el impulso de nuevas ideas con los prestadores de servicios de salud y educación de la comunidad "El Conejo" favorezcan una red de apoyo?

OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Objetivo General

Desarrollar estrategias formativas y de organización comunitaria, para impulsar nuevas ideas y prácticas individuales y colectivas para el cuidado de la salud de los habitantes de la comunidad de "El Conejo", municipio de Perote, Veracruz.

Objetivos Específicos

1. Favorecer en las mujeres participantes la revisión y reflexión de sus ideas y creencias en torno a la salud y el origen de las enfermedades, así como el aprendizaje de nuevas prácticas para el cuidado de la salud familiar, a través de un taller participativo.
2. Contribuir a la integración de una red de apoyo comunitario entre la Casa UV, Centro de Salud, la Escuela a través de la formación de equipos de trabajo con el fin de fortalecer las acciones a favor de la salud comunitaria.

METODOLOGÍA

Fases de la intervención	Acciones realizadas
Fase I: Diagnóstico Participativo	Identificación de necesidades e intereses a) Revisión de fuente bibliográfica diagnóstico participativo b) Entrevistas individual y grupal semiestructuradas c) Árbol de Problemas Articulación Interinstitucional Convocatoria y consolidación de grupo
Fase II: Planeación	Modalidad de la intervención: a) Talleres: dirigidos a mujeres, 6 sesiones de 2 horas c/u, una vez por semana. b) Seminario: dirigido a prestadores de servicios, 2 sesiones de 2 horas c/u, una vez por semana.
Fase III: Construcción de viabilidad y factibilidad	Valoración de las técnicas a utilizar en cada sesión. Valoración de recursos disponibles
Fase IV: Evaluación	Evaluación continua a) Registro anecdotarios b) Intercambios orales en grupo Evaluación final a) Socialización de saberes y conocimientos

Fase I: Diagnóstico Participativo

Identificación de necesidades e intereses

a. Revisión de fuente bibliográfica Diagnóstico Participativo

La lectura y análisis del documento: *Diagnóstico de Salud de la comunidad "El Conejo" municipio de Perote, Veracruz*; elaborado por los estudiantes de la Maestría de Salud Pública, fue necesaria con el fin de identificar las prioridades de atención en salud desde la percepción de los habitantes de la comunidad. Este ejercicio, nos hizo pensar que además de conocer las enfermedades identificadas como prioritarias para la comunidad era indispensable indagar sobre la causa de estas enfermedades hasta llegar a su origen.

b. Entrevistas semiestructuradas individual y grupal

Durante los 2 primeros viernes del mes de marzo se realizaron entrevistas semiestructuradas, al personal del centro de salud (enfermera y médico pasante en servicio social), miembros del comité de salud de la comunidad, prestadores de servicio social de la Casa UV. El eje de indagación que se siguió para estas entrevistas fue: ¿Cuáles son las causas que originan las enfermedades de la comunidad?. Las grabaciones se hicieron previo consentimiento de las personas participantes, con una duración de 40 min aproximadamente.

Los informantes refieren que gran parte de las causas que originan las enfermedades en la comunidad, se deben tanto a su falta de responsabilidad, como su falta de compromiso, aunado a la percepción de no sentirse vulnerables de padecer alguna enfermedad. Cabe mencionar que las entrevistadas expresan que el centro de salud ha brindado pláticas sobre prevención de enfermedades, y que además de realizarse con un enfoque de transmisión de información los conocimientos recibidos no son puestos en práctica de parte de la comunidad.

c. Árbol de Problemas

La utilización de esta herramienta se hizo con un grupo de mujeres de la comunidad y con el grupo de maestros de la escuela primaria.

Consistió en identificar a partir de las enfermedades priorizadas por la comunidad y referidas en el Diagnóstico

de Salud Participativo, las posibles causas que dan origen a estas enfermedades, secundario a esto se expresaron las probables acciones que potencian las causas de las enfermedades y finalmente se buscaron las acciones claves para la solución más viable de las enfermedades.

Articulación Interinstitucional

La estrategia de intervención intento ser lo más participativa posible porque buscaba promover mediante la realización de los talleres la colaboración y participación del personal del Centro de Salud, la Casa UV y las Escuelas de la comunidad; en un primer encuentro con éstos actores, se procuró fortalecer sus quehaceres dentro de la comunidad, para que en una segunda convocatoria se llegara a la formulación y ejecución de actividades a favor de la salud de la comunidad.

Convocatoria y consolidación del grupo de trabajo

Posterior a las entrevistas realizadas en la fase de determinación de necesidades e intereses, identificamos que las mujeres podrían ser la población objetivo para la realización de los talleres, debido a que ellas se encuentran de manera permanente dentro de la comunidad, de la misma manera que ellas forman parte activa de las actividades relacionadas con la salud que se desarrollan tanto en el Centro de Salud como en la Casa UV.

A pesar de que se asumió que la mayor probabilidad era que las mujeres participen en la realización de los talleres, se consideró que la convocatoria podría ser para los habitantes en general por lo que se realizaron carteles los cuales se colocaron en algunos lugares estratégicos, dos semanas antes del comienzo de las actividades.

Así mismo, se realizaron visitas previas a la comunidad con el objetivo de reunirse con los habitantes y dar a conocer las actividades que se realizarán en los talleres.

Fase II: Planeación

La intervención se planeó dirigida a dos poblaciones objetivo:

Población	Nombre	Modalidad de la intervención	Duración	Lugar
Mujeres	"Familia Sana, Familia Feliz"(Ver Anexo 1)	Talleres	6 sesiones de 2 horas c/u, una vez por semana	Auditorio Casa UV
Prestadores de servicio en la comunidad	"Construyendo nuestra red Comunitaria de aprendizaje para la Salud"(Ver Anexo 2)	Talleres	2 sesiones de 2 horas c/u, una vez por semana	Auditorio Casa UV

Fase III: Construcción de viabilidad y factibilidad

El proyecto de intervención "Favorecer redes de apoyo a través de estrategias en Participación Comunitaria en Educación para la Salud" se consideró un proyecto factible, valorando los siguientes aspectos:

- Disponibilidad de recursos físicos, tanto de infraestructura, trasporte y materiales de apoyo didácticos para la realización de las actividades con las mujeres y con los prestadores de servicios de la comunidad.
- La disposición de las pasantes de enfermería y odontología de la Casa UV para el trabajo conjunto en los talleres con los maestros de la Telesecundaria y Kínder.
- El interés de las mujeres participantes, que si bien no fueron más de 6 asistentes, pero quienes lo hicieron conservaron la motivación durante el proceso.
- Las técnicas y estrategias utilizadas para la realización de los talleres y seminarios, que conservaron un enfoque participativo y lúdico, se realizaron por parte del equipo de trabajo como estudiantes de la maestría, acorde a nuestras capacidades, habilidades y experiencias, lo cual evito capacitaciones extra de personal.

La viabilidad dependió de la articulación entre los actores, el compromiso y los acuerdos establecidos, a fin de cumplir con el objetivo del proyecto, los ítems contemplados para valorar la viabilidad del proyecto de intervención, fueron los siguientes:

- La posibilidad de no invertir recursos económicos en los talleres realizados, que posibilitaba la participación

voluntaria de los actores sociales en el proyecto.

- Acuerdos con las pasantes de servicio social de la casa UV, para participar en los talleres conjuntos con los maestros de la comunidad. Cabe destacar el compromiso adquirido por la pasante de enfermería en apoyar y fortalecer la iniciativa de:".....actividad física"
- Compromiso de los actores sociales interesados para participar de los talleres, tanto con el grupo de las mujeres de la comunidad; como el de los maestros de la Telesecundaria, el Kínder y profesionales de la casa UV.

Fase IV: Evaluación

Evaluación de Proceso

Dado la dinámica de la comunidad, en este proyecto de intervención se consideró que la evaluación debía ser continua, de manera tal, que a través del proceso se logre visualizar lo aprendido paso a paso en el taller.

Para llevar a cabo esta evaluación, fue imprescindible tomar en cuenta algunas herramientas, como:

a) Registro anecdotarios

Que parten del ejercicio de observación del desarrollo de las actividades del proyecto, el registro detallado de las mismas y la aplicación de técnicas de diagnóstico que pongan en relieve los puntos fuertes y débiles del desarrollo del proyecto. Son herramientas que nos permitieron corregir desajustes en el proceso del proyecto, así como también a reflexionar y valorar el propósito de éste y los resultados que se obtuvieron.

b) Intercambios orales en grupo

La voz de los actores sociales, posibilitó analizar el discurso y reflexionar sobre el desarrollo de cada actividad y los objetivos alcanzados sesión tras sesión, lo cual nos permitió reforzar las técnicas utilizadas o cambiar de metodologías de trabajo, a fin de mejorar.

Se tomó en cuenta este tipo de evaluación como complemento a una evaluación final, dado que en una comunidad la realidad es dinámica y el desarrollo de un proyecto de intervención está condicionado a los cambios que sigue la comunidad, la evaluación del proceso fue, una de las técnicas que nos ayudó a observar la tendencia que siguió el proceso del proyecto.

Evaluación final

a) Socialización de saberes y conocimientos

En la evaluación final del proyecto se procuró valorar, los efectos positivos y negativos del taller, el grado en que se cumplieron las necesidades del grupo a quien estuvo dirigido el proyecto, el efecto a corto plazo y la relación costo- beneficio del programa. Consistió en una sesión más en la cual las mujeres que participaron en las actividades, recordaron lo aprendido cada sesión y lo compartieron con los demás.

RESULTADOS

Curso-Taller: "Familia Sana, Familia Feliz"

Convocatoria del Evento

La convocatoria al inicio del taller fue a través de las visitas domiciliarias a los posibles asistentes al taller que fueron referidos por nuestro asesor externo, otro medio de convocatoria fue el empleo de carteles que fueron colocados en sitios estratégicos de la comunidad. Posteriormente, en cada sesión se convocaba a la comunidad a través del perifoneo, el anuncio y recordatorio se realizaba 30 minutos antes de que iniciara el taller:

"Se les avisa a todas las personas que gusten participar en los talleres en la casa de la universidad, que iniciará a las 12" (anunció que era voceado tres veces en la comunidad).

Así mismo, al finalizar cada sesión, se les convocaba a las mujeres a que asistieran a la siguiente sesión, se les comentaba que podían invitar a sus vecinas y familiares, haciéndoles mención de lo que trataría la siguiente sesión y si era necesario se les encargaban algunos materiales que podrían llevar para utilizarlas en las actividades del siguiente taller.

Otro de los mecanismos utilizados para la convocatoria y participación de las mujeres en los talleres, consistió en invitar a la "Abuela de la Familia", la cual se encargaba de invitar a sus hijas o nueras.

El ejercicio de convocatoria, se hizo de manera continua para cada sesión, aun así y a pesar de considerar desde un inicio la construcción de un espacio abierto a la comunidad en general, en el tercer taller podría decirse

que ya se contaba con un grupo consolidado de doce personas incluyendo niños, niñas y mujeres.

En la sesión en que el tema central era la higiene oral, además de invitar a las mujeres participantes de los talleres, se invitó a las pasantes del servicio social de la casa UV, debido a que una de ellas es odontóloga, por lo cual su participación fortalecería el proceso de enseñanza y a su vez la pasante podría incorporar en su quehacer profesional lo visto en el taller.

En la sesión donde se realizaron las técnicas de afrontamiento para el estrés se invito a la pasante de enfermería, con el objetivo de que ella aplicara las técnicas vistas en la sesión con el grupo de diabéticos que asiste a los cursos que ella imparte.

Como excepción, al finalizar la penúltima sesión, se realizó una visita domiciliar a las participantes a fin de invitar a los hombres a participar en la última sesión (Domingo Familiar), para lo cual las mujeres sugirieron que el horario para ésta debía ser a las 12 del día para luego ellas continuar con sus actividad.

Participación Comunitaria

Durante la primera sesión contamos con la asistencia de varias mujeres, esto se dio porque a algunas de ellas se les fue a buscar a sus hogares, sin embargo puede que esto haya provocado el descontento de alguna participante al sentirse obligada a asistir expresando cuando se les preguntó sobre el horario en las que ellas podrían asistir a futuras sesiones:

Equipo E: "Sabemos que es un horario, que algunas se les complica, o que hay otras personas que no están aquí pero que hubiesen querido estar pero tiene otras cosas que estar y por eso no pudieron venir"

Participante T: "Pero es que hoy viernes es día de hacer tortillas... pero también el sábado del baño..."

Participante G: "pero eso todos los días... pero nosotras debemos darnos un tiempo"

Participante T: "Si pues, como te encanta venir, puedes venir..."

Sin embargo, las demás asistentes mostraron actitud positiva respecto al inicio del taller, comprometiéndose a asistir y participar en las actividades. Pudimos observar la participación sobresaliente de dos asistentes, las demás tenían breves participaciones pero no menos importantes.

En la segunda sesión, en la que se trabajó con los remedios caseros, las mujeres que asistieron mostraron gran interés por aprender la elaboración de algunos remedios para beneficio familiar expresando que lo primero que hacen cuando algún miembro de su familia se enferma es llevarlo al centro de salud para que el médico les dé medicamento, a su vez mostraron asombro al descubrir que con ciertos ingredientes que ocupan en su vida diaria pueden servir como remedio a algunos padecimientos o como auxiliares en el tratamiento farmacológico. Llevaron material que con anterioridad se les había pedido. A pesar de que la sesión fue guiada casi en su totalidad por parte del equipo, ellas también pudieron realizar actividades para la preparación de lo que llevarían a sus hogares.

En la tercera sesión, la cual trató sobre manejo de basura y realización de composta, la mayoría de las asistentes no participaron en la primera parte del taller ya que esta parte estaba un poco más enfocado en el trabajo con los niños, sin embrago, en la segunda parte la actividad consistía en elaborar maceteros a partir de la decoración de botellas, ellas mostraron más entusiasmo, por lo que todas participaron en la decoración de las mismas. En algún momento del desarrollo de la sesión, una mujer externa al grupo se acercó mostrando interés en lo que se estaba realizando, manifestando que sería de gran utilidad llevar a cabo lo que se estaba enseñando, preguntó sobre los días en que se llevaban a cabo los talleres y expresó que tenia oportunidad, asistiría a sesiones posteriores.

En la sesión en la que se trató el tema de cuidado de la salud bucal, se tuvo una gran participación cuando se hacía demostración del lavado de dientes así como la socialización de como llevan a cabo este procedimiento, en esta parte expresaron su asombro al mostrarles que ciertos materiales que ellas pueden tener en casa y que pueden ser útiles para el cuidado de su salud bucal. A pesar de no contar con la participación extensa de todas las asistentes, el hecho de que asistan al taller puede fomentar que pongan en práctica lo aprendido con su familia.

En la última sesión se realizó la reflexión sobre las enfermedades que tal vez no muestran síntomas tan notorios como otras enfermedades pero que existen y que se llegan a padecer. Esta la sesión se enfoco únicamente

a una persona ya que las mujeres asistentes a sesiones pasadas tuvieron varias situaciones que les impidieron ir en esa ocasión, una de ellas fue operada por lo que su cuñada, también asistente al taller, tuvo que quedarse a cuidar de ella; otras de las participantes tuvieron que quedarse en la iglesia de la comunidad debido a que estaba próxima la realización de la fiesta patronal de la comunidad. A pesar de contar únicamente con la asistencia de una persona de la comunidad, esta, como en sesiones anteriores, mostró interés y gran participación expresando diversas situaciones de su vida que en algún momento le han ocasionado alguna sensación desfavorable para su salud.

Durante el desarrollo de todas las sesiones del taller, se contó con la participación de un pequeño número de mujeres, ya que en general, los habitantes de la comunidad tienen la costumbre de participar en actividades relacionadas con su salud siempre y cuando se ofrezca algún tipo de apoyo, ya sea económico o en especie, o porque se les condicione a que permanezcan con algún tipo de programa de aseguramiento social, ya que la mayoría de los habitantes de la comunidad reciben apoyo por parte del programa Oportunidades. En general, la participación de las asistentes fue de forma voluntaria, a pesar de que dos de ellas si pertenecían al programa antes mencionado.

Prácticas y Saberes para el cuidado del bienestar Familiar.

El uso de las plantas como remedios para atender padecimientos de los miembros de la familia fue señalado como frecuente, sin embargo las participantes mencionaron no contar con un espacio o huerto para el cultivo de las plantas empleadas en dichos remedios.

Las participantes expresaron que no tenían conocimiento de las propiedades curativas de las plantas que el equipo empleo en la sesión 2, sin embargo nos dieron nombres de otro tipo de plantas que ocupan, explicándonos sus propiedades y utilidad, por ejemplo el uso de la árnica para la cicatrización, la inflamación y los golpes .

También se observó el desconocimiento de que con pocos recursos incluso con los que se cuenta en el hogar, se puede complementar una higiene oral. Se hizo énfasis en que las infusiones con plantas medicinales y aromáticas, además de cuidar la salud de las encías y los dientes, son empleados en la elaboración de productos como los enjuagues bucales, favoreciendo procesos de cicatrización post quirúrgico y como antinflamatorios:

"...yo si no conocía el hilo dental y no sabíamos que podíamos usar el hilo de la costura para eso" (Participante M)

"La menta huele rico... ya ve que hasta la crema dental tienen menta para que huela bien la boca" (Participante G)

El propósito de la sesión tres fue resignificar que la separación y utilización de los desechos orgánicos e inorgánicos previenen enfermedades, por lo que se considera que las mujeres reflexionaron a cerca de que la separación de la basura y su almacenamiento pueden favorecer al cuidado del medio ambiente.

La separación de la basura fue algo nuevo para algunas de las asistentes, puesto que era algo que no habían hecho antes. Sin embargo, una de las niñas sabía que la basura se clasificaba debido a que se lo había enseñado escuela.

En la realización de la composta algunas mujeres señalaron que las cascaras de la fruta o desechos de la comida las usan como abono para las plantas, pero se generan insectos además de que los perros se comen esa basura o la esparcen por el terreno.

"Las cascaras las usamos de abono" (Participante M)

Ellas señalan que generalmente no reutilizan la basura, su práctica frecuente es quemarla, sin embargo, al ver que se podían reutilizar las botellas como maceteros reflexionaron en que había opciones para volver a utilizarlas, una de las mujeres comento:

"...mira nosotros las tiramos siempre, de haber sabido..." (Participante Er.)

Percepción del proceso de Salud-Enfermedad

A través de las dramatizaciones se logró identificar que el proceso de salud- enfermedad se encuentra permeado por la medicalización, es decir las participantes señalan de manera enfática que las enfermedades deben ser atendidas por un médico y solo él es quien puede recetar.

"¿Qué hacen cuando un familiar se enferma?" (Equipo)

"Pos correr con el doctor que nos dé, pos así… pastilla…" (Participante M.)

De la misma manera, comentan que una de las costumbres de la comunidad es acudir a la atención médica cuando el malestar es más fuerte y ocasionan problemas para las actividades cotidianas:

"Ay mija… ya lo traes cuando ya se está muriéndose, esa mal costumbre tienen!, que cuando se están muriendo ya viene… y mira nada más... ya vienes bien enfermo…" (Participante G)

Las participantes mencionan que la salud de los miembros de la familia corresponde a las acciones que se tomen desde casa, especialmente ocupaciones a cargo de la mujer:

".... Donde el marido se te enferma, tiene uno que buscar uno cómo ayudarlo, porque imposible dejar que se muera… (Participante M)

"Muchas veces hacemos limpieza porque pues es sano pero todo eso si no lo impiamoseso.... si nosotros no hacemos limpieza, todo eso nos infecciona, eso". (Participante S)

En cuanto al tema de salud oral, se refleja entre las asistentes una percepción relegada o quizá abandonada en cuanto a las prácticas de higiene oral y los cuidados esenciales para conservar una dentición sana; esto porque son prioritarios otros temas o condiciones, incluso antes de considerar la salud general.

Percepción de los Servidores de Salud en la Comunidad

La percepción de los servicios de salud se describe como limitada y burocrática, donde la posición del médico es percibida como el servidor público que posee los conocimientos sobre como curar las enfermedades y por lo tanto deben seguirse y no cuestionarse sus indicaciones:

"*Mira miija, las fichas ya no se dan hasta mañana… mañana a las ocho de lamañana vienes por tu ficha, ahorita no te puedo atender…" (Participante G)*

"noonoo… tú no sabes lo que yo voy hacer… tú no me vienes a mandar lo que voy hacer yo... entonces cúrate tú…. (Participante G)

La asistencia a la consulta odontológica, es otro punto que fue necesario fortalecer y que se debe continuar trabajando, ya que, entre las asistentes a este taller, se tiene el imaginario, que solo se debe acudir en caso de suma importancia:

"el clavo de olor sirve para muchas cosas, se usa para cuando duelen los muelas...se pone un clavito de olor en la muela que esta picada, pero cuando está muy picada pues eso ya no sirve" (Participante G.)

Adicional se informa sobre los beneficios antisépticos del clavo de olor en el enjuague bucal y se explica que no siempre puede servirles como un medicamento dental, o tratamiento de las caries, para lo cual se sugiere las visitas al odontólogo no solo cuando hay dolor.

Evaluación de Proceso

Para la evaluación de las actividades desarrolladas en la primera sesión se utilizó una escala Tipo Likert con apoyo de imágenes, sin embargo el material no fue el suficiente y la organización para responderlo de manera colectiva resulto confusa para las participantes, ocasionando que se guiaran por la respuesta de la persona que les antecedía.

Por esta razón, se replanteo la metodología de evaluación para cada una de las siguientes sesiones.

Fue así como en la segunda sesión, la evaluación se llevó a cabo a través de pequeñas tarjetas que tenían imágenes de los ingredientes que se necesitaron para la preparación de los remedios. Con esta finalidad, se formaron dos grupos, cada uno de ellos tenía que tomar un conjunto de imágenes, agruparlas y ordenarlas secuencialmente de acuerdo a lo que ellas consideraron necesario para llevar a cabo la realización de los remedios. Y con esto se hizo posible afianzar las propiedades y utilidad de los productos elaborados así como los beneficios que podrían ofrecer a su familia.

El trabajo realizado en la sesión tres, se evaluó con una actividad que consistía en la presentación de un cartel, donde se graficó a una comunidad realizando acciones que contaminaban su ambiente, el objetivo fue que ellas propusieran a través de dibujos algunas acciones para mejorar el manejo de la basura y algunas de ellas expresaron:

"No hay que tirar la basura así en la calle, porque el perro

se la lleva" "La podemos poner en una bolsa y cerrarla bien"

"O así como ustedes dicen, la podemos separarla, ya cuando venga el camión pues que se la lleve"

"Tratar de que nuestros animalitos no anden sueltos por el patio, porque se comen la basura y hacen del baño en cualquier lugar"

La sesión cuatro donde se tenía como eje temático la salud oral, se evaluó la técnica del cepillado dental en dos momentos; primero observando como cada una de las asistentes explicaban la práctica aprendida y el segundo momento donde se evaluó lo aprendido, fue con los niños y las niñas; antes de dar inicio a la siguiente sesión, de esta manera que se observó la manipulación del cepillo dental y la importancia de la higiene oral para el cuidado de los dientes.

En la sesión cinco donde se trabajaron aquellas enfermedades que no se ven, pero se sienten, terminando el ejercicio de imaginación guiada, las asistentes además de agradecer por los ejercicios aprendidos, expresaron que pondrán en práctica la respiración y buscaran apartarse un momento de situaciones tensas para distraerse. Estas reflexiones reflejan la comprensión de las actividades de esta sesión, a pesar de que no se logró tener un cierre, ya que imprevistos del clima hicieron que las participantes tuvieran que irse rápidamente a sus hogares.

Evaluación del resultado final del curso-taller: Socialización de los nuevos saberes.

Pese a la convocatoria constante hacia la participación de hombres para esta sesión, no se logro contar con la asistencia de ninguno de ellos.

En esta sesión asistieron cinco mujeres, de las cuales una de ellas acudía por vez primera, por lo cual las demás participantes compartieron los remedios caseros aprendidos, a partir de su elaboración y su explicación.

Una de las participantes que durante el proceso tuvo pocas intervenciones verbales, en esta ocasión fue quien demostró tener mayor conocimiento sobre los temas que se abordado a lo largo de las cinco sesiones.

Al final del taller las mujeres, expresaron su percepción de las sesiones:

"todo lo que he aprendido, lo he hecho en mi casa.... *si yo mi té para la presión no se me olvida"* (Participante M)

"y ya ahorita lo que aprendemos nosotros, pues yo si les voy a enseñar a los demás, a mis vecinas, a mis familia, a las que quieran que me pregunten, yo alguien, yo van y les explico porque es sencillo, es barato lo que se ocupa, es barato y es muy bueno... a mi me gustaría que pues siguieran viniendo" (Participante G)

Seminario: "Construyendo nuestra Red Comunitaria de Salud"

Convocatoria Comunitaria de los Servidores de Servicios en la Comunidad

Se realizaron visitas a las instituciones de educación (primaria, prescolar y telesecundaria, casa UV) y salud (Centro de Salud de la Comité), así como vistas domiciliarias a las integrantes del comité de salud con el objetivo de consensar una reunión (día, lugar y hora) para propiciar un encuentro con los diversos servidores de la comunidad.

En la primera reunión, se utilizó el perifoneo para recordar e informar a los maestros, médico y enfermera que la sesión daría inicio a las 11 del día, en el auditorio de la casa UV. En la segunda sesión, se utilizaron invitaciones impresas para todos los participantes, que fueron entregadas personalmente.

La participación de la primera sesión contó con 7 asistentes, 3 maestros de la telesecundaria y 4 personas que laboran en la casa UV. Además se contó con la participación de una de nuestras asesoras del instituto. A pesar de haber convocado a los profesores de la primaria y del jardín de niños, no se tuvo con la participación de estos debido a que tenían actividades extras además de las clases con los niños. Un asistente perteneciente a la casa de la UV mostró desinterés, entrando y saliendo del auditorio y teniendo poca participación y no asistiendo a la segunda sesión. También se contó con a asistencia de dos miembros del comité de salud, sin embargo no pudieron permanecer durante toda la sesión debido a asunto religiosos en los que participaban.

Durante esta sesión el objetivo en general fue propiciar el encuentro a partir de la socialización del diagnóstico previo. Posterior al dialogo se llevo a cabo una dinámica para dar a conocer el objetivo del encuentro. Una vez

que se dio a conocer el propósito de la red de apoyo, se motivó a que los integrantes dieran más opciones acerca de las actividades que pudieran hacer en conjunto a través de la pregunta ¿Qué mas podemos hacer? A lo cual los integrantes respondieron:

"Podemos reunirnos para hacer un proyecto de salud, que le llevemos seguimiento y evaluación de resultados y avances. También para compartir las experiencias y retomar lo positivo."

"Promoción de la salud abarcando fundamentalmente la higiene y el mejoramiento de su salud con programas de fortalecimiento y darle un seguimiento a dichos programas para que la comunidad lo tenga o mantenga como un hábito"

"Organizar cusos-talleres enfocados a la solución de problemáticas presentes en la comunidad. A través de los alumnos divulgar los aprendizajes que se generen, principalmente en sus casas y en la comunidad. Brindar apoyo y seguimiento a los proyectos que se generen."

"Conocer mas acerca de los problemas. Compartir mas directmente la información."

"Enseñar y reforzar el conocimiento y técnicas de educación primaria para la salud. Fomentar visitas con el profesional de salud."

"Realizar pláticas acerca de como solucionar los principales problemas de la comunidad. Planear y realizar actividades de seguimiento con la comunidad donde se proyecte el problema y los avances. Fomentar desde mi centro de trabajo buenos hábitos de salud."

En la segunda sesión, la cual se realizó en la telesecundaria propuesto por los maestros de esta escuela, se contó con la asistencia de dos maestras del jardín de niños (una de ellas la directora), los tres maestros de la telesecundaria, las pasantes de la casa UV y el coordinador de la casa UV.

En esta sesión quienes tuvieron mayor participación verbal fueron el coordinador de la casa UV y la directora del jardín de niños, esto puede deberse a que la mayoría de los maestros llevan poco tiempo de trabajar en la comunidad, algunos de ellos apenas llevan 6 meses trabajando ahí por lo tanto, desconocen ciertos cambios que han ocurrido. Sin embargo, dieron su opinión acerca de la situación actual de la comunidad.

Contextualización

En esta actividad se describió la situación hace 10 años y la situación actual de la comunidad con el fin de sensibilizarlos.

Temas	Hace 10 años en la comunidad (2002)	Hoy en la comunidad (2012)
Educación	Presencia de Brigadas de la Universidad.	Presencia permanente de la universidad a través del proyectoCasa UV.
	Coordinación de las actividades culturales con los tres niveles de educación.	Poca participación e integración de los tres niveles escollares en actividades culturales para la comunidad.
	Comentario Participante B: "los niños antes decían que querían trabajar en el campo o en a las blokeras"	Comentario Participante B: "los niños ahora dicen quiero ser Doctor, quiero ser maestro"
	Horario escolar, con entradas más tardes y salidas más temprano	Apertura de programas de licenciatura a través de educación a distancia Escuelas con mejor infraestructura y equipamiento
Servicios Públicos	Un solo tanque de agua para la comunidad, desinfectado con pastillas de cloro.	Dos tanques de agua que abastecen la comunidad sin calorímetros automatizados
	Vías de comunicación y acceso a la comunidad sin pavimentar	Pavimentación de la carretera hasta el parque nacional del Cofre de Perote.
	Menos horarios para los transportes colectivos	80 nuevas casas
Salud	Centro de Salud con 2 enfermeras, un médico pasante de servicio social	Centro de salud con limitado personal: un médico de servicio social y el cambio constate de enfermera.
	Situaciones de Salud: Resfriados Enfermedades Gastrointestinales Violencia hacia la mujer y los niños Brote de Hepatitis Varicela Embarazos a temprana edad	**Situaciones de Salud:** Incremento de la Diabetes Mellitus Desnutrición Gingivitis Mayor numero de extracciones dentales Embarazos a temprana edad
	Poca impartición sobre los temas de sexualidad desde las escuelas	
Cultura	Acto de violencia hacia un menor, ocasionando el retiro de apoyo (económico y solidario) comunitario por parte de las mujeres hacia la familia	Modificación de costumbres y tradiciones: menos siembra de cultivos como maíz
	Las mujeres se organizaban para el cuidado de algún miembro de la comunidad que estuviera hospitalizado	Pérdida de Solidaridad: Comentario Participante C: "pareciera que la gente prefiere salvarse con sus propios recursos" *Comentario Participante B:*"cuando los niños participan en las actividades tienden a preguntar: ¿pero que me vas a dar?"*
Proyectos Comunitario	Programa de Capacitación de parteras y adaptación de la Casa Cuna, como un espacio para el alumbramiento de bebés.	240 familias inscritas al programa de Oportunidades La Casa Cuna, es tomada como estancia para intervención de estimulación temprana para el desarrollo infantil
	Implementación de huertos familiares, que fracasaron, que la misma comunidad no continuo en el proyecto	Mayor variedad de profesionistas trabajando en la comunidad: Médico, enfermeras, maestros, biólogo, estudiantes de la universidad.
	Proyecto de crianza de truchas	Abandono del Proyecto de Truchas y de los huertos familiares

"…. por ejemplo la mayoría de las diabéticas, son personas que tiene obesidad mórbida y obesidad de segundo grado, entonces esos creo que son los problemas que yo he visto y la falta de ejercicio" Pasante de enfermería casa UV

Seguido a esta reflexión se invitó a los asistentes a pensar en una posible alternativa de solución que se pudiera llevar a cabo en poco tiempo y que vinculara la participación de los asistentes al taller, con lo cual se permitieran fortalecer tanto sus actividades cotidianas

como la red de apoyo a fin de promover acciones en beneficio de la salud de su comunidad.

A continuación se trascriben las propuestas socializadas por los equipos de trabajo:

Tarjetas Rojas

- Cambiar hábitos y actitudes
- Cambiar la mentalidad costumbres y creencias de higiene
- Voceo de temas breves
- Pláticas de prevención. Tarjetas Amarillas
- Continuar con los programas
- Actividades deportivas

- Fortalecer estos temas en Escuela de Padres
- Programas Institucionales
- Continuidad de talleres de actividad Física
- Elaboración de trípticos con visitas breves a las familias de la comunidad

Tarjetas Verdes

- Educación, continuidad y autocrítica
- Programas con énfasis en temas de educación alimentaria, hábitos de higiene, sexualidad y actividad física
- Elaboración de carteles informativos.
- Colocación de cestos de separación de basura

De todas la propuestas resultantes, se llego a la conclusión de que para dar un primer paso de trabajar en conjunto, se llevaria a cabo un programa de activación fisica para madres, vinculando acciones del personal docente del preescolar, de la telesecundaria y personal de salud de la Casa UV. Estas tres instituciones se comprometieron que los días martes y jueves realizarían sesiones de activación fisica en conjunto, convocando a madres de familias, en donde el personal de salud de la casa UV participara y dirigiera las clases de zumba o de activación física.

DISCUSIÓN

Curso-Taller: "Familia Sana, Familia Feliz"

La convocatoria a participar en el taller se planteó al público en general, pero en la marcha de los talleres se fue observando que el proyecto fue de interés para un grupo de personas (mujeres y niños), quienes motivadas asistieron continuamente las sesiones planeadas.

A pesar de contar con la asistencia y participación de un pequeño número de mujeres, y ser considerado por Werner &Bower y Bravo, un elemento que limita el trabajo de intervención, cabe señalar que lo residentes de esta comunidad suele participar de manera activa y numerosas en las actividades relacionadas con su salud siempre y cuando se ofrezca algún tipo de apoyo material o en especie (por ejemplo el apoyo brindado por parte del programa Oportunidades, como se han descrito por las trabajadoras del centro de salud de la comunidad y los prestadores de servicios social de la universidad).

Sin embargo es importante destacar que la participación de las asistentes fue de manera voluntaria, por lo cual denota un mayor interés por participar en temas relacionados con su salud y bienestar familiar, lo que permite considerar una incursión en el cuarto nivel de participación social, donde un grupo de ciudadanos interesados en su salud con la colaboración de profesionales de salud constituyen acciones en pro del bienestar.[11]

Contar con la participación de las mujeres al taller tuvo el propósito de fomentar que ellas pongan en práctica lo aprendido con su familia, lo cual es coherente con lo señalado por la UNESCO, donde la educación para la salud debe ser estrategia participativa donde se promocionen estilos de vida saludables desde el aprendizaje.[14]

Además; es ineludible poner en consideración algunos aspectos que hicieron posible o que dificultaron el ejercicio de convocatoria, entre ellos:

- Universo compartido de trabajo; la comunidad El Conejo, es un territorio, arduamente explorado por distintas instituciones y sectores; en cuanto al tema de salud, se puede citar las acciones realizadas desde el centro de salud se realizan semanalmente encuentros con los beneficiarios del programa Oportunidades y la profesional de salud pasante de Medicina, dirige pláticas informativas, razón por la cual, la población responde a estos llamados de manera condicionada y centra su atención a este tipo de programas, otorgándole un segundo plano a nuevos proyectos de salud.[10]
- Ubicación geográfica de la comunidad; la condición

geográfica y ambiental de la comunidad El Conejo, puede facilitar algunos proyectos, así como también puede problematizar otros. La extensión de su territorio, nos llevó a convocar a un grupo de potenciales asistentes a este proyecto, y a pesar de tener la voluntad de visitar sus hogares, para invitar a la comunidad a asistir, no era útil realizarlo, durante todas las sesiones, porque esto además de interferir con el tiempo planeado para el desarrollo de cada actividad, generaba un desgaste en el equipo de trabajo y no era posible realizarlo por lo extenso de la localidad. [10]

- Condiciones Sociales y culturales de la comunidad; cada comunidad tiene sus propios determinantes y según sus orígenes sociales, necesitan encontrar sus propias soluciones, que incluso van acorde a sus intereses personales. En un primer encuentro se vio la necesidad de optimizar los tiempos de la comunidad con el equipo de trabajo, a fin encontrar un proceso que camine a un mismo ritmo, pero aun así, los compromisos adquiridos previamente al desarrollo de nuestro proyecto de intervención, como las actividades diarias en su quehacer familiar, imposibilitan una convocatoria exitosa. [10]

Con el propósito de involucrar el proyecto de intervención con la identidad y las actividades de la comunidad, en la primera sesión se preguntó sobre el horario en las que las participantes podrían asistir a futuras sesiones, encontrando cierta incomodidad de una sola participante por involucrar este programa en sus actividades semanales. Recordando que la dinámica de esta estructura social se encuentra en constante movimiento e incorporar nuevas pautas de organización en sus actividades, por lo cual requiere ser planteadas al comienzo de los proyectos, con la finalidad de evitar el menor número de deserciones en el transcurso del proyecto: la participante que expresó dicha dificultad, dejo de asistir después de la segunda sesión.

De acuerdo a los niveles de participación, la comunidad de El Conejo, describe dentro del primer grado de participación en programas de salud la percepción de los servicios de salud como limitada y burocrática, en la cual los habitantes no tienen la posibilidad de influir la toma de decisiones en su salud. La literatura describe dentro del tercer nivel de participación a la comunidad como un ente con un involucramiento parcialmente activo sobre los problemas que el sector salud defina, dado que las sesiones fueron diseñadas y dirigidas casi en su totalidad por parte del equipo de profesionistas de salud11, se puede ubicar a las asistentes del curso-taller Familia Sana, Familia Feliz, en un tercer nivel de participación. Grado de participación que se fortaleció con la evaluación final, donde se logro socializar lo aprendido con sus familiares.

Perea, menciona el proceso educativo se encuentra relacionado las experiencias aprendida por cada persona, lo cual se observó en la exploración de saberes y prácticas de las mujeres del grupo, las cuales señalan de manera frecuente el uso de las plantas para atender padecimientos de los miembros de la familia, no obstante se localizó el desconocimiento de que con pocos recursos incluso con los que se cuenta en el hogar, se puede complementar una higiene oral:[13]

"...yo si no conocía el hilo dental y no sabíamos que podíamos usar el hilo de la costura para eso"

De esta manera se agregaron nuevas experiencias a fin de fortalecer y transformar hábitos saludables.

El modelo de aprendizaje de la intervención se baso en la construcción de significados y de atribuciones de sentidos cuya responsabilidad recae en el alumno, en este sentido se logró identificar que algunas mujeres no reutilizan la basura, su práctica frecuente es quemarla, no obstante al ver y practicar la reutilización de las botellas como maceteros, reflexionaron respecto a las opciones para volver a utilizarlas, una de las mujeres comento:

"...mira nosotros las tiramos siempre, de haber sabido..." (Participante Er.)

En cuanto a la percepción del proceso Salud-Enfermedad, este se crea a partir de del apoyo social, es decir a partir de la ayuda y el socorro intercambiados por medio de relaciones sociales y de transacciones interpersonales, aunados a la medicalización de dicho proceso:

"¿Qué hacen cuando un familiar se enferma?" (Equipo)

"Pos correr con el doctor que nos dé, pos así... pastilla .... Donde el marido se te enferma, tiene uno que buscar uno cómo ayudarlo, porque imposible dejar que se muera... (Participante M)

El reflejo de las prácticas y hábitos de salud oral, tiene como respuesta la prevalencia de enfermedades como la caries y la gingivitis, en los habitantes de la comunidad,

mismos señalados en Diagnóstico de Salud de la comunidad "El Conejo" municipio de Perote, Veracruz. Aunado a esto, se pueden observar las dificultades de acceder a elementos necesarios o complementarios para la higiene oral, como es el caso de las cremas dentales, los enjuagues bucales e incluso el desconocimiento de la utilidad del hilo dental.

La evaluación de un proyecto de intervención en salud, es una tarea compleja, pero necesaria de realizar, no todas las actividades realizadas y evaluadas se pueden traducir en números, razón por la que la evaluación cualitativa resulta ser una gran ayuda. Afirma Bolívar (1998) que la evaluación cualitativa: *"implica comprender una acción humana de los alumnos, exige que estos nos tengan que expresar, en primera persona los motivos, intenciones y significados vividos. La* auto interpretación de lo realizado y su expresión narrativa son constituyentes" [19]

La evaluación de resultado en este proyecto de intervención, se complementó en gran medida del proceso, o de la evaluación formativa que nos permitía sesión a sesión observar el cumplimiento de los propósitos planteados al inicio de cada taller. Para evaluar paso a paso el proceso de aprendizaje del grupo que participó en la intervención, era importante prestar cuidado no solo a la observación de las actividades realizadas en cada sesión, sino también llevar registros anecdotarios del análisis de esta observación.

Stuffebeam, definió la evaluación como "el proceso de delinear, obtener y suministrar información válida para permitir la toma de decisiones"; es así como ahora podemos decir que la evaluación nos permitió la mejora, la valoración de los puntos críticos en el proyecto así como los facilitadores del mismo. Al comienzo del proyecto se pensó hacer una evaluación al terminar las actividades de cada sesión, pero más adelante se modificó y las evaluaciones se procuraron hacer al inicio de cada taller. [19]

En este proyecto de intervención, bajo el enfoque de educación para la salud, al momento de evaluar se reflexionó y analizó:

- La capacidad de respuesta, en este punto cabe mencionar que se debe tomar en cuenta el contexto local del grupo de personas que participaron en el proceso. Esta respuesta puede estar sujeta tanto a la convocatoria como a la participación del grupo, pero con esto no queremos señalar que era imprescindible un número predecible de personas asistentes a los talleres, sino que más bien, el resultado observado en la evaluación formativa y al final, fue el aprendizaje de un grupo pequeño de personas que compartieron los saberes aprendidos que les serán útiles para favorecer su salud.
- Las herramientas metodológicas utilizadas para la evaluación fueron lo más flexibles posibles y se consideraron para cada sesión, para ello fue necesario además de pensar que tenía que estar acorde al contenido o temática abordada, el grupo de personas asistentes, sus capacidades, habilidades y destrezas en la comprensión de los contenidos.

La metodología procuro ser participativa, generando un ambiente apacible y práctico, en el sentido que los asistentes a estas sesiones interactuaban con los materiales, con los recursos facilitados y construían a través de lo experimentado lenguajes propios de aprendizaje.

La observación y el seguimiento del proceso, hizo posible una evaluación de proceso, valorando junto al resultado final el aprendizaje en el grupo de mujeres, niños y niñas.

En la evaluación final, además de valorar la consecución de los objetivos planeados en el proyecto de intervención, nos permitió hacer una crítica y reflexión sobre cuáles y cómo deben ser las intervenciones futuras. En esta etapa final y no concluyente, ya que procesos como estos deben estar en continuo actuar, se tomó en cuenta además de la participación de las asistentes al momento de colectivizar sus nuevos saberes, la percepción de lo aprendido.

Este intercambio oral generado en el grupo hizo posible reflejar, la importancia del proyecto en marcha y la necesidad apremiante de aprender sobre los cuidados de la salud, con este tipo de metodologías. Las expresiones verbales de las mujeres que asistieron a las sesiones, son certeza de que lo aprendido será practicado y que es un aprendizaje significativo o de ganancia a sus previos conocimientos y prácticas de salud.

Seminario: "Construyendo nuestra Red Comunitaria de Salud"

Si bien el concepto de organización comunitaria implica claramente que la identificación de necesidades o problemas es una tarea que compete a los grupos

pertenecientes de la comunidad, no obstante en los últimos años se ha incrementado la tendencia de la percepción sobre las comunidades como pasivas y receptoras de intervenciones en materia de salud. [7,9]

Dichas intervenciones son establecidas por agentes externos con objetivos pre- establecidos donde las necesidades y problemas de salud son identificados desde fuera de la comunidad. De esta manera los planificadores de salud continúan siendo los que establecen y organizan las acciones que dentro del marco de un programa se llevaran a cabo. Cuando la situación debería ser contraria, empezar donde se encuentra la gente, que los planificadores tengan la función propulsora que sirva de herramienta para dar paso a la iniciativa y el protagonismo de la población.[9]

La situación anterior se refleja en la comunidad "El Conejo", si bien cada habitante tiene su red social, las redes sociales que configuran a las personas en la comunidad, se establecen básicamente con los miembros más cercanos y poseen muy pocas ramificaciones hacia otros espacios sociales[12].

La situación se torna aun más difícil con los profesionales que prestan algún servicio en la comunidad, su quehacer profesional es desarrollado de manera individual, no hay vinculación de sus acciones y por lo tanto las relaciones que establecen son débiles y estrictamente formales. Esta situación es consecuencia de una serie de obstáculos:

- La mayoría de los servidores tanto del sector educativo como de salud son nuevos en la comunidad, por lo tanto el hecho de ser un agente de reciente llegada provoca que las personas se sientan ajenas a la comunidad.
- La convivencia dentro de la comunidad no garantiza que las personas se conozcan y mucho menos se organicen.
- Desinterés de los prestadores de servicios al no identificarse con la comunidad e ignorar sus necesidades.
- Si bien muchos sectores diferentes al sector salud realizan acciones en beneficio de la salud de la comunidad, esto no lo perciben así, se ha centralizado en el centro de salud las acciones de salud que benefician a la comunidad.
- Las acciones de salud se perciben solo como las que se realizan dentro del marco del programa Oportunidades y son requisito para cumplir los objetivos de éste.

Estos elementos de alguna manera influyen en la organización de los actores sociales de la comunidad, debido a la falta de permanencia dentro ella. En este sentido la rotación del personal entorpece la sostenibilidad de un proyecto, así como el vínculo dependiente entre la población y las organizaciones planificadoras de programas, ocasionan que al desparecer éstos: las intervenciones corran el riesgo de fracasar:

"No siempre estamos las mismas personas y lo que no se continúa, lo que no se le da un seguimiento pierde, pierde también su funcionalidad los médicos también del centro de salud cambian, me atrevo a decir que también vienen médicos o personas que vienen a hacer su servicio social en casa UV y cambian y no siempre son los mismos y también muchos se acercan y nos ofrecen sus servicios y al rato nos dejan a medias por que ya se fueron porque nadamas era servicio social de un año entonces un proyecto o algo no se puede aterrizar del todo eh, cuando también no hay esa continuidad no nadamas de un solo sector sino también de todos los sectores..." (Docente)

Por lo tanto, cada población tiene sus características, sus habitantes son los actores principales, los que viven, sienten, conocen sus necesidades y los que deberían encontrar sus propias soluciones a sus propios problemas. Entonces por qué sumar cada vez más agentes externos, que cumplen con objetivos institucionales para luego retirarse; lo ideal sería trabajar con las personas que viven y son parte de la comunidad, desarrollar en ellos capacidades resolutivas pero principalmente, eliminar su dependencia a las instituciones.

Werner y Bower señalan que los factores humanos, políticos y económicos (más que los técnicos) son los que muchas de las veces hacen que las actividades comunitarias fracasen o tengan éxito:

"...y que aquí bueno por ejemplo en cuanto a autoridades municipales locales también pues el apoyo no es muy grande pues entonces se hace aunque uno quiera hacer uno dos tres cosas pues no siempre se llega a un mejor término cuando no se encuentre esa respuesta de otras instancias..." (Docente)

Es importante subrayar que los servidores reconocen que la comunidad ha tenido avances y de manera individual han logrado cambios, sin embargo, señalan que las costumbres y tradiciones se han modificado, la misma comunidad se ha desarticulado y actualmente

predomina el individualismo:

"…antes, si en una familia una mujer se enfermaba, la comunidad iba a su hogar a colaborar con sus labores domésticas, o si un ejidatario se enfermaba los demás se organizaban para ayudarle a cultivar sus tierras...este sistema de solidaridad y apoyo, se ha cambiado por el sálvese quien pueda…. esa construcción del tejido social se ha perdido mucho". (Docente)

Estas mismas creencias y costumbres arraigadas son percibidas como factores que no favorecen el quehacer de los prestadores de servicios, ya que son prácticas que prevalecen y que son difíciles de cambiar.

"…pero si se ha ido mejorando un poquito aunque sea en forma milimétrica, entonces yo creo que no es porque uno no lo trabaja ósea es que cuesta trabajo cambiar la ideología de toda una comunidad ósea cosas que tienen muy arraigadas no? a veces la gente aunque uno les diga no hacen caso…" (Docente)

Así mismo, en la experiencia obtenida del trabajo de campo dentro de la comunidad, se identificó el estilo predominante en algunas instituciones como asistencialista e incluso paternalista. Lo anterior hace reflexionar acerca de, sí los profesionales son fuentes eficaces de apoyo social, generalmente las relaciones entre profesionales y personas de la comunidad suelen tener asimetrías en términos de manejo de información y autoridad, que pueden tener como resultado una atención ineficaz derivado de un entendimiento de las necesidades y deseos sin actitud comprensiva.

Bajo este contexto el enfoque de la intervención era lograr la concientización de los prestadores de servicios y personal de salud sobre la importancia de la atención a la población con enfoque de participación social, en la que se establezca el diálogo, la comprensión mutua y la sinergia entre los diferentes sectores, descentralizando el proceso, sin embargo, como anteriormente se mencionó, se requería de un periodo de tiempo mayor al establecido por lainstitución educativa (ISP) para alcanzar lo propuesto, por lo que el grado de logro de la intervención fue conseguir que se establecieran relaciones mas estrechas, pero principalmente que los prestadores de servicios percibieran que como instituciones pueden asociarse y crear un tejido de vínculos complejo y rico que les permita funcionar como red social.

Aunque el intento de trabajar en conjunto con el centro de salud era una prioridad, no se conto con la participación de la médico ni la enfermera, el exceso de trabajo fue una de las causas, sin embargo, es lamentable que al ser el eje central que debe fomentar e impulsar la participación comunitaria sea el primero en estar ausente en las actividades que también le competen.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos del proyecto de intervención se concluye que en el grupo de participante se logró la revisión y reflexión de prácticas y saberes, en torno al cuidado de su salud y el de su familia; así como nuevo aprendizaje incorporado en su actuar diario.

Así mismo se contribuyó a la integración de una red de apoyo comunitario formada por prestadores de servicios de salud y educación pertenecientes a la Casa UV y las instituciones de educación (nivel prescolar y telesecundaria) a través de la integración de equipos de trabajo con el propósito de fortalecer acciones a favor de la salud comunitaria.

Para lo cual se creó un espacio con el fin de vincular a los actores sociales de dichas instituciones y proporcionarles estrategias para la formación de una red de apoyo, cuyo objetivo fue elaborar un plan de acción a corto plazo: implementar sesiones de activación física dirigidas a madres de familia del jardín de niños, dentro de las instalaciones del telesecundaria, con colaboración de los prestadores de servicio social de la Casa UV.

Durante el proceso de intervención se detectaron factores que en algún momento obstaculizaron el desarrollo del proyecto, entre ellos:

- El limitado tiempo de trece semanas para realizar una intervención en la comunidad, aunado a su ubicación geográfica que implicaba un recorrido de hora y media y a definir un día semanal para el trabajo comunitario.

Por lo cual se realizan las siguientes recomendaciones al Instituto de Salud Pública y la Universidad Veracruzana:

- Considerar que la comunidad es dinámica, tiene su tiempo y su espacio, por lo que el acceso a los elementos favorecedores para el trabajo de intervención debe ir de la mano con la realidad de la comunidad.

- Relacionado con lo anterior, es importante que si la institución educativa quiere incorporar a los estudiantes a trabajar en una comunidad, desde la planeación deban considerarse los espacios y horarios pertinentes que permiten al estudiante trabajar de manera adecuada.

- Así mismo, es importante considerar que el trabajo en comunidad implica un proceso de reconocimiento por parte de los habitantes y de los agentes externos, proceso que requiere un tiempo considerable, por lo que una intervención comunitaria requiere de un lapso de tiempo mayor al establecido institucionalmente además de una presencia permanente.

- El enfoque multidisciplinar no implica que los estudiantes tengan habilidades para trabajar en comunidad, por lo que es importante que antes de que se incorpore a éstos al trabajo de campo, se formen competencias en los alumnos para el trabajo en comunidad y no partir del supuesto "trabajo en equipo".

- En cuanto a la Casa UV, sería favorable para ésta, la elaboración de programas específicos para los prestadores de servicio social, a fin de mantener continuidad en los proyectos previamente planteados, así mismo, su posterior evaluación podría dar un panorama de los efectos de dichos programas en la población.

- Otro aspecto importante es el trabajo continuo para el fortalecimiento de habilidades de su recurso humano para vincularse con otros actores sociales y trabajar participativamente con la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pagina del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Internet]. México, D.F. Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2011. (Consultado 2012 junio 1). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx?c=273 29&s=est

2. Hernández-Padilla E. Ramírez-Aburto N. López-Lara R. Diagnóstico de Salud de la Comunidad "El Conejo", Municipio de Perote, Veracruz: Casa universidad. Producto de los módulos: Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I. 1ª ed. México: Talleres de Documaster S. A. de C. V.; 2007. 497.

3. Reyna D, Pérez E, Patiño JT, Hernández ME, Uribe R. Diagnóstico de Salud de la comunidad "El Conejo", municipio de Perote, Veracruz.2011

4. Pagina de la Universidad Veracruzana. [Internet]. México D.F. Universidad Veracruzana; 2011. (Actualizado 2011 agosto 9; consultado 2012 junio 1). Disponible en: http://www.uv.mx/vincula/vin_social/casas/conejo.html

5. Página de la Secretaria de Educación Pública. (Internet). México D.F. Secretaria de Educación Pública; 2012(consultado 2012 Mayo 31). Disponible en: http://www.snie.sep.gob.mx/geosepv2/Search.aspx.

6. Valadez I, Alfaro N, Fausto J. El contexto de Trabajo; Metodológico y Comunitario. La Educación Popular en la aceptación del concentrado de alfalfa como enriquecimiento nutricional de los alimentos: Una experiencia de Trabajo comunitario. México: Instituto Regional de Investigación en Salud Pública; 2005. p. 78-80.

7. Sánchez, A. Introducción a la Promoción de la Salud: Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. [Internet] 1 Edición. Costa Rica. CENDEISSS. 2004. [citado 20 Abril 2012] Disponible en Internet: www.cendeisss.sa.cr/cursos/decimasegunda.pdf.

8. Bronfman M, Gleizer M. Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria. SaúdePubl. 1994; 10(1):111-22.

9. Werner D, Bower B. Aprendiendo a promover la Salud. Palo Alto, California. Editorial Fundación Hesperian; 1985.

10. Bravo Y. Importancia de la participación comunitaria en los programas de promoción a la salud. Xalapa, (Tesis de Licenciatura) Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana; 1998.

11. Madrid Cd, SemFYC, Instituto nacional de Salud Pública. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención

y participación comunitaria desde un centro de salud?. De las reflexión a las primeras intervenciones. Madrid, España.: Nueva Imprenta, S. A.; 2008.

12. Organización Panamericana de la Salud. Jóvenes: opciones y cambio. Promoción de conductas saludables en adolescentes. Washington: OPS

13. Perea Quesada, R. Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras, Madrid. Díaz de Santos. 2009.

14. Instituto de la UNESCO para la educación. Educación para la Salud. Promoción y educación para la salud. Quinta Conferencia Internacional de educación para las personas adultas. Hamburgo 1997.

15. Choque Larrauri R, Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud. Lima Perú Diciembre de 2005.

16. Núñez C. La educación popular: concepto que se define en la praxis. En Educar para transformar, transformar para educar. México: IMDEC; 1996. pp.53-63.

17. Ruiz V. Organizaciones comunitarias y gestión asociada. Una estrategia para el desarrollo d e ciudadanía emancipada. 1ra ed, Buenos Aires: Paidós, 2004. 168p

18. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables. Washington: OPS; 2006. 248p.

19. Perea Quesada,R. Educación para la Salud: Reto de nuestro tiempo. Ed. Díaz de Santos.2005

ANEXO 1

Cartas Programáticas:

Curso- Taller: Familia Sana, Familia Feliz

"Familia Sana, Familia Feliz"

Carta Descriptiva Sesión no. 1

Lugar: Auditorio, Casa UV, El Conejo, Perote, Veracruz **Fecha:** 13 de Abril, 2012 **Hora:** 11.00

Objetivo General:

Integración del grupo con las facilitadoras del curso.

Sensibilizar sobre la importancia del cuidado de los miembros de nuestras familias.

Tema	Estrategia	Actividades	Duración	Materiales
Integración y Encuadre	Dinámica de presentación	**Bienvenida** Al entrar las (os) participantes se les entregara una tarjeta blanca para que ellas o con ayuda del equipo escriban su nombre. (gafetes): • Formar un círculo con las sillas. • En el centro del círculo habrán objetos (juguetes, utensilios de cocina, para maquillarse, revistas, libros, tijeras plumones, etc.), uno para cada integrante. • Se da la instrucción que cada persona tome un objeto con el que se identifique, que más le guste ó que le recuerde algo. • Cuando todas hayan elegido el objeto de su preferencia, deberán presentase ante el grupo respondiendo las siguientes preguntas: ¿Cómo me gusta que me llamen? ¿Por qué escogí ese objeto? (cualquier otra cosas que él o la participante desee agregar)	35 min.	• 40 tarjetas blancas • 3 mtrs. Listón • 40 seguritos dorados • 1 paq. de plumones delgados 1 paq. De plumones gruesos • 30 Sillas • 1 Mesa • 30 objetos diversos
	Exposición y Diálogo	**Encuadre** Explicar al grupo • En qué consiste el curso • Objetivo General • Temas a tratar y productos a construir. • Fechas • Horarios • Lugar • (Preguntar: ¿Cuáles temas les gustaría trabajar) • Normas: ¿qué reglas estarían dispuestas a cumplir? (Hacer una lista mínimo de 3, máximo 5) *preguntar qué pasará si hay nuevas personas que se integren a lo largo del curso.	20 min.	• 1 Rotafolio • 10 pliegos de papel bond. • Plumones gruesos 1 Cinta canela transparente
Bienestar de la Familia	Dramatización	**Familia** Integrar dos equipos (personajes: papas e hijo, centro de salud) a cada uno se le planteara una situación de enfermedad. Con apoyo de accesorios representarán, porqué se enfermó el hijo?, qué hicieron los padres para ayudarlo? y cuál fue el desenlace? En el segundo equipo el desenlace es desafortunado y el familiar muere o es internado en el hospital.	45 min	• Accesorios: sombreros, bigote falso, vendas, termómetros, cajas de medicinas.. • 30 Periqueras • 9 pliegos de papel bond (Hojas blancas de bond) • Crayolas • Colores • Lápices **papel Kraf para la cenefa de familia
	Plenaria:	Preguntar a los (as) participantes que opinan de las representaciones?		
		Proporcionar una hoja a cada integrante para que dibujen a su familia		
Cierre		Reflexiones de la importancia del bienestar de la familia.		
Notas: Solicitar a las participantes materiales para la siguiente sesión.				

Carta Descriptiva Sesión no. 2

Lugar: Auditorio, Casa UV, El Conejo, Perote, Veracruz **Fecha:** 20 de Abril, 2012 **Hora:**12.00

Objetivo General:

Identificar cuales son los remedios caseros que la comunidad utiliza para aliviarse de alguna dolencia.

Tema	Estrategia	Actividades	Duración	Materiales
Medicina Tradicional	Dinámica de integración (Evaluación de la sesión anterior)	**Bienvenida** • Previamente se cortaran 10 tarjeras con dibujos sencillos, se doblaran y se meterán en un recipiente • Cada participante debe tomara un papel; • Al desdoblarlos, deben buscar la mitad que les falta para formar la figura completa; • Cuando las parejas se hayan conformado, comentaran la tarea de la sesión 1. (5 min) • Regresan a formar un circulo y se solicite hagan 3 comentarios (mínimo) breves en relación a la actividad. *En caso de haber un nuevo participante, debe incluirse en esta dinámica y al llegar la plenaria se presentará.	15 min.	• 10 tarjetas con dibujos • Tijera Cinta adhesiva
	Práctica	Se prepararán remedios con los siguientes alimentos: papa, chayote, cilandro, limones. Lo anterior se realizará con grupos pequeños con el fin de contar con la participación de todos. El responsable de enseñar la preparación de los remedios estará al frente del grupo, las personas estarán alrededor de la misma para que aprecien la preparación. Recordar la limpieza e higiene (lavado de manos, de instrumentos a utilizar) en la preparación del remedio	60 min	• 1 racimo de cilantro • 5 limones,2 litros de agua • 1 recipiente para calentar • 2 chayotes,Aceite de olivo • 1 recipiente pequeño con tapa, 1 cuchillo,5 papasYodo en gotas
	Diálogo de Saberes	De acuerdo al número de asistentes, se pueden realizar grupos pequeños. En los cuales se preguntará: ▪ ¿Cuándo alguien de su familia se enferma, qué remedios usan para curarlo? (de qué se enferman y cómo lo cura en casa) ▪ (Si las respuestas no quedan comprendidas, pedir que las explique con más detalle) ▪ Escribir en un papel bond: cuales son las enfermedades y que remedio utilizan. Reforzar los valores de cooperación y trabajo en equipo	30 min.	• Sillas • 2 Rotafolios • 2 pliegos de papel bond • Plumones Cámara de video o grabadoras de voz.
Cierre	Tarea	Pedir a las (os) participantes que compartan el remedio casero, con algún familiar, amigo, vecino. Para la próxima sesión deben traer: Desperdicios como Cáscaras de frutas, verduras, tortillas, cáscaras de huevo, papel. Una botella vacía de refresco ó recipiente de yogurt de un litro, cazuelas viejas, cajas de leche vacías, botes de leche vacíos, cubetas, etc.	10 min	

Carta Descriptiva Sesión no. 3

Lugar: Auditorio, Casa UV, El Conejo, Perote, Veracruz **Fecha:** 27 de Abril, 2012 **Hora:** 12.00

Objetivo General:

Resignificar que la separación y utilización de los desechos orgánicos e inorgánicos previenen enfermedades.

Tema	Estrategia	Actividades	Duración	Materiales
Secuencia de Recetas (Evaluación sesión anterior)		• Con imágenes de los procedimiento de los remedios caseros que revisaron la se3sión anterior • Cada participante debe tomara una tarjeta, para realizar por equipo la secuencia de la receta que se preparó la sesión anterior. • Regresan a formar un círculo y se solicite hagan 3 comentarios (mínimo) breves en relación a la actividad. *En caso de haber un nuevo participante, debe incluirse en esta dinámica y al llegar la plenaria se presentará.	15 min.	• 15 tarjetas con dibujos
Repaso		Acomodar las sillas en forma de semi-circulo Preguntar a las (os) participantes respecto a la tarea de la sesión 1.Recoger los residuos en una bolsa	5 min.	• Sillas Bolsa para basura
Manejo de Residuos	Los residuos solidos y la salud	1. Se mostrará una lámina que ilustre un mal manejo de la basura. 2. Solicitar que se describa lo que ven y que indiquen si en su localidad se presenta algo similar, que conversen sobre la impresión que causa esta situación. 3. Pedir que se indiquen con dibujos que se les proporcionara las causas que han motivado esa situación y las consecuencias que pueda traer. 4. Al grupo pídales que indiquen igualmente con dibujos, las medidas que se deben tomar para evitar situaciones como las presentadas en la lámina. 5. Posteriormente muestre la lámina y solicite al grupo que escriba los beneficios que trae el manejo adecuado de los residuos sólidos para el ambiente y la salud. 6. Ilustre o pegue lo que los equipos escribieron en el papelógrafo los beneficios reconocidos por el grupo.	30 min.	• Papel bond • Cinta canela • Tarjetas ilustradas
Manejo de residuos solidos orgánicos	Elaboración de una composta	**Breve explicación:** Empleando un papel bond que ilustre una composta se explicará: • ¿Qué es una composta? • ¿Para qué sirve? • Ventajas de una composta Mediante el empleo de carteles ilustrados, se elaborará una composta con la participación de los integrantes del taller. Elaboración de Composta	40 min.	• Papel bond • Tarjetas ilustradas • Cinta canela • Hojas blancas • Reja o cubetas • Caja de cartón grande • Tierra de monte • Residuos orgánicos, en trozos de menos de 5 cm
Manejo de residuos solidos inorgánicos	Actividad Reciclaje	**Breve explicación:** • ¿Qué es el reciclaje? • Nosotros no reciclamos, REUTILIZAMOS • Ventajas de reutilizar • Preguntar a los participantes que con el objeto que trajeron ¿Como los pueden reutilizar? • Escuchar lluvia de ideas • Mostrar fotos de objetos que se pueden reutilizan Realizar actividad de reutilización, elaboración de maceteros con botellas, botes, latas, cajas de cartón, tubos, cubetas. Decoración de macetas recicladas, que serán utilizadas para el cultivo de plantas medicinales. Mostrar fotos de Jardín colgante Proponer hacer un jardín colgante con las macetas de los participantes en la casa UV	30 min	• Objetos que los participantes lleven para reutilizar • Botellas • Pintura • Tela • Brochas • Martillo • Clavos

Carta Descriptiva Sesión no. 4

Lugar: Auditorio, Casa UV, El Conejo, Perote, Veracruz **Fecha:** 4 de Mayo, 2012 **Hora:** 12.00

Objetivo General:

Aprender de manera participativa, que implique la reflexión sobre sus prácticas para la salud oral y el uso de las plantas medicinales como complemento.

Tema	Estrategia	Actividades	Duración	Materiales
Cultivos de plantas	Iniciación	Después de la bienvenida a los asistentes, se les invita a reforzar lo trabajado en la sesión anterior, esto apoyándonos de ilustraciones y gráficos.	15 min	• Rotafolio • Plumones • Papel bond con los dibujos de las plantas que se van a trasplantar (solo dibujo y nombre) • Plantas medicinales • Palas de jardinería o cucharas de plástico grandes • Macetas • Tierra • Rollo de servilletas
	Práctica	Formar un círculo alrededor de una mesa con plantas medicinales en macetas, (especialmente manzanilla). ▪ Explicar las propiedades curativas de las plantas y cómo deben cuidarse las plantas, para esto se utilizaran dibujos, donde se esquematizará el proceso de crecimiento de la planta del Fríjol. Al respaldo de cada figura se encuentran los pasos que deben seguirse para el cepillado dental, que nos servirán, más adelante para dar inicio a la explicación de la correcta técnica de cepillado dental. ▪ Conversatorio sobre cómo, siembra sus plantas. ▪ Trasplante de las plantas.	25 min	
Plantas medicinales y Salud oral		• Una vez trasplantada la manzanilla, se explicará sus usos en la medicina tradicional y se enfatizará en la terapia de la salud bucal. • También se hará énfasis en la medicina tradicional, como un complemento para la atención odontológica y complemento de la higiene oral. • Las participantes en torno a la mesa, observaran como se realiza la infusión de manzanilla y menta, la cual podrá utilizarse como enjuague bucal para el control de extracciones dentarias, y el cuidado de las encías.	20min	• Flores de Manzanilla,Hojas de menta,Agua • Estufa,Olla para la preparación • Vaso, Recipiente para contener el enjuague bucal.
Higiene Oral	Práctica	• Un vez, se haya explicado la preparación de la infusión con manzanilla, se les recordará que es una medicina complementaria para el cuidado bucal, por tanto, además de explicarles, la correcta técnica de cepillado dental, se les explicara la importancia de la salud oral. • Para esto; nos organizaremos en cuatro grupos y cada facilitadora, con ayuda del macromodelo dental, explicará a las(os) asistentes el correcto cepillado de los dientes, así como también el uso del hilo dental. • Después de observar, al menos una asistente les explicará a las demás la técnica aprendida. Se les escuchará la manera en que cepillan sus dientes y si lo enseñado, es diferente. • Cierre; con el fin de fortalecer lo aprendido se armará un rompecabezas con los pasos que deben seguirse para el cepillado dental, estas imágenes se encontrarán al respaldo del rompecabezas inicial, donde se ilustró el crecimiento de la planta. Se enseñará el uso del hilo de coser, como remplazo al hilo dental y del bicarbonato como pasta dental.	30min	• Macromodelos dentales con cepillo de dientes • **Opcional:** Cepillos de dientes, pasta dental para las participantes. • Agua • Cubeta • Hilo dental ó hilo de costura • Bicarbotano de sodio
Tarea		Practicar en casa lo aprendido, la tarea será explicar en casa el cepillado dental a un menor. Y continuar con el cuidado de la planta que llevaron a su casa		

Carta Descriptiva Sesión no. 5

Lugar: Auditorio, Casa UV, El Conejo, Perote, Veracruz **Fecha:** 11 de Mayo, 2012 **Hora:** 12.00

Objetivo General:

Complementar el repertorio de técnicas para afrontar situaciones estresantes o de angustia, a través de técnicas cognitivas-conductuales como ejercicios de relajación.

Tema	Estrategia	Actividades	Duración	Materiales
Enfermedades que no se ven pero que si se sienten.		Bienvenida, y preguntar cómo va el proceso de la composta en casa y la planta que están cultivando.	5 min	
	Dialogo de Saberes	Formar un círculo en con las sillas, donde se explique el objetivo de la sesión, así como recordar la confidencialidad de las actividades que se realicen en este espacio. Ejemplificar situaciones en las cuales se permee que las emociones, situaciones preocupantes, pueden ocasionarnos un dolor del cual poco se comparte con los demás.	20-30 min.	• Bocinas • Música de relajación • Velas aromáticas • Incienso • Colchonetas
	Ejercicios de Respiración	Instrucciones: Imagina que eres una gran tortuga (animal preferido) Dentro de unos instantes podrás respirar como uno de esos animales…Toma aire inhalando profundamente y contén la respiración un instante. Abre los labios y exhala despacio, muy despacio como haciendo un suave silbido…	30 min.	
	Ejercicio de tensión y distensión de musculosa	Instrucciones: Colocarse en una posición cómoda; cada vez que inhale debe tensar la parte del cuerpo que una a una se le indique (pies, pantorrillas, piernas, abdomen, brazos, manos, hombros, cuello, cara…), y al exhalar, de manera paulatina relaje la parte del cuerpo que estaba tensando.		
		√ Dinámica: Tu lugar preferido:	40 min.	
	Imaginación Guiada	• Imagina tu sitio preferido en casa • ¿Qué es lo que más te gusta de ese lugar? • Ahora imagina un lugar cualquiera que te guste en la naturaleza. Ve con la fantasía a donde quieras pasar tus vacaciones. ¿cómo es ese lugar? ¿Hay árboles, prados, un bosque? ¿cómo es el terreno? ¿Hay cerca?¿El paisajes es plano ó tiene montañas y colinas? ¿Hay casa den los alrededores? Adorna como quieras este lugar…. • ¿Qué colores te gustaría ver en él? • Ahora imagínate lo que podrías hacer allí ¿Con que te divertirías?... Cuándo en aquel lugar brilla el sol, lo notas en tu cara y ves que en ese sitio tan particular eres feliz. • Voy a guarda silencio para que disfrutes en paz de tu lugar preferido y lo grabes en tu mente…. • Recuerda que podrás imaginar tu lugar favorito siempre que quieras., que te sientas cansado, inquieto o preocupado, cuando quieras relajarte o sentirte mejor, podrás recostarte o apoyarte hacia atrás en alguna parte y volver con la mente al lugar que acabas de imaginar. Voy a contar progresivamente del 5 al 1 y cuando llegue al 1 abrirás tus ojos		
Cierre	Dialogo de Saberes	Formar un círculo con las participantes, preguntar: ¿qué les pareció la sesión de hoy?, ¿cómo pueden ponerlas en práctica en casa y poder compartirlas?	30 min.	

Carta Descriptiva Sesión no.6

Lugar: Auditorio, Casa UV, El Conejo, Perote, Veracruz **Fecha:** 20 de Mayo, 2012 **Hora: 12.00**
Objetivo: evaluación final del taller :Familia sana, familia feliz.

Tema	Estrategia	Actividades	Duración	Materiales
Bienvenida	Dinámica grupal	Dinámica de integración y sensibilización del grupo. Se organiza el grupo en semicírculo y se emplean tarjetas ilustradas con diferentes situaciones donde se observaba la participación de los hombres en las actividades relacionadas con salud.	30 minutos	Tarjetas ilustradas
Socialización de los saberes	Práctica y diálogo de saberes	Se organizaran las mujeres para que cada una de ellas prepare uno de los remedios realizados en las sesiones anteriores y a su vez, que cada una de ellas comente cuál es la utilidad o qué beneficio le traerá esa práctica. Además reflexionaran sobre las temáticas abordadas en cada sesión, con la finalidad de valorar el aprendizaje nuevo, con sus saberes anteriores.	1 hora	• 1 racimo de cilantro • 5 limones,2 litros de agua • 1 recipiente para calentar • 2 chayotes,Aceite de olivo Recipientes pequeños con tapa, cuchillos. • Papas Yodo en gotas • Hojas de menta, hierbabuena y manzanilla
Cierre de Taller	Diálogo	Se realizan entrevistas individuales, con el objetivo de saber la opinión que merece el taller y que beneficios en el cuidado de su salud tiene para cada una de ellas Se agradece a todas las asistentes el interés y la participación en cada una de las sesiones desarrolladas.		

ANEXO 2

CARTAS PROGRAMÁTICAS:

Seminario: Construyendo nuestra Red Comunitaria de aprendizaje para la Salud
"Construyendo nuestra red Comunitaria de aprendizaje para la Salud"
Carta Descriptiva Seminario 1.
Lugar: Auditorio, Casa Uv, El Conejo, Perote, Veracruz **Fecha:** Mayo 2012 **Hora:** 12.00
Objetivo General:
Conformar una red para la salud de la comunidad.

Tema	Estrategia	Actividades	Duración	Materiales
Integración y Encuadre	Dinámica de Presentación	**Bienvenida** Al entrar las (os) participantes el entregara una tarjeta blanca para que ellas o con ayuda del equipo escriban su nombre. (Gafetes). Sentados en círculo, cada uno dirá su nombre y que es lo que más le guste hacer.	10 min.	• 30 tarjetas blancas • 2 mtrs. Listón • 30 seguritos dorados 1 paq. De plumones gruesos
	Dinámica de Integración	• Formar dos equipos. • A cada grupo se le proporciona un jenga, ellos elegirán a una persona para armarlo, él cual deberá tener los ojos vendados y el resto del grupo no podrá hablar. • Termina el equipo que logre ocupar todas las piezas al formar una torre sólida y uniforme. • Al fin del tiempo, un facilitador pasara a revisar cual es la torre que no se derrumba.	15 min.	• 2 Jenga • Pañuelo Cronometro
	Exposición y Diálogo	**Encuadre** Explicar al grupo • En qué consiste el curso • Objetivo General • Temas a tratar y productos a construir. • Fechas, Horarios, Lugar, Normas: ¿qué reglas estarían dispuestas ha cumplir? (Hacer una lista mínimo de 3, máximo 5) • Presentar la técnica Árbol de problemas	20 min.	• 1 Rotafolio • 10 pliegos de papel bond. • Plumones gruesos • 1 Cinta canela transparente • Papel crepé
Red de aprendizaje para la salud comunitaria.	Periódico Mural	**Tema:** el objetivo de esta sesión es darles a conocer a los integrantes el motivo por el cual es importante crear una red de apoyo que, es darles a conocer cómo juntos pueden crear una red de aprendizaje para la salud comunitaria. La dinámica consiste en colocar 2 pliegos de papel bond en la pared, en el centro del papel bond estará dibujado un grupo de personas, simulando el grupo que está participando. A cada miembro se le dará una ficha ilustrada con representantes de la comunidad: niños, partera, trabajadores, mujeres, profesionales de la salud, entre otros A través de la explicación se irán colocando en el mural las fichas, de acuerdo a la explicación que la facilitadora y el mismo grupo responde al hablar de la red para la salud. Al terminar el mural y la explicación se reflexionará sobre la importancia de la red de apoyo comunitario.	45 min	• 2 pliegos de papel blanco • Plumones • Fichas con imágenes impresas Cinta adhesiva

Carta Descriptiva Seminario 2.

Lugar: Auditorio, Casa UV, El Conejo, Perote, Veracruz **Fecha:** 17 de Mayo 2012 **Hora:** 11.30

Objetivo General:

Conocer y analizar la evolución de la salud comunitaria, así como identificar los principales determinantes del proceso salud-enfermedad

Tema	Estrategia	Actividades	Duración	Materiales
Trabajo en Equipo	Dinámica de Integración	Formar tres equipos. Entregar un sobre a cada equipo, con los mismos materiales pero no con la misma cantidad. Las instrucciones son: Hacer un cuadrado de10 X 10 cm Formar una bandera con tres colores diferentes, con medidas de 15 X10 cm, con un hasta de 10 cm. Armar una cadena de papel con cinco colores diferentes. Gana el primer equipo en terminar y con buena calidad en la construcción de los elementos.	15 min.	Sobres de papel Tijeras Regla Pegamentos Papel lustre de colores
La salud Comunitaria: olución y situación actual en la comunidad	Dinámica de reflexión.	Papel bond dividido en dos columnas, una corresponde al año 2005 y otra correspondiente al año 2012. Ilustrar por frecuencia de aparición (importancia) en la columna 2005 las enfermedades que se presentaban en la comunidad en ese año. Mediante tarjetas ilustradas con enfermedades, los participantes pondrán qué enfermedades se presentan en el año actual por orden de importancia. Reflexionar por que se presentan esas enfermedades y la frecuencia con que se presentan. Con plumones escribir a lado de cada enfermedad las causas que originan la aparición de esa enfermedad	30 min.	• Papel bond • Tarjetas ilustradas • Plumones Cinta canela
	Modelo de creencias en salud	Con la dinámica anterior, cada quien escribirá tendrá una hoja dividida en dos, en una columna se dibujará la persona y en la otra columna dibujará su comunidad. En una columna escribirá ante que enfermedades es vulnerable y a su vez en la otra columna escribirá a que enfermedades es la comunidad vulnerable. No importa si escribe enfermedades que no se hayan contemplado en la dinámica anterior. De las enfermedades que anoto, escribir cual es la que consideran más grave tanto para sí misma como para la comunidad. En grupo cada persona explicara lo que escribió y los demás escucharan Una vez que la persona termine, otra le propondrá medidas de prevención tanto para la enfermedad individual como para las enfermedades de la comunidad. Una vez propuestas las medidas de prevención la misma u otra persona tendrá que decir cómo llevar a cabo esas medidas de prevención. Hacer lo anterior con las personas que quieran participar Reflexionar: vale la pena realizar las medidas de prevención para evitar el contagio de una enfermedad o su aparición pese a las características que dicha medida implica. Reflexionar en grupo las medidas preventivas que pueden llevar a cabo en la comunidad	50 min	• Hojas de papel • Plumones
Priorización		Se conformaran 2 equipos, se les entregarán hojas de colores (verde-más fácil de realizar, amarillo-menor dificultades realizar, rojo-propuestas más difíciles de realizar), con la finalidad de que escriban las propuestas de prevención de las enfermedades. Socializar ante los participantes las medidas escritas en las hojas. De acuerdo a los colores, se realizará un análisis sobre cuáles son las propuestas más fáciles de realizar.	30 min	• Hojas de colores (verde, amarillo, rojo). • Plumones • 1 pliego papel bond Cinta adhesiva

ANEXO 3

TRÍPTICOS Y FOLLETOS

Medicina complementaria

Los enjuagues bucales con la infusión de Manzanilla; ayudan a reducir la inflamación o hinchazón de las mejillas y de las encías, después de las extracciones dentarias y favorecen a que las encías sanen más rápido.

Los enjuagues bucales con el té de Salvia ayudan a sanar pequeñas lesiones como las llagas, que aparecen dentro de la boca.

Las manzanas verdes y el apio también previenen la inflamación e infecciones de las encías, su consumo después de la comida ayuda a limpiar los dientes.

La hierbabuena, ayuda a disminuir los malestares digestivos, como los cólicos infantiles, esta planta además es aromática así es que ayuda a tener un buen aliento.

Cuidado de la salud oral para la familia

Tecnica de cepillado dental

Como cuidamos nuestra salud oral

Cuidar nuestra salud oral evita que se enfermen los dientes y las encias; de esta manera evitamos perder los dientes a una temprana edad.

Para el cuidado de la salud oral es importante:

- Cepillarse los dientes tres veces en el dia.
- Complementar la higiene oral con un enjuague bucal y el hilo dental o hilo de coser.
- Visitar al dentista cada seis meses.
- Evitar el alto consume de azucares, de dulces o de bebidas azucaradas.

Tecnica de cepillado dental

Las caras extemas de los dientes de arriba se cepillan hacia abajo. Y los dientes de abajo se cepillan hacia arriba.

Las caras internas de los dientes tambien se deben cepillar, de la misma manera.

Las muelitas que estan atras se cepillan hacienda circulos, tanto las muelitas de arriba como las de abajo.

Despues de cepillar los dientes es importante usar el hilo dental. Este se puede reemplazar por el hilc de costura.

No olvide que ademas de cepillar los dientes, debe cepillar la lengua, con esto pueden evitarse enfermedades de la garganta.

Preparaci6n del enjuague bucalcasero

Ingredientes:

- Una ramita de hojas de menta
- Una ramita de hojas de manzanilla
- Un clava de olor
- Una taza de agua

Para preparar este enjuague bucal se debe preparar un te con los ingredientes. de la siguiente manera: se pone la taza de agua a hervir y se at'iaden las hojas de manzanilla . de menta y un clava de olor. Se deja hervir durante 10 minutes y despues se deja reposar hasta que enfrie y cuela elpreparado.

Para emplear1a, simplemente tienes que hacer gargaras o buches, empleandolo dos o tres veces aldla.

La combinaci6n de estos ingredientes favorecen la salud bucal. La manzanilla ayuda al cuidado de las encias. La menta proporciona un aliento fresco y el clavo de olor ademas de dar1e un sabor agradable, sirve para aliviar algunas molestias de las encias.

ANEXO 4

Po.sos *po.m pv-epo.vo.v CoVV\posto.*

Paso 1-.

Almacenar, desperdicios de comida durante unos dias, asi como restos de hierba, entre otros.

Paso 2.

Todo los desperdicios son picados en trozos pequenos

Paso 3.

En una reja, una caja o un recipiente amplio poner una capa de tierra o de hojas secas, madera.

Paso 4.

Despues, poner los desperdicios bien distribuidos en la reja por todos lados.

Paso s.

La mezcla de revuelve una vez por semana y cuide que siempre este humeda. Si hace mucho frio se tapa la reja con plastico pero se le hacen orificios para que le entre aire.

t,C6Wlo USO Wli coWlposta?

Para los maceteros se pone un puno de composta y tres punos de tierra para plantas.

Prob(eWl.as con. (a coWlposta y so(ucion.es

Problema	Causa	Soluci6n
Malolor	-Falta de aire -La composta tiene mucha agua -La composta tiene muchos desperdicios -Nose ha revuelto bien	Revuelva bien Agregue tierra
La composta esta seca	Falta de agua	Agregue agua
La composta tiene moscas	Las moscas son por los desperdicios	Agregue tierra y hojas secas tapando los

COMPOSTA CASERA

Pasos para hacer una composta en el hogar

Composta casera

t,Que es ul'\a coMposta?

Es un abono natural, que se hace con cascaras de frutas, verduras, sobrantes de carton, madera, pasto y hojas secas.

i,Y ,Ya que nice Mi CoMposta que pasa col'\ (os desperdicios?

Los desperdicios se van descomponiendo por que diferentes anima-

degradan y digieren los desperdicios que puse en la composta

j,Porque na90 Ul'\a CoMposta?

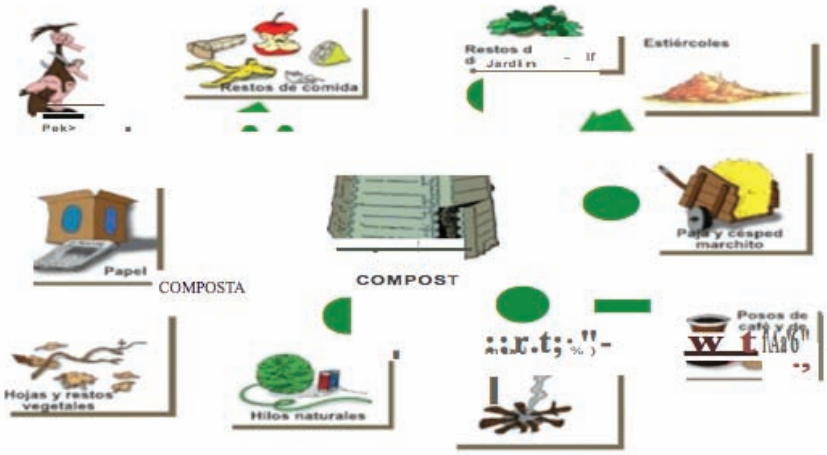
-Por que podemos volver a utilizar los desperdicios.

-Sirve para abonar nuestras plantas y cultivos.

-Mantenemos limpios nuestros hogares separando la basura y volviendola a utilizar.

j,COW\0 se nace (a CoMposta?

Hacer la composta es como cocinar, donde los ingredientes son:



i.Que desper-dicios NO utifi:z.ar-?

j,CuO.I'\do esta (ista Mr coMposta para usarse para Mis pfal'\tas?

La composta esta lista cuando:

-No huele mucho.

-Cuando el desperdicio ya desaparecio y toda la composta es de color cafe oscuro.

-Al tocarla tierra de la composta no esta caliente.

ANEXO 4

ILUSTRACIONES

Ilustración 2 Carteles empleados para convocar al Taller "Familia Sana, Familia Feliz"

Ilustración 3 Convocatoria personal al Taller "Familia Sana, Familia Feliz"

Ilustración 4 Sesión I: "Familia Sana, Familia Feliz"

Ilustración 5 Sesión II: El uso de remedios caseros y plantas medicinales

Ilustración 6 Sesión III: Manejo de residuos sólidos

Ilustración 7 Sesión 4: Salud oral

Ilustración 8 Participantes del Taller "Familia Sana, Familia Feliz"

Ilustración 9 Primera Sesión con los prestadores de servicios de la comunidad

Ilustración 10 Segunda Sesión con los prestadores de servicios de la comunidad

TALLER DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA PERSONAL DE PRIMER CONTACTO CON EL USUARIO EXTERNO EN EL HOSPITAL REGIONAL "DR. LUIS F. NACHÓN"

Ma. Concepción Arrazate García Rosalía Hernández Cano Alejandro Loya Jiménez Monserrat Macías Carballo Perla Melgarejo Bibiano

Asesores internos: MSP. Crescencio Norberto Galván Valentín, *Dr. Gabriel Riande Juárez*
Asesor externo: Dra. Olga Adriana Flores Lomán

RESUMEN

El presente proyecto de intervención se dirigió a personal de primer contacto con el usuario externo en el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" (HRLFN). **El objetivo**: fue contribuir para la mejora del clima organizacional en el personal de primer contacto con el usuario externo del HRLFN, fortaleciendo la comunicación y organización laboral mediante la aplicación de un taller. **Metodología**: el estudio se realizó en dos fases; la primera consistió en realizar un diagnóstico situacional del cual se seleccionó el problema a intervenir a partir de los resultados obtenidos. En la segunda fase se planeó y se llevó a cabo para su resolución un "Taller de capacitación, motivación y sensibilización para personal de primer contacto con el usuario externo". La base teórica que fundamenta esta intervención parte de la Teoría del Clima Organizacional, de la Comunicación Organizacional y Teoría General de Sistemas, estos conocimientos permiten identificar al trabajador como un ser integrado por diversas esferas que inciden directamente en su desempeño laboral. Se utilizaron estrategias comunicativas y educacionales, cada sesión fue estructurada con base en la Teoría Gestalt para el trabajo de grupos. **Resultados:** Participaron 19 personas de las cuales 18 fueron mujeres y un hombre, el promedio de edad fue de 46.2 años, el área de trabajo social presentó mayor asistencia (73.7%), el 52.6% de los asistentes eran personal de base, respecto de la antigüedad laboral el 21.1% tenía entre 11 y 15 años de labor. La principal motivación de los asistentes para efectuar su trabajo es de tipo personal. El nivel de conocimientos sobre las carpetas de procedimientos varió de un 60 al 80% de desconocimiento, al mostrar estas carpetas los participantes se dieron cuenta que no las conocían y que los procedimientos descritos en estas no se encontraban acorde con lo que ellos hacen. La satisfacción respecto con la actual organización del área laboral varió de un 43% en la pre-evaluación y paso a 70% en la post-evaluación. Se recomienda implementar un programa de capacitación permanente para el personal de primer contacto con el usuario externo.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de intervención partió del interés sobre el conocimiento de las situaciones problemáticas organizacionales que afectan al personal de primer contacto en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón"; trabajadores que constituyen uno de los personales con menor oportunidad de capacitación, a sabiendas que son el personal que convive con las problemáticas de los usuarios externos, provocando de esta manera problemas en el clima organizacional.

La base teórica que fundamenta esta intervención parte de la teoría del clima organizacional, de la comunicación organizacional y teoría general de sistemas, estos conocimientos permiten identificar al trabajador como un ser integrado por diversas esferas que inciden directamente en su desempeño laboral. La teoría general de sistemas entiende al grupo de trabajadores como un sistema altamente relacionado y cada uno forma parte de otros sistemas; por otra parte, el clima organizacional determina la forma en que una persona percibe su desempeño laboral, su rendimiento, su eficacia, su satisfacción, entre otras; y, la comunicación organizacional se encarga del estudio de la comunicación social en las organizaciones así como el intercambio de expresiones entre actores. Además facilita el intercambio de datos codificados y decodificados por los actores-agentes sociales, la reproducción de conocimientos a propósito del acontecer social y material que compromete a la organización, que en este caso es mejorar la atención

que proporcionan al usuario externo a partir de mejorar las condiciones laborales, pues un trabajador contento es un trabajador más productivo.

El desarrollo de este proyecto de intervención en salud pública consiste en mejorar y disminuir los problemas identificados por los profesionales de salud que han tenido la oportunidad de ser partícipes en la recolección de información, con el fin de optimizar los procesos y así mejorar el clima organizacional. Este procedimiento está justificado metodológicamente a partir de la identificación del área de oportunidad, la evidencia empírica y el sondeo de los prestadores de servicio de la unidad de salud.

En aras de provocar un cambio en el clima organizacional, el equipo de trabajo construyó para esta intervención el "Taller de capacitación, motivación y sensibilización para personal de primer contacto con el usuario externo", en respuesta a los problemas de clima organizacional presente en los usuarios internos y así mejorar la situación laboral en que se desempeñan. Los temas que se trataron fueron: sensibilización, motivación, resolución de conflictos y la revisión de las carpetas de gestión de calidad.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.

Descripción del área de oportunidad.

El sistema de salud en México

El Sistema de Salud en México comprende dos sectores: el público (instituciones de seguridad social y las instituciones que atienden a población sin seguridad social)1 y el privado (compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados). Un fragmento del sector público son las instituciones de seguridad social, como lo son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR). Cabe mencionar que dichas instituciones además de proporcionar servicios de salud también comprenden prestaciones para sus derechohabientes tales como pensión, vivienda, guardería, créditos, gastos funerarios, entre muchos otros.

Las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social son la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA), el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) y el Seguro Popular de Salud (SPS). La población que acude a los SSA y SESA recibe beneficios muy heterogéneos: ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones en las grandes ciudades. Estos servicios son financiados con recursos del gobierno federal y estatal.

Según datos del INEGI1 en el año 2010, 72 millones 514 mil 513 habitantes contaban con derechohabiencia a servicios de salud, siendo el IMSS la institución que mayor población captaba (35 millones 380 mil 021 habitantes) para el mismo año, se tenían contabilizadas 38 millones 020 mil 372 personas sin derechohabiencia a servicios de salud.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB aumentó de 5.1% en 2000 a 5.9% en 2008. "Sucedió lo mismo con el gasto per cápita en salud, que pasó de dólares paridad de poder adquisitivo (US$ppp) 508 en 2000 a US$ppp 890 en 2008. El gasto en salud como porcentaje del PIB está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo de lo que dedican a la salud países como Argentina (9.8%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8.1%) y Uruguay (8.2%)."2 De la misma forma, en el año 2008 el gasto público en salud representó 46.7% del gasto total en salud. "En 2008 el gasto público en salud ascendió a 330 339 millones de pesos (alrededor de 30 mil millones de dólares). La mayor parte de este gasto correspondió a la SSA (45.2%), seguida del IMSS (42%) y el ISSSTE (9.7%). El gasto público per cápita en salud ascendió en 2007 a US$ppp 415.14." No obstante, son marcadas las diferencias entre poblaciones. El gasto público per cápita en salud en población con seguridad social es todavía mayor que el gasto público per cápita en población sin seguridad social.

Según cifras del año 2007, en México existían 23 mil 858 unidades de salud sin considerar los consultorios privados; 4 mil 354 eran hospitales y el restante unidades de atención ambulatoria; de estos, 182 son públicos y 3172 privados. El sector público cuenta con 79 mil 643 camas. Cifra que arroja una razón de 0.75 camas por cada 1000 habitantes, siendo que la OMS recomienda una cama por cada 1000 habitantes. El 67% de las 19 mil unidades públicas de atención ambulatoria pertenece a los SESA.

En cuanto a recursos humanos la tasa de médicos por 1000 habitantes a nivel nacional es de 1.85, el promedio de los países de la OCDE es de 3.0.La tasa de enfermeras es de 2.2 por cada 1000 habitantes, la de la OCDE es de

Las instituciones públicas cuentan con más de 650 000 trabajadores de la salud.

Entre los principales problemas del sistema de salud en México es mejorar la distribución de los recursos públicos entre los estados, esto acompañado de una reforma fiscal. También es importante buscar alternativas para fortalecer la integración de los servicios de salud[ab] para que de esta manera se garantice un paquete de beneficios común a todas las personas y así cumplir el derecho universal e igualitario a la protección de la salud.[2]

Servicios de salud de Veracruz

En el Manual de Organización Específico de la Secretaría de Salud de Veracruz4 menciona que en el año de 1943 se expidió el Decreto Presidencial que creaba la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el caso del Estado de Veracruz, se fusionan la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad Pública para dar origen a los Servicios Coordinados de Salud Pública. Inicialmente, los establecimientos de diversas categorías que operaban en el estado eran normalizados y supervisados por desde el nivel central. En el año 1964 los 99 centros de salud que atendían a la población veracruzana fueron organizados en cinco distritos sanitarios: Tuxpan, Xalapa, Córdoba, Veracruz y Coatzacoalcos. Para 1970 esta organización se modificó en 17 Jurisdicciones Sanitarias en las que operan los mismos 99 centros de salud. En el año 1971 se cuenta con 19 Jurisdicciones Sanitarias y 103 establecimientos. Durante el periodo 1976- 1982, los servicios se fusionaron en 9 Jurisdicciones Sanitarias con 141 establecimientos. En el año 1981 se firma el Acuerdo de Desconcentración en el cual se distribuyen las competencias en materia sanitaria entre la Federación y los Estados, se enfatiza la concurrencia de los municipios. Se le otorgan más atribuciones a los Servicios Coordinados para que sean órganos administrativos desconcentrados, con autonomía técnica y solvencia económica.

Entre los años de 1982 a 1984, los Servicios Coordinados adoptan una estructura organizacional conformada por 26 órganos directivos en el nivel central que se conforma de la siguiente manera: 1 jefatura de servicios, 5 subjefaturas, una Contraloría Interna, una Unidad de Integración Programática y 18 Departamentos. En 1982 se reorganizan las Jurisdicciones Sanitarias de la siguiente manera: I Pánuco, II Tuxpan, III Poza Rica, IV Martínez de la Torre, V Xalapa, VI Córdoba, VII Orizaba, VIII Veracruz, IX Cosamaloapan, X San Andrés Tuxtla y XI Coatzacoalcos, dicha estructura contaba con 296 establecimientos y 1384 consultorios rurales. Ya para el año de 1990 se establece una estructura integrada por 1 Dirección General, dos Direcciones de Área, seis Subdirecciones y 33 departamentos. En 1991 se cuenta con 353 unidades médicas y 1637 consultorios rurales.

Para el año 2004, los Servicios de Salud de Veracruz funcionan con una estructura orgánica que está conformada por una Dirección General, cuatro Direcciones de Área, 13 Subdirecciones, una Unidad Coordinadora del Programa de Ampliación de Cobertura, una Unidad de descentralización, 38 departamentos y 11 Jurisdicciones Sanitarias con los que operan las 707Unidades de Primer Nivel que incluye 93 Equipos de Salud Itinerantes, y 29 unidades hospitalarias.

Origen y desarrollo del Hospital regional Dr. Luís F. Nachón

El hospital nace en 1820, como una casa que ofrece atención a mujeres, además de ser albergue y centro de asistencia eclesiástico atendido por monjas[5].

En el año de 1837 deja de ofrecer sus servicios a un solo público y abre sus puertas a pacientes que fueron

---

a El actual sistema de salud y su forma de estructurarse ha acarreado como consecuencia la segmentación y la fragmentación del mismo. Entendiéndose como segmentación a la "coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos especializado en diferentes segmentos de la población". Cuando se habla de fragmentación se refiere a "la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial que favorece la presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada y no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención".[3].

b Ladrón E. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. Parte I. [Presentación de Power Point]. In press 2010. La segmentación y la fragmentación representan una serie de problemáticas para el sistema de salud,, la principal es que se condiciona el ejercicio del derecho a la salud de la población al status económico y social al que pertenece, además de que no facilita la transparencia en el uso y acceso de los recursos, dificulta la supervisión y normativa y hace más ancha y profunda la brecha en el acceso a los servicios de salud entre los ricos y pobres.

infectados por un brote de tifoidea en la región[5].

En 1858, se convierte en hospital público debido a una intervención que, Don Miguel Lerdo de Tejada, hace con respecto a la reforma que nacionalizó los bienes eclesiásticos, esto bajo el gobierno estatal del Coronel Manuel Gutiérrez Zamora y es en 1862 que toma la nomenclatura de hospital civil.

En 1956, el Lic. Marco Antonio Muñoz, gobernador del estado de Veracruz, designa al hospital con el nombre que lo conocemos hasta la actualidad, "Dr. Luís F. Nachón", en honor a un doctor del mismo nombre, quien fuera director del hospital5.

Ha consolidado su importancia como institución de salud, no solo en la región sino en todo el estado de Veracruz, de todos hospitales estatales, es el de mayor antigüedad y el segundo en la república que además de prestar servicios de salud, ha sido pilar en la formación de recursos humanos en este campo.[5]

El 7 de marzo de 1997, con fundamento en la Ley 54, se fusionan los Servicios Coordinados de Salud Pública y la Dirección General de Asistencia Pública, dando paso a la creación del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), que a partir de ese momento ha venido asumiendo progresivamente facultades, responsabilidades y control de la operación de los servicios de salud en el estado y es como el hospital pasa a formar parte de las 55 unidades actuales de segundo nivel de SESVER[6].

En el primer semestre del 2007, se llevó a cabo una reestructuración del nivel central de los SESVER, funcionando a partir de entonces con una estructura orgánica conformada por la Junta de Gobierno, la Dirección General de Servicios de Salud y seis direcciones de área, en donde se ubica la Dirección de Atención Médica, de la cual se desprende la Subdirección de Atención Hospitalaria, de la cual dependen los 55 hospitales del estado de Veracruz, entre ellos el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón".

El hospital se encuentra ubicado en la zona centro de la ciudad de Xalapa y capital de estado, en la Calle de Pedro Rendón número "1", entre las calles Alfonso Guido y Nicolás Bravo. El hospital a nivel administrativo está organizado con una dirección, dos subdirecciones, las cuales a su vez se subdividen en servicios y departamentos derivadas del área médica y administrativa.

La administración desde el nivel federal de la Secretaría de Salud así como los Servicios Coordinados de Salud a nivel estatal indican la necesidad de ofrecer servicios de salud dentro de un esquema en el que se garantice calidad en la atención con base en lo señalado por la normatividad y un enfoque a satisfacer las necesidades que el usuario requiere y ofrecerle servicios de calidad.

En el afán de responder a las políticas de salud el Hospital "Dr. Luís F. Nachón", insertó para su desarrollo con vistas a la mejora permanente de sus servicios para alcanzar estándares de calidad, en donde todos sus integrantes, líderes y empleados interactúen dentro de un marco de competitividad hacia la excelencia, por lo que a partir del año 2008 implementó un Modelo de Gestión de Calidad cómo una filosofía dentro de la cual se logran desarrollar técnicas de participación, de conocimiento y satisfacción del cliente-ciudadano, así como de aseguramiento de los procesos y sistemas de calidad implementados, mecanismo a través del cual se orienten cada uno de los esfuerzos.

La aplicación del Modelo de Gestión de Calidad en donde el eje de las acciones sea satisfacer las necesidades y expectativas del usuario y de los prestadores del servicio; el trabajo en equipo para desarrollar intervenciones para la mejora de los procesos; del impacto de los servicios hacia la sociedad; todo lo cual se consigue mediante un liderazgo que impulse de manera comprometida la política y estrategia de la unidad de salud, las alianzas y recursos y el desarrollo de procesos hacia la consecución de la excelencia en los resultados.

Es por ello que esté Modelo de Gestión de Calidad se ha implementado en este hospital mediante el desarrollo inicial de su filosofía institucional, para describir la razón de ser y hacer de esta institución médica, para lograr sus objetivos como institución y establecer mecanismos para la realización de los mismos, a continuación se describe de manera detallada.

Filosofía institucional

Misión: somos un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada con calidad, a la población que lo requiera y, en especial, a la de menor recurso económico, formando y desarrollando recursos humanos para la salud[7].

Visión: ser un hospital certificado que proporcione seguridad a sus usuarios, con una cultura organizacional

de clase mundial; formador de recursos humanos para la salud, reconocidos a nivel nacional, con sentido humano y ética, que brinden una atención médica de excelencia; a través de la generación y transmisión de conocimientos[7].

Valores: Actitud de servicio, alto sentido humano, compromiso social, comportamiento ético, excelencia, innovación continua, trabajo en equipo y sentido de pertenencia y lealtad por parte de los trabajadores[7].

Objetivo general de la institución: Como parte del Sistema Estatal de Salud, brindar servicios de salud de calidad, formar y desarrollar recursos humanos para la salud, buscando alcanzar la satisfacción del usuario y del personal del hospital, así como el sentido de pertenencia de este último[7].

Objetivos específicos de la institución

1. Cubrir al 100% los requisitos del Sistema Integral para la Calidad de los servicios de salud en la atención brindada a los usuarios.
2. Inducir y sensibilizar al puesto al 100% del personal.
3. Lograr el sentido de pertenencia del personal, mediante la motivación y el reconocimiento de logros que contribuyan al desarrollo del hospital.
4. Ampliar o actualizar los conocimientos del personal y favorecer su desarrollo humano.
5. Difundir y operar programas prioritarios de salud y académicos, dentro y fuera de la institución, como parte del Sistema Estatal de Salud.
6. Participar en la formación de recursos humanos para la salud.

Políticas del Hospital "Dr. Luís F. Nachón"[7]

1. En el Hospital "Dr. Luís F. Nachón", los pacientes y sus familiares son lo más importante para todos los trabajadores.
2. El hospital reconoce a su personal como el recurso más valioso de la organización, fomentando su desarrollo y crecimiento profesional, así como su satisfacción en el trabajo.
3. Para los trabajadores es obligatorio llevar a cabo sus actividades aplicando el código de ética, garantizando el trato humano y profesional a cada paciente.
4. En el hospital se participa activamente en la formación y desarrollo de los recursos humanos para la salud.
5. En el hospital se apoya e impulsa la participación y el desarrollo de líneas de investigación, clínica y sociomédica, para la generación del conocimiento
6. Se eficientiza el uso de los recursos humanos y materiales disponibles, manteniendo la calidad de atención al paciente
7. El personal de salud debe realizar todas sus actividades para resolver la problemática de los usuarios de manera efectiva y eficaz.
8. Los trabajadores deben conocer, tener conciencia y cumplir: el reglamento, la filosofía institucional, los objetivos y las políticas del hospital y de SESVER.
9. Los integrantes del cuerpo clínico del hospital deben contar con la certificación vigente por el consejo o colegio correspondiente.
10. Sin excepción alguna, todos los trabajadores del hospital deben portar el gafete de identificación oficial y el uniforme de acuerdo al área.
11. Se hacen las gestiones necesarias para contar con el recurso humano calificado y el equipamiento tecnológico de punta.
12. Consolidarnos como hospital de referencia local y regional del Sistema Estatal de Salud, contribuyendo a resolver la problemática de salud de la población.
13. El hospital mantendrá y desarrollará su capacidad resolutiva en áreas con experiencias exitosas, tales como:

- Patologías cardiovasculares
o Área de hemodinamia

- Tratamiento ambulatorio de insuficiencia renal crónica
- Detección y manejo del embarazo de alto riesgo
- Tratamiento y control de enfermedades crónico-degenerativas
- Manejo integral del recién nacido hasta su adolescencia
- Medicina transfusional.

14. Mantener y establecer alianzas y convenios necesarios, gestionando la utilización de los rendimientos del área privada, para coadyuvar a lograr la suficiencia económica, manteniendo la uniformidad en la calidad de la atención.

15. El hospital atiende con calidad a toda la población que demanda servicio, con énfasis en la de menor recurso económico.

En este sentido, existe una política dirigida a la calidad en la que se comprometen a implementar, aplicar y

mejorar sistemas médicos, técnicos y administrativos, para el cumplimiento de los objetivos en las áreas de asistencia, enseñanza e investigación, basada en la atención efectiva y trato digno a pacientes y familiares, lo que permite tener un Modelo de Gestión de Calidad que proyecte al hospital a un nivel de clase mundial.

Donde, la dirección general está comprometida a poner a disposición del Sistema de Gestión de Calidad los recursos necesarios para su cumplimiento, fomentar, en todos los trabajadores, la idea de que cada uno de ellos es responsable de dar calidad en su puesto de trabajo, que todo el personal conozca, cumpla y mantenga lo que establece el Sistema de Gestión de Calidad, establecer objetivos coherentes con esta política, por parte de las distintas jefaturas y tomar como referente el Modelo de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud, centrado en el usuario y basado en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales.

El hospital con sus 192 años aproximados de existencia; cuenta con tres grandes áreas de servicio para la población de responsabilidad, estas áreas son Consulta Externa, Atención de Urgencias y Hospitalización. El servicio de consulta externa, cuenta con 23 consultorios a disposición de los médicos que laboran en la institución para la atención de la población de lunes a viernes, en horario de 8:00 a 20:00 horas, ofreciéndose en los turnos matutino (M) y vespertino 2, las atenciones que se otorgan en la consulta, son de 35 especialidades, se distribuyen de la siguiente manera (Tabla 1).

Los consultorios en los que se otorga el servicio de consulta externa se distribuyen de manera desorganizada –esto se debe a los cambios estructurales del hospital que se ha ocurrido de manera gradual- la mayoría de ellos se encuentra el área destinada a este servicio (planta baja), pero el resto se distribuye en la primera y segunda planta del primer edificio y un número mínimo de estos en área privada. (Tabla 2), el número total del consultorios es de 23, en los que se distribuyen las 35 especialidades anteriormente descritas, por lo que la relación de tipos de consulta y la cantidad de consultorios es insuficiente e inadecuada para otorgar un servicio eficiente.

Tabla 1. Tipo de consultas otorgadas en la consulta externa, Xalapa, 2012

Servicios especiales	Pediatría	Cirugía	Medicina Interna	Ginecología y Obstetricia
Medicina general	Pediatría	Cirugía General	Medicina Interna	Ginecología y Obstetricia
Medicina Preventiva	Neonatología	Traumatología y Ortopedia	Neumología	Atención a mujeres vulnerables.
Clínica del Adolescente	Cirugía pediátrica	Oftalmología	Hematología	Clínica. de embarazo de alto riesgo
Clínica de Asma		Otorrinolaringología	Cardiología	Clínica. de Climaterio
Valoración por Anestesiología		Proctología	Dermatología	
Psicología		Urología	Neurocirugía	
Nutrición		Neurología		
Odontología		Cirugía Plástica Reconstructiva		
		Angiología		
		Gastroenterología		

Fuente: Elaboración propia con datos de la Coordinación de la Consulta Externa.

Tabla 2. Cantidad de consultorios ubicados por área física del Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón", Xalapa 2011.

Consultorios ubicados en planta baja	12
Consultorios en sótano A	1
Consultorios en sótano B	3
Consultorios en 1er piso	6
Consultorios en 2do piso	1
Consultorios totales :	23
Observaciones: 7 Consultorios no cubren la NOM-198 SSA1.	
Planta Baja: Clínica de Asma, Psicología	
Sótano: Diálisis Peritoneal Abdominal	
1er Piso: Anestesiología, Clínica del Adolescente y EKG.	
2do Piso: Consulta de Embarazo de Alto Riesgo.	

Fuente: Base de datos de la Coordinación de Consulta Externa del HDLFN, 2011.

En el año 2011, la coordinación de este servicio reportó 60, 244 otorgadas, por lo que la distribución el promedio de este año fue de 1 consulta/consultorio/hora por día hábil, cabe mencionar que la consulta externa solo otorga el servicio 190 días al año aproximadamente por datos históricos. (Tabla 3).

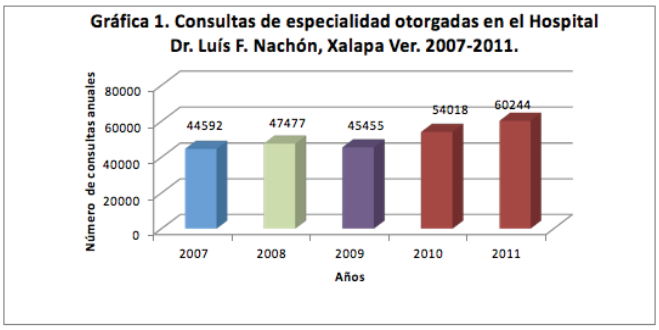
Tabla 3. Productividad de consulta externa del Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón" Xalapa 2011

No. de total de consultas	60, 244
Promedio de consultas mensuales:	5, 020
Promedio de consultas mensuales del turno matutino:	3347
Promedio de consultas mensuales del turno vespertino	1673
Promedio de consultas/día	251
Promedio consultas/consultorio/día	11
Promedio consultas/consultorio/hora	1

Fuente: Elaboración propia con datos del Departamento de Planeación Hospitalaria del HDLFN, 2012.

Estos consultorios históricamente han generado un promedio de 50, 357 consultas anuales –dato promedio del periodo de los años 2007-2011- alcanzando un 120% de cumplimiento del Programa Operativo Anual (POA) planeado por la Dirección de Atención Médica de los SESVER, a continuación se muestran los números de consulta totales por año del 2007 al 2011, que fueron otorgadas en el hospital (Gráfica 1).

Gráfica 1. Consultas de especialidad otorgadas en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2007-2011.



Fuente: Datos del departamento de planeación del hospital, elaboración propia en marzo 2012.

Para otorgar el servicio de hospitalización el Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón" cuenta con 181 camas, de las cuales son 127 camas de tipo censables y 54 no censables. El área de diagnóstico y tratamiento está conformada por los servicios de radiología, laboratorio, patología, nutrición, psicología, además cuenta con un Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, así como el importante apoyo de medicina transfusional y banco de sangre.

De los recursos humanos con los que el hospital trabaja con el fin de poder proporcionar los servicios, cuenta con una plantilla de 924 trabajadores sin contar a los trabajadores que laboran de manera eventual o suplentes, empleados de las compañías subrogadas de los SESVER para otorgar los servicios de intendencia y seguridad, ni personal becario.

Los usuarios que asisten a los servicios de consulta externa y urgencias, son referidos principalmente de acuerdo al área de responsabilidad de 46 municipios abarcados por las siguientes jurisdicciones sanitarias de Martínez de la Torre No. IV y Xalapa, Veracruz No. V; incluyendo 8 hospitales y 213 centros de salud.

Dentro Modelo de Gestión de calidad - explicado en el subtítulo anterior- , existen evaluaciones como el programa "Aval Ciudadano" el cual como mecanismo de transparencia, funge como contraloría social. Se aplican encuestas a los usuarios de las unidades médicas y a los profesionales de la salud, para conocer su sentir respecto de la calidad en la atención; se escucha a los pacientes y a las familias, y se difunden los Derechos Generales de los pacientes, promoviendo su exigencia en el cumplimiento, fomentando que las organizaciones de salud presten oídos a la voz de los usuarios. Los Avales ciudadanos realizan propuestas de mejora y establecen compromisos con los responsables de la unidad y su personal para mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud a través de la Carta Compromiso y dan seguimiento al acuerdo hasta que se le da cumplimiento.[8]

El Aval Ciudadano tiene conocimiento de los proyectos de calidad y seguridad de los pacientes que se desarrollan en la unidad. Es un ciudadano miembro de cierta organización civil que visita las unidades de salud y avala las acciones en favor del trato digno que en ellas se llevan a cabo. No son trabajadores del sector salud.[9]

Si la población participa y las acciones responden a planteamientos y demandas reales que se formulan, es posible observar una mayor eficiencia de los sistemas de salud, para adquirir el compromiso mutuo de lograr avances en la calidad de los servicios de salud.

En el año 2011, en el Hospital Regional Xalapa "Dr. Luis F. Nachón" durante los meses de enero y agosto se aplicaron 2 271 encuestas en los turnos matutino y nocturno, los puntajes más altos se reportaron en la satisfacción por la información proporcionada por el personal (92.9) y ministración de medicamentos vía

oral por parte del personal de enfermería (92.45). Por su parte, el tiempo de espera en urgencias es el indicador con las cifras más bajas (25.8); cabe mencionar que el porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar en el área de urgencias osciló entre 56.9% y 31.0% (Tabla4).

Tabla 4 Indicadores del Programa Aval Ciudadano en el Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón" Xalapa Ver, 2011

Indicadores de Calidad	STD			Resultados por cuatrimestres 2011 HRLFN			Resultados Estatales 2011
				1er	2do	3er	Global
Trato digno de urgencias 2do nivel	>=90	>=70<90	<70	**89.6**	**85.3**		90.6
Satisfacción por la Oportunidad de atención	>=90	>=70<90	<70	81.0	79.3		
Satisfacción por la información proporcionada	>=90	>=70<90	<70	93.9	91.9		
Satisfacción por el trato recibido	>=90	>=70<90	<70	89.0	80.2		
Organización de los Servicios de Urgencias	>=90	>=70<90	<70	**31.2**	**42.2**		39.4
Tiempo de espera en urgencias	>=90	>=70<90	<70	31.6	20.2		
Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar (15 min)	>=90	>=70<90	<70	31.0	56.9		

Fuente: Datos de la Coordinación de Calidad y Desarrollo Hospitalario HRLFN del programa INDICAS, elaboración propia en marzo 2012.

Marco empírico

Se hizo una recopilación de los estudios realizados en el HRLFN que incluye tesis, diagnósticos de salud e intervenciones realizados por alumnos de la Maestría en Salud Pública y personal del hospital que dan sustento a este trabajo. A continuación se hace un resumen de cada una de las investigaciones previas.

Diagnóstico del clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Objetivo general: Diagnosticar las dimensiones del clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" de la Ciudad de Xalapa, Veracruz, en el 2009. Además de 6 objetivos específicos que se inclinan a determinar el nivel de motivación, participación, liderazgo y reciprocidad que prevalece en el hospital, así como proponer alternativas de solución que mejoren el clima organizacional.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y observacional, donde el universo de estudio constó de los 880 trabajadores activos al momento de la recolección de la información. Se utilizó el instrumento de medición propuesto por la OPS para medir clima organizacional.

El hospital no cuenta con estudios, con validez metodológica, que permita conocer cuál es la situación actual del hospital en cuanto a los diferentes factores y percepciones de los trabajadores, que influyen en las actitudes y comportamiento de ellos, incluyendo en esto la satisfacción del personal de salud y su sentido de pertenencia, concepto que se encuentra claramente en el objetivo general de la organización.

Resultados: En general, se concluyó que el clima organizacional en el hospital no es satisfactorio, siendo la variable de liderazgo la que mejor calificación obtuvo. El personal considera que las autoridades no contribuyen en la realización personal y profesional, así como no existe retribución por parte de las autoridades a sus actividades laborales además de la inexistencia del reconocimiento por el buen desempeño. Sin embargo existen oportunidades de mejora en la percepción que tienen sobre sus líderes ya que piensan que tienen preocupación para la comprensión del trabajo por parte del personal. En cuanto al CO por tipo de personal se pudo observar que en general manifiestan una percepción no satisfactoria del CO, que implica a todas las variables y sus dimensiones. Además en los diferentes turnos del hospital no se muestran diferencias significativas en cuanto a la percepción no satisfactoria que tienen del hospital.

Diagnóstico de la comunicación administrativa en el área de Cirugía General del Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón.

Objetivo general: Realizar un diagnóstico de la comunicación administrativa (CA), para proponer recomendaciones para una comunicación productiva en el área de Cirugía General del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", durante el 2009.

Metodología: Esta fue una investigación observacional, descriptiva y transversal; como universo, se seleccionó al personal del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" de la ciudad de Xalapa. Fue seleccionado como muestra de conveniencia el personal del servicio de Cirugía General, debido a la compleja estructura organizacional del hospital y por el uso de canales, flujos y redes de comunicación existentes.

Se aplicó un cuestionario conformado por 51 ítems, que fue analizado con el programa SPSS versión 17 y se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad. Fue

aplicado un punto de corte con base al método Nedelsky en ítems con escala de Likert, a fin de obtener dos nuevas categorías, que permitieron un mejor análisis cualitativo.

Resultados: Demostraron que la comunicación verbal, en todos los sentidos –descendente, ascendente, horizontal y diagonal-, es la comunicación más utilizado por el personal por encima de la comunicación formal, ya sea para transmitir órdenes de trabajo, como para conocer asuntos laborales del personal por medio de rumores o asuntos personales de compañeros de trabajo. La mayor parte de los encuestados, consideró que la comunicación en todos los sentidos es Clara, Precisa y Oportuna. Se comprobó que la mayoría reporta, de manera verbal o escrita, los sucesos del día a los compañeros que los relevan en sus funciones laborales. Se concluyó que hace falta mejorar la comunicación para los procesos de gestión de calidad en el HRLFN y que existe un exceso de uso en la comunicación informal, lo que propicia rumores y chismes que ayudan a crear un clima de inestabilidad laboral.

Los servicios hospitalarios están relacionados con cuatro de las once FESP, las cuales, por el orden que ocupan en el listado original son: 5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; 6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; 8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; y 9) Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

Se puede decir que lo hospitales deben estar sujetos a leyes, normas y políticas que les permitan cumplir con el objetivo para el que fueron creados, pero también es necesario que mejoren las condiciones laborales del personal para poder brindar un servicio de calidad. Si en el hospital existen problemas internos de comunicación, es necesario resolverlos, para mejorar los servicios otorgados.

Para los fines de esta investigación, el sustento teórico se basará en el Paradigma Positivista, a partir de la teoría Estructural-Funcionalista (EF) de la Comunicación Organizacional, a partir de la cual surge la Comunicación Interna, la Comunicación Externa y la Comunicación Administrativa (CA). Estas teorías, desde la perspectiva comunicativa y con base en el contexto en que son aplicadas, pertenecen tanto a los estudios de CO, como a los de comunicación de grupos. El hecho de proponer un enfoque comunicativo positivista, no quiere decir que se estén excluyendo otros enfoques paradigmáticos o la influencia de otras disciplinas, como administración, sociología o psicología social; sin embargo, en el presente estudio no se tomaron en cuenta.

Diagnóstico situacional del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" de la ciudad de Xalapa, Ver. 2010

Objetivo general: Llevar a cabo un diagnóstico de la situación en el "Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", en todas sus áreas de servicio. **Metodología:** Se realizó un estudio donde se analizó el ambiente externo, es decir el contexto en el que se encuentra inmerso el HRLFN; su estructura, donde se analiza cada uno de los componentes de la misma; funcionamiento, donde se toman en cuenta los indicadores establecidos en las carpetas de gestión de calidad y por último el clima organizacional, que implica el análisis de las percepciones de los trabajadores.

Resultados: El hospital nace en 1820 y en la actualidad cuenta con tres áreas consulta externa, atención de urgencias, y hospitalización. Cuenta con una estructura organizacional dependiente de una Dirección General y dos Subdirecciones médica y Administrativa. El objetivo de la institución como parte del Sistema Estatal de Salud es brindar servicios de salud de calidad, formar y desarrollar recursos humanos para la salud, buscando alcanzar la satisfacción del usuario y del personal del hospital, así como el sentido de pertenencia de este último.

La población de referencia que atienden es de la Jurisdicción Sanitaria No. IV Martínez de la Torre, Veracruz y Jurisdicción Sanitaria No. V, Xalapa, Veracruz.

Las funciones desarrolladas por los recursos humanos del HRLFN tienen sus fundamentos en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el cual consta de cinco ejes de política pública.

El hospital es una institución con una estructura organizacional muy compleja debido a las funciones que se realizan en ella, en consecuencia es necesaria la departamentalización funcional que permita mejorar los procedimientos y poder así ofrecer un mejor servicio. La organización del hospital está conformada por 40 unidades administrativas, divididas en: Dirección general, compuesta por 10 unidades administrativas, subdirección

médica compuesta por 19 unidades administrativas, subdirección administrativa compuesta por 8 unidades administrativas.

Se observa el funcionamiento particular de cada uno de los 33 departamentos de este hospital, que tienen dependencia directa y los 5 insertados, o con línea de mando diferente, realmente el análisis de los procesos de atención, es el que permite tener una mejor proyección de su funcionamiento. Se concluyó que el clima organizacional en el hospital no es satisfactorio, siendo la variable de liderazgo la que mejor calificación obtuvo.

Identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo en Hospital "Dr. Luis F. Nachón"

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento en administración del personal directivo del Hospital "Dr. Luis F. Nachón" y la relación que tienen con sus variables sociodemográficas, en los meses abril – junio 2009.

Metodología: El estudio fue observacional, descriptivo y transversal con un tamaño de muestra de 56 con la cual se levantó un censo. Las variables utilizadas fueron: socio demográfico del personal directivo y su nivel de conocimiento.

Resultados: Se encontró que el personal directivo no contaba con la capacitación formal en administración y su nivel de conocimiento en administración se encuentra entre los niveles de malo, muy malo y al azar. En cuanto a los aspectos socio demográficos los datos más relevantes son que la mayoría son mujeres no mayores a 40 años y con una experiencia en el puesto de no más a 10 años.

4.2.5 Diagnóstico de la Situación de la Salud de la Población Usuaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", con respecto a la potencial sobreocupación en el servicio de toco cirugía

Objetivo: Diagnóstico de la situación de Salud de la Población Usuaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", con respecto a la potencial sobreocupación en el área de tococirugía.

Metodología: Diseño de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La unidad de análisis de este estudio fue la mujer puérpera que acudido a solicitar la atención obstétrico. La información se recolecto de fuentes primarias y secundarias. La fuente primaria fue una cédula aplicada por los investigadores. La fuente secundaria fueron documentos hospitalarios (hojas de egreso hospitalario, sistema automatizado de egresos hospitalarios). **Resultados:** Fueron entrevistadas 256 mujeres puérperas que acudieron a recibir atención obstétrica, el 93.8 % de ellas llevo control prenatal, de las cuales el 31.7% iniciaron su control prenatal en el 2o. mes de embarazo.

Por lo menos el 57.4 % de las pacientes entrevistadas dijeron haber tenido algún problema de salud durante la gestación, siendo las infecciones en vías urinarias el más frecuente entre estos, representando el 48.03%; de éstas mujeres, el 86.8% llevaron algún tipo de tratamiento.

En cuanto al número de embarazos por mujer el promedio fue de 2.69 embarazos por cada mujer, de los cuales en promedio 1.6 fueron por parto vaginal, 1.8 fueron partos por cesárea y por lo menos el .20 tuvo algún aborto.

En relación a los embarazos de alto riesgo, del total de las mujeres solo el 51.6 % dijeron que su embarazo no fue de alto riesgo, y 45.3 % dijo que su embarazo había sido de alto riesgo, el 20.68 % la causa de riesgo fue la edad y el 16.37% la causa de riesgo fue por preeclampsia.

De acuerdo con el Nivel de Atención dentro del Sistema de Salud, 51.6% de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", pudieron haber sido atendidas en otro Nivel de Atención, debido a que no representaban alguna causa de riesgo en su embarazo, y sólo el 45.3% de los partos atendidos es dicha institución eran considerados de alto riesgo.

Caracterizando los criterios de referencia intrahospitalaria, 78.9% de las pacientes atendidas dentro de la Institución fueron enviadas al Hospital Regional, de las cuales sólo el 46.53%, eran consideradas como de alto riesgo.

De las 54 mujeres puérperas que acudieron a recibir atención obstétrica y no fueron referidas, 36 mujeres que representan el 66.6 %, dijeron que el motivo por el cual eligieron el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" para atender su parto, fue por la atención especializada, y 5 mujeres que representan el 9.26 % eligieron este hospital por la cercanía con su lugar de residencia y sólo 4 mujeres que representan el 7.41 % lo eligieron por estar afiliadas al Seguro Popular.

Desarrollo organizacional: empoderamiento del personal hacia la cultura de calidad. Modelo de gestión participativa en el Centro de Salud Dr. Gastón Melo.

Objetivo: Contribuir al desarrollo organizacional orientando el empoderamiento del centro de salud para fortalecer la cultura de calidad. **Metodología:** Estudio bi-método donde se diseñó y ejecuto un programa educativo participativo que permitió el fortalecimiento del desarrollo y satisfacción del personal de salud. Se realizó diagnóstico situacional, identificación de las áreas de mejora, planeación de los talleres, diseño de la intervención y sistematización de la experiencia.

Resultados: Datos obtenidos referentes a la Dirección de la Unidad médica, ambos turnos refirieron estar satisfechos, estando de acuerdo en que el responsable de la unidad tiene domino técnicos de sus funciones, soluciona los problemas y delega funciones de responsabilidad de manera eficaz, además de tomar decisiones con la participación de la persona de la unidad. En el apartado de ambiente de trabajo e interacción con los compañeros existen diferencias significativas entre los turnos vespertino y matutino, ya que en el primero mencionaron estar totalmente satisfechos con la relación entre compañeros y su colaboración para sacar adelante las tareas, mientras que fue menor en el matutino, refiriendo estar solo satisfechos.

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 a ambos turnos.

Al rubro de condiciones ambientales, infraestructura y recursos, encontraron que ambos turnos se encontraron 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.

En el apartado de formación y capacitación, reconocieron estar satisfechos al recibir información necesaria para el desempeño de sus funciones.

En cuanto a la satisfacción y el reconocimiento, los resultados demostraron que los dos turnos se ubicaron en una postura de acuerdo, se sintieron satisfechos. En promedio, el nivel de satisfacción que presenta el personal que participó en el proyecto fue bueno.

En el nivel de satisfacción en general no presentó cambios considerables, el personal que participó en los talleres estuvo satisfecho con las condiciones laborales del Centro de Salud, antes y después de la intervención.

La evaluación formativa constó de doce evaluaciones, una después de cada sesión del taller de intervención, donde los puntos encontrados, fueron:

En lo referente al programa en general, donde obtuvieron información que evalúo al taller como bien proyectados y se cumplieron los objetivos de cada taller.

En lo referente a los participantes, al inició del taller observaron desconocimiento y expectativa y en algunos casos desinterés, que fue cambiando a una mejor actitud conforme transcurrieron las sesiones.

En lo referente a la evaluación de resultados, se explicitó y se puso en práctica laboral los valores organizacionales; se hizo un reconocimiento colectivo de la misión y visión de la organización; se desarrolló y reforzaron competencias en el trabajo en equipo, así como de cooperación y comunicación; se fortalecieron los flujos de comunicación interna.

En lo referente a las sugerencias y comentarios de los participantes, mencionaron que haya participación de todo el personal en los talleres y la necesidad de recibir educación y/o capitación de manera permanente utilizando la misma metodología abordada.

En cuanto a la autoevaluación cualitativa por parte de los participantes del taller, de acuerdo a los argumentos emitidos, les fue posible determinar que las experiencias y conocimientos adquiridos en los talleres corresponden a los objetivos que los autores plantearon en el proceso de la intervención, sustentada por la convergencia de los comentarios en favor de la actividad de intervención.

Planteamiento del problema

La identificación del problema a intervenir es un proceso metodológico que permitirá desde el punto de vista científico de la salud pública sustentar una justificación razonada con evidencia formal para la realización de un trabajo de intervención.

Objetivos del estudio-diagnóstico.

Identificar el problema a intervenir en el proyecto de

salud pública, que considera prioritario el personal de salud del Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón" y el equipo de trabajo.

Procedimiento del estudio-diagnóstico.

Estudio de corte cuantitativo por las características metodológicas que engloban:

- Transversal puesto que se llevó a cabo en un solo momento, donde se recogieron datos para medir las variables de interés.
- Descriptivo porque nos permitió identificar problemáticas de interés para el hospital.

Muestra

Muestreo realizado a conveniencia, la población de estudio fue la que asistió a la sesión general de hospital el día martes 6 de marzo de 2012 siendo un total de 44 trabajadores para la salud entre médicos, enfermeras y becarios, en una segunda fase se seleccionó personal del área de consulta externa y de urgencias que labora como primer contacto con el usuario externo resultando un total de 18.

4.7 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Para ser parte de la población a encuestar se establecieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Ser trabajador para la salud del hospital.
- Aceptar participar en el sondeo.

Criterios de exclusión

- No aceptar participar en el sondeo. Criterio de eliminación
- Se eliminaran los cuestionarios no contestados y los que tengan un llenado menor al 85%.

Instrumento y sondeo

Se construyó un instrumento a partir de la información obtenida del Diagnóstico de la Situación de la Salud de la Población Usuaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", con respecto a la potencial sobreocupación en el servicio de toco cirugía realizado en el 2011.

La recopilación de la información se llevó a cabo mediante un instrumento de 7 ítems con variables descritas en la tabla 5, donde se manejaron preguntas abiertas y cerradas, que se le aplico a cada uno de los participantes del estudio que asistieron a la sesión general de hospital esto después de la presentación de los resultados del diagnóstico y en una segunda fase de aplicación, al personal de primer contacto de las áreas de urgencia y consulta externa.

Para el análisis de los resultados se hizo una descripción y se categorizaron las respuestas de las preguntas abiertas, ya con esto se construyó la base de datos con el programa SPSS v.17.

Tabla 5. Descripción de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento.	Años cumplidos que tiene la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Discreta	Frecuencia y porcentajes
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.[10]	Sexo declarado por el entrevistado. Hombre Mujer	Nominal	Frecuencia y porcentajes
Tipo de personal	Puesto institucional donde se encuentra trabajando la persona.	Tipo de personal proporcionado por el encuestado.	Nominal	Frecuencia y porcentajes

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 5. Descripción de variables

Área de desempeño[11]	Las ocupaciones relacionadas con la provisión directa de servicios que se orientan al cuidado, preservación y recuperación de la salud humana.	Área en el que desempeña la practica el encuestado.	Nominal	Frecuencia y porcentajes
Antigüedad laboral	Es un método de regulación de la promoción, la perdida de categoría profesional y el despido dentro de una unidad de una empresa de acuerdo con la antigüedad o tiempo laboral del trabajador[12]	Tiempo que lleva laborando en la institución el encuestado.	Discreta	Frecuencia y porcentajes
Problema	Casos en los que no se alcanza el objetivo de la atención medica por falta de oportunidad en la atención, deficiencia del proceso, omisión del acto médico requerido o acto médico realizado en forma incorrecta con daño para el paciente, el prestador de servicios o para la institución.[13]	Problemas ordenados por importancia de acuerdo a la percepción del encuestado.	Ordinal	Frecuencia y porcentajes
Disponibilidad para participar	Capacidad para trabajar eficazmente en distintas y variadas situaciones.[14]	Disposición del encuestado para participar en la mejora del problema con mayor importancia.	Nominal	Frecuencia y porcentajes

Fuente: Elaboración propia.

Resultados del sondeo

El sondeo se realizó en dos fases, la primera fue aplicada el instrumento a personal de la sesión general en el auditorio del hospital el día 6 de marzo del año 2012, donde se obtuvieron los siguientes resultados.

Primera fase

El sondeo fue realizado a 44 sujetos, de los cuales 30 fueron mujeres y 13 hombres; se eliminó un instrumento por llenado incorrecto (Tabla 6).

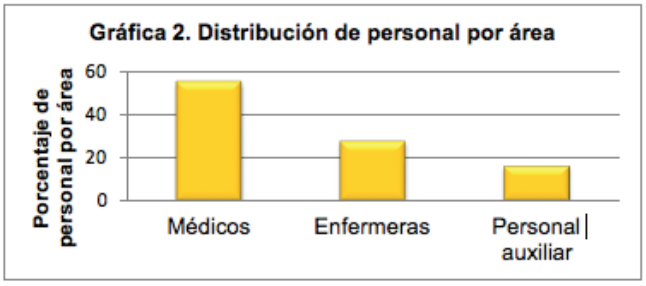
Tabla 6. Distribución de personal por sexo en la Junta General , marzo 2012

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	13	30.2%
Mujer	30	69.7%
Total	43	100%

Fuente: Elaboración propia con datos del sondeo en la Junta General marzo 2012.

En la distribución de personal por área se logra notar la asistencia a la junta general por arriba del 50% de médicos, 28% de enfermeras y 18% de personal auxiliar incluyendo nutriólogos, psicólogos, etc. (Gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución de personal por área



Fuente: Elaboración propia con datos del sondeo en la Junta General marzo 2012.

La distribución por frecuencia de los problemas identificados en el hospital, según la percepción del personal en primer lugar está la sobreocupación, seguido de la falta de sensibilidad, teniendo en séptimo lugar la atención de enfermeras (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución por frecuencia de problemas en el hospital según la percepción del personal

Problema seleccionado	Frecuencia	Porcentaje
Sobreocupación	12	26.7%
Falta de sensibilidad	10	22.2%
Desorganización en recursos humanos	6	13.3%
Ausencia de personal	5	11.1%
Atención de médicos	4	8.9%
Tiempo prolongado de espera	3	6.7%
Atención de enfermeras	3	6.7%
Total	43	95.6%

Fuente: Elaboración propia con datos del sondeo en la Junta General marzo 2012.

El 93.1% de las personas encuestadas tiene la disponibilidad para participar en la solución del problema (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de personal por disponibilidad de participación en el problema

Disponibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	93.1%
No	2	4.6%
Omisiones	1	2.3%
Total	43	100%

**De estos 40 aceptaron colaborar con la intervención.Fuente: Elaboración propia con datos del sondeo en la Junta General marzo 2012*

Los participantes de la encuesta realizaron aportación al contestar la pregunta del porque aceptan participar en la solución de problemas en el hospital (Tabla 9).

Tabla 9. Discurso e interpretación del personal encuestado en el sondeo, Marzo 2012.

Personal encuestado	Discurso	Interpretación
Pasante enfermería	"Por mi estancia en este hospital, mi objetivo el brindar atención con calidad y es necesaria para poder realizarlo, relacionarse con otras disciplinas".	La disponibilidad se limita a la estancia en el hospital, lo cual nos dice que esta persona limita sus responsabilidades al lugar donde se encuentra, lo cual para la problemática que se presenta en el hospital, la actitud seria adecuada, con miras a generalizar la actitud hacia otras esferas de su vida.
Enfermera	"Que los doctores no quieren atender a los pacientes si sobrepasan de cuatro en consulta externa y de todo se quejan."	La percepción de la atención que dan lo médicos a los pacientes es percibida como mala, a partir de las relaciones de trabajo que se dan entre trabajadores.
Enfermera	"Los doctores, enfermeras pierden la sensibilidad y no se dan	El autoconocimiento y la percepción que se tiene del estatus como personal de

Continuación Tabla 9. Discurso e interpretación del personal encuestado en el sondeo, Marzo 2012.

	cuenta que las personas vienen por una necesidad y aparte de a veces no recibir el servicio se llevan malos tratos. Ojalá se pudiera hacer algo para que los pacientes puedan hablar y expresarse y adonde puedan acudir a reportarlos al personal."	salud, se ha introyectado de una manera donde su condición les proporciona la jerarquía sobre los pacientes, y por ello al tener "poder" sobre ellos, disponen de sus necesidades para interactuar autocráticamente.
Residente	"No tengo interés."	En algunas ocasiones la condición de mayor especialidad distancia a los médicos de los pacientes.

Fuente: Elaboración propia con datos del sondeo Marzo 2012.

En general se puede decir que la percepción de los problemas son evidentes para el personal y para la solución de estos, ellos están dispuestos a participar en la mejora de las situaciones problemáticas, lo cual es una oportunidad para la implementación de un programa de intervención.

Se realizó una junta con personal directivo y se expusieron las problemáticas de mayor frecuencia percibidas por los sujetos que respondieron en la primera fase del sondeo, en tal reunión de discutieron los puntos de vista del personal directivo y consideraron los tres problemas más frecuentes según el sondeo que fueron: sobreocupación, falta de sensibilidad y desorganización en recursos humanos.

Segunda Fase.

Se aplicó en una segunda fase, un instrumento de las mismas características para generar un sondeo en las áreas de mayor aglomeración física de pacientes, eligiéndose el área de consulta externa y de urgencias, la aplicación del sondeo fue al personal que labora como primer contacto con el usuario externo, la decisión se sustenta en los hallazgos de Cortes. N., donde menciona que el personal percibe un clima organizacional no satisfactorio, evidenciando las deficiencias en liderazgo, reciprocidad, motivación y participación; otros datos como el programa aval ciudadano menciona elevados tiempos de espera en áreas de urgencias y consulta externa, por lo que se aplicó al total de personal de recepción de consulta externa, recepción de urgencias, admisión hospitalaria y trabajo social.

El sondeo fue aplicado a un total de 18 personas de las áreas mencionadas, durante los turnos matutinos, vespertino y jornada acumulada, el 55.5% fueron mujeres y el 44.4% restante hombres (Tabla 10).

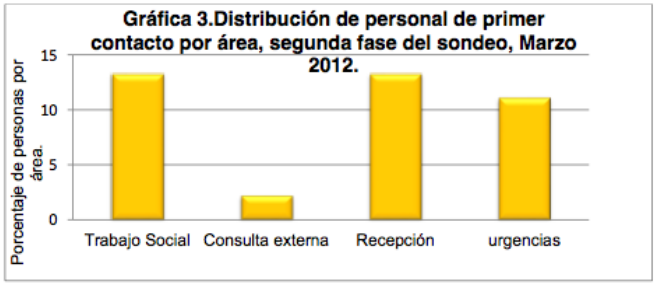
Tabla 10. Distribución de personal por sexo en las áreas de primer contacto , marzo 2012

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	8	44.4%
Mujer	10	55.5%
Total	18	100%

Fuente: Elaboración propia con datos del sondeo al personal de primer contacto, marzo 2012.

Las distribución de encuestados por funciones de ambas áreas físicas – Consulta Externa y Urgencias- ocurrió con el mayor porcentaje (13%) en el personal de trabajo social y recepción, el segundo lugar el personal primer contacto de urgencias (Gráfica 3).

Gráfica 3.Distribución de personal de primer contacto por área, segunda fase del sondeo, Marzo 2012.



Fuente: Elaboración propia con datos del sondeo al personal de primer contacto, marzo 2012.

El sondeó incluyó un listado de palabras, mencionadas por Delgado y Cols., como problemáticas encontradas en el análisis de la situación del salud del

2012, según la percepción de los sujetos a quienes se les aplicó el instrumento, los tres principales problemas

observados en el hospital es la sobreocupación (37.5%), la ausencia del personal (37.5%) y la falta de sensibilidad (12.5%), el fenómeno se observó de manera similar en la primera fase del sondeo (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución por frecuencia de problemas en el hospital según la percepción del personal de primer contacto del HDLFN,2012.

Problema seleccionado	Frecuencia	Porcentaje
Sobreocupación	6	37.5%
Ausencia de personal	6	37.5%
Falta de sensibilidad	2	12.5%
Atención de médicos	1	6.25%
Desorganización en recursos humanos	1	6.25%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia con datos del sondeo al personal de primer contacto, marzo 2012.

La disponibilidad del personal para colaborar en la solución del problema fue 93.7% positiva, teniendo congruencia con los valores de la institución como la lealtad y el sentido de pertenencia a la misma (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución de personal por disponibilidad de participación en el problema

Disponibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	93.7%
No	1	6.25%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia con datos del sondeo al personal de primer contacto, marzo 2012.

Resultados de Estudio de Sombra en las áreas de Consulta Externa y Urgencias, realizado el día 8 de marzo de 2012.

Uno de los principales propósitos de la observación es "comprender los procesos, vinculación entre personas y sus situaciones o circunstancias, así como los contextos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas; también es su propósito identificar problemas y generar estudios para futuros estudios."[15]

Sampieri y colaboradores mencionan algunos aspectos que se pueden observar:

- Ambiente físico.
- Ambiente social y humano.
- Actividades individuales y colectivas.
- Artefactos que se utilizan.
- Hechos relevantes.
- Retratos humanos de los participantes.

Se realizó actividad de observación en áreas de atención al público en el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" con la finalidad de conocer el ambiente de trabajo del personal y el trato a los usuarios. Los detalles se describen a continuación:

Área de observación. Consulta externa, información, Seguro Popular, Trabajo Social y caja.

Hora de inicio, hora de finalización de la observación Inicio 08:30 conclusión 10:30

Descripción del personal y el entorno A las 08:30 de la mañana, la sala de espera estaba llena y se percibía un ambiente de tensión, caos y cansancio, con sólo dos horas de estar realizando la observación me empezó un dolor de cabeza y reflexioné acerca de cómo debe adaptarse a ese ambiente de trabajo y sentirlo todos los días. En el módulo de atención se encuentran tres personas encargadas de atender a los pacientes, una persona que proporciona información y el personal de seguro popular.

El área de trabajo social es un cubículo con ventanas empañadas y no puede verse lo que sucede adentro, en el momento de la observación pudo verse a cinco personas afuera esperando a ser atendidas, una de ellas pertenecía al personal del hospital. En el módulo de información no hay una persona de forma constante sino que frecuentemente sale a varias diligencias. En el área de Seguro Popular hay una fila desde que lo abren.

Tiempo de espera para ser atendido. En promedio, las personas esperan entre 3 y 5 minutos en ser atendidas en el módulo pero regresan al menos una vez y esperan en la sala hasta casi dos horas para pasar a consulta. En

el área de caja tardan alrededor de cinco minutos en ser atendidos. Y en trabajo social aproximadamente 15 minutos.

Tiempo total del trámite 10 minutos en pasar a la siguiente fase de atención.

Trato al paciente (claridad de las indicaciones). En la distancia que se realizó la observación no fue posible escuchar cómo se dirigen a los pacientes pero en el área de consulta externa e información se percibe un trato amable y cordial.

Etapas del proceso. Las personas que llegan al módulo de consulta externa y que ya tienen cita son pasados rápidamente a sala de espera se desconoce las etapas de los demás trámites que los usuarios van a solicitar.

Detección de conflictos. No fueron detectados conflictos

Gestos y actitudes de los pacientes y del personal. Los pacientes parecen inquietos y solicitan pronta atención a todos se les hace esperar mucho. El personal los atiende de la mejor manera posible.

Otros actores que intervienen en el proceso. Enfermeras, doctores y personal administrativo.

Evaluación de atención por parte del observador (Excelente, buena, aceptable, mala). Buena

Área de observación. Recepción de Sala de urgencias.

Hora de inicio y de finalización del estudio. 8:26 am y hora de salida: 10:30 am.

Descripción del personal y del entorno. Un médico de urgencia pidió permiso y no vino ayer ni hoy y tampoco mañana vendrá. Trabajo social habla con una chica de intendencia. El vigilante habla con trabajo social y la chica de intendencia. La gente se ve cansada y chocada. Otra persona camina hacia dentro y fuera vociferando para sí. Otros más están dormidos. La caja es donde menos actividad hay. El puesto de vigilancia es un lugar donde parece las personas que preguntan deben pagar peaje. Se presenta un incidente una mujer de aprox. 40 años que un hombre de aprox. 50 años le dijo que no debía entrar y él no trabaja en el hospital pero se dice secretario técnico particular del secretario del gobernador y amenaza a la mujer con llamar al psiquiátrico y le dice que no va a entrar a urgencias y en urgencias le dice que le darán atención si viene con su papa. "Tienes que venir con tu familiar para que se te sea atendida". La mujer parece tener un problema psiquiátrico. Las personas que se encuentran alrededor y que pertenecen al hospital le niegan el acceso a las instalaciones, dicen que tiene un embarazo desde hace 40 años. La chica de limpieza esta en caja donde suena y suena el teléfono pero no lo atiende, ya que no se encuentra la persona que atiende la caja. La mujer le dice al vigilante que solo quiere consulta médica, pero tiene un papel donde dice que su centro de salud es lerdo de tejada.

Tiempo de espera para ser atendido. 30 minutos.

Tiempo total del trámite. No pudo ser calculado.

Trato al paciente (claridad de las indicaciones). En la distancia que se realizó la observación no fue posible escuchar cómo se dirigen a los pacientes pero en el área de consulta externa e información se percibe un trato amable y cordial.

Etapas del proceso. Las personas que llegan al módulo de consulta externa y que ya tienen cita son pasados rápidamente a sala de espera se desconoce las etapas de los demás trámites que los usuarios van a solicitar.

Detección de conflictos. Una de las usuarias fue maltratada por el personal de seguridad.

Gestos y actitudes de los pacientes y del personal. Se hace esperar un tiempo prolongado a los pacientes tomando en cuenta que presentan condiciones que requieren atención urgente. Nadie se va, solo llegan. **Otros actores que intervienen en el proceso** Trabajadora social de gobierno, personal de limpieza y seguridad.

Evaluación de atención por parte del observador (Excelente, buena, aceptable, mala). Sería interesante saber las profesiones del personal que no es médico ni de enfermería pues eso ayudaría a tener un panorama de su puesto y perfil, lo cual puede explicar algunas conductas de desagrado, en caso de que se presente. Pertinente y resolutoria es la información que se da en el módulo de atención. A las 10:17, se calmanun poco las cosas y la gente va entrando pero no saliendo. Ma. Antonieta sigue en custodia a las 10:20.10:30, me retiro, y las cosas no cambian, sigue en custodia y el servicio sigue igual.

Conclusión

Del diagnóstico situacional realizado se detectaron diversas problemáticas dentro del hospital (Tabla 13), concluyendo que las principales son: clima organizacional no satisfactorio, deficiencias en la organización laboral, comunicación organizacional no formal, clima de inestabilidad laboral, falta de sensibilización del personal, manuales de procedimientos sin difusión, presencia de conflictos laborales y falta de su resolución.

Tabla 13. Resultados del diagnóstico situacional del Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón" Xalapa Veracruz 2012

AUTOR	RESULTADOS	PROBLEMAS SEMEJANTES	CAUSAS	EFECTOS	PROBLEMAS DETECTADOS	CONCLUSION
Hernández E. 2009[16]	Personal directivo no contaba con capacitación formal en administración. Nivel de conocimiento en administración muy malo, malo y al azar.	Falta de sensibilidad Clima de inestabilidad laboral	Análisis FODA institucional **Ambiente interno** **Fortalezas** Existencia de carpetas de gestión.	Elevados volúmenes de demanda de servicios. Insatisfactorias condicionales laborales	-Clima organizacional no satisfactorio. -Deficiencias en la organización laboral.	Problemática a intervenir: ***Clima organizacional***. El equipo ha concluido con base en la síntesis de la evidencia empírica que la intervención se
Cortés N. 2010[9]	Clima organizacional no satisfactorio, evidenciando las deficiencias en liderazgo, reciprocidad, motivación y participación.	Falta de personal Comunicación no formal	Proceso inconcluso de implantación de un Modelos de Gestión de Calidad. Acreditación del	Condiciones laborales desiguales Falta de compromiso	-Comunicación organizacional no formal.	
Galván C. 2010[17]	Comunicación verbal es la más utilizada. Rumores y asuntos personales se comunican verbalmente. El predominio de este tipo de comunicación se relaciona y contribuye a generar un clima de inestabilidad laboral. Por exceso de uso de comunicación no formal hay un clima de inestabilidad laboral.	Tiempo de espera excesivo	hospital en el año 2011. **Debilidades** No estandarización de los procesos. No se pondera la importancia de la satisfacción del usuario y del prestador de servicios Comunicación interdepartamental no expedita	con la institución, Bajo compromiso con el puesto de trabajo Apatía entre los trabajadores. No hay espirito de equipo Elevado uso de la comunicación informal	-Clima de inestabilidad laboral -Falta de sensibilización del personal. -Presencia de conflictos laborales y falta de su resolución.	relacionará con el clima organizacional, ya que engloba la organización laboral, comunicación organizacional, motivación, revisión y descripción de puestos y procedimientos y es evidente la carencia de programas
Diagnóstico situacional del hospital	Clima organizacional no satisfactorio en el ambiente interno. El ambiente externo		Platilla insuficiente de personal. Cobertura incompleta o	Poca sensibilidad por parte del personal.	-Manuales de	

2010[7]	comprometido a una región geográfica extensa y amplia población de responsabilidad.		insuficiente en algunas especialidades básicas o subespecialidades Falta de preparación en área de administración por el cuerpo de gobierno **Ambiente externo** **Amenazas** -Presupuesto insuficiente Implantación del Régimen Protección Social en Salud Influencia directa de diversos niveles de	Trato deficiente por médicos y enfermeras a pacientes	procedimientos sin difusión.	enfocados a fortalecer estos aspectos.
Resultados Aval ciudadano	Los resultados arrojaron un grado insatisfacción en los usuarios en la oportunidad de la atención en urgencias.					
Domínguez C. López J. Xochihua C[10] 2012	Maltrato a las usuarias del servicio de gineco-obstetricia. Falta de sensibilización por parte del personal.					
Sondeo en la Junta General del	Los tres principales problemas elegidos por los trabajadores son:					
Hospital 2012	Sobreocupación 26.7% Falta de sensibilidad 22.2% Desorganización en recursos humanos 13.3%		Gobierno del Estado condiciones generales de trabajo que permiten el personal devengar muchos días de asueto -7 representaciones sindicales que atender -Plantilla de personal suplente con bajos salarios. -Mismas condiciones generales con diferentes prestaciones según el tipo de contratación.			
Sondeo en el área administrativa 2012	Los tres principales problemas elegidos por los trabajadores son: Sobreocupación 37.5% Ausencia de personal 37.5% Falta de sensibilidad 12.5%					
Estudio de sombra 2012	Se observó maltrato (verbal y físico) en la atención a los usuarios del área de urgencias por parte del personal de seguridad. En					

	el área de consulta externa, los investigadores percibieron un tiempo de espera prolongado.		-Personal aún no homologado de contrato. **Oportunidades**			
Reunión con personal directivo del hospital 2012	Problemas en acuerdo: Falta de sensibilización Falta de motivación Resolución de conflictos Difusión de los manuales de procedimientos		Programas de acreditación y certificación en el estado. Prestigio de 191 años, entre la población de menos recursos económicos de la región			

Fuente: Elaboración propia, con base en datos de la carpeta de gestión de calidad de la Dirección General del HRLFN, complementado con datos del ISP/UV, 2012.

DISEÑO DE INTERVENCIÓN

Planteamiento del problema

La presencia de un clima organizacional no satisfactorio, la percepción de sobredemanda hospitalaria y la desigualdad en funciones, condiciona a que los trabajadores del Hospital "Dr. Luis F. Nachón" tengan una sobredemanda de servicios y sobrecarga laboral, dando como resultado una atención desensibilizada, así como tiempo de espera prolongado[18].

Debido al tiempo que se tiene para llevar a cabo la intervención se pretende mejorar la calidad de la atención en las áreas de primer contacto con el usuario externo (recepción de consulta externa, recepción de urgencias y admisión hospitalaria) sabiendo de antemano que los problemas están arraigados en la historia organizacional y no pretendemos modificar las raíces de fondo del problema.

Es por ello que una intervención con el personal de primer contacto con el usuario externo, capacitándolo para fortalecer la organización laboral y comunicación organizacional, la motivación y la sensibilización en la atención, dándose a conocer de igual forma, la revisión de puestos y procedimientos podrá influir en mejorar el clima organizacional.

Justificación

El desarrollo de este proyecto de intervención en salud pública consiste en disminuir los problemas identificados por los profesionales de salud que han tenido la oportunidad de ser partícipes en la recolección de información, con el fin de optimizar los procesos y así mejorar el clima organizacional. La primera fase del trabajo consistió en realizar un diagnóstico situacional del cual se selecciona el problema a partir de los resultados obtenidos en dicho diagnóstico. Procedimiento justificado metodológicamente a partir de la identificación del área de oportunidad, la evidencia empírica y el sondeo de los prestadores de servicio de la unidad de salud. De forma sistemática se identificó el problema a intervenir y para su resolución se llevó a cabo un taller, el cual lleva por nombre: "Taller de capacitación, motivación y sensibilización para personal de primer contacto con el usuario externo". Cabe mencionar que esta propuesta se sometió al consenso de las autoridades de la institución de salud, el equipo de trabajo y los asesores del mismo.

La intervención que se realizó en el hospital fue necesaria, dadas las condiciones de trabajo que se presentan que tiene como resultado la mejora en la atención hacia los usuarios.

Objetivos

Objetivo general

Proporcionar herramientas al personal de primer contacto con el usuario externo del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" (HRLFN), para fortalecer la comunicación, motivación y organización laboral mediante la ejecución de un taller.

Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico situacional para conocer las principales problemáticas del HRLFN.

- Identificar los tipos de motivación que permiten el desenvolvimiento laboral del personal de primer contacto.

- Propiciar un espacio en el cual los participantes expresen sus inquietudes referentes al clima laboral.

Marco Referencial

El sustento teórico que se aplica para describir este trabajo de intervención se fundamenta en tres teorías: teoría general de sistemas, teoría de clima organizacional y teoría de comunicación organizacional.

Marco Teórico

La Teoría General de Sistemas

Esta teoría surge como respuesta a las evidentes deficiencias de la teoría Estructural Funcionalista, su precursor, Ludwing Von Bertalanffy reconoce que dicho planteamiento descansa en los postulados de filósofos presocráticos y pensadores como Hegel, Marx y Nietzsche. A este discurso filosófico-político-social se le incorpora un aporte biológico. Es decir, en cuanto a lo epistemológico se basa en la biología. Este planteamiento posee postulados que son de utilidad para analizar de manera crítica la realidad política y social.

Entre los principios básicos de esta teoría aplicados al ámbito laboral donde se realizó la presente intervención, se encuentran:

- La realidad es un sistema. Dicho sistema está organizado en jerarquías; en el HRLFN las funciones están distribuidas entre los diversos niveles de mando y personal operativo; y en conjunto conforman una estructura jerárquica.

- El análisis desde esta teoría requiere un enfoque holístico e interdisciplinar, pues el objetivo de mejorar la salud de la población conlleva a un trabajo en armonía por las diferentes áreas que conforman a la unidad de salud.

- Los sistemas conforman una finalidad intrínseca, que en este caso es velar por la salud de la población.

- Supera la idea de estructura y se sustituirla por la de organización, es una tarea compleja. Los componentes del sistema tienen una interacción compleja y no pueden ser divididas sus funciones por áreas de trabajo ya que están interrelacionadas.

- La dinámica de los sistemas está basada en una conexión dialéctica entre entropía y homeostasis. En un sistema, la normalidad es el equilibrio entre los dos estados. Lo cual propicia el cambio y mejora en la atención al usuario externo.

- Retroalimentación: el sistema reincorpora permanentemente los resultados de su dinámica en aras de su perfeccionamiento. La comunicación entren el personal operativo, los mandos medios y superiores facilitarían la dinámica laboral.

- Los sistemas son abiertos: son concebibles en su relación con su entorno, reciben influencia directa de él y hacia él remitiendo los resultados de su funcionamiento19. EL HRLFN no es un ente ajeno a los cambios que suceden en su entorno social, político, cultural e histórico, ya que hay una realidad social por fuera.

La crítica que se le hace a la organización como un sistema cerrado es el fuerte papel que desempeñan los factores externos a la organización, lo que sirve de base para plantear el concepto de organización como sistema abierto. De hecho, los factores internos explican por si solos muy poco sobre los procesos internos de la organización. Por lo tanto, la organización como un sistema abierto se presenta como una unidad que no es autónoma sino que se mantiene en interacción constante y reciproca con otras unidades que la rodean. Es necesario subrayar la interdependencia de todas las partes del sistema y su interdependencia con el entorno, independientemente de la complejidad y de la variabilidad de la naturaleza de su estructura y de la

variabilidad del medio con el que se relaciona.

En esta teoría general de sistemas, los límites de la organización no se encuentran bien delimitados, a diferencia de un sistema cerrado donde si está bien marcado, pero ello no implica que desaparezcan. Esto conlleva que los sujetos que pertenecen a este tipo de organizaciones realicen un proceso de inclusión parcial dentro de ella, es decir, parte de sus actividades las realizan dentro de sus límites y parte de sus actividades fuera.

Teoría del Clima organizacional

De acuerdo con la teoría general de sistemas y aplicándola a las organizaciones, se establece que las distintas partes componen una organización, que como fruto de sus interacciones forman una realidad denominada clima, que es el resultado de la situación y del estado en que se encuentra la organización. De esta manera, el clima organizacional considera a la organización como un contexto conformado por el conjunto de los comportamientos individuales y grupales. Sin embargo, existe en común acuerdo el considerarlo como un constructo relevante que caracteriza las propiedades de todo un sistema, que puede describir su evolución y su desarrollo, apoyándose en los procedimientos y cómo influye en la motivación y en la conducta, con lo que ejerce un efecto importante sobre el comportamiento organizacional[20].

La conceptualización de clima se concentra en una realidad psicosocial, pues es un fenómeno contextual que influencia y se configura como una variable moduladora entre las estructuras y los procesos de la organización y los comportamientos individuales. El planteamiento metodológico es importante, pues conjunta los niveles de micro y macro organización y valora las percepciones mediante las reacciones del individuo y las propiedades del sistema.

El clima organización es imprescindible en el mundo interno de la empresa pues de esta surgen las relaciones existentes entre los diversos subsistemas y constituye una ligazón entre el individuo y el ambiente. El clima, por lo tanto es la percepción de un grupo que forma parte de una organización y que establece diversas interacciones en un contexto laboral desarrollado sobre el funcionamiento estructural de una organización. Calificar el clima como beneficioso o perjudicial, depende de las percepciones de los integrantes de la organización. Se puede considerar como adecuando cuando permite y ofrece posibilidades para el desarrollo del desempeño laboral, con lo que aporta estabilidad e integración entre sus actividades en la organización y sus necesidades personales. Por otra parte, se considera perjudicial cuando las percepciones de los individuos manifiestan desequilibrio entre sus necesidades, la estructura y los procedimientos del sistema[20].

En una institución de salud se puede entender al clima organizacional, cuando se hace referencia a las cualidades, propiedades normalmente permanentes en un entorno laboral, que son percibidas y vivenciadas por los miembros de una organización y que influyen sobre su comportamiento en el trabajo. Dadas estas condiciones, se establece que el concepto de clima es una vivencia real, subjetiva, dependiente de las percepciones y de las valoraciones individuales.

Entre algunas definiciones de clima organizacional, encontramos:

Tabla 14 Definiciones de clima organizacional por autor

Autor	Concepto	Año
Forehand y Gilmer	El clima es un conjunto de características que describen una organización, la cuales: a) Distinguen una organización de otras, b) Son relativamente duraderas en el tiempo, y c) Influyen en la conducta de los individuos en las organizaciones	1964
Payne y Pugh	Describe los procesos comportamentales característicos en un sistema social de forma puntual. Estos procesos, que han llegado a formar parte del constructo, reflejan los valores, las actitudes y las creencias de los miembros que así han llegado a formar parte del constructo.	1976
James y Sells	El clima es una representación cognitiva de eventos situacionales relativamente cercanos, expresando en términos que reflejan el significado psicológico y la significatividad de la situación para el individuo, siendo las percepciones una función de componentes históricos, es decir, esquemas cognitivos que reflejan experiencias de aprendizaje.	1981

Fuente: Elaboración propia tomado del libro Psicología del trabajo de Cascio y Guillén, 201020.

El clima organización determina la forma en que una persona percibe su desempeño laboral, su rendimiento, su eficacia, su satisfacción, etc. El clima, como ambiente interno de una organización, es una forma particular compuesta por variables situacionales, tiene una matriz de continuidad que puede modificarse después de una intervención y está condicionado por las variables personales, ya que se basa en las características de la realidad tal y como la percibe la persona y tiene consecuencias sobre el comportamiento[20].

La estructura física de los componentes de una organización, junto con el proceso que establece claras relaciones con la gestión de las personas que componen el sistema, cabe señalar que los componentes relacionados a esta diada, son:

1. Estructura organizacional. Son una serie de puestos y de unidades relacionadas entre si que configuran las dimensiones fundamentales de una organización.
2. Características de las organizaciones formales. Su objetivo es producir de la forma más rentable, atendiendo para ello un nivel de especialización en las funciones que se realizan, con un sistema de ordenación para alcanzar los fines y meas, con una coordinación adecuada y con unos correctos procesos de control.
3. Estilos de dirección. Establecimiento de eficaces procesos de comunicación entre los grupos de trabajo y los grupos supervisores, para identificar los objetivos con los miembros y establecer una adecuada cohesión, aumentando el compromiso y la implicación[20].

El concepto de clima es una propiedad de la persona y una variable del sistema que permite integrar el sujeto, el grupo y la organización. El significado está supeditado por el nivel de interacciones que conducen a la comparación social y posterior consenso.

La medición del clima, puede llevarse a cabo en diversos niveles, desde el individuo, desde el grupo o desde la organización. Esto consiste en establecer que variables y que contenidos se deben medir en el clima. Según Parra Luna, se han concertado una seria de méritos que los individuos persiguen, gracias a estudios realizados en el ámbito de la empresa a escala global y descriptiva[20]:

1. Salud. Referente a aspectos relacionados con las condiciones higiénicas, médicas y ambientales del desempeño laboral.
2. Equidad. Valoración de sentido de justicia e igualdad ante variables relacionada con la discriminación sexual, roles profesionales, compensaciones económicas, promociones y ascensos, entres algunos.
3. Seguridad. Hace referencia a los accidentes laborales, seguridad en el trabajo, etc.
4. Nivel de expresiones. Sistemas y fuentes de comunicación, libertar de expresión, canales de información adecuados.
5. Nivel de ingreso. El nivel retributivo y compensaciones específicas.
6. Calidad de actividades. Se refiere a los elementos que califican la actividad laboral tanto en su desarrollo como en su calidad, como son los indicadores de autonomía, la participación, los sistemas de motivación, las relaciones con la jefatura, las relaciones entre compañeros, etc.
7. Nivel de formación. Nivel de programas de formación en la empresa.
8. Prestigio. Hace referencia a la imagen de la organización, el frado de implicación e identificación.

Para medir el clima, en cuanto a los instrumentos, la mayoría se basa en cuestionarios dirigidos a recoger y evaluar la percepción del individuo sobre la organización. Wallace et al (1975), propone una evaluación dividida en tres fases:

1. Validación del contenido, que consiste en fijar desde qué conceptualización se define el clima para esclarecer las dimensiones y el diseño de operativización.
2. Evaluación psicométrica.
3. Aplicación práctica. Aplicación del instrumento.

La medición del clima, tiene una opción de ser valorado mediante observadores externos y por medio de la elaboración de informes de la organización por parte de personas significativas; este tipo de evaluación se puede hacer a través de entrevistas y observaciones, es decir, el resultado se obtiene a partir de la correspondencia entre los observadores, el clima y las percepciones de los miembros. Otro tipo de medición es a partir de los grupos de trabajo que bajo la teoría de los sistemas sociotécnicos promueve la formación de los denominados grupos autónomos de trabajo que constituyen el empuje de la incursión y la utilización de los grupos en las organizaciones. Así mismo favorecen la satisfacción de los individuos, facilitan el aprendizaje y la adquisición de las destrezas de los individuos y habilidades para el desempeño laboral,

potencial el compromiso y la implicación en la tarea y con la organización, y con todo esto consiguen ofrecer una mayor calidad de los servicios[20].

El estudio del clima organizacional mediante la valoración de los grupos permite ofrecer una visión relevante de la organización, determinando la forma de los distintos subgrupos, su marco de influencia, la aparición y la determinación de líderes, los sistemas de comunicación y las relaciones interpersonales, permite obtener un conjunto de información muy importante para el análisis y el funcionamiento de la estructura de la organización.

El estudio continuo del clima laboral permite conocer el proceso de evolución y desarrollo de una organización; para ello es necesaria una política que permita desarrollar un rendimiento positivo con el fin de lograr metas y fines planificados para alcanzar en medida de lo posible un nivel de satisfacción laboral pertinente entre los miembros de la organización. Para esto, es necesario crear estabilidad dentro del sistema sobre aspectos determinados, como[20]:

- Nivel de actitudes de los miembros ante las peticiones de la estructura, valoración de los individuos sobre las políticas de la empresa.
- Nivel de conflictos que influyan negativamente en el proceso del desempeño laboral.
- Desarrollo del sistema plantear nuevos retos y prever posibles dificultades.

El objetivo del estudio del clima laboral permite identificar el mundo interno de una organización. Así, la valoración del clima laboral, permite:

- Obtener información sobre las reaccione, las disposiciones y las valoraciones de los miembros en relación con las diversas variables que intervienen en una organización, como es la supervisión, las metodologías, estructura, etc.
- Disponer de información sobre las condiciones laborales.
- Incentivar la participación en las diversas actividades del sistema.
- Potenciar los mecanismos de comunicación y de relación.
- Obtener una visión integradora de la organización.

La valoración del clima es de suma importancia para la organización porque supone una gestión activa que posibilita:

- La prevención de planes ante los cambios y las dificultades.
- La planificación y el desarrollo de actuaciones que faciliten el progreso de la organización.
- La determinación de procesos de resolución de problemas.
- La gestión adecuada de los miembros con relación a la satisfacción de las necesidades y de las expectativas.

Los tres grandes aspectos que caracterizan el estudio del clima laboral, son:

1. Implicación y participación de los miembros de la organización mediante las percepciones que llevan a cabo los individuos.
2. Recurso de solución de problemas. A partir de las valoraciones realizadas por los individuos se pueden estructurar mecanismos que, una vez identificadas las dificultades, implementen soluciones pertinentes.
3. Integración en el proceso de dirección. Es necesario que los resultados de los estudios de clima laboral sean analizados y tomados en cuenta por las estructuras jerárquicas de las organizaciones y poder tomar las medidas oportunas para un mejor desarrollo.

Las ventajas del diagnóstico continuo del clima laboral, es que se basa en un sistema de recogida continua para tomar conciencia de la organización en relaciona los miembros, siendo este el vehículo para estructurar y facilitar la participación de los individuos para conformar una estrategia adecuada que permita la integración de los miembros.

Campbell et al. (1970) exponen cuanto componentes comunes en el clima laboral[20]:

1. Autonomía individual. En este reside la libertad del individuo para ser su propio jefe y en el poder de que dispone para tomar decisiones.
2. Grado de estructura impuesta sobre la posición ocupada. En esta dimensión se incluye el grado en que los sistemas y los objetivos del trabajo son establecidos por los directivos y transmitidos a los miembros.
3. Orientación hacia la recompensa. Donde las actividades se orientan hacia la obtención de recompensas, así como a la promoción y el logro y la consecución de beneficios.
4. Consideración, afecto y apoyo. Donde se habla sobre aspectos de apoyo directivo, apoyo a los subordinados, el afecto y el apoyo en las prácticas de supervisión.

Las condiciones de trabajo son componentes que se encuentran en torno al trabajo, que incluye diversas variables referidas al medio ambiente en el que se desenvuelve el puesto de trabajo. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT, 1987) define las condiciones de trabajo, como "el conjunto de variables que definen la realización de aun atarea concreta y el entorno en que ésta se realiza, en cuanto que estas variables determinan la salid en la triple dimensión de la OMS: física, psíquica y social. También abarca las condiciones de seguridad, el entorno físico del trabajo, los contaminantes químicos y biológicos, la carga de trabajo y la organización del trabajo. Mientas que desde la sociología del trabajo, se entiendo por condiciones de trabajo el contenido y el entorno del trabajo, así como las condiciones del empleo. Desde una visión psicosocial, se pueden observar los indicadores del conjunto de componentes laborales (Cook et al. 1981), que incluyen ambigüedad y el conflicto del rol, la sobrecarga de trabajo, las cualidades de los fines y los estados psicológicos.

Peiró (1996), propone una taxonomía de las condiciones de trabajo20:

- Condiciones de empleo. Como es la contratación, salarios, seguridad y estabilidad del empleo.
- Condiciones ambientales. Entorno físico del trabajo y comprende los aspectos: a) ambiente físico (temperatura, humedad, iluminación, ventilación, pureza del aire, limpieza, orden, higiene y vibraciones; b) variables espacio- geográficas (espacio necesario para desarrollar el trabajo, distribución, configuración y relación entre espacio-persona; y, c) Aspectos de diseño espacial y arquitectónica (material, equipamiento adecuado, economía)
- Condiciones de seguridad. Prevención de riesgo, accidentes y condiciones en las que se desarrolla el trabajo.
- Características de la tarea. Constituidas por el trabajo en sí.
- Procesos de trabajo. Organización y división del trabajo.
- Condiciones sociales y/u organizacionales. Relaciones interpersonales en el ámbito del trabajo, así como las dimensiones del clima laboral, los aspectos sobre la participación y control de las personas sobre su entorno, la participación en el proceso de toma de decisiones y las expectativas sobre el trabajo.

La importancia de investigar y evaluar continuamente el clima laboral en las empresas es de gran importancia para el desarrollo y crecimiento de la empresa con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, tomando en cuenta la satisfacción por parte del personal.

5.4.1.3 Teoría de la Comunicación Organizacional

La comunicación organizacional es una joven disciplina que tiene sus matrices conceptuales y teóricos en la administración, sociología, la psicología, las ciencias políticas, la ingeniera, la informática, la antropología y la etnología, que se interesan por alguna de sus facetas y por ello de alguna manera u otra la comunicación organizacional es explicada y estudiada desde las diferentes matrices conceptuales de estas áreas.

La comunicación organizacional se encarga del estudio de la comunicación social en las organizaciones, lo cual muestra el intercambio de expresiones entre actores, se somete a los procesos de producción y consumo de un servicio convertido en mercancía profesional y que consiste en facilitar, por el intercambio de datos codificados y decodificados por los actores-agentes sociales, la reproducción de conocimientos a propósito del acontecer social y material que compromete a la organización, y que es un universo de objetos de referencia frente al cual los miembros de la organización y de la colectividad social necesitan ajustar sus conductas como agentes y como sujetos con aspiraciones sociales y materiales[21].

Desde su surgimiento aproximadamente en la década de los 60´s la comunicación organizacional ha sido vista con cierto recelo por parte de los representantes de las llamadas "ciencias duras" predominantes en esta época. Hoy en día cuenta con un peso propio que ya no se cuestiona en los círculos empresariales y de toma de decisiones políticas en el mundo entero, sobre todo en los países desarrollados.

La primera referencia que se tiene de la comunicación organizacional como tal está en los estudios de la comunicación interna en las organizaciones realizados por Elton Mayo en la década de los 60´s. En aquel entonces las organizaciones eran un sistema cerrado donde el comunicador es el defensor de la imagen de los líderes de las organizaciones, se encontraba el desarrollo del sistema capitalista donde lo importante era el producto.

A finales los años setenta la comunicación organizacional se encuentra en un estado intermedio con el ingreso en

occidente de los modelos de calidad y el impacto de la Teoría Z de Ouchi. Lo que mayor impacto provocó en ese entonces no fueron sólo los planteamientos de Ouchi, que mezclan de un modo radical la filosofía espiritual de oriente con la bastante más materialista y occidental Teoría General de los Sistemas de Ludwing von Bertalanffy.

Las ideas de Ouchi aparecieron en un mundo empresarial que veía desaparecer a empresas gigantescas, el nuevo liderazgo de los japoneses en ese rubro se mantiene hasta hoy; fueron estos hechos lo que prestaron solidez y la validación de que goza a Comunicación Organizacional actualmente. Lo que finamente terminó con la antigua y tradicional manera de pensar del Establishment empresarial fue el inicio de la "Era de la información"; y la irrupción en el mundo corporativo de las nuevas mega- empresas del rubro de la informática como Microsoft. Desde que en 1984 se declara el inicio de esta nueva "Era de la Información" los conceptos de comunicación han cambiado.

La comunicación organizacional contemporánea ha tenido influencia de escuelas administrativas como la de la "Administración por Objetivos", la de Calidad Total y el Kaizen. Esta última busca la fusión de los objetivos individuales con los corporativos, retomando la tradicional matriz colectivista de la mayor parte de las ancestrales escuelas de pensamientos asiático, que encuentran su mejor exponente en Confucio.

La moderna comunicación es una mezcla de las escuelas de gerencia japonesa y la gerencia de Marketing de los estados unidos que primero llegó a las organizaciones empresariales y hasta ahora comienza a tomar la academia[22].

La comunicación organizacional como actividad ha recibido diversas denominaciones dentro de la organización comunicación organizacional, comunicación interna y comunicación institucional; las que la ubican hacia fuera de la organización comunicación externa y relaciones públicas y las que integran ambos ámbitos la denominan comunicación integrada, global, corporativa y también institucional[21].

Dentro de un hospital se debe tener un departamento de comunicaciones el cual debe obtener información para conocer y proporcionar servicios acordes a las necesidades acordes a la población; hacer permeable la organización para que dicha información circule en el interior y sea aprovechada y por último, controlar los flujos de información que emana la organización para que éstos impacten en el mercado de manera positiva hacia los productos y servicios que se ofrecen.

Marco Legal

Las funciones desarrolladas por los recursos humanos del Hospital Regional "Dr. Luis. F. Nachón" tiene sus fundamentos en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el cual consta de cinco ejes de política pública. En especial, en el eje de Desarrollo Humano Sustentable que tiene como visión la transformación de México a futuro asegurando la satisfacción de sus necesidades fundamentales como la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y la protección a sus derechos humanos. Significa también que las oportunidades para las generaciones actuales y futuras puedan ampliarse, y que el desarrollo de hoy no comprometa el de las siguientes generaciones. Además busca la igualdad de oportunidades educativas, profesionales y de salud son necesarias para que todos los mexicanos puedan vivir mejor y participar plenamente en las actividades productivas[7].

Las actividades hospitalarias también tienen su fundamento en la política pública que llevó por título "Lograr la excelencia en calidad y atención personalizada Estrategia". Esta política pública de los Servicios de Salud, tuvo como fin el procurar servicios con calidad, oportunidad y trato digno a través de la transparencia de recursos con base a cinco líneas de acción, en las que el hospital logró desarrollar una cultura organizacional que buscó garantizar servicios con calidad; impulsó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, a través de diversas actividades administrativas y organización[7].

Metodología

El trabajo de intervención se llevó a cabo en cuatro fases que comprende un diagnostico situacional, planeación de la intervención, viabilidad – factibilidad y evaluación, esto siguiendo lo establecido en el manual de tesis y proyectos de intervención del Instituto de Salud Pública, en el año 2007, con el sistematizar de forma adecuada el proceso de intervención.

Fase I Diagnóstico situacional del problema. Diagnóstico situacional general del hospital

Descripción de los ambientes internos y externos del hospital; para generar un conocimiento homogéneo de la unidad hospitalaria, con datos históricos, características

estructurales y organizacionales, funcionamiento y efectos. Evidencia empírica

Búsqueda de evidencia científica realizada en el hospital en los últimos años, de la cual se describieron trabajos de manera retrospectiva del año 2012 al 2009.

Sondeo en Junta General

Con base en el Diagnóstico de la Situación de la Salud de la Población Usuaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", con respecto a la potencial sobreocupación en el servicio de toco cirugía realizado en el año 2011 por Delgado y colaboradores, se realizó un instrumento aplicado en la Junta General el 6 de marzo del presente año, mismo día en que Delgado y cols., presentaron ante el personal de salud los resultados de dicho trabajo. Con el fin de tener un panorama más amplio sobre los problemas detectados en el hospital.

El instrumento aplicado consto de 7 ítems que incluían edad, sexo, tipo de personal, área laboral, antigüedad, se enlistaban 7 problemas que había que enumerar por orden de importancia según la percepción de cada persona, incluyendo la opción de "otros", donde se pondría algún problema detectado en la práctica cotidiana de trabajo; y, finalmente si estaba dispuesto a participar en la solución del problema y el por qué.

Sondeo en áreas de primer contacto

Se aplicó en el área administrativa de consulta externa y urgencias al personal de trabajo social, admisión, información y recepción hospitalaria, mismo instrumento aplicado en la junta general con el fin de saber la percepción ante los problemas planteados y ser tomados en cuenta para determinar la situación a intervenir.

Estudio de sombra

Se realizó un estudio de sombra en el área de consulta externa y urgencias, donde se permaneció como observador no participante un tiempo de 3 horas, anotando todas las acciones que el personal realizaba con los usuarios que llegaban a solicitar el servicio.

Fase II Planeación de la intervención

¿Dónde se va a actuar?

El trabajo de intervención se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital "Dr. Luis F. Nachón", en el aula 1 del área de enseñanza del mismo.

¿Con quiénes se va a actuar?

Personal de primer contacto del área de trabajo social, recepción de consulta, recepción de urgencias, y admisión hospitalaria del Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

Contemplando como objetivo 20 participantes (100%), se considerará como meta satisfactoria el 80% de asistentes al termino del taller.

¿Cómo se va a hacer?

Se realizaran estrategias de tipo educativas y comunicacionales, de manera secuencial e interrelacionadas:

Educativa, porque comprende la validación de un taller sobre motivación, comunicación y organización laboral.

Comunicacional, porqué implica el diseño y difusión de materiales gráficos que fortalezcan acciones de la etapa anterior.

¿Con qué?

Recursos materiales:

- Material de papelería
- Carteles
- Botones impresos.
- Material audiovisual.

Cañón y Laptop. Recursos financieros

- Costo de reproducción de botones y material de papelería fueron financiados por el Instituto de Salud Pública y el equipo de trabajo.

Recursos humanos

- Equipo de trabajo multidisciplinario
- Asesores internos y externos

¿Cuándo?

Taller impartido en 5 sesiones de 2 horas cada una,

iniciando el 23 de abril y concluyendo 23 de mayo del 2012.

Fase III Viabilidad y Factibilidad

En la fase de planeación es importante construir la viabilidad. Riande23 la ubica en los ejes de "mayor globalidad" y "poder ser", cuyo propósito es encontrar o diseñar movimientos capaces de poner el objetivo al alcance. La construcción de la viabilidad es básicamente la identificación de oponentes con la finalidad de diseñar las estrategias que garanticen viabilidad.

En primer lugar, es necesario realizar un análisis de la situación desde el plano de los actores sociales, en este caso, se revisó la evidencia empírica que actores sociales tanto internos como externos realizaron acerca de las principales problemáticas que se presentan en el HRLFN y sobretodo de las problemáticas consideradas como tales por la mayoría de los actores sociales al interior del hospital.

Una vez analizado cada problema, tomando en cuenta los obstáculos, facilitadores, oponentes y aliados fue posible hacer una propuesta de problema a abordar viable y acorde a las atribuciones del equipo que lo realizará. Si bien es cierto que en el HRLFN existen diversos y evidentes problemas, no todos son viables si se toma en cuenta que los obstáculos y oponentes rebasan a los facilitadores y aliados.

Respecto a la factibilidad del proyecto de intervención, éste se considera factible ya que se cuenta con los recursos tanto humanos como materiales para su realización.

En el aspecto operativo se cuenta con capacitadores que poseen la formación necesaria para impartir los temas propuestos además de los materiales didácticos que se requieren.

Entre los requerimientos tecnológicos como lo son computadoras, cámaras fotográficas digitales, cámaras de video, proyector de imágenes es posible decir que el equipo de trabajo pudo contar con ellos durante la realización del proyecto de intervención. También se contó con los recursos económicos necesarios para la impresión de material de difusión, compra de material de papelería y material didáctico.

Fase IV Evaluación

Se llevó a cabo una evaluación inicial que contenía 15 preguntas que permitieron identificar la percepción de los participantes en el taller sobre la importancia del trabajo que desempeñan en el hospital, sus motivaciones y sensibilidades.

Del mismo modo al concluir las 5 sesiones se llevó a cabo la evaluación final, utilizando el mismo instrumento aplicado al inicio, esto con el fin de identificar cambios en la percepción de los participantes.

Los resultados obtenidos de estas evaluaciones se describirán en el apartado de resultados.

Opiniones iniciales y finales

Tabla 15. Descripción de variables a evaluar

Tabla 15. Descripción de variables a evaluar

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento.	Años cumplidos que tiene la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Discreta	Frecuencia y porcentajes
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.[1]	Sexo declarado por el entrevistado. Hombre Mujer	Nominal	Frecuencia y porcentajes
Tipo de contratación	Puesto institucional donde se encuentra trabajando la persona.	Tipo de personal proporcionado por el encuestado.	Nominal	Frecuencia y porcentajes
Área de labora[1]	Las ocupaciones relacionadas con la provisión directa de servicios que se orientan al cuidado, preservación y recuperación de la salud humana.	Área en el que desempeña la practica el encuestado.	Nominal	Frecuencia y porcentajes
Importancia de la función[24] al interior de la institución.	Actividades desempeñadas de acuerdo con el puesto de trabajo asignado.	Consideración de los participantes acerca de la importancia de la función que desempeñan.	Nominal	Frecuencia y porcentajes.
Motivación[25]	Ánimo para realizar determinadas actividades.	Fuente de ánimo de los participantes para realizar su trabajo del día a día. Se divide en interna o externa.	Nominal	Frecuencia y porcentajes.
Procedimientos[26]	Entendimiento que los participantes tienen en lo que se refiere a las actividades que se llevan a cabo en su área laboral.	Conocimiento de los métodos que se llevan a cabo en el área laboral en que se desempeñan así como de las carpetas de gestión d calidad correspondientes.	Nominal	Frecuencias y porcentajes.
Equipo de trabajo[27]	Grupo cuyos esfuerzos individuales dan por resultado un desempeño que es mayor que la suma de los aportes de cada uno.	Percepción de los participantes acerca del equipo de trabajo en su área laboral.	Nominal	Frecuencias y porcentajes
Satisfacción laboral[28]	Actitud que refleja el sentimiento de las personas respecto de su trabajo.	Actitudes positivas y negativas que reflejan el sentimiento de los participantes respecto de su ambiente de trabajo en diversos ámbitos: trato con el usuario, compañeros de trabajo, organización del trabajo, propio trabajo, lealtad y sentido de pertenencia con la institución y trato con los directivos.	Nominal	Frecuencias y porcentajes.

Fuente: Elaboración propia.

Instrumento de retroalimentación del ponente

Arce en el 2010, menciona que uno de los modelos más utilizados en la evaluación de los docentes es el que se basa en la opinión de los alumnos27. Esta evaluación se refiere a las conductas, es decir que los alumnos son reflejo del trabajo del docente. Ya que en general, las instituciones son las que evalúan de acuerdo a su modelo educativo y la realidad socioeconómica específica. También es cierto que aspectos como familia, amigos, nivel educativo y socioeconómico afectan la evaluación. No obstante, es importante tomar en cuenta las opiniones de los alumnos para el diseño de estrategias que permitan elevar el rendimiento de los alumnos y el desempeño de los profesores. El autor hace ver que, en general, los cuestionarios de contexto que responden los alumnos en la evaluación del desempeño docente, deben de contener las dimensiones siguientes:

- Planeación del curso.
- Preparación de la clase.
- Metodología didáctica.
- Actitud del profesor.
- Evaluación de los alumnos.
- Resultados de su labor educativa.

Para la evaluación del desempeño de los capacitadores de la presente intervención se diseñó un instrumento que evaluaría los aspectos considerados más importantes para los fines de la investigación (Tabla 16).

Tabla 16. Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Dominio del tema	Conocimiento del tema que se encuentra exponiendo.	Según la percepción de los participantes del taller conocimientos de los ponentes acerca del tema que está presentando.	Nominal	Frecuencias y porcentajes.
Secuencia de la exposición	Serie lógica en la presentación del tema.	Percepción de los asistentes respecto del orden en que se expuso el tema.	Nominal	Frecuencias y porcentajes.
Material	Objetos utilizados para la impartición del curso.	Evaluación de los participantes acerca de la calidad de los materiales utilizados durante el taller de capacitación.	Nominal	Frecuencia y porcentajes.
Objetivos	Aspiración que dirige el quehacer educativo.[28]	Evaluación de los participantes respecto de la claridad de los objetivos en relación a la evaluación y la las actividades realizadas.	Nominal	Frecuencia y porcentajes.
Puntualidad	Cuidado en llegar a un lugar o partir de él a la hora convenida.[24]	Consideración de los participantes en referencia a la pertinencia de la hora de llegada de los ponentes.	Nominal	Frecuencia y porcentajes.
Técnicas didácticas	Es un procedimiento didáctico que se presta a ayudar a realizar una parte del aprendizaje que se persiguen con la estrategia.[29]	Valoración acerca del manejo de los procedimientos didácticos utilizados por los ponentes.	Nominal	Frecuencia y porcentajes.
Retroalimentación al grupo	Intercambio de información que enriquece el desarrollo de la experiencia educativa.	Percepción de los participantes en lo que respecta a la cómo el ponente propicia el intercambio de la información con los miembros del grupo.	Nominal	Frecuencia y porcentajes.
Participación del grupo	Nivel de involucramiento en algún asunto.	Consideración de los participantes en referencia a si los ponentes generaron tal ambiente de confianza que les facilitaba participar activamente en las actividades programadas.	Nominal	Frecuencia y porcentajes.

Fuente: Elaboración propia

NOTA: Cada uno de los aspectos se evaluará como malo, regular, bueno, muy bueno según la percepción de cada uno de los asistentes al taller.

RESULTADOS

Estrategia educacional

A continuación se presenta la carpeta del Taller de capacitación a realizar con el personal de primer contacto del HRLFN. Este taller se construyó en función a responder al problema identificado gracias a la revisión bibliográfica y estudio de sombra llevado a cabo por el equipo de trabajo.

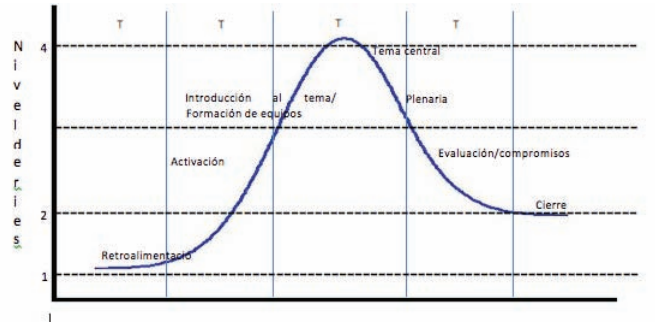
La capacitación de los empleados es una actividad importante de la gerencia de recursos humanos. Conforme los empleos exigen cambios, las destrezas de los empleados se deben modificar y actualizar. La capacitación de empleados se puede proporcionar en formas tradicionales, incluyendo la capacitación en el trabajo, la rotación de empleos, la enseñanza y el adiestramiento, los ejercicios de experiencia, los cuadernos de ejercicios y manuales o las conferencias en el salón de clases. En la capacitación se busca saber sobre los conocimientos e ideas, mediante conferencias, seminarios, discusión de casos y es a mediano plazo. La capacitación consiste en dar al empleado la preparación teórica que requerirá para desempeñar su puesto con toda eficiencia[30]. Su propósito es orientar las experiencias de aprendizaje en sentido positivo y las complementa y refuerza con una actividad planeada

para que el personal pueda desarrollar sus conocimientos y las aptitudes y habilidades en beneficio propio y de la organización[31].

El desarrollo de cada sesión se encuentra estructurado en la teoría Gestalt para el trabajo en grupos para el trabajo terapéutico y desarrollo de potencial humano propuesto por Muñoz Polit32. Esta metodología de trabajo consta de cuatro tiempos durante la sesión y cuatro niveles de riesgo, donde se distribuyen siete actividades por sesión, salvo en la primera sesión donde se realiza la presentación del equipo de trabajo y los participantes del taller (Gráfica 4).

En el siguiente esquema se muestra el proceso de cada una de las sesiones con el nivel de riesgo y los tiempos. La secuencia de las actividades se muestran en una curva creciente, que va de los ejercicios más leves a los más fuertes y a partir de la mitad empiezan a disminuir, ya que así se promueve menos emocionalidad, más integración, el contacto con la realidad para que busquen el regreso al mundo de afuera.

Gráfica 4. Nivel de riesgo y continuidad de dinámicas utilizadas en "Taller de Capacitación de Personal de Primer Contacto", Xalapa2012.



Fuente. Elaboración propTiaie,mtpoomdae dlaoindteervl elinbcrióonLa sensibilización Gestalt en el trabajo terapéutico. Desarrollo del potencial humano de Muñoz Polit32

Los ejercicios de la primera fase de la curva deben ser de calentamiento, no amenazante, la temática no es muy fuerte. La segunda parte son ejercicios un poco más fuertes que empiezan a movilizar la energía, tocando cosas más profundas. Para la tercera fase se aplican los ejercicios más amenazantes, aquellos que implican el contacto físico, movimiento físico libre, los que tocan temáticas íntimas y problemáticas. Y para la última fase se realizan actividades que llevan a integrar todo lo vivenciado anteriormente, que fomenten el contacto con la realidad externa, con aplicaciones concretas, de lo que han descubierto.

Cartas programáticas

TALLER DE CAPACITACIÓN, MOTIVACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA PERSONAL DE PRIMER CONTACTO CON EL USUARIO EXTERNO

Objetivo: Contribuir a mejorar la atención del personal de primer contacto con el usuario externo del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" (HRLFN) fortaleciendo la comunicación y organización laboral mediante la aplicación de un taller.

Dirigido a: Personal administrativo del área de trabajo social y recepción de consulta externa, además del personal de admisión hospitalaria, trabajo social y recepción de urgencias del Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

Número de integrantes: Mínimo 15 - Máximo 20. Distribuidas en dos grupos.

Número de sesiones: 5 sesiones con duración de 2 horas cada una.

Lugar: Aula de 1 del área de enseñanza.

Metodología

Las dinámicas y técnicas a realizar en el taller serán de manera:

- Vivencial,
- De sensibilización, y
- Teórica.

Tabla 17. Temas a tratar en las 5 sesiones del taller, 2012

Sesión	Tema	Objetivo
1	Sensibilización	Que los asistentes reconozcan que el fin principal de su labor es la búsqueda de la satisfacción de la población usuaria de la unidad hospitalaria, por medio de la prestación de servicios.
2	Motivación laboral	Que el personal de primer contacto recuerde que su trabajo es necesario, útil e importante, ya que se enfoca en el contacto con las personas como una guía y como orientador para que el usuario lleve a cabo cada uno de los procedimientos administrativos para su atención tanto del área de consulta externa como de urgencias.
3	Comunicación como resolución de conflictos	Proporcionar herramientas para la resolución de conflictos, con el fin de optimizar tempos y esfuerzos en caso de una eventualidad presentada en su área de trabajo, en función de temáticas a tratar en el taller.
4	Trabajo en equipo	Fomentar el trabajo de equipo entre los asistentes y fortalecer el sentido de pertenencia a la institución viendo a esta como el medio por el cual se atiende la demanda de salud de toda una región.
5	Revisión de carpeta de gestión de calidad y la Filosofía Institucional, Adecuación de los procesos de atención.	Eficientar los procesos de atención mediante la divulgación de los manuales de procedimientos y la elaboración de materiales comunicacionales que sean de apoyo para la atención de los usuarios apegado a las políticas de la institución y su Modelo de Gestión de Calidad.

Fuente: Elaboración propia

Carta descriptiva

Sesión 1.

Sesión	Tema	Objetivo	Dinámica	Tiempo	Material
1	Sensibilización	Que los asistentes reconozcan que el fin principal de su labor es la búsqueda de la satisfacción de la población usuaria de la unidad hospitalaria, por medio de la prestación de servicios	Bienvenida/ Presentación/ Activación (aplicación de instrumento inicial) - Baile del pañal - Traigo noticias para	10-15 min.	20 fotocopias
			Introducción al tema - Formar equipos con una dinámica e introducir el tema a tratar. - Iceberg	10-15 min.	Ninguno
			Si realmente me conocieras	30-45 min	Pañuelos desechables, en caso de ser necesarios
			Conclusiones/acuerdos/Compromisos	15-20	2 pliegos de papel Bond y marcadores
			Cierre - "Ametralladora"	15 min	Ninguno

Sesión 2.

Sesión	Tema	Objetivo	Dinámica	Tiempo	Material
2	Motivación laboral	Que el personal de primer contacto recuerde que su trabajo es necesario, útil e importante, ya que se enfoca en el contacto con las personas como una guía y como orientador para que el usuario lleve a cabo cada uno de los procedimientos administrativos para su atención tanto del área de consulta externa como de urgencias.	Bienvenida Retroalimentación	10-15 min.	Ninguno
			Activación - Montaña rusa	10 min	Ninguno
			Formación de equipos o trabajo individual. - El elefante encadenado	10-15 min.	Ninguno
			Anuncios clasificados	30-45 min	Papel Kraft, revistas, tijeras, pegamento, hojas blancas
			Plenaria/conclusión acuerdos/compromisos - Cofre del tesoro más preciado del mundo, la cosa más valiosa del mundo.	15-20	Cofre de tamaño pequeño con un espejo dentro
			Cierre	15 min	Ninguno

Sesión 3.

Sesión	Tema	Objetivo	Dinámica	Tiempo	Material
3	Comunicación como resolución de conflictos	Promover la resolución de conflictos en función de temáticas a tratar en el taller.	Retroalimentación y activación - Ranitas al agua	15- 20 min.	Ninguno
			Principales barreras de las relaciones humanas y el conflicto - Sociodrama	30-45 min	Material para caracterización
			Plenaria/conclusión/ acuerdos/compromisos	15-20	Copias
			Cierre	15 min	Ninguno

Sesión 4.

Sesión	Tema	Objetivo	Dinámica	Tiempo	Material
4	Trabajo en equipo	Fomentar el trabajo de equipo entre los asistentes y fortalecer el sentido de pertenencia a la institución viendo a esta como el medio por el cual se atiende la demanda de salud de toda una región.	Bienvenida Retroalimentación	10-15 min.	Ninguno
			Activación - Canasta revuelta	10-15 min.	Ninguno
			Taller de comunicación grupal. - Esculturas de plastilina	30-45 min	20 Barras de plastilina
			Plenaria/conclusión/ acuerdos/compromisos	15-20	Ninguno
			Cierre	15 min	Ninguno

Sesión 5.

Sesión	Tema	Objetivo	Dinámica	Tiempo	Material
5	Revisión de carpeta de gestión de calidad. Adecuación de los procesos de atención.	Eficientar los procesos de atención mediante la divulgación de los manuales de procedimientos y la elaboración de materiales comunicacionales que sean de apoyo para la atención de los usuarios.	Retroalimentación	10-15 min.	Ninguno
			Dinámica de activación	10 min	Ninguno
			- Filosofía institucional - Organigrama - Manual de procedimientos	30-45 min	Proyector, laptop, copias, lapiceros
			Plenaria/conclusión/ acuerdos/compromisos Aplicación de los instrumento (evaluación de ellos y de nosotros)	15-20	Copias
			Entrega de reconocimientos y Convivio	30 min	Reconocimientos
			Cierre-Convivio	10 min	Colación

Relatorías

Desde el inicio de la intervención el equipo de trabajo vivió una serie experiencias producto de las sesiones de trabajo que a continuación se enumeran y relatan cada una de ellas.

Sesión 1.

Fecha. 23 y 25 de abril de 2012. Hora de inicio. 9:00 horas.

Lugar. La sesión con el grupo 1 se llevó a cabo en el aula 1 del área de enseñanza del hospital y el grupo 2 se llevó a cabo en la biblioteca del HRLFN.

Tema. Sensibilización.

Objetivo. Que los asistentes reconozcan que el fin principal de su labor es la búsqueda de la satisfacción de la población usuaria de la unidad hospitalaria, por medio de la prestación de servicios.

Desarrollo del taller. El primer tema del curso trató del tema de sensibilización, el cual se llevó a cabo a partir de una técnica expositiva con participación de los asistentes, el programa de la sesión se relata en los siguientes párrafos, describiendo técnicas y dinámicas que se realizaron.

Bienvenida y presentación: Se dio la bienvenida a los participantes y se les felicitó por tomar la decisión de entrar al curso. Después de ello, el equipo se presentó.

Dinámica de presentación: El baile del pañal, fue la dinámica que se utilizó, el objetivo de esta es presentarse de manera divertida. Se les a los participantes que se paren de espaldas a otro compañero y crucen sus brazos de manera que queden entre lazados y bailen durante el tiempo en que se escuche música, al pararse la música deben pararse frente a frente y presentarse, al terminar se pondrá otra vez la música y buscan a otra persona para realizar el mismo procedimiento hasta que se presenten todos. Para esta dinámica participaron todos los integrantes del equipo capacitador para así interactuar y conocer a los miembros del grupo. La actividad les pareció divertida y procuraron bailar con todos los presentes.

Dinámica de activación. Se juego "Traigo noticias para", en este juego todos los integrantes están sentados y uno queda en el centro, al principio el coordinador es quien da las instrucciones. La persona que está en el centro dice, "traigo noticias para las personas que... traen zapatos", por ejemplo, y entonces todas las personas que tienen zapatos se levantan y buscan un nuevo lugar, quien quede sin lugar repite la frase "traigo noticias para" y la completara con lo que se le ocurra, y los integrantes se vuelven a levantar en busca de un nuevo lugar y así sucesivamente hasta que el coordinador considere que es suficiente y termina la dinámica. El grupo se divirtió y le puso rapidez al juego para hacerlo más emocionante.

Introducción al tema. En este momento de la sesión el capacitador hizo el dibujo de un iceberg en un pliego de papel bond y preguntó al grupo sobre las características de éste bloque de hielo, después de ello se les preguntó si existe alguna similitud entre un iceberg y una persona, y hubo respuestas como: son fríos, son grandes, solo se les ve la punta, la mayor parte del iceberg está bajo el agua. Estas respuestas ayudaron a iniciar con el tema, ya que a lo que se pretendía llegar era sobre esa parte que las personas ocultamos, esa parte que nos forma y con lo que crecemos y nos hace crecer; estos son nuestros "deberes" que se han aprendido de papá y mamá, de los maestros, amigos, pareja, hijos, la cultura y el momento histórico social que le ha tocado vivir a cada individuo. Entre los deberes que se trataron fueron:

el cómo ser como madre, el cómo ser como hija, el cómo ser mujer, el cómo den hablar, el cómo deben caminar, el cómo deben sentarse, el cómo debe ser el cuerpo, el cómo se debe ser como hombre, los hombres no lloran, estas fueron algunas frases que se utilizaron para evocar sentimientos que permitieran la sensibilización. El grupo ayudó a identificar estas frases, ya que el grupo fue el que a partir de sus vivencias fue posible llevar esta dinámica. El grupo adoptó una participación seria y cooperativa, aunque al principio parecían reservarse comentarios.

Actividad principal. "Si realmente me conocieras", fue la dinámica principal para dirigir al grupo a la sensibilización, al autoconocimiento, al apoyo grupal y al conocimiento grupal, ya que el objetivo de ésta es conocerse a sí mismo, identificarse con el otro y poner en común las problemáticas que están en el momento presente y que afectan a los integrantes del grupo. Para la realización de esta dinámica se pidió que formaran equipos y se sentaran de manera que los integrantes de cada equipo estuvieran tan juntos hasta tocarse las rodillas, para así crear un espacio reducido en el cual tuvieran mayor contacto físico y emocional con el otro. El rapport de esta dinámica se realizó a partir de las dinámicas previas y para tener un mayor grado de empatía, el capacitador empezó compartiendo una experiencia personal que le causó un impacto en su vida, con el fin de crear un ambiente de mayor confianza y empatía. El desarrollo de esta dinámica empieza con la frase, "Sé que todos luchamos contra algo y no creo que debamos sobrellevarlo solo", posteriormente se les dijo:

"Vamos a empezar por invitarlos a cerrar los ojos. Y con sus ojos cerrados quiero que piensen que se siente ser ustedes. ¿Qué carga llevan cada día? Quizá haya mucha presión en sus hogares, presión para triunfar, para ganar, para ser mejores, para que les vaya mejor. Si realmente los conociéramos

¿qué sabríamos sobre ustedes? ¿Qué clase de sentimientos pesan sobre ustedes cada día? ¿Qué hacen con todos esos sentimientos? ¿Qué se siente ser ustedes y acaso alguien lo sabe? Pueden abrir los ojos, y con sus compañeros de grupo van a repetir esta frase tanto como quieran, en primera persona, completen la frase:

"Si realmente me conocieran, esto es lo que sabrían de mi..." Por favor empiecen."

Al interior de los grupos de trabajo se completó esa frase y compartieron situaciones personales que les afectaban en ese momento. El ponente supervisó el trabajo realizado al interior de los grupos, dirigiéndolos hacia el desarrollo adecuado de esta dinámica. Para algunas personas fue una dinámica reveladora y evocadora de sentimientos que provocaron el llanto, mientras que para otros quizá fue amenazadora y por ello evadieron lo más que pudieron la actividad.

Plenaria. Al finalizar el tiempo dedicado a la dinámica anterior y una vez que todos los participantes completaron la frase, se pidió que hicieran en un pliego de papel bond lo que se dieron cuenta que puede ser una causa y en otro el efecto que eso tiene en su vida o en el trabajo. Esto sirvió para generar empatía en el grupo e identificar que todos han pasado por momentos difíciles y que a pesar de ello han tenido la capacidad de salir adelante. Así como para identificar que todo lo que les sucede esta interrelacionado y que todo tiene una causa y un efecto en diferentes contextos de su vida. Pudieron darse cuenta que en cada una de ellas está la solución y que ellas tienen la capacidad de hacer algo al respecto. Una de las tareas que se les dejó fue que: Sean ellas mismas, que sean la persona que son y tomen la responsabilidad de lo quienes son. En general esta actividad fue aceptada por los participantes. El grupo se mostró solicito y cooperador, llevaron la actividad de manera participativa, todas opinaron.

Cierre. Para finalizar esta sesión se hizo una dinámica que se llama "Ametralladora", en la que todos los participantes están de pie y el coordinador da la instrucción de despedirse de cada uno de los compañeros del grupo, esto con el fin de procurar un ambiente que les anime a continuar con su jornada laboral y no se queden en los momentos que pudieron ser difíciles durante el tema de sensibilización. En esta dinámica el coordinador les dijo que se despidieran primeramente chocando las manos, después con un caderazo ligero, después con un suave golpe con el hombro y por ultimo con un aplauso de reconocimiento por haber hecho un buen trabajo ese primer día. La actitud del grupo fue relajada y animada.

Observaciones:

Las participantes del primer grupo llegaron 20 minutos después de La sesión debido a las actividades laborales que tienen durante la jornada de trabajo. La actitud percibida al inicio de la sesión fue buena y de colaboración, aunque se notaban a la expectativa. La primera dinámica de presentación, así como la dinámica

de activación las hizo reír y al parecer la disfrutaron. La introducción al tema de sensibilización, la exposición del iceberg, empezó con poca participación, aunque con cierto recelo de participar y compartir experiencias personales, debido a que era la primera vez que hablaban ante un grupo, pero poco a poco todas fueron participando y tomando la palabra. En general ambos grupos tuvieron un grado significativo de dificultad para el capacitador, ya que era el primer taller que se les daba a personal de primer contacto, por ello tuvieron una actitud reticente ante el tema de sensibilización. Les fue difícil llevar a cabo las instrucciones tal cual se les dio, pues al parecer evadían hablar sobre sí mismos, pues en la actividad de "Si realmente me conocieran" parecía que controlaban mucho su discurso para que no se colora lo que sienten o lo que viven; es un grupo que consume gran parte de su tiempo y a pesar de ello no se conocen entre sí sus integrantes. En ambos grupos se dio la situación que dos participantes se abrieron ante sus compañeros, hablaron de cosas que han estado arrastrando desde hace mucho tiempo y empezaron a llorar, su grupo les brindo el apoyo necesario. En la plenaria pusieron en "físico" lo que se dieron cuenta y realizaron un análisis de las causas y efectos que intervienen en su día a día. La dinámica final fue bien recibida por las participantes y la sesión terminó satisfactoriamente.

Grupo 1	Grupo 2
- El grupo mostró disposición en todas actividades, pero se notó con mayor reserva cuando se llevó a cabo la actividad de completar la frase "si realmente me conocieran", lo cual demoró el inicio de la actividad; uno de los grupos se quedó en silencio durante 3 minutos aproximadamente pues nadie empezaba a hablar, se les dio el tiempo y empezaron por si solas.	- Los participantes de este grupo llegaron antes de las 9 de mañana y el grupo de capacitación se encontró con el problema de que el aula donde se llevaría a cabo el taller estaba ocupado y al ver que no se desocuparía se tuco que adecuar la biblioteca improvisadamente pero cómoda para el fin del taller. Sin embargo, este inconveniente se resolvió adecuadamente. - Este grupo mostró participación pero una mayor cerrazón en la actividad "Si realmente me conocieras", un grupo evadió la dinámica durante un tiempo prolongado, en otro grupo, el único participante hombre acaparó la atención y la palabra durante algunos minutos de la actividad y el otro grupo siguió correctamente las instrucciones. El coordinador se acercó a los primeros dos grupos y les invitó a seguir con la dinámica, en medida de los posible para grupo llevaron a cabo la actividad, pues no se iba a obligar a los grupos a seguir más allá de lo que podían dar en ese momento.

Sesión 2.

Fecha. 2 y 3 de mayo de 2012

Hora de inicio. 9:00 horas.

Lugar. Aula 1 del área de enseñanza del hospital. Tema. Motivación laboral.

Objetivo. Que el personal de primer contacto recuerde que su trabajo es necesario, útil e importante, ya que se enfoca en el contacto con las personas, como una guía y como orientador para que el usuario lleve a cabo cada uno de los procedimientos para su atención tanto del área de consulta externa como de urgencias.

Desarrollo del taller. Se llevó a cabo la segunda sesión enfocada al tema de motivación, el cual se desarrolló mediante una técnica expositiva con participación activa de los asistentes.

Retroalimentación. Al inicio de la sesión se les felicito por decidir regresar al grupo de capacitación. En ambas sesionesse inició con una retroalimentación de la primera sesión, en la cual se trató el tema de sensibilización, la mayoría de asistentes participaron en la retroalimentación y se les pregunto sobre cómo les había ido en esa semana con respecto a lo revisado la sesión anterior, se les pregunto si reconocieron causas y efectos de sus comportamientos, acciones y reacciones en ese periodo de tiempo, a lo cual pudieron hacer mención de diversas situaciones que

experimentaron. Dinámica de activación. Se realizó una dinámica de activación llamada "Montaña rusa", en esta se solicitó a los participantes que formaran dos filas viendo hacia el frente donde se ubicada la coordinadora y se tomaron de los hombros. La instrucción consistía en seguir las indicaciones tomados de los hombros sin soltarse, la instrucción era simular que iban en una montaña rusa y siguieran las indicaciones, se les decía que giraran a la derecha o la izquierda y se balanceaban a los lados sin soltarse, cuando decía hacia abajo, debían agacharse y sin soltarse y cuando decía hacia arriba flexionaban hacia arriba y es cuando podían soltarse y levantar las manos; todos los participantes sonrieron y cooperaron gustosamente, mientras se relajaban con la actividad.

Introducción al tema. Se inició con una metáfora sobre la motivación, como se origina la motivación y como se emplea para el logro de un objetivo. La metáfora utilizada fue mediante el cuento de "El elefante encadenado", en la cual va así:

"Este es la historia de un elefante de circo, que desde muy pequeño fue encadenado a una estaca con la cual lucho y lucho pero nunca pudo soltarse, lo intento e intento y lo siguió intentando pero sus esfuerzos eran en vano, hasta que un día dejó de intentarlo y ese die fue el más triste de su vida, pues ese día acepto su impotencia y se resignó a su destino. Ese elefante enorme y poderoso que está en el circo no escapa, no porque no pueda, sino porque cree que no puede. Tiene grabado el recuerdo de la impotencia que sintió poco después de nacer. Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar ese recuerdo. Se les dijo que todos tenemos un poco de ese elefante porque vamos por el mundo atados a muchas estacas que nos restan libertad y que nos impiden crecer y ser uno mismo."

La capacitadora comentó tras la metáfora, una experiencia personal donde relato como vivió una desmotivación y como encontró la fortaleza para salir adelante. Se describieron los tipos de motivaciones, con esta primer estrategia -la metáfora- se dio oportunidad a cada uno de los participantes a comentar sobre casos y causas de su motivación, en su mayoría coincidieron en las relaciones interpersonales de cada uno, mencionando a la familia, esposa e hijos, por los cuales asisten cada uno de los días a realizar sus actividades a dicho hospital, dos de las asistentes comentaron experiencias personales de superación profesional y relatando los motivos que impulsaron las mimas. Además, describieron los motivos por los que acudieron, así como detalles de su motivación interna y externa de forma individual. Posteriormente realizaron una reflexión personal, mediante unas preguntas que incluían las siguientes cuestiones: ¿A qué se ha venido hoy a clase?

¿En qué estado de ánimo me encuentro? ¿Qué espero en este día? ¿Qué estoy dispuesto a aportar para la realización con mis ideas y esperanzas?, posteriormente se llevó a plenaria comentario de lo contestado y se reflexionó sobre los diferentes puntos de opinión.

Actividad principal. Se desarrolló la actividad denominada "anuncios clasificados", para lo que se les proporcionó material como revistas, tijeras, hojas, plumones, con el fin de realizar un anuncio donde expusieran de manera gráfica sus cualidades, mejores habilidades y curiosidades. Posteriormente se pegaron en un pliego de papel kraft.

Plenaria. Se llevó a cabo la explicación del mural de anuncios clasificados, exponiendo ante ellos sus más preciadas cualidades, resaltando la motivación interna y las características positivas que conforman su personalidad; además, de todo lo valioso que ellos relataron como un factor motivante a la familia en general pero haciendo mención especial de los hijos y la pareja, así como de los padres. Sin embargo, se notó que la mayoría ha dejado de lado su motivación interna y sobrecargan y sobredimensionan la importancia externa.

Cierre. Para finalizar se llevó a cabo la dinámica de "El tesoro más valioso del mundo", al finalizar la plenaria se les dijo que existe un tesoro que tiene un valor incalculable y que se los mostraríamos pues lo teníamos ahí, tras el pilar del salud en un pequeño cofre. Una a una se le invito a que pasaran tras el pilar, donde al abrir el cofre encontrarían ese tesoro. En el fondo del cofre había un espejo que les reflejaba lo más valioso en su vida, posterior a ello se reflexionó sobre el autocuidado, autoconocimiento y sobre todo autoestima. Se concluyó de manera satisfactoria con la disposición de todos los integrantes.

Observaciones:
El inicio de la sesión fue alrededor de las 9:20 debido a que los participantes llegaron después de la hora establecida. La disposición de los grupos con la que llegaron a esta nueva sesión fue significativamente diferente a la primera, llegaron con una actitud positiva y mencionaron que tenían ganas de estar ya en el curso. Para esta sesión dejaron de ir dos participantes, ya que por motivos de trabajo les fue imposible regresar al grupo. Se percibió un grupo abierto a la autocrítica y con mayor disposición, por el contrario la sesión del día 3 se observó un grupo más reservado y con resistencia al desarrollo del tema. En la retroalimentación se puedo notar que fue un tema difícil para los dos grupos ya que no eran temas que se hablaran frente a un grupo de trabajo, sin embargo les ayudó a darse cuenta que necesitan mejorar su comunicación y fortalecer sus relaciones interpersonales así como
su red de apoyo en el trabajo. La dinámica de activación les resultó divertida y les relajó antes de empezar el tema de motivación. Durante el relato del cuento del elefante se mostraron atentas e interesadas, la mayoría de participantes participó comentando sus experiencias referentes al tema de la motivación. El anuncio clasificado lo hicieron con entusiasmo y se esforzaron porque saliera lo mejor posible. En la plenaria se notaron satisfechas con su trabajo y lo se logró poner en común que muchas personas comparten las mismas motivaciones y buscan fines similares, en base a sus necesidades de estima, de seguridad, de pertenencia, de amor y de autorrealización, dándole un significado emocional que les motiva. La dinámica del cofre del tesoro fue gratificante para cada una de ellas, pues al encontrarse en el reflejo del tesoro regresaban a su lugar con una sonrisa y entusiasmadas, quizá porque en algunos momentos se han olvidado de si mismas por hacer las cosas para los demás, pues así lo mencionaron durante el cuento del elefante. Al finalizar la actitud se percibió de alegría.

Grupo 1	Grupo 2
Este grupo corresponde a los asistentes del día lunes, conformado por 7 personas del departamento del trabajo social y una persona de la coordinación de la consulta externa del área de recepción de urgencias en la jornada acumulada. En esta sesión se presentó un percance, ya que existieron dudas sobre la asistencia del día lunes ya que coincidía con un posible día festivo, se resolvió cambiando la fecha al jueves próximo, teniendo el total de asistencia. El tema de motivación como eje de la sesión, se desarrolló mediante un relato analógico de las motivaciones, el grupo presentó resistencia al relato y a mencionar situaciones similares que hayan experimentado, pero conforme avanzó la sesión se abordó de manera fluida, realizaron la actividad de "anuncios clasificados" en la que expusieron sus motivaciones internas y externas, se observaron habilidades como la creatividad e inventiva para	El grupo dos está conformado por 8 mujeres del departamento de trabajo social y 1 hombre de la coordinación de consulta externa que labora en recepción de urgencias. La sesión se llevó a cabo en tiempo y forma de acuerdo al cronograma de trabajo, aunque llegaron retrasadas unos minutos se desarrolló el tema de una manera muy fluida y participativa. Esta sesión en relación a la previa el grupo se percibió más abierto y perceptivo, con una buena respuesta en cada una de las actividades. En la actividad de "anuncios clasificados", el grupo fue significativamente más creativo y sensible en su trabajo. En general todos los participantes se mostraron activos.
el diseño del mismo, posteriormente se realizó la actividad del "el tesoro más preciado" donde se les mostró que ellas mismas eran el valioso recurso de la institución, del cual resaltaron expresiones de sorpresa, felicidad y lágrimas. La sesión concluyó de manera satisfactoria y con agrado de los participantes y los facilitadores.	

Sesión 3.

Fecha. 07 y 09 de mayo de 2012. Hora de inicio. 9:00 horas.

Lugar. Aula 1 del área de enseñanza del hospital. Tema. La comunicación como resolución de conflictos

Objetivo. Proporcionar herramientas para la resolución de conflictos, con el fin de optimizar tempos y esfuerzos en caso de una eventualidad presentada en su área de

trabajo, en función de temáticas a tratar en el taller.

Desarrollo del taller. Se llevó a cabo la segunda sesión enfocada al tema de motivación, el cual se desarrolló mediante una técnica expositiva con participación activa de los asistentes.

Bienvenida y retroalimentación. Se da inicio dándole la bienvenida al grupo y se hizo un breve recordatorio de las motivaciones internas y externas que tenemos en nuestra vida cotidiana y también qué es lo que nos motiva a realizar el trabajo día con día. Además se recordó que el tesoro más preciado que tiene una persona es a sí mismo. Durante la retroalimentación es grupo se notó entusiasta ante el recordatorio.

Dinámica de activación. Se llevó a cabo una dinámica de activación llamada "Ranitas al agua", que estando de pie se formó un círculo que delimitaba un lago imaginario, en el que el grupo se debía lanzar al agua o salir de él, pues cuando se daba la instrucción de "ranitas al agua", se daba un brinco al lago y cuando se decía "ranitas afuera" se salía del lago. La dinámica fue bien aceptada y el grupo se relajó.

Introducción al tema. Para iniciar el tema, la capacitadora partió del conocimiento grupal acerca de lo que es un conflicto y la percepción que se tiene sobre él, a lo cual explicó que un conflicto es una circunstancia en la que dos o más personas perciben tener intereses mutuamente incompatibles, generando un contexto confrontativo de permanente oposición. Los conflictos son los principales obstáculos en las relaciones humanas pero a la vez, son el motor del cambio en la sociedad, con base en el dialogo y la comunicación es posible encontrar los intereses comunes en los que se puede basar la mejora de alguna situación conflictiva. El conflicto es de naturaleza humana y en el ámbito laboral constituye una práctica que quebranta la necesaria solidaridad de quienes integran la unidad. Por ello se contextualizó al grupo preguntándoles cómo se han dado los conflictos en el trabajo y como han actuado frente a ellos, a lo cual en ambos grupos, antes de ir al taller se presentaron dos conflictos distintos en días distintos, a lo que mencionaron que "eso es el pan de cada día", es decir, en su trabajo se vive el conflicto frecuentemente. El tema propició que el discurso del grupo estuviera encaminado a la catarsis, por ello surgieron diversas inconformidades de tipo relacional con sus superiores.

Actividad principal. Le llevaron a cabo tres sociodramas que reflejaban conflictos que vivimos día con día en la casa, el trabajo y los espacios públicos. Se dividió el grupo en tres equipos y cada uno de ellos representó una situación de las anteriormente mencionadas. El grupo mostró participativo y comentaron las propuestas que ellos consideraron apropiadas para resolver tal o cual situación, se les dio el tiempo pertinente para organizar su representación, además se les dio material con el cual se podían personificar. Esta actividad provocó una participación creativa y divertida, en la cual se pusieron de manifiesto sus aptitudes histriónicas y se permitieron el juego a través de la representación de roles.

Plenaria. Haciendo una revisión de las situaciones presentadas en la actividad del sociodrama se pudo notar que hay casos en los que las personas "recomendadas" que acuden al hospital a solicitar atención suelen ser groseras con las y los trabajadores, circunstancia que genera conflicto al interior del equipo de trabajo; la estrategia propuesta para minimizar el conflicto en estos casos es atender a la o el paciente con amabilidad y prontitud para que su presencia no genere un conflicto mayor y continuar la jornada laboral con la satisfacción de hacerlo siempre de la manera apropiada. En caso de que la situación parezca salirse de control será importante nombrar un mediador o conciliador que apoye en el proceso de diálogo.

Algunas estrategias para resolver conflictos son: Separar a las personas en conflicto.

Esperar un momento de tranquilidad para entablar el diálogo. Concentrarse en intereses y no en oposiciones.

Ceder cuando nuestra integridad se ve amenazada.

Cierre. Para concluir se distribuyeron unas hojas con estrategias para contrarrestar sentimientos negativos y se les invitó a revisarlas y tratar de ponerlas en práctica tanto en el ámbito laboral como en la vida cotidiana.

Observaciones:	
Las dos sesiones iniciaron alrededor de las 9:25 horas. A ambos grupos se mostraron participativos e interesados en la temática, les fue posible reflexionar acerca de que todos podemos desarrollar la capacidad de ser mediadores y conciliadores viendo los conflictos de la vida cotidiana como una oportunidad de aprender dándose cuenta que es posible controlar las emociones que hacen que un conflicto se vuelva mayor y modificar la sensación que nos deja un conflicto que puede repercutir en la atención que se le brinda a los pacientes y a los compañeros de trabajo. En general esta sesión se realizó satisfactoriamente.	
Grupo 1	Grupo 2
	Durante la sesión al equipo de trabajo olvidó realizar la dinámica de activación y se notó al grupo desanimado y apático, en relación a las sesiones anteriores. Sin embargo, el equipo se dio cuanta del ambiente que se notaba y aplicó la dinámica de activación, y una vez realizado el grupo tuvo una mejor actitud.

Sesión 4.

Fecha: 14 y 16 de mayo de 2012
Hora de inicio: 9:00 horas
Lugar: Aula 1 del área de enseñanza del hospital.
Tema. Trabajo en equipo

Objetivo. Fomentar el trabajo de equipo entre los asistentes y fortalecer el sentido de pertenencia a la institución viendo a ésta como el medio por el cual se atiende la demanda de salud de una región.

Desarrollo del taller. Se llevó a cabo la cuarta sesión enfocada al tema de trabajo en equipo. Antes de iniciar se llevó a cabo el registro de los asistentes quienes se fueron integrando en el transcurso de la sesión. Retroalimentación. Se iniciaron ambas sesiones con la retroalimentación de la sesión 3, correspondiente a resolución de conflictos, preguntándoles si recordaban lo visto la semana pasada y si habían aplicado algo sobre el mismo tema, también se llegó a la pregunta de cómo les había ido en la semana, al iniciar esta actividad los asistentes se notaban serios, conforme fue transcurriendo la actividad la participación fue más fluida por parte de todos los asistentes en ambas sesiones.

Dinámica de activación. Se realizó la dinámica de llamada "canasta revuelta", se colocaron sillas en forma de circulo donde cada participante estaba sentado, donde a cada uno de los asistentes se le dio el nombre de una fruta, algunos fueron fresas, otras mangos y manzanas, repitiéndose la misma fruta de dos a tres veces, para que el capacitador cuando dijera "manzanas", estas se levantaran y se cambiaran de lugar y la persona que quedaba en el centro decía que fruta o frutas se debían levantar y cambiar de lugar, y cuando se decía "canasta revuelta" todos se levantaban y se cambiada de lugar, así sucesivamente hasta que el capacitador considerará que era suficiente. La dinámica se tornó en una situación agradable, donde se sonrió y relajaron los asistentes, esto ocurrió en ambas sesiones. Introducción al tema. Para esta sesión se llevó a cabo una actividad llamada "Taller de comunicación grupal", la cual consto de una exposición oral por parte de las capacitadoras con el fin de partir del conocimiento previo del grupo acerca del tema de trabajo en equipo. Dentro del "taller de comunicación grupal" se les preguntó sobre lo que consideraban que era un trabajo en equipo y como lo llevaban a cabo, además de invitar a reflexionar acerca de cómo se trabaja en equipo en otros ambientes y no únicamente en el ámbito laboral. Se abordaron las definiciones de trabajo en equipo, las 5 "C" del trabajo en equipo, y estas son la complementariedad, coordinación, confianza, compromiso y comunicación. Se habló también de las diferencias entre equipo y grupo de trabajo, capacidades y habilidades dentro del trabajo en equipo. Las temáticas fueron abordadas en forma de plenaria donde las capacitadoras lanzaron preguntas que fueron respondidas por las asistentes a la sesión, también se les proporcionó material para que desarrollaran actividad práctica. La participación de ambos grupos fue satisfactoria y sus respuestas permitieron llevar la dinámica abiertamente en una atmosfera de confianza.

Actividad principal. El grupo desarrollo una escultura de plastilina, para lo cual a cada asistente se le proporcionó una barra de plastilina de diferentes colores. En esta escultura el objetivo era representar el cómo se sentían, si como grupo o como equipo de trabajo en el

hospital, la condición de este trabajo era que no podían hablar. Ambos grupos presentaron ciertas dificultades para comunicarse y para empezar, pues no había alguien que tomara las riendas del trabajo, sin embargo lo que empezó siendo un trabajo individual se volvió al final un trabajo en equipo donde cada uno puso sus capacidades para lograr el fin común.

Plenaria. Para cerrar la actividad de las esculturas se realizó reflexión con cada asistente sobre la escultura realizada y de manera grupal. Se abrió el dialogo donde se expresó el nivel de satisfacción y como sintieron las dificultades que se tuvieron para realizar la actividad. También se les preguntó sobre cuales consideran serían las soluciones a los conflictos que se presentan en el trabajo en equipo, a lo que respondieron en su mayoría "una mejor comunicación con directivos y jefes para que así no hubiera desinformación y se generara un verdadero trabajo en equipo". Al finalizar la reflexión se realizó una actividad donde se dividió al grupo en dos equipos y cada uno tenía que armar una frase con unas palabras que se les había dado de forma desordenada. Solo un equipo de cuatro logró formar la frase correctamente. Al llegar a este momento ciertas tensiones habían disminuido. Cierre. Se les agradeció la participación que tuvieron ambos grupos, y se les recordó que la siguiente sesión sería la última y se haría entrega de los reconocimientos; en general, se concluyó de manera satisfactoria ambas sesiones.

Observaciones:	
Cada sesión inicio alrededor de las 9:25 horas. Durante la dinámica de activación los grupos se mostraron cooperativos y se divirtieron mientras brincaban. En la introducción al tema el primer grupo se mostró abierto al contenido expuesto y lograron diferenciar y separar lo que estaban escuchando de las capacitadoras de lo que viven en el hospital. Sin embargo, el segundo grupo externó muchas de las inconformidades que tienen para con los jefes y directivos y se empezó a perder el objetivo del tema, pero se logró retomar el tema, pero con una actitud de disgusto que en la plenaria se hizo notar al haber poca participación. Durante la plenaria, ambos grupos tomaron la oportunidad que se les dio para hablar sobre sus inconformidades y los problemas que viven y las posibles soluciones a estos, la actitud ante esta oportunidad fue muy activa pues cada quien deseaba opinar y cada integrante tenía una propuesta para mejorar la situación del hospital. Al finalizar la sesión de este día algunas personas salieron con trabajo personal y grupal que hacer, pues se dieron cuenta de situaciones en su equipo que no les son agradables, y por ello se les pidió que tomaran la responsabilidad que está en sus manos para que estas situaciones negativas sean llevaderas y se puedan mejorar. La salida fue con sentimientos encontrados, de acuerdo a las expresiones en sus rostros.	
Grupo 1	Grupo 2
- Este grupo llevo a cabo las actividades de una manera satisfactoria y todos parecían contentos, la participación fue en equipo. - De las características observadas en el grupo, se pudo notar que fueron en general un grupo participativo, así como el compromiso que tienen con el trabajo.	- Las características observadas en este grupo se inclina a algunas personas de los 9 asistentes, pues la participación se centró en 3 personas. - Al momento de realizar las actividades se notó el conflicto de no poder ponerse de acuerdo, en general fue un grupo tenso. - Este grupo respondió no estar satisfechos con la escultura, la actividad se notó tensa y el mayor problema fue el no poder hablar, ya que no se pudieron poner de acuerdo. - Uno de los integrantes se sintió ofendido pues se adjudicó el comentario de que "algunas personas tienen la características de acaparar la atención en el grupo" cuando se habló de las características de las personas que conforman un equipo de trabajo, a lo cual externó que ya no hablaría porque él era esa persona. - Otra de las integrantes manifestó su molestia hacia el comentario de otra compañera cuando comparo a las personas que forman el equipo de trabajo con una máquina, pues dijo que son personas no maquinas, situación que torno muy tenso el ambiente de trabajo y las respuestas de la primera integrante se podían percibir viscerales sin permitirse escuchar explicación que la segunda tenia para dar. El capacitador manejó de manera muy explicativa por qué se comparaba con una maquinaria con el fin de no generar más polémica y de esa manera darle tiempo al grupo para que se calmara.

	- La mejor forma de llevar este grupo en el momento de mayor tensión y disgusto fue hacer notar esos sentimientos y hablarlos, dejarlos fluir para darse cuenta de lo que estaba sucediendo en ese momento y que eso es parte de la vida de un grupo, pues no todo es satisfactorio o bueno, sino que se tienen conflictos que se llegan a guardar y que se hacen más grandes, "esto es como terapia, no todas las sesiones sales contento, sino que en algunas te das cuenta que hay cosas que no te gustan y hay que sentir ese disgusto para después hacerse responsable de ello y asumir las consecuencias que de ello deviene" fue la frase con la se concluyó la plenaria. El fin de hacer notar estos sentimiento de disgusto fue disminuir la tensión al darse cuenta de lo que sucedía y ponerlo en palabras para de esa manera tener mayores recursos para manejarlo. - A la partida del grupo se percibieron algunos sentimientos de molestia y desagrado pero sin dirigirlo hacia el grupo de capacitadores o entre ellos, sino hacia la situación del hospital en sí.

Sesión 5.

Fecha. 21 y 23 de mayo de 2012. Hora de inicio. 9:00 horas.
Lugar: Aula 1 del área de enseñanza del hospital.

Tema. Filosofía Institucional y revisión de carpeta de gestión de calidad y manual de procedimientos de atención.
Objetivo. Eficientar los procesos de atención mediante la divulgación de los manuales de procedimientos y la elaboración de materiales comunicacionales que sean de apoyo para la atención de los usuarios apegado a las políticas de la institución y su Modelo de Gestión de Calidad. Desarrollo. Se llevó a cabo la cuarta sesión enfocada al tema de trabajo en equipo. Antes de iniciar se llevó a cabo el registro de los asistentes quienes se fueron integrando en el transcurso de la sesión y al final se realizó la entrega de reconocimientos y un convivio para cerrar el taller. Retroalimentación. Se iniciaron ambas sesiones con la retroalimentación de la sesión 4, correspondiente al trabajo en equipo, preguntándoles que recordaban lo visto la sesión anterior y si habían reconocido las diferencias sobre equipo y grupo de trabajo en su ámbito laboral. Al iniciar esta actividad los asistentes se notaban serios e indiferentes.

Activación. La dinámica de activación realizada fue "pájaros y nidos". Para llevarla a cabo se les pide a los participantes que formen tríos y el coordinador queda solo. Dos se toman de las manos frente a frente dejando un espacio entre ellos para que el tercer integrante se coloque dentro de ese espacio, una vez hecho esto se les dice que eso es un nido que contiene un pájaro y la persona que queda fuera se encargará de dar las instrucciones. Cuando diga "pájaros" las personas que están dentro del nido buscaran otro nido y la persona que esta fuera buscara otro nido; cuando la persona que queda fuera dice "nidos" son los nidos lo que buscaran a otro "pájaro"; y, cuando la persona que queda sola dice "parvada" todos forman nuevos nidos con nuevos pájaros. Se realizada hasta que el coordinador considere que es suficiente para que el grupo de participantes quede animado.

Introducción al tema. El tema fue impartido con técnica expositiva con apoyo audiovisual, se desarrolló el tema referente a la calidad de los procesos de atención y la acreditación en términos generales, se desarrolló el tema de filosofía institucional, mediante la revisión de misión, visión, valores institucionales, objetivos del hospital y políticas de calidad. La temática de la técnica expositiva se relacionó con temas de la vida diaria del hospital y mediante la correlación con los valores institucionales, la capacitadora permitió que los participantes nombraran ejemplos.

Actividad principal. Para refuerzo de la temática principal, se realizó una "Lotería de la filosofía institucional", que con apoyo de material impreso – carteles y tarjetas- que fue distribuido a los participantes, posteriormente el facilitador del tema mezcló las tarjetas que contenían descripciones de cada uno de los conceptos expuestos en la primera fase del tema, seguido de estos los participantes colocaban una marca en la posible

respuesta, tanto el facilitador como el equipo de trabajo observaron la habilidad de respuesta de cada uno, al final se terminan de mencionar las cartas y se nombraron a todos ganadores.

Actividades complementarias. Relacionar la articulación del organigrama de funciones del hospital, donde se le proporcionó un cartel con recuadros vacíos para todo el grupo de trabajo, mientras que a cada asistente se le proporcionaron tarjetas con el nombre de diversos departamentos del hospital, estos fueron organizados en el cartel común, este ejercicio fortaleció varios ejes del taller como: trabajo en equipo, resolución del problema, motivación y conocimiento de su lugar de trabajo, después de varias oportunidades de organización ambos equipos lograron el objetivo general.

La tercer actividad del Manual de Procedimientos correspondiente a la Carpeta de Gestión de Calidad de cada departamento, se efectuó la revisión de los cinco procedimientos del área de trabajo social y tres del área de admisión hospitalaria, el objetivo de la actividad fue generar una analizar los procedimientos de manera crítica y generar propuestas correspondientes a cada uno, con el fin de mejorar los procedimientos de atención.

Plenaria. En esta última plenaria se realizaron las opiniones, pero sin alcanzar el objetivo de opinión crítica y constructiva.

Evaluación. Para esta actividad se les pidió que contestaran dos cuestionarios: el primero con el fin de cómo cambio el grupo en relación a la evaluación de la primera sesión, ya que se aplicó el mismo instrumento con las modificaciones pertinentes para hacerlo más fácil de responder El segundo instrumento fue con el fin de evaluar la participación del equipo de capacitadores.

Agradecimiento. Cada integrante del equipo de capacitadores agradeció la asistencia de las participantes, por su disposición a los juegos, por su apertura a hablar de los problemas institucionales y personales.

Entrega de reconocimientos. Se crearon reconocimientos como agradecimiento por su participación a las asistentes al taller, diseñadas por el grupo de capacitadores, quienes también gestionaron el otorgamiento de valor curricular de 10 horas prácticas con las autoridades pertinentes. La jefa de calidad, quien fue la asesora externa, el jefe de enseñanza y los asesores internos se encargaron de entregar los reconocimientos.

Cierre. Se hizo un convivio como cierre simbólico, donde asistentes, capacitadores y autoridades intercambiaron experiencias del taller como forma de despedida.

Observaciones:	
En general se puede decir que la sesión final se llevo a termino satisfactoriamente.	
Grupo 1	Grupo 2
La actitud de este grupo fue animada y activa. Durante la retroalimentación, fueron ellas quienes construyeron el conocimiento y opinaron sobre lo revisado y aprendido, y compartieron experiencias durante su semana. Se divirtieron en la dinámica de pájaros y nidos. Durante la presentación de filosofía institucional mostraron interés y participaron durante la presentación. En el juego de lotería mostraron interés, competitividad e hicieron comentarios de que está muy bien ese material porque se divirtieron y aprendieron. Se notó trabajo en equipo durante la construcción del organigrama. Durante la revisión de procesos de atención las opiniones de ellas se hicieron notar y aportaron varias soluciones e hicieron críticas al proceso. Al terminar esto se les entregaron dos evaluaciones, la primera fue la repetición del que aplicó en la primera sesión y la otra fue con el fin de evaluar la participación de los capacitadores.	La asistencia fue menos debido a que algunas participantes tuvieron actividades fueron del hospital. La actitud de llegada de este equipo fue percibida como "de ya querer irse", esto debido a la forma en la cual de la sesión anterior, ya que la molestia con la que se retiraron. Durante la retroalimentación su participación fue pobre y fue iniciada por el capacitador que se encontró con respuestas como "si es cierto", "aja", y una participación más elaborada fue cuando una participante fue para repetir lo que el capacitador les dijo acerca de lo que sucedió la semana pasada con el tema revisado. En la dinámica de activación fue donde más participaron y se divirtieron. La introducción al tema fue más rápida. En el juego de lotería la participación fue escueta y tuvieron varios errores en la definición de los conceptos, la competitividad no se dio como en el grupo pasado, pues no se vio interés en llenar la plantilla que les tocó. La participación y

Una vez terminado esto, se dio un agradecimiento por parte de cada uno de los capacitadores, así mismo las participantes agradecieron al equipo de trabajo. Posterior a ello en la entrega de reconocimientos las participantes pasaron a darle la mano a cada uno de los capacitadores y se tomó una foto con todos los participantes (equipo de capacitadores, participantes y autoridades). En el convivio se dieron comentarios de felicitación por el trabajo que se realizó, se le preguntó a los capacitadores si se	trabajo en equipo durante el organigrama y la revisión de los procesos de atención fueron objetivas y no se detuvieron a hacer un análisis y critica como en el grupo anterior. Al terminar se dieron las hojas de evaluación. Los capacitadores agradecieron a las participantes y con eso se procedió a la entrega de reconocimientos, para esto solo asistió uno de los asesores internos y la jefa de trabajo social. El convivió se dio sin comentarios como los del grupo anterior. Aquí termina la

harían más talleres, si llegarían a más gente; surgieron explicaciones sobre el porqué no llegó más gente (por la falta de comunicación y obstaculización por parte de los jefes). Legó el momento en que las participantes se comenzaron a retirar pues tenían que regresas a sus labores; se despidieron de cada uno de los capacitadores y les agradecieron por el curso. Aquí termina la experiencia de dar un taller de capacitación con el grupo 1.	experiencia de dar un taller de capacitación con el grupo 2.

En conclusión se puede decir, que la experiencia de haber realizado este taller fue muy satisfactorio para el equipo de capacitadores, ya que significo un reto para sus capacidades interpersonales, intrapersonales, así como para su creatividad y tolerancia. Este ejercicio significo un gran crecimiento profesional y personal para cada uno de ellos.

5.7.3 Evaluación

A continuación se presenta un análisis descriptivo de la evaluación inicial y final del taller, así como una comparación entre ambos resultados.

El total de trabajadores de la coordinación de consulta externa son 12 y de trabajo social 21, haciendo un total de 33 trabajadores de primer contacto del área paramédica y afines, posterior a la convocatoria se recibió a un total de

19 asistentes en la primera sesión del taller.

Resultados de la Pre-evaluación.

Al inició del taller se aplicó a 19 participantes un instrumento de 20 ítems, en cual se abordaron temas de sensibilización, motivación, trabajo en equipo, resolución de conflictos y conocimientos sobre las carpetas de gestión de calidad, con el fin de tener un panorama inicial de las percepciones de los asistentes. Al diseñar dicho instrumento se crearon categorías de respuesta de acuerdo a los temas desarrollados en el mismo taller. A continuación se presentan los resultados.

Características del grupo de participantes

El total de participantes que iniciaron el taller fueron 19 personas , de las cuales 18 fueron mujeres (94.7%) y 1 hombre (5.2%); el promedio de edad de los asistentes fue de 46.2 años, con un rango mínimo de 22 y máximo de 60 años; correspondientes a las áreas de trabajo social 14 (73.7%), administrativos de coordinación de la consulta 3 (15.8%), admisión hospitalaria 1 (5.2%) y recepción de urgencias 1 (5.2%); de acuerdo a su tipo de contratación asistieron 10 (52.6%) personal de base, personal de contrato precario 7 (36.8%), personal de contrato eventual 1 (5.3%) y plaza de servicio social 1 (5.3%); la antigüedad laboral que mayor se presentó fue en el rango de 11-15 años (21.1%) , el segundo fue de 26-30 años (15.8%) y el tercero de 36 y más (15.8%).

Motivación y sensibilización

1. El por qué los participantes consideran importante su función dentro de la institución.

El 52.6% respondió por que se consideran parte de la institución, otro 21.1% se consideran como apoyo al usuario del hospital, el 15.8% se sienten parte del equipo

de trabajo, el 5.3% restantes se considera importante por ser el contacto con la familia del paciente y 5.3% como parte de la mejora en la calidad de la atención.

2. Las motivaciones que consideraron importantes para realizar su trabajo del día a día.

El 52.6% dijeron que su motivación es personal, el 36.8% su motivación es laboral y el 10.5% su motivación es familiar.

Revisión de carpetas de gestión de calidad

3. Se les preguntó si al momento de la evaluación conocían los procedimientos de su área de trabajo.

El 89.5% refirió conocer las procedimientos de su área de trabajo, el 10.6% no respondió la pregunta.

4. La forma en la cual desempeñan su función dentro de su área de trabajo fue la respuesta siguiente:

El 47.4% mencionó hacerlo apegado al proceso administrativo, el 31.6% apegado a valores personales, el 15.8% apegado a políticas de la institución y 5.3% no contestó.

5. El conocimiento sobre la existencia de carpetas de gestión de calidad.

El 84.2% mencionó conocerlas, el 5.3% no las conoce y el 10.5% no respondió esta pregunta.

6. La frecuencia con la que se hace uso de la información contenida en las carpetas de gestión de calidad.

El 31.6% refirió que solo algunas veces, el 26.3% mencionó que nunca hace uso de la información contenida, el 21.1% mencionó que raramente, el 15.8% menciono que casi siempre y el 5.3% refirió que siempre hace uso de las carpetas.

7. Las razones por las que no hacen uso de las carpetas fueron:

El 60% mencionó la falta de difusión por parte de directivos, 20% por desconocimiento y otro 20% por falta de tiempo.

Trabajo en equipo y resolución de conflicto

8. Según el resultado del trabajo en equipo, cuando se presentan dificultades, fue percibido de la siguiente manera:

El 57.9% dijo que el trabajo está centrado en las personas como parte del equipo, el 15.8% conjunta sus esfuerzos centrado en los resultados,

15.8% considera que no hay trabajo en equipo y el 10.5% trabaja en equipo enfocándose en el proceso.

Satisfacción laboral (como la suma de la motivación, sensibilización y resolución de conflictos y trabajo en equipo)

9. Reacciones de satisfacción al proporcionar ayuda al usuario externo.

El 84.2% se siente satisfecho, el 15.8% se siente muy satisfecho al realizar esta labor.

10. La satisfacción percibida por el trabajo que realiza.

El 57.9% se encuentra muy satisfecho, el 36.8% satisfecho y el 5.3% poco satisfecho.

11. La satisfacción con los compañeros de trabajo.

El 42.1% está satisfecho, 36.8% poco satisfecho y el 21.1% se refirió muy satisfecho.

12. Satisfacción con la actual organización del área laboral.

El 42.1% se encuentra satisfecho, mientras que el 31.6% está poco satisfecho y el 15.8% muy satisfecho, 5.3% nada satisfecho y otro 5.3% no contestó.

13. Satisfacción con la atención que brinda como personal de primer contacto.

42.1% se encuentra muy satisfecho, 42.1% satisfecho, 10.5% poco satisfecho y 5.3% no contestó.

14. Satisfacción de los participantes con la institución.

47.4% poco satisfecho, 42.1% satisfecho, 5.3% se encuentra muy satisfecho y 5.3% no contestó.

15.

a. Eventos que generaron satisfacción dentro de la institución.

El 68.4% refirió eventos relacionados al ámbito personal, un 26.3% a eventos de la esfera laboral y 5.3% no contestó.

b. Eventos que generaron insatisfacción dentro de la institución.

El 68.4% mencionó eventos relacionados a su área laboral, un 26.3% a eventos personales y 5.3% no contestó.

Resultados de la Post-Evaluación

La meta para realizar el taller fue de 20 participantes, el primer día asistieron un total de 19 y para la sesión final asistieron 16 participantes, lo que corresponde a al 80% de la meta esperada. Cabe mencionar que 3 participantes dejaron de asistir por cambio de área laboral motivo que les impidió continuar en el taller.

Características del grupo de participantes

El total de participantes que concluyeron el taller fueron 16 personas, de las cuales son 15 mujeres (93.7%) y 1 hombre (6.2%); el promedio de edad de los participantes que concluyeron fue de 48.6 años, con un rango mínimo de 35 y máximo de 60 años; correspondientes a las áreas de trabajo social 14 (87.5%), admisión hospitalaria 1 (6.2%) y recepción de urgencias 1 (6.2%); de acuerdo a su tipo de contratación asistieron personal de base un total de 8 (50%), personal de contrato precario 7 (43.7%) y personal de contrato eventual 1 (6.2%); la antigüedad laboral que mayor se presentó fue en el rango de 11-15 años (25%) , el segundo fue de 26-30 años (19%) y el tercero de 36 y más (19%).

Motivación y sensibilización

1. El por qué los participantes consideran importante su función dentro de la institución.

El 34.5% respondió por que se consideran como apoyo al usuario del hospital, el 34.8% se sienten parte del equipo de trabajo, 23.0% refieren mejorar la calidad de la atención, 7.7% formar parte de la institución.

2. Las motivaciones que consideraron importantes para realizar su trabajo del día a día.

El 69.2% dijeron que su motivación es personal, el 15.4% su motivación es familiar, el 7.7% motivación laboral y otro 7.7% no respondió.

Revisión de carpetas de gestión de calidad

3. Se les preguntó después de revisar el tema de "Revisión de carpetas de gestión de calidad y procedimientos", los identificaban en su área de trabajo.

El 61.5% refirió conocer las procedimientos de su área de trabajo, el

30.8% no respondió y el 7.7% respondió no conocerlos.

4. La forma en la cual desempeñan su función dentro de su área de trabajo fue la respuesta siguiente:

El 38.5% apegado a valores personales, el 30.8% apegado a políticas de la institución, 23.1% al proceso administrativo y el 7.7% no contestó.

5. El conocimiento sobre la existencia de carpetas de gestión de calidad.

El 61.5% mencionó conocerlas, el 15.4% no las conoce y el 23.1% no respondió esta pregunta.

6. La frecuencia con la que se hace uso de la información contenida en las carpetas de gestión de calidad.

El 38.5% refirió que solo algunas veces, el 30.8% mencionó que nunca hace uso de la información contenida, el 15.4% mencionó que raramente, el 7.7% menciono que casi siempre y el 7.7% refirió que siempre hace uso de las carpetas.

7. Las razones por las que no hacen uso de las carpetas fueron:

El 60% mencionó la falta de difusión por parte de directivos, 20% por desconocimiento y otro 20% por falta de tiempo.

Trabajo en equipo y resolución de conflictos

8. Según el resultado del trabajo en equipo, cuando se presentan dificultades, fue percibido de la siguiente manera:

El 38.5% dijo que el trabajo está centrado en las personas como parte del equipo, el 23.1% trabaja en equipo enfocándose en el proceso, 15.4% conjunta sus esfuerzos centrado en los resultados, 15.3% no respondió y 7.7% considera que no hay trabajo en equipo.

Satisfacción laboral (como la suma de la motivación, sensibilización y resolución de conflictos y trabajo en equipo)

9. Reacciones de satisfacción al proporcionar ayuda al usuario externo.

El 69.2% se siente muy satisfecho al realizar esta labor, el 23.1% se siente satisfecho y el 7.7% poco satisfecho.

10. La satisfacción percibida por el trabajo que realiza.

El 61.5% se encuentra muy satisfecho, el 38.5% se siente satisfecho.

11. La satisfacción con los compañeros de trabajo.

El 61.5% está satisfecho, 15.4% se refirió muy satisfecho, 15.4% poco satisfecho y 7.7% no respondió.

12. Satisfacción con la actual organización del área laboral.

El 69.2% se encuentra satisfecho, 15.4% muy satisfecho, mientras que el

15.4 % está poco satisfecho.

13. Satisfacción con la atención que brinda como personal de primer contacto.

53.8% se encuentra muy satisfecho y el 46.2% satisfecho

14. Satisfacción de los participantes con la institución.

53.8% satisfecho, 30.8% poco satisfecho y 15.4% se encuentra muy satisfecho.

15. Propuestas de los participantes para la mejora de su área laboral (Tabla 18).

Tabla 18. Propuestas generadas por los participantes del "Taller de capacitación, motivación y sensibilización", Xalapa 2012.

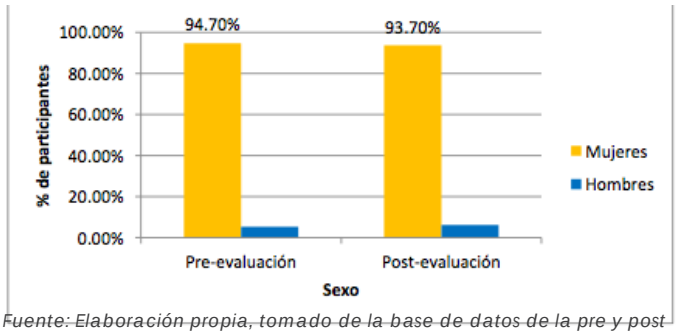
Categorías	Discurso	Propuesta
Comunicación administrativa efectiva	"Más comunicación, mas unión, más participación y más compañerismo". "Comunicación de parte de los jefes superiores" "Reuniones más frecuentes de trabajo para tomar decisiones en conjunto o en grupo".	Comunicación efectiva de mandos superiores a personal operativo.
Clima organizacional satisfactorio	"Que las personas de cuerpo de gobierno sean más humanos y no tan rígidos". "Que el jefe de servicio escuche peticiones" "Cambio de actitud para muchos compañeros".	Para modificar el clima organizacional insatisfactorio es pertinente que la planeación de las acciones de la institución sea de manera participativa.
Capacitación para personal no médico	"Recibir más cursos de actualización pero en horarios de trabajo." "Mayor capacitación para todo el personal"	Generar oportunidades de capacitación al personal de áreas paramédicas y afines.

Fuente: Elaboración propia, con base a los resultados del instrumento de post-evaluación, 2012.

Análisis comparativo

Las características de los participantes al inicio y al final del taller fueron similares en ambas mediciones, la distribución de mujeres y hombres no varió en gran proporción (Gráfica 5), en el transcurso del taller 3 mujeres dejaron de asistir, fenómeno que no afecto en la proporción del sexo de los participantes.

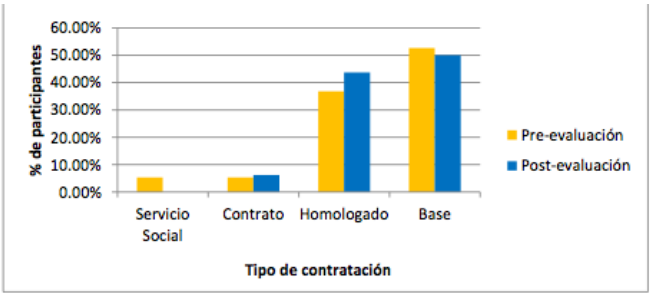
Gráfica 5. Comparación de participantes por sexo, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

Según el tipo de contratación en ambas mediciones el personal de base representó más del 50%, en contraste el personal de contrato fue el de menos participación (Gráfica 6).

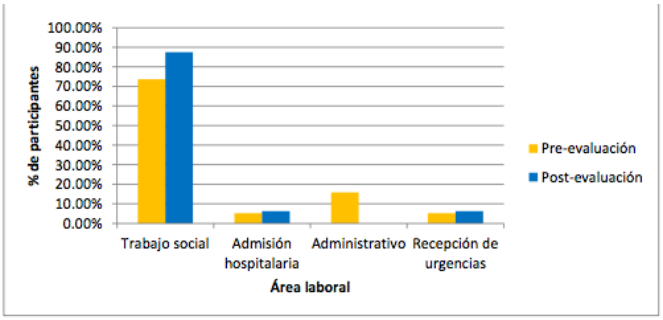
Gráfica 6. Comparación de participantes por tipo de contratación, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

De acuerdo al área laboral, el personal de trabajo social fue el que presentó un mayor porcentaje de asistencia (>70 %); y el personal de admisión hospitalaria fue el de menor porcentaje (<10 %) (Gráfica 7).

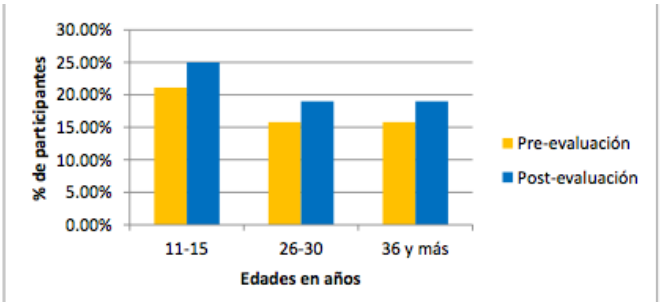
Gráfica 7. Comparación de participantes por área laboral, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

De acuerdo a la antigüedad laboral, el rango de 26 a 30 años fue el que mayor porcentaje presento (Gráfica 8).

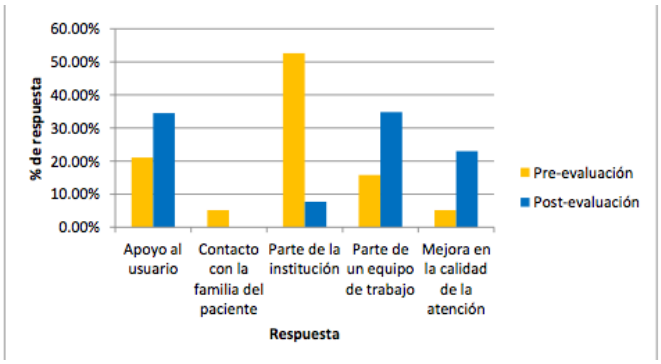
Gráfica 8. Comparación de participantes por antigüedad laboral, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

De las consideraciones personales del porqué es importante la función de los participantes dentro de la institución destaca la motivación personal en ambas evaluaciones (Gráfica9).

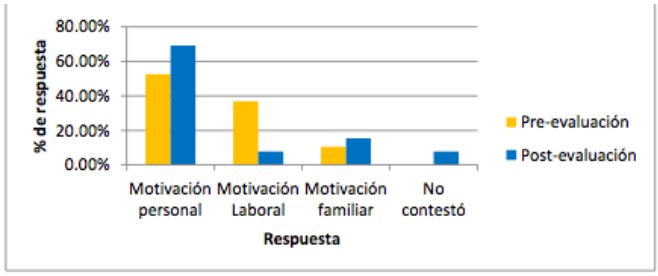
Gráfica 9. Comparación de las consideraciones personales sobre la importancia de su función, dentro de la institución, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

La principal motivación que tienen los participantes para laborar es de tipo personal en ambas evaluaciones y la menor es de tipo laboral en la post evaluación, mientras que en la pre- evaluación es la de tipo familiar (Gráfica 10).

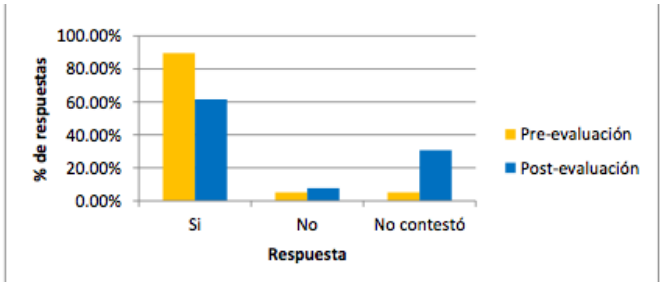
Gráfica 10. Comparación del tipo de motivación en los participantes para laborar, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

Al momento de la primera evaluación los participantes en un 89.5% dijeron no conocer los procedimientos que deben realizar en su área laboral según los manuales de gestión de calidad y al final del taller solo el 7.7% dijo no conocerlos (Gráfica 11).

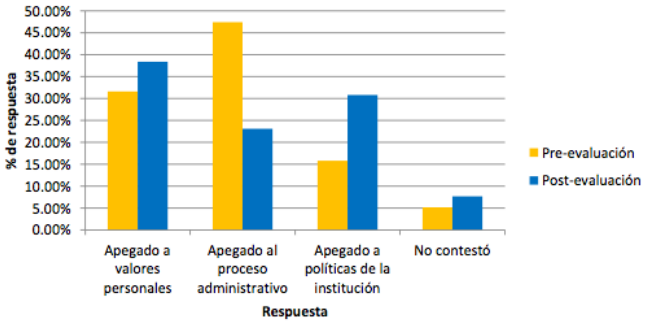
Gráfica 11. Comparación de conocimientos sobre los procedimientos del área laboral, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

De acuerdo al desempeño de las funciones dentro del área laboral, en la pre- evaluación, el 47.4% de los participantes consideraron que lo realizaban apegados al proceso administrativo, mientras que en la post-evaluación el 38.4% considero realizarlo apegado a valores personales (Gráfica 12)

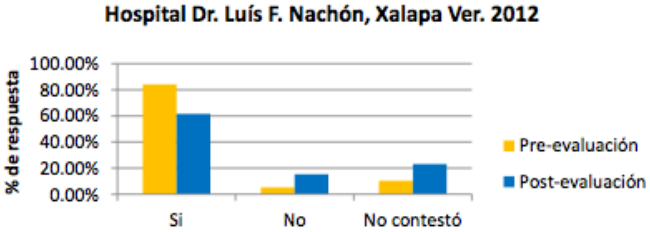
Gráfica 12. Comparación de l desempeño de la función dentro del área de laboral, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

Respecto a los conocimientos sobre la existencia de las carpetas de gestión de calidad, el 84.2% al inicio del taller si las conocía, porcentaje que disminuyó al finalizar el taller (61.5%) (Gráfica 13).

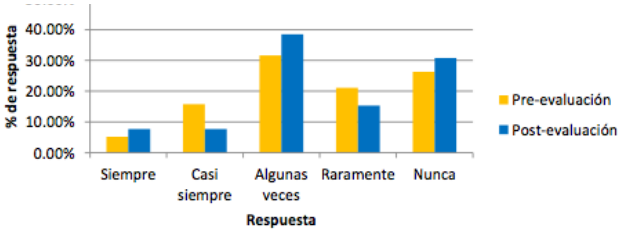
Gráfica 13. Comparación sobre el conocimiento de la existencia de las carpetas de gestión de calidad, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

La frecuencia de uso de las carpetas de gestión de calidad en la pre- evaluación registro un 38.5% de algunasveces, siendo también predominante en la post-evaluación (Gráfica 14).

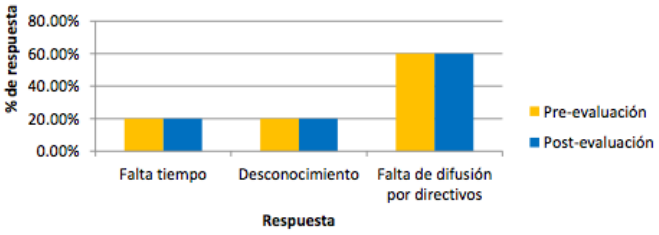
Gráfica 14. Comparación sobre la frecuencia de uso de las carpetas de gestión de calidad, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

La falta de difusión de los contenidos de las carpetas de gestión de calidad por parte de los directivos en ambas evaluaciones fue la principal causa de que el personal asistente al taller no haga uso de éstas (Gráfica 15).

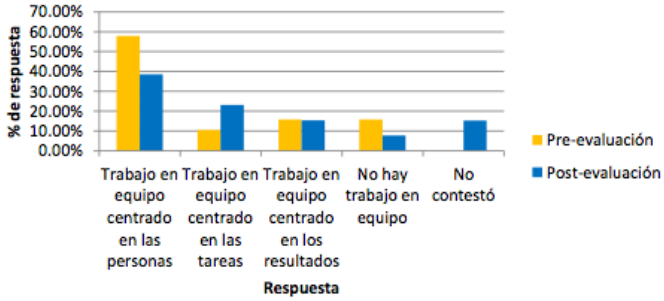
Gráfica 15. Comparación sobre los motivos por los que no se hace uso de las carpetas de gestión de calidad, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

El equipo de trabajo se centra en apoyar a las personas usuarias de los servicios del HRLFN como principal objetivo al momento de la pre-evaluación y en la post-evaluación (Gráfica 16).

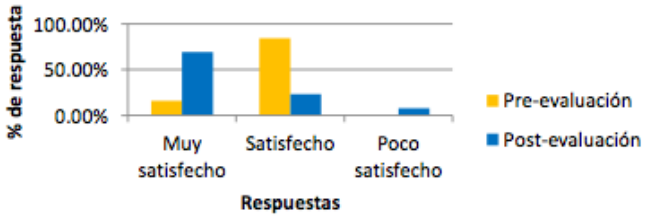
Gráfica 16. Comparación del tipo de apoyo del equipo de trabajo cuando se presentan dificultades, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

Los asistentes se encontraban satisfechos al momento de realizar la pre- evaluación, mientras que al finalizar el taller mostraron estar muy satisfechos (Gráfica 17).

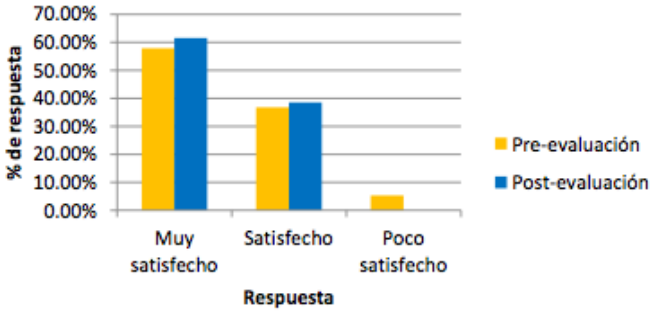
Gráfica 17. Comparación de la satisfacción al proporcionar ayuda al usuario externo, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

La satisfacción de los asistentes por el trabajo que realizan fue muy buena en ambas evaluaciones (Gráfica 18).

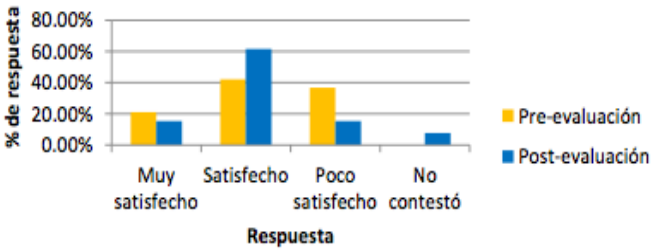
Gráfica 18. Comparación de la satisfacción del trabajo que realizan, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

En general los asistentes al taller manifestaron estar satisfechos con los compañeros del área laboral (Gráfica 19).

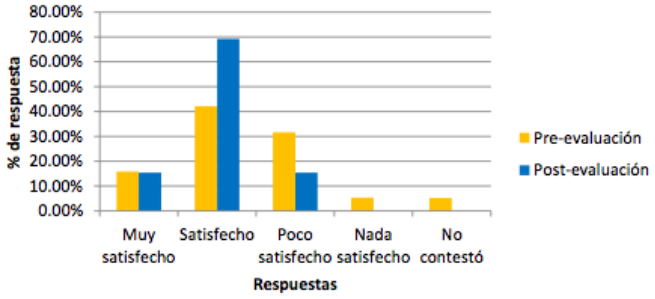
Gráfica 19. Comparación de la satisfacción con los compañeros de trabajo, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

Los asistentes al taller manifestaron estar satisfechos con la actual organización del área laboral (Gráfica 20).

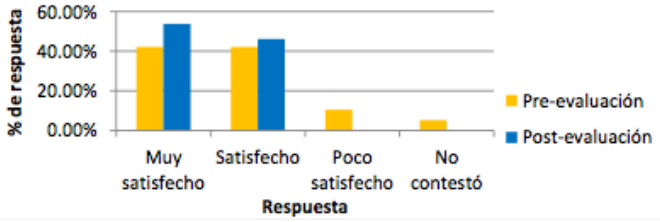
Gráfica 20. Comparación de la satisfacción con la actual organización del área laboral, en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

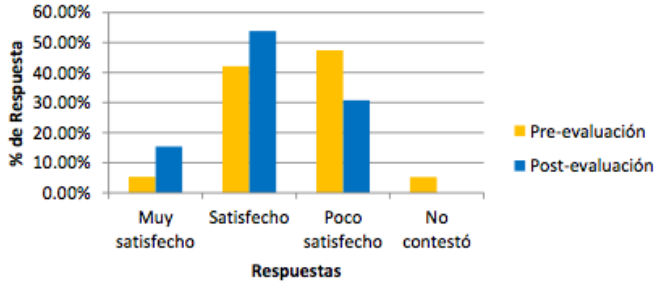
Los asistentes al taller manifestaron estar satisfechos con la atención que brindan como personal de primer contacto (Gráfica 21).

Gráfica 21. Comparación de la satisfacción con la atención que brinda como personal de primer contacto , en el Hospital Dr. Luís F. Nachón, Xalapa Ver. 2012



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

Los asistentes al taller manifestaron estar satisfechos con la institución en la que laboran (Gráfica 22).



Fuente: Elaboración propia, tomado de la base de datos de la pre y post evaluación, 2012.

Estrategia comunicacional

"La estrategia de comunicación consiste en definir con claridad quiénes somos y que ofrecemos" Francisco Barranco.

Para el inicio de la estrategia comunicacional se busca que el mensaje que se desea transmitir, que se identificara con la esencia de la institución además de transmitir su misión y visión.33 La imagen diseñada para el taller se basó en la historia, y en la misión y visión del hospital, tomando en cuenta que nació siendo un hospital de beneficencia.

Misión: Somos un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada con calidad, a la población que lo requiera y, en especial, a la de menor recurso económico, formando y desarrollando recursos humanos para la salud.

Visión: Ser un hospital seguro, que proporcione Garantía de Calidad a sus usuarios, con una cultura organizacional de clase mundial; formador de recursos humanos para la salud, con sentido humano y ética, con reconocimiento a nivel nacional y que brinden una atención médica de excelencia; todo ello a través de la generación y transmisión de conocimientos.

El lema final de la estrategia comunicacional fue "soy del Civil, Soy tu solución" tratando de que los trabajadores retomaran las bases de los principios del hospital en la atención al paciente.

Distintivo del Taller.

Como parte de la motivación del personal de primer contacto se opto por establecer un distintivo que le diera mayor realce a las actividades del taller, por lo tanto se creó el siguiente logo:

Los colores del logo se determinaron de acuerdo a la psicología de los colores; según Lüscher lo más característico del color amarillo es " la claridad que refleja

la luz y de ese modo la irradia a todos lados, la reluciente serenidad". El amarillo se corresponde con la libre distensión, con la disolución. "En psicología el amarillo significa un alivio de lo fatigoso, de lo agobiante y de lo inhibidor." "El amarillo siempre empuja hacia delante, hacia lo nuevo, lo moderno, hacia el futuro."[34].

Al color azul Lüscher le atribuye una tranquilidad sin excitaciones. El pulso, la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria y las funciones del estado de vigilia se reducen y psicológicamente con un estado de paz y satisfacción.[34]

Tomando en cuenta lo anterior, se decidió optar por estos dos colores puesto que el personal de primer contacto con el usuario externo viven jornadas de trabajo estresantes y los colores elegidos les trasmitirán satisfacción y serenidad.

DISCUSIÓN

Este trabajo permitió comprobar que el personal de primer contacto del HRLFN vive bajo la constante demanda de servicios y sobrecarga laboral, lo que ha dado como resultado una atención desensibilizada16, así como tiempos de espera prolongados para los pacientes18, lo anterior da como resultado un clima organizacional no satisfactorio[5], percepción de sobredemanda hospitalaria[18] y desigualdad de funciones, situaciones que durante el taller se manifestó en los resultados pre y post evaluatorios, demostrando así la percepción que tienen del clima laboral como inadecuado.

En el estudio realizado por Hernández[16], encontró que el personal directivo realizaba su trabajo con falta de sensibilización, situación que se notó en los resultados del sondeo llevado a cabo en la primera etapa del diagnóstico situacional, de esta manera se identificó fehacientemente el problema a intervenir. En el mismo estudio[16] la falta de capacitación al personal administrativo produjo insatisfacciones en las condiciones laborales, situación que fue corroborada durante el transcurso del taller, ya que la mayoría de los participantes hacían referencia al mismo problema, situación que Cortés en las recomendaciones de su investigación puntualizó5; el clima organizacional identificado en los departamentos del hospital en los estudios de Hernández y Cortes[5, 7] mencionados en el apartado de marco empírico demostraron que era no satisfactorio, resultados que difieren actualmente en esta investigación, pues se encontró que de los asistentes al taller más del 50% dijeron estar satisfechos con el trabajo que realizan, así como con la estructura organizacional del hospital y con el equipo de trabajo; cabe mencionar que la metodología utilizada en dichos estudios difiere de la utilizada en el presente. Los participantes expresaron sentirse motivados para realizar su trabajo y se identificaron dos tipos de motivación: personal y laboral. Esta información contrasta con lo documentado por Cortés, que evidenció deficiencias en la motivación[5].

Las actividades que se realizaron en el taller permitieron a los participantes identificar algunas condiciones de trabajo como oportunidades de cambio y adquisición de nuevos conocimientos. Por otro lado, este taller sacó a relucir situaciones que se han venido cobijando en el tiempo y se han arraigado en la historia organizacional del hospital. El taller propició la reflexión de los participantes acerca del sentido de pertenencia a un equipo de trabajo, pues en la pre-evaluación consideraron más importante trabajar teniendo como objetivo el cumplir una actividad dentro de la institución, y en la post- evaluación, una vez abordado el tema de trabajo en equipo y con la influencia de su medio, consideración más relevante para llevar a cabo sus actividades laborales el trabajo en equipo. La motivación de tipo personal fue la categoría más importante que se identificó en la pre y post-evaluación para realizar el trabajo. La revisión de las carpetas de calidad ayudó a diferenciar los conocimientos previos del grupo de participantes, que en su mayoría se adquirieron empíricamente y se demostró que un alto porcentaje de asistentes no conocen en su totalidad ni a detalle los procedimientos administrativamente aceptados dentro de su área laboral; entonces, al no tener los conocimientos sistematizados para realizar sus funciones, fue a partir de sus valores personales la forma en la que procedían a trabajar. Lo anterior se da como consecuencia de la falta de comunicación entre jefes y subordinados, situación ya identificada por Hernández[16] y Galván[17], pero aún así el trabajo principal es la atención a las personas usuarias de los servicios de salud.

CONCLUSIÓN

Esta intervención reiteró que el clima organizacional insatisfactorio es uno de los obstáculos con los que se enfrenta el personal de primer contacto del HRLFN. Se logró proporcionar herramientas para el fortalecimiento de la comunicación, motivación y una percepción distinta de la organización laboral, con lo cual se cumplió el objetivo general; así mismo, se cumplieron

los objetivos específicos planteados, realizando un diagnóstico situacional que permitió conocer las principales áreas de oportunidad, para así seleccionar el problema a intervenir. Se identificaron la motivación personal y laboral de los participantes para realizar sus funciones. El taller propició un ambiente de confianza donde los participantes expresaron sus necesidades, inquietudes dentro del hospital, así mismo propusieron posibles soluciones; el no darle voz al personal de primer contacto y que no se le otorguen oportunidades de capacitación y actualización, es un factor que detiene el crecimiento personal y profesional, elemento que debe ser de primordial atención para las autoridades preocupadas por la mejora de sus trabajadores. Debe ser una preocupación real y tácita, que debe ser puesta en acciones responsables que permitan el crecimiento de la institución de salud en conjunto con los actores y en pro de un clima adecuado y proporcionar servicios con calidad y calidez.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se desprenden de esta intervención se plantean con el fin de mejorar el clima organizacional, la motivación, el trabajo en equipo y resolución de conflictos así como seguir los procedimientos adecuados para llevar a cabo el trabajo en todos los turnos, son los siguientes:

1. Capacitar a los mandos medios con la finalidad de desarrollar el liderazgo y capacidad para mejorar la comunicación y que esta llegue a ser efectiva, lo anterior por medio de cursos y talleres formadores de líderes.

2. Programar juntas o reuniones de trabajo periódicas donde se dé oportunidad al personal operativo de ser escuchado y tomado en cuenta para la construcción de las estrategias que mejoren el clima organizacional, es decir, crear un ambiente de trabajo participativo y cooperativo para así tomar decisiones en común acuerdo.

3. Continuar con opciones de capacitación al personal de áreas paramédicas y afines, ya que estas áreas necesitan actualización.

4. Actualizar los contenidos de las carpetas de gestión de

5. Que los mandos medios difundan de manera efectiva el contenido de las carpetas de gestión de calidad actualizadas, mediante la ubicación física de una copia autorizada en las áreas operativas.

6. Brindar introducción al puesto con base en el manual de procedimientos.

Con la implementación de estas recomendaciones se pretende que todos los trabajadores se sientan parte importante del equipo de trabajo del hospital y que con esto se genere una mejor atención, menor conflicto entre trabajadores y en general un clima organizacional satisfactorio.

REFERENCIAS

1. Información en Salud. INEGI. 2010; Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/.
2. Gómez O, Sesma S, Becerril V, Knaul F, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53(2):S220-S32.
3. Ladrón E. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. Parte I. [Presentación de Power Point]. In press 2010.
4. Veracruz SdSd. Manual de Organización de Servicios de Salud de Veracruz. Veracruz, México: Gobierno del Estado de Veracruz; 2004.
5. Cortés N. Diagnóstico del clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.: Universidad Veracruzana; 2009.
6. Pagina de la Secretaría de Salud de Veracruz. [Internet]Mexico, Veracruz:SESVER; 2012 (Actualizado 2012 Marzo 20, consultado 2012 Marzo 24). Disponible en http://web.ssaver.gob.mx/transparencia/files/2011/10/Directorio-Jurisdicciones-y-Hospitales-Ok.pdf
7. Diagnóstico situacional del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" de la ciudad de Xalapa, Ver. 2010. 2010.
8. Aval ciudadano. Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2011. (Accessed 19 marzo 2012, at http://web.ssaver.gob.mx/participacionc/en-tu-comunidad/.)
9. Aval Ciudadano. Construir Ciudadanía en Salud. . Secretaría de Salud, 2010. (Accessed 19 de marzo de 2012, at http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/avalciudadano.html.)

10. Valdespino J, Olaiz G, Barajas M, Mendoza L, Palma O, Et al. Encuesta Nacional de Salud Pública 2000. Tomo 1. Vivienda, población y utilización de servicios de Salud México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
11. Irigoin Mario VF. Módulo 1 Competencias, fases y apicación. Competencia laboral2000.
12. W PD. Diccionario Akal de Economía Moderna. Ltd. MP, editor. Madrid, España: Ediciones Akal; 199.
13. Aguirre Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. Revista Médica IMSS (México). 1997;35 (4):257-64.
14. Sermejores.com. Diccionario de competencias. 2007 [cited 2012 05 de marzo de 2012]; Disponible en: http://www.sermejores.com/Diccionario.htm.
15. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Hill MG, editor. México, DF2006. 852 p.
16. Hernández E. Identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo en Hospital "Dr. Luis F. Nachón: Universidad Veracruzana; 2009.
17. Galván C. Diagnóstico de la comunicación administrativa en el área de Cirugía General del Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón: Universidad Veracruzana; 2010.
18. Delgado C, López J, Xochihua S. Diagnostico de la Situación de la Salud de la Población Usuaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", con respecto a la potencial sobreocupación en el servicio de toco cirugía. 2011.
19. Landa J. Sociedad y Estado a la luz del tratamiento sistémico de Jûgen Habermas (consideraciones críticas). Opción 1986.
20. Cascio A, Guillén C. Psicología del trabajo Ariel, editor. España 2010. 367 p.
21. Medina H. Comunicación organizacional. Matrices teóricas y enfoques comunicativos. Revista Latina de Comunicación Social. 2005.
22. Piñuel J. Teoría de la comunicación y gestión de las organizaciones. Madrid, España. 2002.
23. Riande Juárez G. La planeación en México. Módulo de Salud Pública II Unidad: Planeación y programación en salud. [Diapositivas]. In press 2012.
24. Española RA. Diccionario de la Real Academia Española 2012 31 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.rae.es/rae.html.
25. COECATL. Diccionario de desarrollo Organizacional. Cuernavaca, Morelos, México2012 [31 de mayo de 2012]; Disponible en: http://www.coscatl.com/articulos/glosario-organizacional.htm.
26. Cruz Cordero T. Motivación y satisfacción laboral. La experiencia de una empresa productiva. [31 de mayo del 2012]; Disponible en: http://www.nodo50.org/cubasigloXXI/economia/cruz1_280203.pdf.
27. Arce Orozco JM. Fines y modalidades de la evaluación docente en el nivel superior en México. Revista Digital Univesitaria [Internet]. 2010 31 de mayo de 2012; 11 Número 6. Available from: http://www.revista.unam.mx/vol.11/num6/art60/art60.pdf.
28. Picardo Joao OC. Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Educación. San Salvador, El Salvador2005 31 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Diccionario%20enciclopedico% 20de%20Educacion.pdf.
29. Monterrey Td. Características de una Técnica Didáctica. México: Tecnológico de Monterrey; 2010 [31 de mayo de 2012]; Disponible en: http://sitios.itesm.mx/va/dide2/tecnicas_didacticas/caract_td.htm.
30. Castillo J. Administración de personal. Ecoe, editor. Colombia2006.
31. Dessler G. Administración de personal Hall PP, editor. México2001. 728 p.
32. Muñoz M. La sensibilización gestalt en el trabajo terapeutico. Pax, editor. México2008. 109 p.
33. Scheinsohn D. Comunicación estratégica. Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación Ensayos. 2010:17-22.
34. Aguirre L. Estudio Comparativo Entre el Test Abreviado y el Test Completo de los Colores. Redalyc. 2006;1.

ELABORACIÓN DE MANUALES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA XALAPA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Daniel Reyna Peralta, Edna Pérez Lazarín, Jeyma Talía Patiño Suárez, Magda Elena Hernández Hernández, Rebeca Uribe Carvajal
Asesores internos: Mtra. Yolanda Campos Uscanga Mtro. Gaudencio Gutiérrez Alba
Asesor externo: Lic. Víctor Hugo Lunagómez Gómez

RESUMEN

El objetivo de este trabajo consistió en la elaboración de los manuales de organización y procedimientos del área de consulta externa de la Unidad de Atención Médica Xalapa del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana, donde se revisó, actualizó y describió la organización de actividades y funciones a desarrollar para el otorgamiento de la consulta externa. Los manuales fueron desarrollados a partir de los lineamientos establecidos en el documento "Guía técnica para la elaboración de manuales de organización específicos de la Secretaría de Salud". Para el manual de organización se recopiló información de diversas fuentes como la página de internet institucional, entrevistas a médicos y documentos oficiales de la Universidad Veracruzana. Para el manual de procedimientos se realizaron entrevistas a los diversos actores involucrados en la consulta externa y se consultaron las guías operativas institucionales del personal y usuarios. Como resultado de la intervención, se realizó un manual de organización y uno de procedimientos del área de consulta externa. También se integraron las observaciones estructurales y de procedimientos derivadas en la construcción de dichos documentos. En cuanto a la aceptación de éstos por parte del personal, se encontró que perciben como "buena" y "excelente" la utilidad de los manuales para el desarrollo de sus funciones, sin embargo, consideraron que sólo constituyen una base para la actualización y mejora de los procedimientos involucrados en la atención a la salud de los usuarios.

INTRODUCCIÓN

La colaboración entre el SAISUV y el Instituto de Salud Pública (ISP), ha permitido realizar diversas investigaciones en las que se ha evidenciado la necesidad de generar documentos técnico-administrativos, con la finalidad de guiar y conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades, para evitar la duplicidad de esfuerzos, optimizar el aprovechamiento de los recursos y agilizar los trámites que realiza el usuario con relación a los servicios que proporciona el SAISUV en la Unidad de Atención Médica Xalapa (UAM-Xalapa).

En este documento se describe la metodología que se siguió para la elaboración de los manuales de organización y procedimientos del área de consulta externa, producto de la intervención realizada en las instalaciones de la UAM-Xalapa del SAISUV. Así mismo se presentan los resultados, conclusiones y recomendaciones generados a partir de la estructuración y entrega de los productos mencionados.

En este informe, se integran en el aparatado de "Anexos", los manuales administrativos elaborados. El manual organizacional enmarca las consideraciones de los directivos de dicha institución y los antecedentes históricos que muestran la evolución del sistema de salud; así mismo el marco jurídico que rige las prácticas y normativas a las que se deben apegar; las atribuciones, las cuales se refieren a las facultades otorgadas a la Unidad de Atención Médica; la estructura orgánica en donde se especifica la disposición sistemática y ordenada de las áreas que integran la Unidad; el organigrama específico de la Unidad y finalmente, se describen las funciones y objetivos por área.

Por otra parte el manual de procedimientos del área de consulta externa puntualiza los ordenamientos que deben realizarse para la prestación de la consulta externa, dentro del cual se encuentra la atención médica para el trabajador y dependientes que gozan de la prestación del servicio; asimismo se describe la ruta crítica que debe llevar el personal responsable de cumplir cada uno de los procedimientos, además de integrar los

títulos de las leyes y normas que fundamentan y justifican la realización de cada uno de los procesos de consulta externa mismos que el personal debe conocer y respetar para prestar una atención de calidad.

Finalmente se detalla un glosario específico de cada manual en donde se definen los conceptos pertinentes de la organización institucional y del servicio de consulta externa para que sean conocidos e identificados por el personal relacionado con la prestación de los servicios de la unidad.

MARCO REFERENCIAL

Marco Contextual

El Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV), constituye una prestación médica, cuyo objetivo es la prevención de enfermedades y la atención a la salud. El SAISUV presta sus servicios mediante unidades de atención médica y subrogaciones con proveedores médicos, de laboratorio y farmacia. La Unidad de Atención Médica que atiende al mayor número de derechohabientes se encuentra ubicada en la ciudad de Xalapa, Veracruz en la avenida Murillo Vidal número 146.

Antecedentes del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana SAISUV

Los primeros antecedentes del SAISUV, se remontan a las negociaciones llevadas a cabo en el contrato colectivo de trabajo de la Universidad Veracruzana realizado en el año de 1980, en donde se estipulaba en las cláusula 98 y 99 (1) respectivamente, que se brindaría la prestación de servicio de atención médica y de especialidad, así como de consulta externa, servicios de hospitalización, de laboratorio y medicamentos a personal académico de la Universidad Veracruzana.

En el año de 1987, se creó un modulo médico en Xalapa como propuesta de la Federación Estatal de Sindicatos y Asociaciones de Personal Académico de la Universidad Veracruzana (FESAPAUV), el cual ofrecía un servicio financiado que tenía como finalidad brindar una adecuada y oportuna atención medica, evitando la erogación inmediata por parte del personal académico.

En el año 2005 se integra a la prestación de servicios médicos a personal de confianza y funcionarios de clasificación tipo 1. A partir de este año, hubo un incremento paulatino del personal médico y administrativo encargado de brindar atención a los derechohabientes, así como de los servicios de especialidad.

Posteriormente en el año 2007, con la intención de realizar una administración más eficiente de la prestación del servicio médico, la Universidad Veracruzana crea el Sistema de Atención Integral a la Salud (SAISUV), el cual debería ofrecer un servicio financiado con la finalidad de brindar atención a la salud de primer y segundo nivel a través de los lineamientos establecidos al personal académico, funcionarios y confianza (2).

En este sentido, el SAISUV plantea dentro de su *misión* "administrar el otorgamiento de la prestación médica apegados a las normas de salud e institucionales establecidas, contribuyendo a lograr las mejores condiciones de salud de sus derechohabientes mediante el uso racional de los recursos". Y dentro de su *visión* el "planteamiento de un servicio médico de calidad optimizando el uso de los recursos" (3).

En las dos ciudades del estado de Veracruz donde se concentra la mayoría de la comunidad universitaria, se cuenta con una Unidad de Atención Médica (UAM): Xalapa y Veracruz.

Unidad de Atención Médica Xalapa

La Unidad de Atención Médica Xalapa (UAM-Xalapa) cuenta con tres pisos. En el primer nivel se encuentra el acceso, la recepción del área de consulta, el área de archivo, la sala de espera, área de farmacia, tres consultorios médicos y un consultorio de odontología. En la segunda planta se encuentran tres consultorios de medicina general, el área de la coordinación médica y las oficinas del responsable del SAISUV. Finalmente en el tercer piso se ubica el área administrativa y de enseñanza.

Esta Unidad de Atención Médica brinda atención de primer nivel, consulta externa ambulatoria con diagnóstico y tratamiento, además cuenta con diversos servicios administrativos, entre los cuales se encuentran el pago de ayudas médicas por reembolso, acreditación y vigencia de derechos.

Los servicios médicos que se otorgan en el primer nivel,

son proporcionados por médicos contratados por la universidad para dar atención los problemas de salud que se presenten en la población derechohabiente a la Unidad y de conformidad con respecto a la ocurrencia de patologías que ameriten la intervención de los diferentes niveles de atención médica. Los servicios de salud de odontología y consulta externa cuentan con un horario de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y los sábados de 9:00 a 15:00 horas.

En la unidad de atención médica se ofrecen dos tipos de consulta: de primer y segundo contacto. La primera es otorgada por los médicos de la Unidad de Atención Médica (UAM); para la consulta de segundo contacto, el paciente deberá presentar la canalización correspondiente extendida por el médico de primer contacto. Los padecimientos que ameriten atención de urgencia se atenderán exclusivamente en el servicio de urgencias de los hospitales contenidos en el directorio médico del SAISUV (2).

Dada las limitaciones en el sistema de información de la Universidad Veracruzana para el alta y baja de derechohabientes, es necesario que los derechohabientes demuestren su vigencia de derechos con su último talón de cheques. En caso que el padecimiento ponga en riesgo la vida, podrá recurrir al hospital que convenga para atenderse, sin importar que esté fuera del directorio médico.

Estructura operativa del SAISUV

El personal con el cual cuenta la UAM Xalapa del SAISUV tiene una estructura organizacional que depende directamente de la Coordinación General y esta a su vez, dependerá de dos instancias, la secretaría de administración y finanzas y la dirección general de recursos humanos, por lo tanto, su estructura se compone de la siguiente manera:

Secretaria de Administración y Finanzas

Dirección General de Recursos Humanos

1. Coordinación General SAISUV a. Asistencia de coordinación b. Soporte de sistemas
c. Analista de sistemas

2. Coordinación Médica UAM Xalapa
a. Asistente
b. Supervisor de hospitales
c. Médico general
d. Odontólogo e. Enfermera
f. Recepcionista

3. Coordinación Administrativa UAM-Xalapa

a. Analistas
   i. Fotocredencialización
   ii. Ayuda médica
b. Intendencia

Derechohabientes del SAISUV

Tienen derecho a la prestación médica el personal académico, de confianza y funcionarios, así como sus derechohabientes acreditados: esposa o concubina, padres e hijos menores de 16 años, o entre 16 y 23 años que acrediten encontrarse estudiando para cada semestre.

Normatividad del SAISUV

Las Políticas y Procedimientos del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana se fundamentan en lo dispuesto por el artículo 36 fracción XIII del Estatuto General de la UV, de acuerdo a esta normatividad, los manuales de organización y funcionamiento se derivan de éste instrumento regulatorio (5). En el capítulo II, referente a los objetivos y de la organización en el SAISUV, el número seis marca que estará constituida por diferentes departamentos, entre ellos la consulta externa ambulatoria, los servicios de diagnóstico y tratamiento junto con las personas físicas y morales, que de manera externa proveen servicios de salud. Con todos ellos se tiene establecido un conjunto de mecanismos de coordinación de acciones que tienen por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (5). Cabe mencionar que todos esos mecanismos deben de encontrarse en el manual de procedimientos de consulta externa.

Haciendo una comparación de lo anterior con lo fundamentado en las políticas y procedimientos del SAISUV, que dictan en el capítulo V número 20 de las políticas y procedimientos de la UAM Xalapa en donde los derechohabientes que tengan la necesidad de utilizar los servicios del SAISUV deberán cumplir con el procedimiento administrativo que se tenga determinado para este efecto, y dentro de las políticas y procedimientos que enmarcan el capítulo VI número 29 que los profesionales involucrados en el proceso

de atención médica tendrán conocimiento de la secuencia del mismo, con el objeto de uniformar y concatenar perfectamente las tareas (5).

Marco Teórico

Uno de los temas más complejos en el desarrollo de la sociedad, es sin duda el de la salud; requisito prioritario para alcanzar una adecuada calidad de vida. La salud entendida no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado integral que incluye el bienestar físico, mental y social (7), debe ser atendida y mantenida a través de diversos mecanismos, entre los que destaca el brindar información suficiente y precisa a la población que permita llevar a cabo medidas preventivas y de promoción de estilos de vida saludables. En este sentido, los sistemas de salud deben ser capaces de garantizar recursos físicos, materiales, técnicos y humanos suficientes para el fomento a la salud a través de una estructura fiable y que su cobertura y alcances sean universales (8).

De acuerdo a lo anterior, se requiere el cumplimiento de una serie de circunstancias previas a la estructura sanitaria que permita una relación coherente entre las necesidades de la población y los objetivos planteados por las instituciones responsables de la atención a la salud.

La administración en salud o administración sanitaria se define como la guía, dirección y control de los esfuerzos de un grupo de personas que persiguen un propósito común, en este caso, aquellos encaminados al cuidado y fomento de la salud (9).

La organización constituye uno de los procesos más importantes dentro de la administración para desempeñar con éxito las actividades planeadas (9). Con este objetivo, se establece la elaboración instrumentos técnico- administrativos, como manuales de organización y de procedimientos específicos por área.

Para la elaboración de los manuales organizacionales y de procedimientos nos basamos en la Teoría Clásica de la Administración propuesta por Henry Fayol en 1916, ya que esta teoría se centra en la estructura y funcionamiento organizacional, por lo que es de gran ayuda a la hora de estructurar manuales que permitan ordenar y dividir las tareas por unidades operacionales.

Teoría clásica de la administración

Esta teoría propone la división de la empresa en departamentos para favorecer el buen funcionamiento de una organización. Asimismo H. Fayol enumeró los catorce principios de la administración (9):

1. División del trabajo: Este punto indica que a medida que aumenta especialización aumenta la producción y se reducen los errores operativos.

2. Autoridad: Está determinada por el cargo, lo que faculta a una persona a dar órdenes a sus subordinados.

3. Disciplina: Indica que se deben realizar las actividades de manera sistemática y ordenada respetando las reglas de la organización.

4. Unidad de mando: Significa que los empleados solo deben recibir órdenes de un jefe.

5. Unidad de dirección: Las áreas de una organización deben ser guiadas por una sola persona.

6. Subordinación del interés general al particular: Indica que deben predominar las decisiones de grupo y no las decisiones individuales.

7. Remuneración: Se refiere a la retribución económica que se recibe por realizar un trabajo la cual es indispensable para lograr la motivación de los empleados.

8. Centralización: Indica concentración de la autoridad y que las decisiones se toman dentro de la organización.

9. Jerarquía de autoridad: Se refiere a la línea de autoridad que se sigue desde los cargos con mayor jerarquía hasta los de menor jerarquía.

10. Orden: Indica que los recursos tanto humanos como materiales se deben encontrar ubicados en el lugar que les corresponde.

11. Equidad: Justicia frente al recurso humano.

12. Estabilidad del trabajo: Indica que la rotación excesiva de los trabajadores perjudica las actividades, por lo cual se debe planear de manera ordenada la rotación del personal para mejorar el rendimiento.

13. Iniciativa: Los trabajadores se esfuerzan más si se les permite proponer y ejecutar planes.

14. Espíritu de grupo: La importancia de trabajar en equipo para mejorar el rendimiento de la empresa lo que favorece el alcance de las metas.

Proceso administrativo

H. Fayol indica que administrar requiere planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar lo que compone a su vez el *proceso administrativo* (10), (11).

a) Planear: Indica que se deben plantear metas con anticipación y el método que se seguirá para alcanzarlas, asimismo la planeación permite que la empresa obtenga y comprometa recursos que se requieren para alcanzar los objetivos, que los trabajadores desempeñen actividades congruentes con los objetivos y los métodos establecidos, por último que el avance hacia las metas sea controlado y medido de tal manera que si el método para alcanzar las metas falla pueda ser modificado o cambiado.

b) Organizar: Es el proceso que se debe seguir para ordenar y distribuir al trabajo, la autoridad y los recursos entre los miembros de una organización con la finalidad de alcanzar metas.

c) Dirigir: Implica mandar, influir y motivar a los trabajadores para que realicen sus actividades. Es importante generar un ambiente agradable de trabajo para que los empleados se sientan motivados a realizar sus tareas.

d) Coordinar: Debe de establecer relaciones entre las diferentes partes del trabajo.

e) Controlar: Proceso para asegurar que las actividades realizadas están apegadas a las tareas previamente planeadas para lo cual se requiere:

1. Establecer estándares de desempeño

2. Medir y comparar los resultados

3. Tomar medidas correctivas cuando se detecten errores en la metodología para alcanzar los objetivos

El apegarse al proceso administrativo permite reducir errores operativos favorece que las políticas de la empresa se respeten, se tenga un buen clima organizacional, asimismo facilita la introducción de empleados nuevos a la organización.

2.2.3 Manuales administrativos

La elaboración de los manuales constituye una actividad fundamental que permite subdividir el trabajo en unidades operativas específicas, de tal manera que cada departamento establecido realice con precisión sus actividades, congruentes a los objetivos planteados por la institución. Así mismo se busca que los manuales eviten duplicidad en las funciones que desempeñan y facilite la prestación de los servicios de salud con la calidad, eficiencia y excelencia requeridos (12).

De acuerdo con Valencia en el año 2002 los manuales administrativos pueden ser clasificados de la siguiente manera (12):

a) Por su alcance
a. Generales o de aplicación universal
b. Departamentales o de aplicación específica
c. De puestos o aplicación individual

b) Por su contenido
a. De historia de la empresa o institución
b. De organización
c. De políticas
d. De procedimientos
e. De contenido múltiple (manual de Técnicas)

c) Por su función específica o área de actividad a. De personal
b. De ventas
c. De producción o ingeniería d. De finanzas

Dentro de los servicios de salud es importante contar con manuales de Organización y con manuales de Procedimientos, ya que estos permiten conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades, así como evitar la duplicidad de funciones, optimizar el aprovechamiento de los recursos y agilizar los trámites que realiza el usuario, con la finalidad de ofrecer un servicio de mayor calidad.

2.2.4 Manual de organización

El *manual de organización* es un documento donde se expone de manera detallada la estructura orgánica de una empresa, señalando los puestos y la relación que existe entre las diferentes áreas. Por otro lado explica la

jerarquía, los grados de autoridad así como las diferentes actividades de las unidades orgánicas de la empresa (13).

Objetivos del manual de organización (13):

- Presentar una visión de la organización.
- Precisar las funciones de cada unidad orgánica de la empresa.
- Coadyuvar en la correcta realización de las actividades encomendadas al personal.
- Evitar la duplicación de labores lo que a su vez permite la reducción de costos y el máximo aprovechamiento del tiempo.
- Facilita las actividades al personal de nuevo ingreso.

2.2.5 Manual de procedimiento

El *manual de procedimientos* es un documento que contiene información acerca de las operaciones que se llevan a cabo en una unidad administrativa específica de la empresa (13).

Objetivos del manual de procedimientos (13)

- Garantizar uniformidad en las actividades que se realizan de manera periódica.
- Reducir errores operativos al máximo posible.
- Reducir el periodo de entrenamiento en empleados de nuevo ingreso.
- Evitar que se produzcan cambios inesperados en los procesos.
- Facilitar un buen clima organizacional.

2.3 Marco empírico

La Secretaría de Salud confiere en su reglamento interior la elaboración de manuales con base a los lineamientos y contenidos establecidos en el documento oficial, Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos. Dicha guía integra los diferentes elementos, criterios, métodos e incluye la información básica para la elaboración de manuales de procedimientos. Esta información se encuentra estructurada en dos apartados, donde la primera parte se refiere a los aspectos generales para la elaboración de manuales de procedimientos y la segunda, a los aspectos específicos del Manual (11).

Asimismo, la Universidad Veracruzana a través de la Secretaría de Finanzas establece en su misión, la realización de instrumentos tendientes a mejorar la estructura de organización institucional, los procesos y procedimientos internos, con apego a la normatividad y a los lineamientos de calidad (13).

Méndez y Morales, en su proyecto de revisión de la integración del expediente clínico en el SAISUV del año 2011, dan cuenta durante el desarrollo metodológico de su trabajo que es necesario que el personal de dicha institución asegure el manejo adecuado del área de archivo y que no únicamente actualice la información referente a los expedientes clínicos, por lo que recomiendan que para lograr la administración adecuada del personal de dicha institución se requiere un manual administrativo conteniendo losprocedimientos y designaciones de los responsables de dar seguimiento a la correcta integración de los expedientes clínicos de acuerdo a la norma oficial mexicana (14).

Otra intervención importante, fue la "Implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Unidad de Atención Médica Xalapa del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana", donde se señaló como limitante, la falta de información sobre los daños presentes en los derechohabientes, debido a la inexistencia de datos sobre los motivos de consulta y los daños a la salud que presentan los usuarios (15).

Por lo anterior, se sugirió uniformar los procedimientos de recopilación mediante la incorporación del expediente clínico electrónico y el registro diario de consulta externa, con el fin de que los médicos internos y externos sistematicen la información del usuario (15).

En el año 2011, se realizó el diagnóstico de salud titulado, "Análisis de la situación de salud de usuarios con diabetes mellitus tipo 2 del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana en la Unidad de Atención Médica Xalapa", en el cual se observó la falta de actualización de la base datos y mecanismos de verificación de llenado de la hoja diaria de registro de los médicos (2).

En este sentido, refirieron la necesidad de realizar una revisión y actualización de la base de datos de los pacientes con diabetes mellitus, que esté relacionada directamente con el expediente clínico electrónico, así como, realizar un programa trimestral de actualización médica relacionado al cuidado del paciente diabético, con base a las guías de práctica clínica para generar un tratamiento integral en estos pacientes (2).

Durante el mismo año, se generó el diagnóstico de salud "Análisis de la Situación de Salud de los trabajadores derechohabientes del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana. Unidad de Atención Médica Xalapa", en el que se alude la importancia de aplicar instrumentos de diagnóstico psiquiátrico para conocer claramente los casos que deben ser considerados como trastorno de ansiedad y los episodios depresivos; ya que los médicos del SAISUV diagnostican desde el enfoque clínico y no se basan en el instrumento diagnóstico contemplado en las guías de práctica clínica. También se detectó un vacío en el conocimiento sobre los derechos y procedimientos para atención psicológica que tienen los derechohabientes (16).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Sistema de Atención Integral a la Salud (SAISUV) ofrece servicios médicos de primer y segundo nivel a personal académico, funcionarios y de confianza bajo lineamientos establecidos.

Dentro de sus Políticas y Procedimientos se dicta que para el cumplimiento de la protección a la salud de sus usuarios, se deben de cumplir un conjunto de mecanismos de organización y administración. Estos mecanismos, deben contemplar el desarrollo y registro de instrumentos técnico-administrativos que los lleven a conocer detalladamente el procedimiento de atención médica para lograr el diagnóstico oportuno, un adecuado apego al tratamiento y limitación de los daños a la salud.

La colaboración entre el SAISUV y el Instituto de Salud Pública (ISP), ha permitido realizar diversas investigaciones en las que se ha evidenciado la necesidad de generar estos documentos, con la finalidad de guiar y conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades, evitar la duplicidad de esfuerzos, optimizar el aprovechamiento de los recursos y agilizar los trámites que realiza el usuario con relación a los servicios que proporciona el SAISUV UAM-Xalapa.

Aunado a lo anterior, los directivos de esta institución, han referido haber recibido diversas inconformidades por parte de los usuarios en cuanto a los procedimientos que deben de seguir para solicitar consultas y abastecimiento de sus medicamentos. Estas inconformidades giran alrededor de la solicitud de consultas vía telefónica porque en varias ocasiones no está disponible la línea, sin embargo existen otras maneras de solicitar consultas (por medio de grabadoras en la vía telefónica e internet) y los usuarios las desconocen; retrasando el tiempo en que el paciente pase a consulta.

Otra manifestación de los usuarios es la inflexibilidad de los médicos en cuanto a la decisión de atender a un paciente que llega sin cita previa, ya que éste tiene que esperar cuarenta minutos o más y la decisión de esta atención es arbitraria. En lo referente al tiempo destinado a la consulta, han externado que es insuficiente para lograr una atención de mayor calidad. Al respecto no existe un documento que delimite la normativa de dichos procedimientos.

En cuanto al abastecimiento de medicamentos, se dan situaciones en las que no es posible abastecer al 100% la demanda de éstos en la farmacia, muchos usuarios desconocen los procedimientos a seguir o cuánto tiempo deben esperar, para poder adquirir sus medicinas, mermando la efectividad y el apego al tratamiento.

Haciendo una comparación de lo anterior con lo fundamentado en las políticas y procedimientos del SAISUV, que dictan los capítulos II, V y VI, se percibe que los procedimientos y políticas aún están lejos de cumplirse con relación a lo que está sucediendo en esta institución de acuerdo a los informes brindados por los directivos.

Esta situación reitera la necesidad de elaborar las herramientas que apoyen en el logro de las políticas y procedimientos establecidos. Tomando en cuenta lo anterior y las consideraciones de los directivos de dicha institución, se decidió desarrollar dos propuestas de manuales administrativos: un manual organizacional y un manual de procedimientos del área de consulta externa, con el fin de delimitar las funciones específicas que le corresponden a cada órgano, para lograr el apego del personal en sus funciones, y ayudar a corregir un procedimiento ya establecido.

4. OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

4.1 Objetivo General

Revisar, actualizar y describir la organización de la Unidad de Atención Médica Xalapa del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana así como las actividades y funciones a desarrollar para el otorgamiento de la consulta externa.

4.2 Objetivos Específicos

- Elaborar el manual de organización y de procedimientos del área de consulta externa de la Unidad de Atención Médica Xalapa del SAISUV en colaboración con el coordinador general y los coordinadores médico y administrativo.
- Presentar al personal del SAISUV (UAM-Xalapa), los manuales de organización y de consulta externa realizados, a fin de que reconozcan la importancia de basarse en ellos para lograr el óptimo desempeño de sus funciones.
- Evaluar la aceptación del personal del SAISUV (UAM Xalapa) en relación a la utilidad de los manuales generados.

5. METODOLOGÍA

5.1 Fase I: Diagnóstico del problema

a) Se entrevistaron a directivos del SAISUV, con la finalidad de indagar problemas y necesidades de la institución que estuvieran relacionadas con el estado de salud de los usuarios, y se llegó al acuerdo de que es necesario contar con un manual de organización y un manual de procedimientos de consulta externa porque su ausencia está repercutiendo en los procedimientos que deben de realizarse en el área de consulta externa y por consiguiente en la atención a la salud que se presta en esta institución, mermando finalmente en los procedimientos diagnósticos y de tratamientos de los usuarios.

b) Se analizaron investigaciones anteriores realizadas en la institución y proyectos de intervención en donde se evidencian problemáticas del estado de salud de los usuarios del SAISUV y su relación con la falta de manuales técnico-administrativos.

c) Se hizo una revisión de las políticas y procedimientos del SAISUV que delimitan el proceso administrativo relacionado con la organización general y la consulta externa, para identificar en qué medida se estaban cumpliendo. Se encontró que aún están lejos de cumplirse ya que carecen de los instrumentos técnico-administrativos que deberían contener la información necesaria para alcanzar un correcto proceso administrativo.

5.2 Fase II: Planeación

El proyecto de intervención fue desarrollado en la Unidad Médica Xalapa del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV-UAM Xalapa). Se decidió desarrollar nuestro trabajo en esta unidad, en respuesta a las problemáticas identificadas por algunos trabajos previos de diagnóstico e intervención. Este escenario fue seleccionado también por el Instituto de Salud Pública de la UV para el desarrollo de prácticas efectivas en salud por parte de los estudiantes de la maestría.

Para la planeación del proyecto, nos reunimos nuevamente con los coordinadores (general y médico) de la UAM-Xalapa, así como con nuestros asesores (internos y externos), los cuales nos permitieron aclarar dudas en relación al funcionamiento de la Unidad y los tiempos con los que contábamos para recabar información.

A partir de los acuerdos establecidos por ambas partes, planteamos un cronograma preliminar para llevar a cabo nuestras actividades, el cual se muestra a continuación:

5.2.1 Cronograma de actividades

Actividad	Semana	Fecha
Reunión con asesores y directivos del SAISUV Análisis del diagnóstico de salud previo Determinación proyecto de intervención	1ª	27 febrero – 1 marzo
Recopilación de información sobre la institución y sobre la conformación de manuales de organización y procedimientos Inducción del sistema interno del SAISUV para la delimitación de campo y problema de intervención	2ª	5 -9 de marzo
Elaboración de protocolo	3ª y 4ª	12 – 23 de marzo
Levantamiento de información para la conformación de manuales de organización y de procedimientos (entrevistas, encuestas, estudio de sombre)	5ª – 8ª	26 de marzo – 27 de abril
Conformación de manuales	9ª	30 abril – 4 de mayo
Revisión de manuales con asesores del ISP y directivos del SAISUV	10ª	7 – 11 de mayo
Corregir y ajustar manuales de organización y de procedimientos	11ª	14 – 18 mayo
Diseño y programación de la capacitación en manuales para personal del SAISUV	12ª	21- 25 mayo
Capacitación en manuales dirigidos a personal del SAISUV	13ª	28 mayo – 1 junio
Evaluación de la capacitación	14ª	4 - 6 de junio
Entrega de documento final y resultados	15ª	9 – 15 de junio

Es importante mencionar, que el cronograma presentado sufrió diversas modificaciones en los tiempos planteados, dado que el proceso de levantamiento de información y revisión de los materiales, dependía de la disposición del personal y asesores responsables. Sin embrago, se logró concluir con todas las actividades planeadas.

5.3 Fase III: Elaboración de los manuales

5.3.1 Elaboración de manual de organización

El manual de organización fue desarrollado a partir de los lineamientos establecidos en el documento "Guía técnica para la elaboración de manuales de organización específicos de la secretaría de salud". Dicho documento fue de apoyo para la definición de los criterios, lineamientos y responsabilidades del personal adscrito en las diferentes coordinaciones de la unidad.

Es importante mencionar, que dado que la UAM- Xalapa del SAISUV es un órgano que no depende de ninguna unidad de salud (como la secretaria de salud), si no de un órgano administrativo como es la Secretaría de Administración y Finanzas de la UV, se tuvo que ajustar la información de acuerdo a los criterios establecidos por dicho órgano.

Con base en los criterios antes mencionados, se construyó el manual organizacional en donde se detallaron los siguientes apartados:

1. Objetivo del manual: En este apartado se buscó describir el propósito que se pretende alcanzar con la elaboración del manual, así como el personal al que se dirige y delimitar los lineamientos bajo los que se desarrolló.

2. Antecedentes históricos: Para este apartado recopilamos información relevante sobre los hechos históricos que llevaron a la formulación del Sistema de Atención Integral a la Salud de la UV. Las fuentes de información que utilizamos para la integración de este apartado fueron diversas, principalmente revisiones realizadas en otras investigaciones, así como documentos del plan anual del servicio médico. Para complementar dicha información realizamos una entrevista a uno de los médicos generales de la unidad de mayor antigüedad en el puesto.

3. Marco Jurídico: Este apartado menciona las disposiciones jurídicas que dieron origen y rigen a la institución. Para su construcción, retomamos información establecida en el sitio de internet oficial del SAISUV y la normatividad relacionada con el servicio que establece FESAPAUV. Fue necesario realizar una actualización de la normatividad vigente, dado que muchos lineamientos estaban desactualizados o no correspondían con las funciones del SAISUV.

4. Atribuciones: En este apartado se describen las facultades otorgadas a la unidad para la atención médica de los usuarios. En él se retoman los objetivos del manual, las funciones de la unidad, así como las responsabilidades que debe asumir el servicio con los derechohabientes. Para su elaboración, consultamos lo dispuesto por la Secretaria de Administración y Finanzas en el estatuto general de la UV.

5. Misión y Visión de la unidad: Aquí se describe el propósito o razón de ser del SAISUV (misión) y el panorama deseado o por alcanzar por el servicio en un periodo determinado de tiempo (visión). El SAISUV había determinado ya ambas desde su formación, sin embargo, realizamos algunas sugerencias en donde se buscó que estuvieran encaminadas hacia la prestación del servicio y el mantenimiento de la salud de los usuarios, y no solamente a la administración de los recursos.

6. Estructura orgánica: La estructura orgánica consiste en la disposición sistemática y ordenada de las áreas que integran la unidad. Ésta se establece conforme a criterios de jerarquía y relación, a fin de comprender sus interacciones y dependencia con otros actores o coordinaciones.

Para la construcción de este apartado, nos basamos en el organigrama establecido previamente por el SAISUV, el cual ya no era vigente, por lo que indagamos con el personal cuál era la nueva disposición de la unidad. También utilizamos formatos específicos para conocer la dependencia del personal que labora en la UAM- Xalapa con otras coordinaciones.

7. Organigrama: Consiste en la representación gráfica de la estructura orgánica, el cual nos permite visualizar mejor las relaciones y dependencias del personal. Esta representación fue actualizada y graficada adecuadamente.

8. Funciones y objetivos por área: Aquí se describen los propósitos de la creación de cada una de las coordinaciones (médica, administrativa y general),

así como las funciones específicas que realiza cada coordinación para lograr la misión propuesta por el SAISUV. Estas funciones se derivan de las atribuciones establecidas en el apartado anterior. Para complementar la información, les pedimos a cada coordinador de área que nos proporcionara de acuerdo a sus criterios, las funciones y objetivos de su coordinación; estos se integraron y revisaron para que tuvieran concordancia con sus atribuciones.

9. Glosario de términos: En este apartado describimos los términos utilizados más relevantes que se mencionan en el manual, a fin de que cualquier persona ajena a la unidad, comprenda su terminología.

10.Anexos: Se adjunta sección de la ley orgánica de la UV (artículo 44) referente a la prestación del servicio médico a personal académico. También colocamos el capítulo IX del contrato colectivo de la UV/FESAPAUV, referente a las prestaciones de los trabajadores académicos. Esto con la intención de que puedan ser consultados como referencia de las determinaciones de este manual.

5.3.2 Elaboración de manual de procedimientos del área de consulta externa

El manual de procedimientos del área de consulta externa fue desarrollado a partir de los lineamientos establecidos en la "Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud". La Guía sirvió como apoyo para la estructuración y desarrollo de los contenidos y apartados del manual específico.

Es importante mencionar, que dado la ausencia de guías para el desarrollo de manuales de procedimientos específicos por parte de la UV (entidad a la que se deben apegar los manuales), se optó por recurrir a otras directrices que facilitaran la elaboración de los instrumentos, por tal motivo, el manual desarrollado se basó en lo establecido por la Secretaría de Salud.

A partir de los criterios mencionados, se construyó el manual con los siguientes apartados:

1. Objetivo del manual: En este apartado se puntualizó la finalidad y la utilidad del manual de procedimientos y se describió a quien está dirigido.

2. Marco jurídico: Para determinar el marco jurídico se hizo una revisión de las leyes, lineamientos, contratos y procedimientos que rigen al SAISUV y se seleccionaron ciertas normas, y/o artículos que delimitaran la normatividad que respecta a los procedimientos de la consulta externa.

3. Denominación de los procedimientos: Se clasificaron los procedimientos de consulta externa en tres, el primero para solicitar una cita, el segundo que contiene los pasos previos a la atención médica u odontológica, el tercero que contiene los procedimientos específicos durante la atención médica u odontológica y el cuarto que contiene los procedimientos indirectos que realiza la recepcionista ajenos a la prestación de la atención médica.

4. Descripción del procedimiento uno, dos, tres y cuatro: Para la construcción de los contenidos y la descripción de los procedimientos 1, 2, 3 y 4, se realizaron entrevistas al personal que intervienen en todos los pasos de la consulta externa, posteriormente se seleccionó la información correspondiente a cada procedimiento y se determinó la secuencia, las actividades y los responsables de realizarlas, además se referenciaron algunas guías con las que ya contaba el SAISUV sobre los pasos a seguir en el Sistema Integral Administrativo (SIA).

5. Diagrama de flujo: Se marcó la ruta de inicio a fin que siguen cada uno de los actores en la consulta externa (usuario, recepcionista, enfermera de archivo, enfermera clínica, médico/odontólogo, encargados de farmacia y de laboratorio) posteriormente se elaboró gráficamente a través del Microsoft Visio.

6. Glosario: En este apartado se definen los conceptos más relevantes que competen a los procedimientos de la consulta externa; las fuentes de donde se obtuvo esa información fueron manuales de procedimientos de consulta externa de instituciones regidas por la Secretaría de Salud.

7. Anexos: Se agregaron algunas cláusulas del Contrato Colectivo de la Universidad Veracruzana y algunos artículos de la Ley General de Salud ya que son los lineamientos básicos que fundamentan los derechos y obligaciones que deben de acatar los usuarios de este servicio y la normatividad elemental que debe de respetarse en la prestación de la consulta externa.

5.4 Fase IV: Presentación de los manuales ante personal de la Unidad de Atención Médica – Xalapa del SAISUV

Posterior a la finalización de los manuales, se planificó con apoyo y autorización del coordinador general y médico de la unidad, la presentación de los manuales ante el personal, con el objetivo de que conocieran la composición y utilidad de los mismos para el desarrollo óptimo de sus funciones.

La presentación se realizó en dos sesiones de una hora. En la primera se presentó a los coordinadores de cada área el manual organizacional y les solicitamos reproducir la presentación con el personal a su cargo. En la segunda hora presentamos el manual de procedimientos del área de consulta externa al personal involucrado en este procedimiento: médicos generales, enfermeras, recepcionistas, odontólogo, personal de farmacia y coordinador médico.

Al finalizar cada una se las sesiones, escuchamos sus comentarios y recomendaciones, mismos que se describen en el apartado de "Recomendaciones" de este documento.

5.5 Fase V: Evaluación de aceptación de los manuales administrativos

Una vez que se presentaron los manuales al personal, se les aplicó una encuesta breve con preguntas en escala tipo Likert (Anexo 1). Esto con la intención de conocer su aceptación en relación a la utilidad y aplicación de los manuales en sus áreas.

Los resultados de esta evaluación y las observaciones realizadas a lo largo del proceso de recopilación de la información, se describen a continuación.

6. RESULTADOS

6.1 Manuales de organización y de procedimientos del área de consulta externa

Resultado de nuestra intervención, se generaron dos manuales administrativos: "El manual de organización del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana UAM-Xalapa" (Anexo 2) y el "Manual de procedimientos del área de consulta externa del SAISUV UAM Xalapa" (Anexo 3). Ambos manuales revisados y aprobados por los Coordinadores General y Médico de la unidad, así como el personal asistente a la presentación de los manuales.

Es importante mencionar, que la coordinación médica se compromete a someter los manuales administrativos bajo proceso de validación por parte de la Secretaría de Administración y Finanzas de la UV y la Dirección General de Recursos Humanos de la misma institución. También asume la responsabilidad de actualizar dichos instrumentos en un periodo no mayor a un año.

6.2 Aceptación de los manuales administrativos por parte del personal

Posterior a la presentación de los manuales realizados, se comentó de manera grupal y al final de aplicó una cédula al personal asistente para conocer su opinión respecto a la utilidad de los mismos.

En los comentarios grupales, los asistentes reconocieron el gran aporte de los manuales, en primer lugar porque se carecía de ellos en la institución y en segundo lugar porque es de mucha importancia para la institución tener documentos que normen la estructura de la misma y los procedimientos de consulta externa; la mayoría desconocían la misión y la visión de la institución y con la disponibilidad de los manuales llenaron este vacío, de igual manera se sintieron muy satisfechos porque en el manual de procedimientos se hace evidente que algunos procedimientos tienen una estructura incorrecta que provocan que la carga de trabajo de algunos empleados sea mayor y que el descontrol de algunas actividades intervengan en el detrimento de la calidad, al respecto consideran que con el manual de procedimientos se esclarecen las operaciones específicas que se deben reestructurar y por lo anterior se comprometieron a hacer una revisión profunda de esta problemática y a colaborar para darle soluciones.

En relación a las observaciones emitidas por el personal, señalaron que la elaboración de los manuales les permite sistematizar y actualizar la organización y procedimientos, además de sentar las bases para la construcción de mejoras a partir de la opinión de los involucrados en la prestación de los servicios. Con este entendido, se presentan las evaluaciones realizadas.

En cuanto a la utilidad de los manuales para capacitar al personal de nuevo ingreso el 85.7% respondió que son de excelente utilidad y el 14.3% de buena utilidad.

Sobre el sustento de las funciones que realiza el personal el 42.8% respondió que son de excelente utilidad; el 14.3% de buena utilidad y el 42.8% de regular utilidad.

En relación a la función de orientar a los usuarios el 57.1% mencionó que son de excelente utilidad y el 42.8% de buena utilidad.

Respecto a la utilidad de los manuales para evitar duplicidad de funciones el

28.5% indicó que son de excelente utilidad; el 42.8% contestaron que son de buena utilidad; el 14.3% de regular utilidad y el 14.3% no respondió la pregunta.

Sobre la utilidad de los manuales para conocer el funcionamiento de la organización, el 42.8% indicó que son de excelente utilidad, el 42.8% de buena utilidad y el 14.3% de regular utilidad.

En relación a la mejora de la calidad de los servicios que se ofrecen el 71.4% indicó que son de excelente utilidad, el 14.3% de buena utilidad y el 14.3% de regular utilidad.

Referente a garantizar la uniformidad en las actividades que se realizan de manera periódica, el 42.8% respondió que los manuales son de excelente utilidad, el 28.5% de regular utilidad y el 14.3% no respondió la pregunta.

En cuanto a la reducción de errores operativos al máximo posible el 57.1% respondió que son de excelente utilidad y el 42.8% de buena utilidad.

Sobre reducir el periodo de entrenamiento de empleados de nuevo ingreso el 28.5% indicó que son de excelente utilidad; el 42.8% de buena utilidad; el 14.3% de buena utilidad y el 14.3% de poca utilidad.

Respecto a evitar que se produzcan cambios inesperados en los procesos el 57.1% indicó que son de excelente utilidad, el 28.5% de buena utilidad y el 14.3% de regular utilidad.

En cuanto a la pregunta de que si los manuales deben ser mejorados, el 57.1% indicó que si, el 14.3% señaló que no y el 28.5% no respondió la pregunta.

6.3 Observaciones sobre la estructura institucional

Al revisar y analizar la información institucional disponible, así como los lineamientos establecidos para el desarrollo de las funciones específicas de la unidad, encontramos que parte de la información se encontraba desactualizada o era errónea, principalmente la referente a la estructuración orgánica y marco jurídico.

También observamos que la información disponible para reconstruir los antecedentes históricos es muy escaza, pues no se ha dado un registro cronológico de los eventos implicados en la evolución y desarrollo del sistema de atención.

En cuanto a la información descrita en el marco jurídico, observamos que las normas mexicanas para el tratamiento de patologías específicas no estaban actualizadas en sus últimas revisiones y también existían muchos lineamientos que no eran aplicables al contexto del SAISUV, ya que no se puede considerar como una unidad médica análoga a las de un sistema de seguridad social más complejo como IMSS, ISSSTE o de la SSA.

Las atribuciones que debe asumir el SAISUV descritas en el artículo 36 fracción XIII del Estatuto General de la UV, son adecuadas en relación a los servicios prestados a los usuarios, sin embargo, se desconoce el cumplimiento de dichas atribuciones.

La misión y visión fueron establecidas desde el inicio de la formación del servicio de atención, haciendo énfasis en el uso racional de recursos. Sin embargo, observamos durante la presentación de los manuales construidos, que varios de los asistentes desconocían el contenido de estos dos planteamientos institucionales.

Al revisar la constitución de la estructura orgánica, encontramos incongruencia en la instancia principal de mando, ya que tanto la secretaría de administración y finanzas como la dirección general de recursos humanos se encargan de regular al SAISUV.

Finalmente observamos que el personal que labora en las diversas coordinaciones no tiene muy claro la definición de su puesto, ni las funciones específicas que deben realizar; por lo que encontramos que en el desarrollo de sus actividades hay duplicidad y desperdicio del recurso humano.

También desconocen la relación jerárquica que existe entre el personal que pertenecen a la misma coordinación.

6.4 Observaciones sobre los procedimientos del área de consulta externa

La elaboración del manual de procedimientos del área de consulta externa, nos permitió observar:

- No se respeta el horario de entrada del personal de recepción, ya que se le pide que llegue 30 minutos antes de su horario oficial de entrada y no le son remuneradas las horas extras de trabajo.
- El personal de recepción externó que el sistema informático es poco práctico y en algunos apartados la captura de la información es lenta.
- La enfermera encargada del área de archivo clínico refiere que realiza procedimientos que corresponden al personal de recepción, en primer lugar se debe a que los usuarios se acercan a ella para demandar ciertos servicios que corresponden a la recepción ya que, su lugar de trabajo se encuentra contiguo al de la recepcionista. En segundo lugar se debe a que en recepción la carga de trabajo es mayor, por tal motivo apoya a sus compañeras para agilizar el procedimiento. De la misma manera las recepcionistas apoyan a la enfermera de archivo en algunas actividades.
- El personal de enfermería clínica refiere que algunos médicos llaman al paciente al consultorio médico sin respetar los horarios establecidos, provocando que los pacientes dejen de pasar a la toma de signos vitales y su control quede incompleto; además esta situación le resta productividad a la enfermera.
- No existen criterios específicos en farmacia para el otorgamiento del vale verde, el cual faculta al usuario de comprar el medicamento en una farmacia ajena a la contratada por el SAIS para que posteriormente se le reembolse el dinero.
- Existen vacíos en la normatividad que determina lo derechos y obligaciones de los usuarios con respecto a la prestación del servicio, principalmente en el Contrato colectivo de la Universidad Veracruzana/ FESAPAUV.
- Algunos pacientes acuden a su cita sin credencial y último talón de cheque como oficialmente está establecido.
- Los usuarios que no llegan 15 minutos antes de su consulta congestionan los tiempos de los procedimientos subsecuentes.

7. DISCUSIÓN

La implementación de los manuales de organización y de consulta externa lleva a la práctica lo establecido en la teoría clásica de la administración propuesta por Henry Fayol, lo que favorece el buen funcionamiento de una organización. Por otro lado, las Políticas y Procedimientos del SAISUV dictan que se deben elaborar herramientas técnico administrativas que favorezcan la calidad en la atención del usuario, con la elaboración de dichos manuales se sientan las bases para dar cumplimiento a esta normatividad.

La manera en que el personal se involucró en la presentación de los manuales, así como su interés en mejorar los procedimientos que se realizan abre una gran área de oportunidad a aprovechar por los directivos del SAISUV.

De acuerdo con Valencia J.R las funciones de los manuales organizacional y de procedimientos son de manera general: facilitar las actividades al personal de nuevo ingreso, precisar y delimitar funciones, evitar duplicidad de las mismas, conocer el funcionamiento de la organización, estandarizar procedimientos y reducir errores administrativos.

La función de facilitar las actividades al personal de nuevo ingreso y reducir el periodo de entrenamiento de los mismos, de acuerdo con los resultados de la evaluación el 85.7% de los trabajadores coincidieron que los manuales son de buena a excelente utilidad en la capacitación del personal

En cuanto a la precisión y delimitación de las funciones, la mayoría consideró que los manuales son de buena a excelente utilidad, sin embargo el 42.8% considera que su utilidad es regular.

Respecto a su utilidad para evitar duplicidad de funciones u orientación de los usuarios, la mayoría consideró que son de buena a excelente utilidad. También se encontró en las observaciones estructurales que las funciones no están bien definidas y hay acciones repetitivas por lo que se espera que los manuales contribuyan en la solución de dicha problemática.

En lo referente a conocer el funcionamiento de la organización a través de los manuales, la mayoría coincidió que los manuales son de buena a excelente utilidad y una pequeña proporción consideró que

su utilidad es regular. Sin embargo, aún no es posible asegurar que se cumplirá con este objetivo, ya que depende de la difusión de estos documentos.

Para garantizar la uniformidad en las actividades que se realizan de manera periódica, más de la mitad del personal (57.1%) consideró que los manuales eran de buena a excelente utilidad y el resto los consideró por debajo de lo regular. Esta información nos indica que la uniformidad se cumplirá siempre y cuando el personal se apegue a lo establecido en los instrumentos y normas, de lo contrario no se podrá lograr una estandarización de los procedimientos.

Finalmente, para reducir errores operativos el total de los evaluados consideran que los manuales serán de excelente a buena utilidad. A pesar de esto, aun es necesario crear estrategias y mejoras en los procesos para evitar que puedan ocurrir errores que afecten la calidad de la atención.

Con la elaboración del manual de consulta externa se buscó que el personal tenga a su disposición la descripción de los procedimientos que se llevan a cabo en esta área, con la intención de que identifiquen los puntos que deben ser optimizados para brindar un servicio de mejor calidad.

Sin embargo ambos documentos deben ser revisados con detenimientos por todo el personal que labora en dicha institución, con la finalidad de ser mejorados y/o modificar los procedimientos que estén fallando.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El desarrollo de instrumentos técnico-administrativos en las organizaciones es parte fundamental en la planeación y desarrollo de una institución de cualquier índole, respaldando así la coordinación y la toma de decisiones estructurales.

Partiendo de esta idea, la realización de los manuales de organización y procedimientos que derivan de la UAM-Xalapa ayudarán al sustento de las funciones y procedimientos específicos por cada área. Así mismo asegurarán el apego de la prestación de servicios acorde a las políticas y procedimientos que norman a la institución, una vez que dichos procedimientos hayan sido efectivamente revisados y mejorados con la participación de los principales actores involucrados en la prestación del servicio.

Es importante recalcar, que los instrumentos desarrollados describen la estructura y procedimientos que son llevados a cabo en la institución, sin embargo, es de vital importancia que estos documentos constituyan una base para la actualización y mejoramiento continuo de la unidad. Por tal motivo, a continuación describimos una serie de recomendaciones a tomar en cuenta por parte del personal que labora en la UAM-Xalapa, a partir de las observaciones realizadas durante la estructuración de los manuales y los comentarios formulados por el personal asistente a la presentación de los manuales.

- Crear un comité general representativo de cada coordinación de la UAM Xalapa, para la revisión, actualización y mejora de los procedimientos, donde los involucrados en cada uno de los procedimientos que se realizan en la consulta externa, revisen y elaboren propuestas de simplificación y mejora, dado que en la presentación que se realizó de los manuales, evidenciaron tenerlos detectados e incluso ideas para su mejora.
- Desarrollar mecanismos para verificación de vigencia de derechos que resulten más prácticos que la presentación obligatoria del último talón de cheques.
- Actualizar la información disponible en la página de internet del SAISUV.
- ·Verificar el apego y conocimiento de las normas y lineamientos.
- Evaluar la calidad de la prestación de los servicios desde la percepción de los usuarios y del personal responsable.
- Construir una misión y visión desde un enfoque de atención a la salud.
- Asegurar que el personal se comprometa con los principios del SAISUV.
- Desarrollar perfil y descripción de puesto delimitando responsabilidades y funciones para cada cargo.
- Proponer al departamento de Organización y Métodos de la Universidad Veracruzana la inclusión de normatividades, reglas y estatutos adaptados a unidades de atención a la salud y no solo de entidades académicas.
- Fortalecer la identidad e integración organizacional del SAISUV.
- Los horarios de trabajo del personal sean respetados o en su defecto sean remuneradas las horas extras de trabajo.
- Generar un sistema informático que sea más eficiente.
- Reubicar el lugar de trabajo de la enfermera de archivo ajeno al área de recepción.

- Contratar más personal para el área de recepción.
- Detallar los criterios bajo los cuales se emite el vale verde en farmacia.
- Especificar con mayor profundidad los derechos y obligaciones de los usuarios en el Contrato colectivo de la Universidad Veracruzana/FESAPAUV.
- Desarrollar mecanismos para que todo el personal respete los procedimientos establecidos.
- Implementar estrategias para que los usuarios se apeguen a los procedimientos establecidos.
- Redireccionar el enfoque curativo asistencialista que hasta ahora ha mantenido el SAISUV a un modelo de atención primaria a la salud, donde se desarrollen estrategias de promoción y prevención primaria a la salud.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contrato colectivo de trabajo del personal académico F.E.S.A.P.A.U.V. y l a Universidad Veracruzana http://www.uv.mx/transparencia/infpublica/contratoscolectivos/documents/CONTRATOCOLECTIVOFESAPAUV2010-2012.pdf, Xalapa, 2010-2012.

2. C. Arrazate, M. Macías. Análisis de la situación de salud de usuarios con diabetes mellitus tipo 2 del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana en la Unidad de Atención Médica Xalapa, 2011.

3. Universidad Veracruzana. Sistema de Atención Integral a la salud. https://dsia.uv.mx/saisuv/Publico/PXCELSAIS.aspx

4. Guía de usuario, lo relativo con urgencias. El sistema de atención integral a la salud disponible en https://dsia.uv.mx/saisuv/Publico/PXCGUIUSU.aspx.

5. Políticas y procedimientos del sistema de atención integral a la salud de la universidad veracruzana. Disponible en https://dsia.uv.mx/saisuv/publico/PXCLINEAM.aspx

6. Organización mundial de la salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2009. [Consultado 2012 marzo 19]. Disponible en http://www.who.int/peh- emf/research/constitucion/es/index.html

7. Romo, C.E. Sistema de Salud en México. [Internet] (2008). [Consultado 2012 marzo 23]. Disponible en: http://sociales.reduaz.mx/art_ant/sistema_de_salud_mexico.pdf

8. Martín HS. Salud y Enfermedad 1977.

9. James Arthur Finch Stoner REF, Daniel R. Gilbert, Pilar Mascaró Sacristán. Administración 1996

10. Robbins SP. Comportamiento Organizacional 2004.

11. Secretaria de Salud (SSA). Guía técnica para la elaboración de manuales de organización específicos de la secretaría de salud. Dirección de diseño y desarrollo Organizacional. 2004

12. Valencia JR. Cómo elaborar y usar los manuales administrativos 2002.

13. Universidad Veracruzana. Secretaría de Finanzas http://www.uv.mx/orgmet/nuv/doctosinst/manuales.html

14. Méndez M., Morales O. Revisión de la integración del expediente clínico en el Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana de la ciudad de Xalapa (SAISUV) para constatar el cumplimiento a la NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico y el avance en el apego a la NOM-024-SSA3-2010 del expediente clínico electrónico 2011.

15. Argüelles N., Camarillo G., Campos U. Implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Unidad de Atención Médica Xalapa del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana 2010.

16. Díaz V., Melgarejo B., Pérez S. Análisis de la situación de salud de los trabajadores derechohabientes del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana. Unidad de Atención Médica Xalapa. 2011.

10. ANEXOS

Anexo 1

Evaluación de aceptación de los manuales de Organización y Procedimientos del área de consulta externa del SAISUV (UAM-Xalapa)
Marque en la siguiente tabla la utilidad de los manuales en cada una de las funciones, siendo:

0 = Sin utilidad
1= Poca utilidad
2= Regular utilidad
3= Buena utilidad
4= Excelente utilidad.

FUNCIONES	Calificación				
	0	1	2	3	4
Capacitar al personal de nuevo ingreso					
Sustentar las funciones que realizamos					
Orientación a usuarios					
Evitar duplicidad de funciones					
Conocer el funcionamiento de la organización					
Mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen					
Garantizar uniformidad en las actividades que se realizan de manera periódica					
Reducir errores operativos al máximo posible					
Reducir el periodo de entrenamiento de empleados de nuevo ingreso					
Evitar que se produzcan cambios inesperados en los procesos					

De acuerdo a las funciones y procedimientos descritos en los manuales presentados, ¿considera usted que alguno debe ser mejorado?

SI NO

¿Cuál? y ¿Por qué?

ANEXO 2

Manual de Organización del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana
Unidad de atención médica Xalapa
(SAISUV UAM-XALAPA)

SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA
UNIDAD DE ATENCIÓN MEDICA XALAPA
MANUAL DE ORGANIZACIÓN Realizado por estudiantes de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Revisión, elaboración y compilación de documentos:

Rebeca Uribe Carvajal, Daniel Reyna Peralta, Edna Pérez Lazarín, Magda Elena Hernández Hernández, Jeyma Talia Patiño Suárez

ÍNDICE

		Página
I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	OBJETIVO DEL MANUAL	5
III.	ANTECEDENTES HISTÓRICOS	6
IV.	MARCO JURÍDICO	7
V.	ATRIBUCIONES	8
VI.	MISIÓN Y VISIÓN DE LA UNIDAD	13
VII.	ESTRUCTURA ORGÁNICA	14
VIII.	ORGANIGRAMA	15
IX.	FUNCIONES Y OBJETIVOS POR ÁREA	16
X.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	19
XI.	ANEXOS	23

I. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV) ofrece servicios médicos de primero y segundo nivel a personal académico, funcionarios y de confianza bajo lineamientos establecidos. Dentro de sus Políticas y Procedimientos se dicta que para el cumplimiento de la protección a la salud de sus usuarios, se deben de cumplir un conjunto de mecanismos de organización y administración.

La colaboración entre el SAISUV y el Instituto de Salud Pública (ISP), ha permitido realizar diversas investigaciones en las que se ha evidenciado la necesidad de generar documentos técnico-administrativos, con la finalidad de guiar y conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades, para evitar la duplicidad de esfuerzos, optimizar el aprovechamiento de los recursos y agilizar los trámites que realiza el usuario con relación a los servicios que proporciona el SAISUV en la Unidad de Atención Médica Xalapa (UAM-Xalapa).

Tomando en cuenta lo anterior y las consideraciones de los directivos de dicha institución, se presenta el siguiente manual organizacional, en donde se describen los antecedentes históricos que muestran la evolución del sistema de salud; el marco jurídico que enmarca las prácticas y normativas que se deben seguir; las atribuciones las cuales refieren a las facultades otorgadas a la Unidad Médica; la estructura orgánica en donde se especifica la disposición sistemática y ordenada de las áreas que integran la Unidad; el organigrama específico de la Unidad y finalmente, se describen las funciones y objetivos por área, así como las funciones que debe desarrollar cada persona de acuerdo con su cargo.

II. OBJETIVO DEL MANUAL

El presente manual, tienen por objeto establecer el marco operativo del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana, que se aplicará al personal que labora dentro de la UAM-Xalapa, de conformidad con lo establecido en la Ley General de Salud y sus Reglamentos, así como en la legislación universitaria, el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) y demás ordenamientos que sean aplicables para conocimiento en general de los derechohabientes de la Unidad de Atención Medica.

III. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los primeros antecedentes del SAISUV, se remontan a las negociaciones llevadas a cabo entre la Universidad Veracruzana y el Sindicato Estatal del Personal Académico de la Universidad Veracruzana, (FESAPAUV) que se concretaron en el contrato colectivo de trabajo de la Universidad Veracruzana realizado en el año de 1980, en donde se estipulaba en las cláusula 98 y 99 respectivamente, que se brindaría la prestación de servicio de atención médica y de especialidad, así como de consulta externa, servicios de hospitalización, de laboratorio y medicamentos a personal académico de la Universidad Veracruzana.

En el año de 1987, se creó un módulo médico en

Xalapa como propuesta de la Federación Estatal de Sindicatos y Asociaciones de Personal Académico de la Universidad Veracruzana (FESAPAUV), el cual ofrecía un servicio financiado que tenía como finalidad brindar una adecuada y oportuna atención médica, evitando la erogación inmediata por parte del personal académico.

En el año 2005 se extiende la prestación de servicios médicos a personal de confianza y funcionarios. A partir de este año, hubo un incremento paulatino del personal médico y administrativo encargado de brindar atención a los derechohabientes, así como de los servicios de especialidad.

Posteriormente en el año 2007, con la intención de realizar una administración más eficiente de la prestación del servicio médico, la Universidad Veracruzana crea el SAISUV, el cual tiene como función ofrecer un servicio financiado con la finalidad de brindar atención a la salud de primero y segundo nivel a través de los lineamientos establecidos al personal académico, funcionarios y de confianza.

IV. MARCO JURÍDICO

- Ley Orgánica de la Universidad Veracruzana
- Contrato colectivo de trabajo Universidad Veracruzana / FESAPAUV 2010 - 2012
- Carta de los Derechos Generales de los Pacientes
- Carta de los Derechos Generales de los Médicos
- Ley General de Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.
- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de vacunas toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias
- Así también está regido por lineamientos que se encuentran en el documento: Políticas y procedimientos del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana. Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 36 fracción XIII, del Estatuto General de la Universidad Veracruzana.

V. ATRIBUCIONES

I.- De la Disposición general

La Secretaría de Administración y Finanzas, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 36 fracción XIII del Estatuto General de la Universidad Veracruzana establece las atribuciones organizacionales y funcionales del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana.

1.- El presente manual, tienen por objeto establecer el marco operativo del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana, que se aplicará al personal que labora dentro del SAISUV UAM-Xalapa, de conformidad con lo establecido en la Ley General de Salud y sus Reglamentos, así como en la legislación universitaria, el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) y demás ordenamientos que sean aplicables para conocimiento en general de los derechohabientes de la Unidad de Atención Medica.

2.- El manual organizacional será general para todos los involucrados en el proceso de atención integral de la salud UAM-Xalapa.

3.- El manual de funcionamiento que derive de este instrumento regulatorio y la guía del usuario, tendrán el mismo carácter de ser de observancia general.

4.- El SAISUV presta los siguientes servicios:

1.- Administrativos:

a) Trámite de pago de ayudas médicas por rembolso (cláusulas 98 del CCT)

b) Acreditación y vigencia de derechos (cláusula 98 del CCT)

2. Médicos:

a) Vacunación
b) Primer nivel de atención: consulta externa general y de especialidad, ambulatoria, diagnóstico y tratamiento.
c) Segundo nivel de atención hospitalaria y urgencias.
d) Tercer nivel de atención hospitalaria y especialidades.

II.- Objetivos de la organización

1.- El SAISUV tiene los siguientes objetivos:

I. Detectar oportunamente la presencia de daños a la salud a nivel individual y familiar entre todo el personal con derecho que demande el servicio.

II. Diagnosticar y dar tratamiento específico apegado al Cuadro Básico de Medicamentos

III. Limitar el daño y restablecer el bienestar con las acciones de rehabilitación que procedan; y

IV. Los demás que establezca la legislación universitaria.

2.- Los pacientes deberán contar con su expediente clínico; serán tratados con confidencialidad y recibir atención médica en urgencias cuando resulte necesario.

3.- Los coordinadores médicos, los supervisores hospitalarios, así como el personal médico adscrito a la UAM-Xalapa, están impedidos para prestar, dentro del SAISUV, servicios profesionales distintos a los de su contratación.

4.- La Dirección General de Recursos Humanos será la encargada de designar al personal y funcionarios de la estructura operativa del SAISUV, en atención a los perfiles que se requieren.

5.- Como apoyo de los servicios del SAISUV UAM-Xalapa, se dispone de una plantilla de médicos especialistas, que son contratados por la Universidad Veracruzana, para prestar sus servicios profesionales a los derechohabientes.

Los requisitos que los Médicos Especialistas deberán cubrir son: I. Ser médico especialista con cédula profesional vigente;

II. Estar certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad;

III. Estar registrado en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público como prestador de servicios médicos;

IV. Disponer de una infraestructura de servicio que garantice la confiabilidad y bienestar, para atender a la población derechohabiente y a sus beneficiarios con derecho;

V. Contar con los elementos tecnológicos suficientes para el ejercicio de su profesión y de su especialidad; y

VI. Disponer en su consultorio, como mínimo, de una computadora conectada al internet y tener conocimiento para el manejo de este medio de comunicación.

El incumplimiento de los requisitos señalados, será motivo de no selección o de cancelación de contrato, según corresponda.

III.- De los servicios

5.- Los servicios del primer nivel de atención, se otorgarán por médicos contratados por la Universidad Veracruzana.

6.- Para atender los servicios de atención, se contará con hospitales generales e integrales y hospitales de especialidad.

7.- Para el caso de los servicios en unidades hospitalarias, éstas deberán cubrir como mínimo los requisitos siguientes:

I. Estar registradas como unidades hospitalarias en el Registro Nacional de Infraestructura en Salud (RENIS), del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI);

II. Contar con la licencia sanitaria correspondiente expedida por la

Secretaría de Salud;

III. Proporcionar cuando menos los servicios siguientes:

a) Consulta externa de especialidad.
b) Urgencias las 24 horas (de preferencia con las siguientes especialidades: pediatría, ginecología, medicina interna, cirugía general, anestesiología y traumatología).
c) Hospitalización (áreas privadas). d) Quirófano y tocoquirófano.

e) Laboratorio de análisis clínicos.
f) Laboratorio de anatomía patológica. g) Imagenología.
h) Banco de sangre.

i) Los demás servicios básicos para el funcionamiento de una unidad hospitalaria.

8.- Para el caso de los servicios de urgencias de las unidades hospitalarias, deberán contar como mínimo con:

I. Cuarto crítico para atención de urgencias.

II. Salas de observación de niños y de adultos con instalaciones equipadas.

III. Consultorio médico. IV. Sala de curaciones.

V. Personal médico y de enfermería las 24 hrs. VI. Ambulancia para traslado de enfermos.

VI. MISIÓN Y VISIÓN

Misión:

Administrar el otorgamiento de la prestación médica apegada a la legislación universitaria y sanitaria con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de sus derechohabientes mediante el uso racional de los recursos institucionales.

Visión:

Llegar a ser un servicio de atención integral a la salud, de calidad, con la entera satisfacción del usuario y el prestador de servicio; haciendo uso racional de los recursos.

Principios:
- Prioridad a la salud
- Uso racional de los recursos
- Transparencia en el manejo de recursos

VII. ESTRUCTURA ORGÁNICA

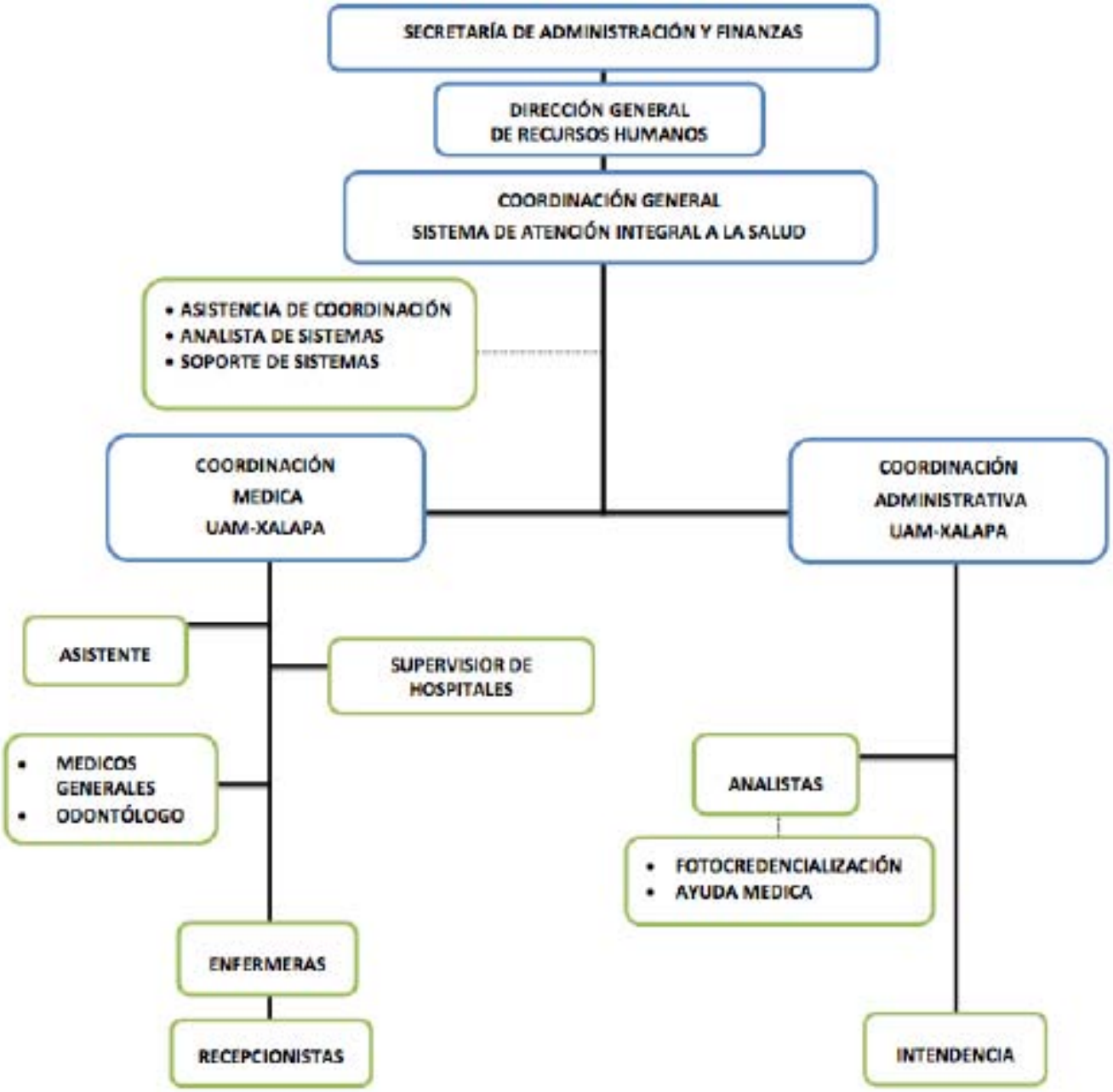
Secretaria de Administración y Finanzas
Dirección General de Recursos Humanos

4. Coordinación General SAISUV
a. Asistencia de coordinación b. Soporte de sistemas
c. Analista de sistemas

5. Coordinación Médica UAM Xalapa
a. Asistente
b. Supervisor de hospitales c. Médico general
d. Odontólogo e. Enfermera
f. Recepcionista

6. Coordinación Administrativa UAM-Xalapa
a. Analistas
i. Fotocredencialización
ii. Ayuda médica b. Intendencia

VIII. ORGANIGRAMA



IX. FUNCIONES Y OBJETIVOS POR ÁREA Coordinación General

Funciones del área:

- Administrar la prestación del servicio médico y servicios subrogados, cuidando fundamentalmente la calidad en la atención del derechohabiente
- Manejo transparente de los recursos financieros
- Supervisión de las tres coordinaciones del SAISUV (coordinación general, coordinación administrativa y coordinación médica)

Objetivos del área:

- Mejorar las condiciones de salud de los derechohabientes mediante la prestación de un servicio satisfactorio y el uso racional de los recursos institucionales

Coordinación Administrativa

Funciones del área:

- Registro contable del gasto médico por especialidad
- Administrar el gasto del fondo 111 por concepto de compras menores incluidas en las políticas del Fondo Rotatorio

Objetivos del área:

- Planear, organizar y dirigir medidas de control para llevar a cabo la información financiera del gasto médico
- Adecuar el proceso de registro del gasto médico
- Aportar criterios que ayuden a la toma de decisiones en el ahorro del gasto médico
- Contar con un archivo de credencialización del servicio médico

Área: Coordinación Médica

Funciones del área:

Coordinar las actividades médicas y administrativas de la UAM-Xalapa Coordinar la atención médica de los especialistas que otorgan servicios a la Universidad Veracruzana en la región

Coordinar la atención médica con los hospitales de la región

Realizar tabuladores y contratos con médicos especialistas, así como con proveedores de laboratorio, gabinete, ópticas, aparatos ortopédicos y banco de sangre

Tabular y autorizar procedimientos médicos y quirúrgicos de médicos especialistas

Supervisión de la prescripción médica de la UAM-Xalapa, de médicos especialista, así como de recetas con tratamientos farmacológicos extraordinarios

Supervisar y autorizar cuando sea necesario, estudios de laboratorio y gabinete

Atención directa con los usuario de UAM-Xalapa para casos extraordinarios

Apoyar a la coordinación administrativa en la supervisión de los gastos médicos extraordinarios

Coordinación de cursos de actualización médica con los médicos de la UAM-Xalapa

Contribuir en el registro y estadísticas sobre morbilidad, incidencia y prevalencia de las patologías más frecuentes en la UAM-Xalapa, de acuerdo al CIE-10

Supervisión del expediente clínico (físico y electrónico)

Contribuir a la elaboración y actualización de guías clínicas y manuales administrativos

Objetivo del área:

Brindar a los derechohabientes un servicio de prevención, tratamiento y seguimiento de sus enfermedades, que impacte favorablemente en la salud y el nivel de satisfacción de éstos y en el uso de los recursos de la Universidad.

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

A continuación se describen los términos más relevantes utilizados en este manual:

Afectaciones: Son órdenes de pago que se realizan captando los datos necesarios para el registro y pago de las erogaciones que afectan el presupuesto de las entidades académicas y dependencias, a través de los fondos, programas y cuentas que tengan autorizados; debiendo tener anexos los documentos comprobatorios correspondientes.

Atribuciones: Las atribuciones son los actos que debe ejercer la institución prestadora de servicios de salud; sus facultades son los usos que puede hacer del poder que la ley y la normatividad le confían.

Capacitación: Orientación y soporte sobre los procesos relacionados con el sistema de expediente electrónico, actualización médica, administrativa y de atención del SAISUV UAM-Xalapa.

Consulta externa: La consulta externa consiste en el proceso en el cual se imparte atención médica a los usuarios o derechohabientes de una institución prestadora de servicios de salud. La atención médica en consulta externa consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento. Comprende lo que a grandes rasgos se define como Medicina Preventiva, Medicina General y Medicina de Especialidades. Consulta externa ambulatoria: la que se otorga sin necesidad de hospitalización.

Cotización: Refiere aquellas investigaciones y negociaciones llevadas a cabo para realizar la compra de diversos insumos materiales, médicos y de curación para ser utilizados por la institución.

Credencialización: Elaboración e impresión de credenciales de identificación para acreditar a los dependientes económicos y derechohabientes como usuarios activos del SAISUV.

Estructura Orgánica: Disposición sistemática de los órganos que integran una institución, conforme a criterios de jerarquía y especialización, ordenados y codificados de tal forma que sea posible visualizar los niveles jerárquicos y sus relaciones de dependencia.

Fondo rotatorio: Un fondo rotatorio es un fondo o cuenta con ingresos que sigue estando disponible para financiar sus operaciones continuas sin ningún tipo de limitación por ejercicio fiscal.

Función: Conjunto de actividades afines y coordinadas, necesarias para alcanzar los objetivos de una institución de cuyo ejercicio generalmente es responsable un órgano o unidad administrativa; se definen a partir de las disposiciones jurídico - administrativas.

Gasto médico: Todo gasto en bienes y servicios cuya finalidad es preservar, mantener, recuperar o mejorar el nivel de salud de los derechohabientes.

Honorarios médicos: Modalidad de pago remunerado que recibe un profesionista o trabajador independiente (en este caso un médico) que es contratado temporalmente.

Manual: Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.

Manual de Organización: Describe las funciones de cada una de las unidades de mando que integra la estructura de una institución y señala los puestos y la relación que existe entre ellas.

Marco Jurídico: Conjunto de disposiciones, leyes, reglamentos y acuerdos a los que debe apegarse una dependencia o entidad en el ejercicio de las funciones que tienen encomendadas.

Misión: La misión es el motivo, propósito, fin o razón de ser de la existencia de una empresa u organización.

Organigrama: Representación gráfica de la estructura orgánica que debe reflejar en forma esquemática, la posición de las unidades administrativas que la componen los tramos de control, nivel jerárquico, canales formales de comunicación y coordinación así como líneas de mando.

Principios: Valores, creencias y reglas que regulan la gestión de la organización. Constituyen la filosofía institucional y el soporte de la cultura organizacional.

Proveedores: Un proveedor es una persona o una empresa que abastece a otras empresas con insumos que son necesarios para la realización de actividades, la prestación de servicios o la venta de materiales.

Requisición: Solicitud que se realiza a la Dirección de Recursos Materiales, de los bienes necesarios que las entidades académicas y dependencias requieren para el desarrollo normal de sus operaciones y cumplimiento de sus programas de trabajo.

Supervisión: La supervisión es la observación regular y el registro de las actividades que se llevan a cabo en un las diferentes actividades relacionadas con la atención médica y hospitalaria.

Soporte técnico: El soporte técnico es un servicio que proporciona asistencia con el hardware o software de sistemas o algún otro dispositivo electrónico o mecánico. Tratando de ayudar al usuario a resolver determinados problemas.

SAISUV: Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana

Servicios de diagnóstico y tratamiento: Los que auxilian al médico para el diagnóstico y tratamiento (como laboratorio, imagenología, farmacia y otros)

Usuario: Al personal académico, funcionarios y de confianza, con derecho a la prestación médica que otorga la Universidad Veracruzana, así como los familiares que tienen el beneficio legal de esta prestación

Unidades de Primer Nivel: Servicios de consulta externa ambulatoria, diagnóstico y tratamiento.

Unidades de Segundo Nivel: Hospitales generales e integrales.

Unidades de Tercer Nivel: Hospitales de especialidad.

Urgencia: Es todo proceso de afectación a la salud, en el cual se considere que está en peligro la integridad física o la vida del paciente, entendiendo integridad física como toda posibilidad de alteración estructural o funcional del organismo que produzca síntomas o signos que provoquen malestar en forma aguda o intensa.

UAM-Xalapa: Unidad de Atención Medica Xalapa.

Visión: Es una exposición clara que indica hacia dónde se dirige la empresa a largo plazo y en qué se deberá convertir, tomando en cuenta el impacto de las nuevas tecnologías, de las necesidades y expectativas cambiantes de los clientes, de la aparición de nuevas condiciones del mercado.

ANEXOS

Anexo 1

Ley Orgánica

ARTICULO 44. Son atribuciones del Secretario de Administración y

Finanzas:

IV. Ejercer las funciones de planeación, supervisión y vigilancia en lo concerniente a la operación financiera de la Universidad Veracruzana y la aplicación del Reglamento de Ingresos y Egresos de la institución;

V. Elaborar y aplicar los manuales de organización y procedimientos inherentes a sus funciones;

TITULO TERCERO

DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA CAPITULO I INTEGRACION, DERECHOS Y OBLIGACIONES

ARTÍCULO 88. La comunidad universitaria se integra por los alumnos, pasantes y graduados, el personal académico, autoridades, funcionarios, empleados de confianza, personal administrativo, técnico y manual, quienes tienen la obligación de desempeñar eficazmente las actividades derivadas de su relación para con la Universidad Veracruzana.

ARTICULO 89. Las relaciones laborales entre la Universidad Veracruzana y el personal académico, administrativo técnico y manual de base, se regirán por el apartado "A" del artículo 123 Constitucional, en los términos y con las modalidades que establece la Ley Federal del Trabajo, conforme a las características propias de un trabajo especial, compatible con sus fines.

La seguridad social que reciben los trabajadores se proporcionará a través de los sistemas establecidos y los convenios celebrados al respecto.

Anexo 2

Contrato colectivo Universidad Veracruzana/FESAPUV

CAPITULO IX DE LAS PRESTACIONES DE LOS TRABAJADORES ACADEMICOS

CLAUSULA 98. La Universidad pagará a los trabajadores académicos los gastos que realicen por honorarios médicos, medicamentos, hospitalización, análisis clínicos, estudios de gabinete, intervenciones quirúrgicas, servicios radiológicos, extracciones, curaciones, obturaciones (amalgamas y resinas), profilaxis, tratamientos fluóricos, reconstrucciones dentales sólo en caso de alteraciones de la función masticatoria, endodoncias y paradoncias. (En estos dos últimos casos, hasta por un monto de $907.00 novecientos siete pesos).

La cantidad que se señala en el párrafo anterior, será convenida anualmente por las partes.

Igualmente, otorgará el importe de los aparatos ortopédicos y auditivos, los lentes (cristales) y pupilentes que requieran, así como la cantidad de $800.00 ochocientos pesos), por el costo de la armazón.

El derecho a recibir la prestación se hará extensiva al cónyuge, a falta de éste, a la concubina o al concubinario en su caso, los hijos, incluyendo los mayores de 16 años y menores de 23, que acrediten estar estudiando, los padres del trabajador académico, que dependan económicamente y vivan con él.

La prestación a que se refiere esta cláusula, se otorgará a los trabajadores académicos que ocupen una plaza definitiva, por todo el tiempo que subsista la relación de trabajo; si el académico sólo tiene nombramiento y plaza definitiva por un semestre, el pago de la prestación se hará siempre que los servicios médicos se hayan requerido en el semestre en que se encuentre laborando.

A los interinos, se les concederá únicamente durante el tiempo que dure su contratación.

En todos los casos, el pago de la prestación se realizará dentro de los treinta días siguientes de la presentación a la UV de la documentación siempre y cuando se satisfagan los requisitos convenidos.

La justificación documental implica que debe existir, en todo caso, coincidencia entre los conceptos de gastos que ampare el recibo correspondiente, y las certificaciones médicas que señalen el tipo de la intervención quirúrgica y/o la hospitalización, así como las órdenes de los análisis clínicos y las prescripciones de los medicamentos.

La Universidad se reserva el derecho de verificar la legalidad y certidumbre de los documentos que para el goce de esta prestación presenten los trabajadores académicos.

Los gastos realizados fuera del Estado de Veracruz, deberán pagarse en los siguientes casos:

a) Cuando se realicen en épocas de vacaciones o en casos de emergencia o cualquier otra causa de fuerza mayor, se pagarán los recibos anexando la responsiva médica de la Institución que atendió al paciente y que indique la causa de la prestación del servicio.

b) Si por alguna circunstancia se requiere el servicio de un especialista, fuera del Estado, se presentará la responsiva de un médico de la localidad indicando la necesidad del servicio, anexándola a los recibos ante la Secretaría de Administración y Finanzas

No quedan comprendidas en la prestación a que se refiere esta cláusula, la cirugía estética, ni tratamientos médicos y de hospitalización de tipo psiquiátrico privado; en este último caso, salvo la primera consulta y los medicamentos que prescriban en ella.

Con la finalidad de integrar el kárdex de los trabajadores académicos de nuevo ingreso y sus beneficiarios, por una sola vez, para efectos del goce de esta prestación, el trabajador académico deberá presentar ante la Secretaría de Administración y Finanzas por conducto del Sindicato, la documentación siguiente:

a) Una copia fotostática de cada una de las actas del Registro Civil, para acreditar el parentesco y/o estado civil.

b) Constancia que acredite que los hijos mayores de 16 años y menores de 23, están estudiando.

c) Declaración escrita bajo protesta de decir verdad, con la que se acredite: Que los padres y los hijos mayores de 23 años que conforme a la Ley Civil hayan sido declarados incapaces, dependen económicamente del trabajador y viven con él. Tratándose de los hijos mayores

de 16 y menores de 23 años, que estén estudiando, la declaración se formulará sólo respecto a la dependencia económica.

Tratándose de gastos por concepto de aparatos ortopédicos y auditivos, lentes, (cristales) y pupilentes, debe presentarse prescripción médica anexa a la factura.

El pago de la armazón será por una sola vez al año, especificándose el costo de la misma.

La Universidad deberá impugnar la validez de los recibos y documentos respectivos, dentro de la semana siguiente a su presentación, informando al Sindicato por escrito, sobre la causa de impugnación que esgrima, y devolviéndole la documentación exhibida.

Cuando la causa de impugnación sea infundada, o en el caso de que el Sindicato presente nuevamente la documentación, debidamente requisitada, los gastos relativos deberán ser pagados dentro de los quince días siguientes a la nueva fecha de presentación.

Si la UV no hace uso del derecho de impugnación dentro de los términos señalados, pagará el importe de los gastos presentados, dentro de los quince días siguientes.

La declaración bajo protesta, relativa a la dependencia económica a que se refiere el inciso c) del párrafo 12 de esta cláusula, surtirá efectos además, para la prestación señalada en la cláusula 94.

CLAUSULA 99. Para efectos de pago, los recibos de gastos médicos serán presentados por conducto del FESAPAUV, a través de los representantes sindicales acreditados para ello, debiendo cubrir los requisitos siguientes:

I. Los recibos de honorarios médicos deberán contener:

a) Nombre del médico y Registro Federal de Contribuyentes. b) Número de folio.

c) Nombre del paciente.

d) Importe en número y letra.

e) Concepto del servicio prestado. f) Lugar y fecha de expedición.

g) Firma autógrafa del médico.

II. Requisitos que deberán contener las notas de farmacia:

a) Domicilio y razón social del establecimiento. b) Registro Federal de Contribuyentes.

c) Fecha.

d) Monto unitario y total.

III. Los requisitos necesarios para las facturas son:

a) Domicilio y razón social del establecimiento. b) Registro Federal de Contribuyentes

c) Concepto del servicio prestado. d) Número de folio.

e) Nombre del paciente.

f) Precio unitario e importe total en moneda nacional. g) Localidad y fecha de expedición.

IV. Los recibos de honorarios médicos deberán ser impresos, de ser posible, y no serán válidos si no cumplen con los requisitos establecidos.

V. Los gastos por concepto de compra de medicamentos, deberán presentarse acompañados de la receta médica correspondiente, o fotocopia de la misma.

VI. En los casos que se encuentren medicamentos no prescritos en las notas de farmacia, su costo será descontado del importe total, indicando en la devolución, nombre y precio de ellos, sin perjuicio de pagar lo correcto.

VII. Se pagarán además los sustitutos de la leche materna, cuando esto se indique en la prescripción médica.

VIII. Cuando no exista coincidencia entre la cantidad señalada en el recibo con la amparada con el cheque y los documentos rechazados, la Institución deberá aclarar satisfactoriamente al Sindicato, en un plazo no mayor de una semana, la causa de tal hecho. Si hay diferencia a favor del trabajador académico, la UV la pagará en un término no mayor de quince días.

Anexo 3

Manual de Procedimientos de Consulta Externa del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana

Unidad de Atención Médica Xalapa (SAISUV UAM-XALAPA)

SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA UNIDAD DE ATENCIÓN MEDICA XALAPA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA

Realizado por estudiantes de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Revisión, elaboración y compilación de documentos:

Magda Elena Hernández Hernández, Jeyma Talía Patiño Suárez, Edna Pérez Lazarín Daniel Reyna Peralta Rebeca Uribe Carvajal

XALAPA, VER. JUNIO DE 2012.

ÍNDICE

Página

XII. INTRODUCCIÓN 4

XIII. OBJETIVO DEL MANUAL 6

XIV. MARCO JURÍDICO 7

XV. DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO UNO 9
1. Procedimiento para solicitar la cita para consulta con el médico general o con el odontólogo de la UAM Xalapa.

XVI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO UNO 9

XVII. DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DOS 12
2. Procedimiento previo para recibir la consulta con el médico general o el odontólogo de la UAM.

XVIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DOS 12

XIX. DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TRES: 15
3. Procedimiento otorgar la Atención Médica y Odontológica en la UAM.

XX. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO TRES 15

XXI. DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CUATRO: 19
4. Procedimientos indirectos de la consulta externa llevados a cabo por las recepcionistas.

XXII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO CUATRO 19

XXIII. DIAGRAMAS DE FLUJO 21

XXIV. GLOSARIO DE TÉRMINOS 23

XXV. ACTUALIZACIÓN 26

XXVI. ANEXOS 26

I. INTRODUCCIÓN

El personal adscrito a la Unidad de Atención Medica Xalapa (UAM Xalapa) del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV) depende administrativamente de la coordinación general del SAISUV, de la cual se desprenden una coordinación médica y una coordinación administrativa.

La UAM Xalapa brinda consulta médica y odontológica de primer nivel de atención, la cual es otorgada por los médicos de la Unidad de Atención Médica, el segundo nivel de atención es a través de médicos especialistas subrogados para la consulta de segundo contacto, el paciente deberá presentar la canalización correspondiente extendida por el médico de primer contacto, excepto pediatría, gineco-obstetricia, traumatología y oftalmología. El odontólogo de la Unidad únicamente realiza canalizaciones y las prestaciones son las establecidas en el Contrato Colectivo de Trabajo.

Las Políticas y Procedimientos del Sistema de Atención Integral a la Salud establecen que para el cumplimiento de la protección a la salud de sus usuarios se deben cumplir un conjunto de mecanismos de organización y administración dentro de los cuales se encuentran la existencia de manuales de procedimientos específicos por áreas.

Cabe señalar que la finalidad de utilizar el presente manual como guía de trabajo es conducir de manera ordenada y estandarizada los procedimientos y evitar la duplicidad de funciones, todo con el propósito de optimizar los recursos y agilizar los trámites para los prestadores del servicio de consulta externa como de los usuarios que los reciben.

En este documento se detallan los procedimientos que deben realizarse para la prestación de la consulta

externa, dentro de la cual se encuentra la atención médica, para el trabajador y dependientes que gozan de la prestación del servicio; así mismo se describe la secuencia que debe de llevar y el personal responsable de cumplir cada uno de los procedimientos.

También se encuentran los títulos de las leyes y normas que fundamentan y justifican la realización de cada uno de los procesos de consulta externa mismos que el personal debe conocer y respetar para prestar una atención de calidad. De la misma manera se encuentra un glosario en donde se definen los conceptos referentes a la dinámica de la consulta externa para que sean conocidos e identificados por el personal relacionado con este servicio

II. OBJETIVO DEL MANUAL

Contar con un documento normativo que señale las funciones, actividades y procedimientos a desarrollar por cada una de las personas involucradas en el proceso de atención de la Consulta Externa, con lo que se busca lograr la estandarización y unificación de los procesos para mejorar la calidad de la atención a los usuarios de la Unidad de Atención Médica Xalapa.

III. MARCO JURÍDICO

- Políticas y procedimientos del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana Capítulo V,VI,VII,VIII,IX.

- Contrato Colectivo de Trabajo del Personal Académico de la

Universidad Veracruzana/ FESAPAU. Cláusulas 98 y 99.

- Ley General de Salud, artículo 27 fracción III,IV,V,VIVII,VIII,XI

- Reglamento de la Ley general en salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 7 inciso III, IV, V, VI, artículo 10 incisos I y II, artículo 19 incisos I, II, III, IV.

- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para vigilancia epidemiológica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995

- Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social de menores y adultos mayores.

- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.

- Carta de los derechos generales de los pacientes.

- Carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros.

- Carta de los derechos generales de los médicos.

IV. DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO UNO:

1. Procedimiento para solicitar la cita para consulta con el médico general o con el odontólogo de la UAM Xalapa.

V. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO UNO:

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1.1Solicitud de la cita vía internet.	▪ El usuario deberá agendar su cita de acuerdo a como se indica en la "Guía del usuario para la reservación de citas por internet" que se encuentra en la página de internet del SAISUV https://dsia.uv.mx/SAISUV/	Usuario
1.2 Solicitud de la cita vía telefónica (en caso de ser atendido por una contestadora)	▪ El usuario deberá agendar su cita de acuerdo a como se indica en la "Guía del usuario para la reservación de citas por teléfono" que se encuentra en la página de internet del SAISUV https://dsia.uv.mx/SAISUV/	Usuario
1.3 Solicitud de la cita vía telefónica (en caso de ser atendido por la recepcionista).	▪ La recepcionista entra al sistema ingresando su usuario y contraseña. ▪ Ver Guía operativa de la recepcionista, apartado 2.1.2.3. REGISTRO, página 9, (En esta opción será dónde registre las citas al paciente). Nota: Se le indica al paciente que debe llegar 15 mín. antes de su cita, para que le sean tomados sus signos vitales. ▪ Se les informa que tienen 7 minutos de tolerancia, de lo contrario su cita es cancelada automáticamente.	Usuario/ Recepcionista
1.4 Solicitud de una cita de manera directa en el módulo	▪ El usuario acude directamente a la UAM y se dirige con las recepcionistas, a las cuales les solicita la cita. ▪ Para agendar la cita ver Guía operativa de la recepcionista, apartado 2.1.2.3. REGISTRO, página 9.	Usuario/ Recepcionista
1.5 Solicitud de la consulta (usuarios sin cita)	▪ El Usuario sin cita debe llegar antes de las 8 am (entre 7 y 7:30 am) y formarse para ser registrado e intercalarlo en un espacio disponible. ▪ Para agendar la cita ver Guía operativa de la recepcionista, apartado 2.1.2.3. REGISTRO, página 9.	Usuario/ Recepcionista
1.9 Verificación del sistema	▪ La recepcionista debe revisar en el sistema el "Reporte de disponibilidad", en el cual aparecen todas las citas, horarios y médicos que ya están ocupados.	Recepción

VI. DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DOS:

2. Procedimiento previo para recibir la consulta con el médico general o el odontólogo de la UAM.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DOS:

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
2.1.Recepción del paciente	▪ El paciente con previa cita, debe presentarse en la UAM 15 min. antes de la hora programada con credencial y último talón de cheque del trabajador. ▪ La recepcionista deberá identificar en el sistema al paciente por su número de identificación y validará que el paciente tenga derecho al servicio médico, se registra la cita en el sistema. ▪ Se le pide que espere para ser referido con la enfermera para que le sean tomados sus signos vitales. ▪ Ver Guía operativa de la recepcionista de la página 7-9 ▪	Usuario/ Recepcionista
2.2. Permanencia	▪ Se le otorga el paciente que lo solicita (solo trabajadores). ▪ Ver Guía operativa de la recepcionista, en el apartado 2.1.3.1. EN ESPERA. Inciso A Permanencia (hora de llegada). ▪ Ver Guía operativa de la recepcionista, en el apartado 2.1.3.2. ATENDIDOS. Inciso A Permanencia (hora de salida). ▪ La permanencia le será entregada de manera impresa al paciente cuando salga de su consulta.	Usuario/ Recepcionista
	Nota: Si al paciente no tiene cita y quiere permanencia, primero hay que agendar la cita y posteriormente se le dará la permanencia.	
2.3. Ubicar los expedientes en el consultorio médico	▪ La enfermera encargada de archivo debe esperar a que la encargada de recepción le proporcione la credencial y talón de cheque vigente del paciente. ▪ Posteriormente debe recoger el expediente en el área de archivo. ▪ Una vez que lo obtiene, lo lleva al consultorio en donde se brindará la consulta; también le entrega al médico la credencial y talón de cheque del paciente.	Enfermera de archivo
2.4. Toma de signos vitales	▪ La enfermera tendrá como función principal tomar los signos vitales los pacientes que asisten a consulta. ▪ Deberá ingresar al sistema con un usuario y contraseña. A continuación se mostrará una lista de pacientes en la cual podrá ver los pacientes a los que se les tomará signos vitales. ▪ En la pestaña de *espera,* se le presentará una lista de los pacientes que tienen cita el día de hoy, y selecciona al paciente dando clic sobre su nombre. ▪ Nombra al paciente para que pase al consultorio de enfermería a la toma de signos vitales (tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, temperatura, peso, talla) 10 min. antes de la consulta con el médico. ▪ Ingresará en la pestaña de *signos vitales* la información solicitada, la guardará y se la enviará al médico por el mismo medio. Deberá estar actualizando el sistema para ver los pacientes que vayan ingresando desde recepción. ▪ Ver Guía operativa de la enfermera, en el apartado 2.2.1. AUTENTIFICACIÓN. Pág. 24 ▪ Ver Guía operativa de la enfermera, en el apartado 2.2.2. EN ESPERA. Pág. 25 Nota: ▪ En caso de que el paciente no autorice la toma de signos vitales, la enfermera marcará en el sistema que el paciente no autorizó el procedimiento. ▪ Cuando el paciente acuda la UAM únicamente por una referencia a especialidad no se tomarán los signos vitales. ▪ Cuando el paciente acuda a la UAM por resurtido de medicamentos para enfermedades crónico no transmisibles no se tomarán los signos vitales.	Enfermera de consultorio/ paciente

VIII. DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TRES:

3. Procedimiento otorgar la Atención Médica y Odontológica en la UAM.

IX. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO TRES:

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
3.1. Ingresar al sistema	▪ El médico entra al sistema del SAISUV con su usuario y contraseña específico. ▪ El perfil médico cuenta con los menús: Paciente, Historia y Nota médica. ▪ En la pestaña de *Paciente* se presentará la lista de los pacientes que tiene que consultar el día de hoy, puede dar clic sobre el nombre de paciente para ver su información general. ▪ Ver Guía operativa del médico pág.27-28.	Médico
3.2. Consulta subsecuente	▪ Este tipo de consulta se dará cuando el médico haya prescrito estudios de gabinete y/o laboratorio, dejará la consulta sin cerrar. ▪ El paciente acudirá a una consulta subsecuente para anexar los resultados de sus estudios a su expediente.	Paciente/ Recepcionista/ Médico
	▪ La recepcionista será la encargada de generar la consulta como subsecuente y el médico verá dicha consulta en la lista de pacientes por atender. ▪ Ver Guía operativa del médico pág. 29-34. ▪	
3.3. Historia Clínica	▪ Cuando el médico abre el expediente del paciente, deberá registrar su información médica histórica. ▪ Esta información podrá ser modificada en cada consulta según se requiera. ▪ Los apartados que la integran son: o Ficha de identificación o Antecedentes familiares o Antecedentes no patológicos • Modus vivendus • Inmunizaciones • Toxicomanías: (consumo de tabaco, alcohol y drogas) • Otros o Antecedentes patológicos o Antecedentes ginecobstétricos (Solo para pacientes del sexo femenino) • Fecha de última regla • Vida reproductiva • Método anticonceptivo que utilizan o Alertas • Alergias severas • Accidentes que hayan dejado una secuela • Grupo sanguíneo o Historial de Consultas • Permite consultar el expediente del paciente • Presenta una lista de las consultas indicando el diagnóstico primario de cada una de ellas, el médico que lo atendió, etc. ▪ Ver guía operativa del médico pág. 35-51.	Médico
3.4. Nota médica	▪ Exploración física, permite incluir un diagnostico primario o cuatro secundarios. ▪ La información de los signos vitales que le haya tomado la enfermera antes de entrar a consulta se le mostrará de manera automática, pudiendo esta ser modificada en caso requerido. ▪ Debe marcar en el sistema si la consulta es de primera vez o subsecuente. ▪ Pregunta al paciente el origen de la visita para capturar en el sistema la causa por la cual asiste a la consulta. ▪ El médico procede a la auscultación e interrogatorio médico. ▪ Captura en el sistema en el apartado de *exploración* la información de: o Tipo de interrogatorio o Padecimiento actual o Habito exterior o Diagnóstico basado en la(CIE-10) o Pronóstico o Exploración por aparatos o sistemas ▪ Ver Guía operativa del médico pág.51-56	Médico/ Paciente
3.5. Prescripción	a) Receta médica b) Estudios de gabinete o laboratorio c) Incapacidad d) Justificante/Certificado médico e) Referencia con especialista	Médico
3.6 Vigilancia epidemiológica	▪ Registro y notificación de casos de acuerdo con la NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica, a través de la hoja diaria.	Médico / Epidemiólogo
3.7 Surtido de medicamentos	▪ Con la receta expedida por el médico (original y copia), talón de cheques y credencial vigentes se presenta a la farmacia. ▪ El despachador verifica los documentos y existencia del medicamento. ▪ Valida la entrega de medicamentos en el Sistema Integral Administrativo (SIA), se imprime el recibo de punto de venta a nombre de la Universidad Veracruzana, con los datos del paciente, el trabajador y el médico. ▪ Se captura la receta con el nombre del trabajador, del paciente y médico que prescribe, con las cantidades del medicamento que se surte.	Médico/ Despachador / Paciente
	▪ Entrega el medicamento y la copia correspondiente de la receta. ▪ En caso de carencia del medicamento, el responsable de la farmacia, verifica la existencia en otra sucursal, entrega al paciente un vale de adeudo color blanco para que el paciente lo canjeé en la sucursal donde exista, con una vigencia de máximo cinco días. ▪ En caso del que el medicamento no exista en ninguna sucursal, llamará a su proveedor para verificar cuándo lo puede surtir y en caso negativo se expide un vale color verde que faculta al paciente a surtirlo por su cuenta, regresando al Área Administrativa del SAISUV con la factura, vale verde y el formato de ayuda médica para su reembolso. ▪ El responsable del Área Administrativa revisa y recibe documentos, le entrega un contra-recibo con el que pasará de egresos a que se efectúe el reembolso. ▪ En el caso de los padecimientos crónicos que el paciente toma medicamentos de manera permanente, el médico puede expedir una receta hasta por tres meses, en la farmacia éstos se surten mensualmente, para amparar el resto de medicamentos se expide un vale color azul que el paciente deberá canjear al mes.	
3.8 Atención odontológica	▪ El Odontólogo ingresa al sistema con su usuario y contraseña específicos. ▪ Verifica en el sistema su lista de citados ▪ La enfermera de archivo le proporciona el expediente del paciente, su credencial y talón de cheque para su devolución al paciente al final de la consulta. ▪ Posteriormente, pregunta al paciente el motivo de la consulta y procede a revisar la cavidad bucal. ▪ Indica en el odontograma las piezas dentales afectadas. ▪ Referencia al paciente según sea el caso con el especialista 1 (Especialista de práctica general) o	Paciente/ Odontólogo

X. DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CUATRO:

4. Procedimientos indirectos de la consulta externa llevados a cabo por las recepcionistas.

XI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO CUATRO:

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de material para los consultorios	▪ Encender las computadoras antes de que inicie la consulta médica. ▪ Poner en cada consultorio la hoja de reporte diario(control epidemiológico) ▪ Asegurarse de que el consultorio del médico tenga: abate lenguas, cubre bocas, y hojas en las impresoras.	Recepcionista
4.2 Información	▪ En caso de que el paciente lo solicite la recepcionista deberá proporcionar los datos de los médicos especialistas, laboratorios, ópticas, etc. con quienes podrían acudir de acuerdo al directorio del SAISUV.	Recepcionista
4.3. En caso de que el sistema falle	▪ En caso de que el sistema no funcione, la recepcionista deberá solicitar a la coordinación médica formatos impresos foliados los cuales pueden ser: recetarios, incapacidad, pases a especialista, estudios de laboratorio o gabinete. ▪ Cada formato tendrá tres copias ▪ En el caso de las recetas médicas la recepcionista deberá llevar el control de los folios que le tocaron a cada médico. ▪ La recepcionista deberá poner un sello de vigencia a aquellos documentos vencidos tales como: solicitud de estudios de laboratorio, gabinete.	Recepcionista
4.4. En caso de inconformidad por parte del usuario	▪ El paciente puede ingresar a la página de internet del SAISUV, dar clic en Buzón de comentarios y anotar su queja, la cual será atendida por la instancia correspondiente. ▪ La recepcionista puede sugerirle al paciente que emita su queja por escrito en un formato especial el cual se deberá depositar en el buzón. ▪ La recepcionista le deberá indicar al paciente que pase a la coordinación médica para exponer su queja.	Recepcionista

XIII. GLOSARIO DE TÉRMINOS

A continuación se describen los términos más relevantes utilizados en este manual:

Atención médica: Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Certificado médico: Documento en que un médico, de modo oficial, expone aspectos de la salud de un paciente, generalmente a petición de éste. Su contenido debe ajustarse a lo que el médico ha observado personalmente, debe ser verdadero.

Consulta externa: Es la atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

Consulta externa de primer nivel de atención: Tiene la finalidad de promover, proteger y fomentar la salud, diagnosticar y resolver con oportunidad las enfermedades agudas más frecuentes de los trabajadores y sus familiares, con un enfoque integral, preventivo, corresponsable y rentable, así como controlar ciertas enfermedades de evolución crónica en pacientes ambulatorios

Consulta externa de segundo nivel de atención: Otorgar atención médico- quirúrgica de consulta externa y hospitalización, de los pacientes referidos de unidades médicas de primer nivel de su área de influencia, y de las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecobstetricia, Pediatría y las especialidades con que cuente la Unidad. Cuenta además con servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Consulta externa de tercer nivel de atención: Otorga atención médica y quirúrgica de alta especialidad a los pacientes con problemas de salud complejos referidos del segundo nivel y de otras unidades médicas, que requieren de recursos especializados de alta tecnología para su resolución en consulta externa y hospitalización. Este nivel se fortalece con actividades de enseñanza e investigación.

Derechohabiente: Es todo aquel trabajador y/o familiar, que está registrado y vigente en el Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana.

Enfermera general: Persona capacitada a nivel profesional o técnico y autorizada mediante un título por una institución educativa reconocida oficialmente para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería necesarios para la prevención de enfermedades y asistencia a enfermos bajo indicación médica.

Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias vigentes.

Expediente clínico electrónico: El expediente clínico electrónico es un repositorio de los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser consultado por usuarios

autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud.

Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

Médico especialista: Profesional que cuenta con conocimientos especializados en una rama de la medicina para la atención médica preventiva y asistencial de padecimientos específicos y de alto grado de complejidad, avalado por un título profesional y una cédula de especialidad, en el área de consulta externa, hospitalización y urgencias.

Médico general: Persona autorizada legalmente, con título y cedula profesional expedida por institución educativa reconocida, que desempeña labores relacionadas con la atención médica preventiva y asistencial de los pacientes, en el área de consulta externa de primer nivel y urgencias.

Paciente: Beneficiario directo de la atención médica.

Permanencia: Documento que se expide al paciente (solo trabajadores), en donde consta la hora en que llego al servicio médico y la hora en que se retira, el cual le servirá como justificante en su trabajo.

Recepcionista: Personal encargado de gestionar la demanda de atención médica, con amabilidad, calidad y calidez; ofreciendo al usuario la mejor resolución de la problemática médico-administrativa que se presente en la consulta externa.

Receta médica: Documento normalizado por el cual los facultativos médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por las farmacias.

XIV. ACTUALIZACIÓN

La actualización de este documento estará a cargo del coordinador médico del SAISUV UAM Xalapa.

XV.ANEXOS

Anexo 1

Contrato colectivo Universidad Veracruzana/FESAPUV

CAPITULO IX DE LAS PRESTACIONES DE LOS TRABAJADORES ACADEMICOS

CLAUSULA 98.- La Universidad pagará a los trabajadores académicos los gastos que realicen por honorarios médicos, medicamentos, hospitalización, análisis clínicos, estudios de gabinete, intervenciones quirúrgicas, servicios radiológicos, extracciones, curaciones, obturaciones (amalgamas y resinas), profilaxis, tratamientos fluóricos, reconstrucciones dentales sólo en caso de alteraciones de la función masticatoria, endodoncias y paradoncias. (En estos dos últimos casos, hasta por un monto de $907.00 novecientos siete pesos).

La cantidad que se señala en el párrafo anterior, será convenida anualmente por las partes.

Igualmente, otorgará el importe de los aparatos ortopédicos y auditivos, los lentes (cristales) y pupilentes que requieran, así como la cantidad de $800.00 ochocientos pesos), por el costo de la armazón.

El derecho a recibir la prestación se hará extensiva al cónyuge, a falta de éste, a la concubina o al concubinario en su caso, los hijos, incluyendo los mayores de 16 años y menores de 23, que acrediten estar estudiando, los padres del trabajador académico, que dependan económicamente y vivan con él.

La prestación a que se refiere esta cláusula, se otorgará a los trabajadores académicos que ocupen una plaza definitiva, por todo el tiempo que subsista la relación de trabajo; si el académico sólo tiene nombramiento y plaza definitiva por un semestre, el pago de la prestación se hará siempre que los servicios médicos se hayan requerido en el semestre en que se encuentre laborando.

A los interinos, se les concederá únicamente durante el tiempo que dure su contratación.

En todos los casos, el pago de la prestación se realizará dentro de los treinta días siguientes de la presentación a la UV de la documentación siempre y cuando se satisfagan los requisitos convenidos.

La justificación documental implica que debe existir, en todo caso, coincidencia entre los conceptos de gastos que ampare el recibo correspondiente, y las certificaciones médicas que señalen el tipo de la intervención quirúrgica y/o la hospitalización, así como las órdenes de los análisis clínicos y las prescripciones de los medicamentos.

La Universidad se reserva el derecho de verificar la legalidad y certidumbre de los documentos que para el goce de esta prestación presenten los trabajadores académicos.

Los gastos realizados fuera del Estado de Veracruz, deberán pagarse en los siguientes casos:

a) Cuando se realicen en épocas de vacaciones o en casos de emergencia o cualquier otra causa de fuerza mayor, se pagarán los recibos anexando la responsiva médica de la Institución que atendió al paciente y que indique la causa de la prestación del servicio.

b) Si por alguna circunstancia se requiere el servicio de un especialista, fuera del Estado, se presentará la responsiva de un médico de la localidad indicando la necesidad del servicio, anexándola a los recibos ante la Secretaría de Administración y Finanzas.

No quedan comprendidas en la prestación a que se refiere esta cláusula, la cirugía estética, ni tratamientos médicos y de hospitalización de tipo psiquiátrico privado; en este último caso, salvo la primera consulta y los medicamentos que prescriban en ella.

Con la finalidad de integrar el kárdex de los trabajadores académicos de nuevo ingreso y sus beneficiarios, por una sola vez, para efectos del goce de esta prestación, el trabajador académico deberá presentar ante la Secretaría de Administración y Finanzas por conducto del Sindicato, la documentación siguiente:

a) Una copia fotostática de cada una de las actas del Registro Civil, para acreditar el parentesco y/o estado civil.

b) Constancia que acredite que los hijos mayores de 16 años y menores de 23, están estudiando.

c) Declaración escrita bajo protesta de decir verdad, con la que se acredite: Que los padres y los hijos mayores de 23 años que conforme a la Ley Civil hayan sido declarados incapaces, dependen económicamente del trabajador y viven con él. Tratándose de los hijos mayores de 16 y menores de 23 años, que estén estudiando, la declaración se formulará sólo respecto a la dependencia económica.

Tratándose de gastos por concepto de aparatos ortopédicos y auditivos, lentes, (cristales) y pupilentes, debe presentarse prescripción médica anexa a la factura.

El pago de la armazón será por una sola vez al año, especificándose el costo de la misma.

La Universidad deberá impugnar la validez de los recibos y documentos respectivos, dentro de la semana siguiente a su presentación, informando al Sindicato por escrito, sobre la causa de impugnación que esgrima, y devolviéndole la documentación exhibida.

Cuando la causa de impugnación sea infundada, o en el caso de que el Sindicato presente nuevamente la documentación, debidamente requisitada, los gastos relativos deberán ser pagados dentro de los quince días siguientes a la nueva fecha de presentación.

Si la UV no hace uso del derecho de impugnación dentro de los términos señalados, pagará el importe de los gastos presentados, dentro de los quince días siguientes.

La declaración bajo protesta, relativa a la dependencia económica a que se refiere el inciso c) del párrafo 12 de esta cláusula, surtirá efectos además, para la prestación señalada en la cláusula 94.

CLAUSULA 99.- Para efectos de pago, los recibos de gastos médicos serán presentados por conducto del FESAPAUV, a través de los representantes sindicales acreditados para ello, debiendo cubrir los requisitos siguientes:

I- Los recibos de honorarios médicos deberán contener:

a) Nombre del médico y Registro Federal de Contribuyentes. b) Número de folio.
c) Nombre del paciente.
d) Importe en número y letra.
e) Concepto del servicio prestado. f) Lugar y fecha de expedición.
g) Firma autógrafa del médico.

II- Requisitos que deberán contener las notas de farmacia:

a) Domicilio y razón social del establecimiento.
b) Registro Federal de Contribuyentes.
c) Fecha.
d) Monto unitario y total.

III. Los requisitos necesarios para las facturas son:

a) Domicilio y razón social del establecimiento. b) Registro Federal de Contribuyentes
c) Concepto del servicio prestado.
d) Número de folio.
e) Nombre del paciente.
f) Precio unitario e importe total en moneda nacional. g) Localidad y fecha de expedición.

IV. Los recibos de honorarios médicos deberán ser impresos, de ser posible, y no serán válidos si no cumplen con los requisitos establecidos.

V. Los gastos por concepto de compra de medicamentos, deberán presentarse acompañados de la receta médica correspondiente, o fotocopia de la misma.

VI. En los casos que se encuentren medicamentos no prescritos en las notas de farmacia, su costo será descontado del importe total, indicando en la devolución, nombre y precio de ellos, sin perjuicio de pagar lo correcto.

VII. Se pagarán además los sustitutos de la leche materna, cuando esto se indique en la prescripción médica.

VIII. Cuando no exista coincidencia entre la cantidad señalada en el recibo con la amparada con el cheque y los documentos rechazados, la Institución deberá aclarar satisfactoriamente al Sindicato, en un plazo no mayor de una semana, la causa de tal hecho. Si hay diferencia a favor del trabajador académico, la UV la pagará en un término no mayor de quince días.

Anexo 2

Ley General de Salud

ARTÍCULO 27 FRACCIÓN III, IV, V, VI, VII, VIII, XI

III.	La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.
IV.	La atención materno-infantil
V.	La planificación familiar
VI.	La salud mental
VII.	La prevención y el control de las enfermedades bucodentales
VIII.	La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud
IX.	La promoción del mejoramiento de la nutrición

Anexo 3

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL EN SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

ARTÍCULO 7 Para los efectos de este reglamento se entiende por:

III Establecimiento para la atención medica.- todo aquel, publico, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios

IV Demandante.- toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención medica

V Usuario.- toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención medica

VI Paciente ambulatorio.- todo aquel usuario de servicios de atención medica que no necesite hospitalización.

ARTÍCULO 10 Serán considerados establecimientos para la atención medica

I Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas;

II Aquellos en los que se presta atención odontológica

ARTÍCULO 19 Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior llevar a cabo las siguientes funciones:

I Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la ley y las demás disposiciones aplicables.

II Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación

III Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal del establecimiento o por profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que en el presten sus servicios, sin perjuicio de la responsabilidad profesional en que se incurra

IV Informar, en los términos que determine la secretaria, a las autoridades sanitarias competentes, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta lo dispuesto en la ley.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS GENERALES

Néstor Iván Cabrera Mendoza, Pedro Pablo Castro Enríquez, Alberto Centurión Carrera,KarinaPérez Santos, Arturo Abraham Rodríguez Lara

Asesores internos: Dr. Omar Elind Arroyo Helguera Mtra. Edit Rodríguez Romero Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra
Asesora externa: Mtra. Judith del Carmen Hernández Siliceo

INTRODUCCION

Los procesos de atención de la salud esta determinados por un sin número de características o condiciones que nos permite realizar una serie de análisis. Sin embargo, toda acción debe estar sustentada científicamente, al respecto, las condiciones de salud se fundamentan precisamente en normas y lineamientos estandarizados que permiten una funcionalidad estricta en cada proceso y función, aunque solo de manera global. Debido a ello es importante establecer condiciones de acción de manera grupal o hasta individual dependiendo de las necesidades de atención.

Por lo tanto, las normativas que constituyen su misión deben expresarse de manera administrativa y organizacional en cada institución que oferta servicios de salud, con el único fin de cumplir satisfactoriamente los estándares de calidad.

La mejor herramienta para que se pueda desempeñar esta función son los manuales de procedimientos, los cuales deben contener los lineamientos que cubran todas las funciones de organización y procedimientos que se desempeñan en las diferentes áreas de una Institución de salud.

A pesar de lo anterior, existe un gran desconocimiento en el correcto uso y funcionamiento de los manuales de procedimientos, aunado a la desactualización de los mismos, afectando la calidad de los servicios. Es por ello que las máximas autoridades de las Instituciones de Salud, deben establecer programas continuos acerca del uso e importancia de los manuales de procedimientos, aunado a la continua actualización de los manuales de procedimientos.

MARCO REFERENCIAL MARCO TEORICO

La administración nace de la necesidad de mantener el orden de una empresa, sin perder la dinámica de trabajo, aumentando la eficiencia y la competencia, creando un sistema fundamentado en la organización interna, para mantener orden y organización (1).

Durante el desarrollo de los planteamientos que definirían la administración nos encontramos con los postulados de dos visionarios de la administración y que la dirección de sus teorías son opuestas entre sí, sin embargo, ambas provienen de un pensamiento clásico administrativo, posteriormente se desarrolló la administración científica donde el mayor expositor fue Taylor, quién desarrollo cuatro principales funciones (1):

1. Planificación: sustitución del criterio individual del trabajador por procedimientos establecidos para el desarrollo del método.
2. Preparación: selección del personal de acuerdo a las necesidades para prepararlos y formarlos en los procedimientos.
3. Control: el aseguramiento de la ejecución de los procedimientos de acuerdo a lo establecido.
4. Ejecución: se basa en la disciplina de acuerdo a las atribuciones y responsabilidades para la ejecución del trabajo.

Por otra parte la teoría del proceso administrativo tuvo su influencia por el que es considerado el padre de la teoría administrativa Henry Fayol, este autor formulo catorce postulados de la administración (1):

1. División del trabajo: pretende el perfeccionamiento de las tareas y del recurso humano.
2. Autoridad y responsabilidad: ambas están equilibradas y están enfocadas entre el liderazgo y la capacidad de responder satisfactoriamente a los requerimientos.
3. Disciplina: vinculada a la obediencia, al comportamiento y respeto a los acuerdos.
4. Unidad de mando: el personal solo debe recibir indicaciones de su superior.
5. Unidad de dirección: un responsable y una acción por cada objetivo a realizar.
6. Subordinación de intereses individuales a los intereses generales: deben ordenarse del general al individual.
7. Remuneración del personal: debe ser justa y satisfacer a todos los empleados que constituyen una organización.
8. Centralización: inferida a la concentración de autoridad en la organización.
9. Jerarquía: expresa la línea de autoridad dentro de una organización.
10. Orden: la coordinación de todo lugar y espacio, para con el recurso humano y material.
11. Equidad: del trato y de las responsabilidades, buscando el equilibro emocional del personal.
12. Estabilidad y duración del personal bajo un cargo: involucra el perfeccionamiento de una acción realizada por una persona de manera constante.
13. Iniciativa: determinar la estrategia de un plan y asegurar su éxito.
14. Espíritu de equipo: armonía y unión de las personas que constituyen la organización.

El comportamiento humano en la administración

Con la evolución de la administración se desarrolla la teoría del comportamiento, la cual plantea que el recurso humano presenta conductas que hace únicos a las personas y se observó que repercute en el desarrollo de las funciones sobre todo en la eficiencia, la capacidad y el desempeño (1).

Autores como Parker, Mayo y Maslow por mencionar a algunos hacen referencia que el recurso humano es un ser independiente con emociones, pensamientos, y autoestima, condiciones que deben ser analizadas como una característica independiente de la organización, pero que permita su integración en la dinámica de las funciones ejercidas en la empresa (1).

La necesidad de actualizarse en las funciones administrativas de una organización, ha permitido la adaptación de corrientes administrativas forman una nueva posición de la teoría administrativa conocida como teoría neoclásica, la cual propone la idea de retomar las funciones de la teoría clásica, pero con mayor flexibilidad, y solo en casos que no estén contemplados dentro de las funciones ordinarias, esta teoría propone el enfoque en tres áreas administrativas; los tipos de organización, la departamentalización y la administración por objetivos (APO) (1; 2).

Bajo el supuesto de la APO, se profundiza en temas como *departamentalización* en el que se plantea que una organización optando por facilitar los procesos, funciones o productos, constituye grupos específicos de trabajo. Mientras que los procesos de la APO toman fuerza a partir de los principios de Peter Drucker donde plantea que desarrollar objetivos o planes estratégicos mejora el cumplimiento de los procesos administrativos a partir de la teoría neoclásica (1).

Teoría de la administración

Teoría moderna

Los procesos administrativos han sufrido modificaciones importantes ya no solo de la unificación de la teoría de la administración clásica, sino también de la teoría conductual, en esta fase de evolución se insertan diferentes campos de conocimiento tomando en cuenta la teoría de la organización, ya que habla de la composición de entidades interdependientes (1).

La teoría general de sistemas fue propuesta por von Bertalanffy, esta teoría afirma que los sistemas son una entidad individual conocidas como subsistema, pero que sus propiedades no funcionan como elementos independientes, esta condición hace diseñar tres características de este modelo según Berrier, donde: a) los sistemas existen dentro de otros sistemas, es decir que un sistema está constituido a su vez por otros sistemas, b) los sistemas son abiertos, establece que existe movimiento interno, y debe tenerse en cuenta el seguimiento de estos movimientos al desplazar información entre cada uno y c) las funciones dependen de la estructura del sistema (1).

De la teoría moderna de la administración según las propuesta de Hebert, se desprenden cinco características fundamentales de los sistemas (1):

Punto de vista sistémico: la moderna teoría define a la organización como un sistema integrado en cinco partes: entrada, proceso, salida, retroalimentación y ambiente.

Enfoque dinámico: la teoría moderna hace notar la relación que se lleva a cabo entre procesos de manera interna, a diferencia de teoría clásica donde el movimiento es lineal.

Multidimensional: la teoría sistémica considera todos los niveles de la organización.

Multimotivacional: la teoría de sistemas reconoce que un acto puede ser motivado por diferentes factores o condiciones.

Multidisciplinaria: busca conceptos y técnicas de muchos campos de estudio.

Descriptiva: la teoría moderna busca comprender los fenómenos organizacionales y dejar los objetivos y métodos al individuo, mientras que anteriormente eran normativas y prescriptivas, preocupadas por qué hacer y cómo hacerlo,

Multivariable: la teoría moderna tiende a asumir que un suceso puede ser causado por numerosos factores que están interrelacionados y que son interdependientes.

Adaptativa: La moderna teoría entiende la administración en un sentido ecológico, como un sistema abierto que se adapta a través de un proceso de retroalimentación.

Modelo Sistémico para el estudio de las organizaciones

Retomando la teoría general de sistemas como el resultado de la demanda por encontrar propiedades comunes en las entidades y sistemas. Se muestra de una manera metodología y científica de aproximación a representación de la realidad y a su vez como instruye a una práctica interdisciplinar alentadora (3).

Los principales objetivos de la TGS son: el empuje y construcción de una terminología capaz de resumir de manera general las características, comportamiento sistémico y funciones, Desarrollo de leyes dispuestas a emplearse en el comportamiento y Promover la formalización de las mismas (3).

El modelo sistémico percibe a la organización como un sistema que se encuentra compuesto por distintos sectores (grupos sociales, de decisión, comunicación, estructuras, entre otros), los cuales interactúan de una manera continua e interdependiente y cuyo objetivo se encuentra destinado al logro de objetivos específicos. A su vez este modelo se encuentra dividido en 3 componentes básicos los cuales son:

1. Flujo de entrada. Entrada de capital organizacional que se encuentra activo para la producción de productos por parte del administrador.
2. Transformación. Son aquellos pasos que se persiguen para transformar el recurso organizacional en productos, mediante tres tipos de procesos del sistema: tecnológicos (valerse de la tecnología para producir un bien o servicio acabado), administrativos (consienten que la organización se proceda al logro de los propósitos y objetivos) y sociales (interacciones de los grupos que integran la organización con el medio ambiente).
3. Resultados

Sistema de salud en México y leyes que lo rigen

Un sistema de salud se determina por las condiciones de demanda y de atención para el cual fue diseñado, entre sus características existe una notable relación estricta entre ciertas unidades como: recursos, finanzas, organización y administración, creando así un mecanismo de atención de los servicios de atención en salud. Barquín

Pavón-León, definen que la organización que otorga servicios de salud es una empresa pública, parte del hecho que siendo pública ejerce una función estricta que beneficia una comunidad y es empresa puesto que se mueve a partir de objetivos y metas, las cuales, administrativamente tendrá otros componentes (4). Bustos, Pavón-León. En el caso del sistema de salud en México, la atención que se otorga va de acuerdo al tipo de población puesto que existen diferencias marcadas para la atención. Es decir, hay personas que son atendidas por agencias que dependen de lo que el gobierno crea como unidades de atención, los cuales tienen obligaciones, de acuerdo a los requerimientos de cada rubro.

Para ello los subsistemas como clínicas, hospitales, unidades médicas, cada una de ellas deberá ser administración eficiente, la finalidad es proporcionar apoyo a través del cumplimiento de las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, esto facilita en gran medida el cumplimiento de objetivos (5; 1).

En el caso de los servicios de salud, la función de la cual parte es de integración eficiente y efectiva, es decir, depende de los recursos que se encuentran a su alcance para brindar atención, en las diferentes áreas de atención, promoción, protección y restauración de la salud (6).

La estrategia de administración dentro de los servicios de salud es de corte tradicional, donde regularmente la dirección se maneja por áreas, el mando es vertical y estático, además existe resistencia a la participación por parte del personal de salud, disminuyendo la eficiencia y la calidad de la atención.

Un elemento indispensable durante los procesos de atención tiene que ver con la planificación, en ella recae el proceso de atención que puede ofertarse en una unidad, de igual modo, la ejecución depende en gran medida del control por el que el proceso se llevará a cabo bajo las condiciones señaladas (1).

Una de las finalidades propuestas dentro de los procesos que se sitúen de manera inter es la capacidad de gestión, administración y financiamiento de las empresas e instituciones de salud, tomando en cuenta el ofrecimiento de la prestación de servicios, y a su vez la centralización o descentralización de la atención y de los servicios ofertados, y guiando al proceso de la prevención, promoción, diagnóstico y atención en salud, a los espacios donde la calidad, eficiencia de los servicios tengan la evaluación del proceso (1).

El sistema de salud tiene varios componentes los cuales están vinculados de manera directa a la atención en salud, sin embargo hace falta mucho por trabajar, desde el ámbito del sector, de operador de los fondos, los compradores, los proveedores de los servicios, y de la atención de usuarios, en un futuro, se esperan mejoras en la atención y en la estructura de los sistema para buscar la atención integral de la salud en toda la población (1).

Recursos humanos de Salud

La salud se encuentra determinada por un grupo de condiciones biológicas, económicas, sociales y psicológicas, así como factores que tienen su importancia en la accesibilidad de la población a los servicios de salud y la atención humana.

Los recursos humanos en salud, son aquellos individuos que laboran dentro del área de la salud independientemente de la actividad que realicen (7). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los recursos humanos de la salud se definen como "toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud" (8), es decir no sólo son médicos y enfermeros, sino también promotores, educadores, administradores, entre otros. La OMS refiere la importancia de que la población tenga acceso a profesionales implicados y calificados para disminuir la inequidad mundial.

No se puede realizar ninguna transformación sin considerar al personal. El sistema de salud se encuentra fortalecido primordialmente por todo el personal sanitario que lo conforma (9). Los recursos humanos, son un importante componente para el ejercicio de los sistemas y a su vez la elaboración de políticas sanitarias puesto que planean, ejecuta y evalúan las acciones de la conducta sanitaria (10).

Manuales Administrativos

Un manual administrativo se define como una herramienta que ayuda al correcto funcionamiento de una organización, en él, se compila de una manera ordenada y sistémica la historia, organización, políticas, obligaciones, atribuciones, normativas, estructura orgánica y funcional, objetivos, responsabilidades, actividades, funciones y operaciones de la organización que se consideren esenciales para la mejora en la ejecución de las labores del personal.

Se tiene por definición que es una herramienta de comunicación de las decisiones administrativas donde están plasmados los objetivos, funciones, relaciones, políticas, procedimientos, antecedentes, aspectos técnicos, entre otros. Que explicita objetivos, planes, procedimientos, estructura y funciones (1; 9; 4).

Los objetivos de los manuales en esencia son (2):

Instruir al personal acerca de aspecto tales como: objetivos, funciones, relaciones, políticas, procedimientos, normas.

Precisar las funciones y relaciones de cada unidad, deslindando responsabilidades, evitando duplicidad de funciones, detectar omisiones.

Coadyuvar en la ejecución correcta de las labores asignadas al personal y propiciar la uniformidad del trabajo.

Servir como medio de integración y orientación al personal de nuevo ingreso, y facilitar su incorporación a las distintas funciones operacionales

Proporcionar información básica para la planeación e implantación de reformas administrativas

Los manuales administrativos presentan posibilidades y limitaciones de acuerdo a su función, entre las posibilidades podemos encontrar (2):

Que son fuente permanente de información sobre el trabajo a ejecutar.

Ayudan a institucionalizar y establecer los objetivos, políticas, procedimientos, funciones, entre otros.

Realizan las operaciones de manera adecuada.

Asegura la continuidad y coherencia de los procedimientos y normas a través del tiempo.

Permite delegar las responsabilidades y los quehaceres de cada proceso

Entre las limitaciones podemos mencionar (2):

Que su elaboración debe estar constituida, supervisa y autorizada eficientemente.

El costo de la producción o actualización puede ser alto.

Si no se actualiza de manera constante pierden su efectividad.

Está limitado a aspectos formales de la organización, por lo que deja a un lado aquellas características informales.

El uso adecuado y correcto de los términos para detallar el proceso de manera simple debe de cuidarse, para no caer en la complejidad.

Manuales de procedimientos

Existen variedades de manuales, éstos se determinan por condiciones específicas, como el objetivo, la necesidad administrativa, el área para diseñarlo, su especificidad (2).

Están representados en dos bloques por su contenido y por su función específica, en el primer grupo encontramos los manuales de historia del organismo, de organización, de políticas, de procedimientos, de adiestramiento y anuales técnicos. En el grupo de función específica encontramos aquellos que rigen una determinada función operacional es decir en este tipo de manual están implícitos los procedimientos por área (2).

Para el caso del manual de procedimientos esta descrito de manera general su objetivo de expresar en forma analítica los procedimientos a administrativos a través de los que se canaliza la actividad operativa del organismo, sirve de guía para la explicación del personal de cómo hacer las cosas. Su seguimiento aumenta la confianza de que le personal utilice los sistemas y procedimientos administrativos prescritos para realizar su trabajo (2).

Procedimientos administrativos

Retomando la importancia del manual de procedimientos, debemos definirlo como un instrumento administrativo que apoya el quehacer institucional considerado un elemento básico para la coordinación, dirección y control administrativo, ya que facilita de manera adecuada la relación entre las distintas unidades administrativas de la organización, además del objetivo general, se plantean otros objetivos un poco más específicos, sobre la importancia de su creación (2):

a) Presentar una visión integral de las operaciones que se realizan en una organización

b) Precisa la secuencia lógica de los pasos por los que se compone cada uno de los procedimientos.

c) Precisa la responsabilidad operativa del personal de cada área de trabajo d) Describe a través de una gráfica el flujo de las operaciones de manera breve

e) Funge como medio integrador y orientador para el personal de nuevo ingreso, facilitando su incorporación

f) Propicia el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales.

La importancia de la elaboración y el correcto uso queda claro al solo determinar que un manual de procedimientos apoya de manera íntegra el desarrollo organizaciones, mejora las funciones dentro de una estructura específica, conceptualiza los pasos que debemos seguir para poder desempeñar de manera satisfactoria y de calidad nuestras funciones.

MARCO EMPIRICO

Línea de vida

La Ley General de Salud establece que todos los mexicanos tienen derecho a una vida saludable y a la protección de la misma. Las normas vigentes han permitido la implementación de estrategias como *Línea de vida,* que pretende proporcionar atención a todos los usuarios con recomendaciones exclusivas a su edad y sexo lo que ha permitido un servicio más personalizado, condición que anteriormente no estaba establecida(11).

El sistema de salud debe apoyarse en los centros de salud, para resaltar las acciones vinculadas a la prevención y promoción de la salud por áreas, dando lugar a la participación comunitaria y que en conjunto con el sector salud permitan el éxito de los proyectos sanitarios a nivel nacional. Asimismo la realización de proyectos debe de ser supervisada, evaluada, controlada y acreditada de manera continua para el correcto ejercicio de su función(11).

El sistema de salud busca atender las necesidades por las cuales el usuario asiste a las unidades de atención, tomando en cuenta las estrategias de prevención a la salud ofertadas en el primer nivel de atención, las cuales incluyen: atención bucal, control prenatal, vacunación, entre otras. Asimismo, las unidades de salud tienen la finalidad de proporcionar atención preventiva y curativa así como la integración de las estrategias del programa línea de vida, tomando en cuenta la formación del recurso humano y a la manera de aprovechar lo organización del sistema.

La generación de programas y acciones en salud está determinada por la relación existente entre la vinculación y sistematización de los objeticos, metas y procesos.

La relación que existe en el sistema de salud, el recurso humano y la estructura funcional del sistema de salud, operan sobre las necesidades de atención, y es por ello que se generan programas y estrategias adaptadas a las necesidades de atención en salud de acuerdo a características como edad y sexo.

El desarrollo de estrategias donde se brinde servicios de atención, promoción y participación en salud son importantes para el sistema de salud, ya que coadyuva a la mejora de la salud de las poblaciones, un claro ejemplo de ello es lo conocido como estrategia de Línea de Vida que se lleva a cabo en todas las unidades de salud, partiendo de acciones que pretendan atender las necesidades de salud tomando en cuenta la integración de acciones acorde a la edad, género y estado de vida de las personas.

El abordaje que hace la estrategia, ubica a la población recién nacida hasta los grupos en edad adulta.

La estrategia Línea de Vida, está comprendida en pequeños manuales técnicos de acción agrupados a ciertas especificaciones, cada técnica de atención se divide en series de atención generales acerca de ciertos componentes, y en cada tipo de atención hace mención de manera global los procesos de atención en salud que hace promoción y prevención de los cuidados de manera general, permitiendo también incluir los programas ya conocidos y desarrollados por la Secretaría de Salud, introduciéndolo de manera más específica en cada acción planteada.

El trabajo operativo de las estrategias incluyen: capacitación para el personal de salud en el nivel estatal, jurisdiccional y operativo, así como el uso de rotafolio, trípticos, cartel, hojas de registro y acciones, la aplicación de talleres, cursos y pláticas, con la cuales se pretende el organizar y sistematizar las acciones en materia de salud, también se pretende capacitar, sensibilizar, supervisar y evaluar al personal para brindar una mejor atención de salud.

Las temáticas que la estrategia *Línea de vida* se dividen en acciones de prevención y promoción

de salud durante la línea de vida y el sistema de cartillas nacional de salud y que se componen:

Recién nacido (menor de un mes).

Mayor de un mes y hasta los cuatro años.
Niños de cinco a nueve años.
Adolescentes de diez a diecinueve años.

Hombres de veinte a cincuenta y nueve años.
Mujeres de veinte a cincuenta y nueve años.
Adultos mayores de sesenta y más.
Las acciones por Estado de Vida que comprenden (embarazos, puerperio y atención antirrábica).

Para todas estas etapas de la vida se tienen un beneficio en común, el cual es el asegurar que en todas las unidades de atención primaria se otorguen servicios integrales para la prevención de diferentes enfermedades y así promover la corresponsabilidad y ayudar al usuario a tener un autocuidado de la salud.

Un componente de esta estrategia que una que no está delimitado si se encuentra dentro de los procesos de atención es la entrega de Cartilla Nacional de Salud, cual ejerce una función de garantizar a toda la población las facilidades de atención en las unidades de salud, este instrumento permite registrar la atención de las acciones relacionadas con el cuidado de la salud dentro de la población. Así como los beneficios que brinda al promover entre la población el uso de las Cartillas Nacionales de Salud a lo largo de la vida de cada persona. Las cartillas están divididas:

Vacunación para niñas, niños y adolescentes.
Salud de la mujer.
Salud del hombre.

Salud del adulto mayor.

Además dentro de la cartilla hay ciertos retos los cuales tienden a promover estilos de vida saludables ante la población, bajo un esquema de responsabilidad compartida.

Es por ello que dentro de línea de vida y las cartillas nacionales de salud tienen a proporcionar acciones de manera básica para atención integral a la salud de todas las personas sirviendo como un instrumento de registro y control.

Antecedentes de trabajos realizados en el Centro de Salud Dr. Gastón Melo

Todo centro de salud, y sobre todo en México, debe estar regido por las normativas federales generadas por la Secretaría de Salud, el Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo se encuentra en la zona centro de la ciudad de Xalapa, depende directamente de la Jurisdicción Sanitaria No. V de los Servicios de Salud de Veracruz; ofrece servicios médicos desde el año de 1957. Durante el periodo de agosto de 2001 a junio del 2002 fue remodelada y equipada en su totalidad y reinaugurada ese mismo año. Considerada como unidad con infraestructura adecuada en cuanto a áreas funcionales; otra característica que cabe resaltar es que constantemente han buscado ofrecer calidad en su atención concursando en varias ocasiones en el premio de calidad, el cual le fue otorgado hace un par de años. Esta unidad posee además una de las plantillas más grandes en cuanto a recursos humanos para dar respuesta a la demanda de 36,000 habitantes que conforman su área de influencia.

Todos los estudios de diagnóstico e intervención realizados en este Centro de Salud, han buscado dar testimonio de la infraestructura organizacional y operacional que tiene y así como conocer la situación de salud de la población según su zona de influencia, con la finalidad de conocer y depurar acciones que favorezcan el adecuado funcionamiento del Centro de Salud y prestar servicios de calidad.

Algunos de los estudios realizados en esta institución por parte de grupos de estudiantes de la Maestría en Salud Pública, son los siguientes:

1. El realizado por Aguirre María Elena, Izunza Andrea y Zubieta Francisco, en el año de 2006 que llevó por nombre: "El desempeño laboral en el sector salud: La autopercepción del personal del centro de salud Dr. Gastón Melo", en el cual se evaluaron las competencias y funciones del personal del centro de salud Gastón Melo y además la realización del diagnóstico de las condiciones de salud de la población del área de influencia del Centro de Salud Dr. Gastón Melo.

La importancia de esta investigación fue reconocer la autopercepción del desempeño laboral del personal de salud, permitiendo identificar a través de varias dimensiones cómo se siente cada persona para alcanzar metas y programas sustantivos en su diario acontecer;

tomando en cuenta que, si la apreciación personal que tienen de su desempeño es adecuada, generará como respuesta una eficiente atención a los usuarios y los motivos necesarios para continuar día a día realizando sus tareas con el mayor empeño y dedicación.

Debido a que en cualquier organización que preste servicios de salud debe contar con el mejor personal para desempeñar adecuadamente sus funciones, es el recurso humano quien juega un papel relevante en el otorgamiento de estos servicios, siempre atendiendo a la calidad de los mismos(12).

2. El realizado en el año de 2006 por Eric Abad, Gaudencio Gutiérrez y

Andrea Isunza con nombre "Desarrollo organizacional: empoderamiento del personal hacia la cultura de calidad. Modelo de gestión participativa en el Centro de Salud Dr. Gastón Melo".

Con este estudio se buscó contribuir al Desarrollo Organizacional orientando el empoderamiento del personal del CSU Dr. Gastón Melo para fortalecer la cultura de calidad, planear, diseñar y ejecutar un programa educativo participativo que permita el fortalecimiento del desarrollo y satisfacción del personal de salud, realizar evaluaciones cualitativas y cuantitativas, recopilar, procesar y analizar datos obtenidos en las evaluaciones y sistematizar la experiencia de la intervención.

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 oportuna, eficiente 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(13).

3. Un tercer estudio sobre un diagnóstico de las condiciones de salud de la población de área de influencia del Centro de Salud Gastón Melo, realizado por Ma. Elena Aguirre, Andrea Isunza y Francisco Antonio. Zubieta Vargas, que consistió en la elaboración de un diagnóstico de las condiciones de salud de la población de responsabilidad del CSU Dr. Gastón Melo, buscando como objetivos principales: actualizar el diagnóstico de salud previo; tomar como base la información de la cédula de micro diagnóstico familiar y construir un cuestionario que complementara la información sobre daños a la salud y factores de riesgo; utilizar un diseño muestral por conglomerado polietápico (en tres etapas); capacitar al personal involucrado en la realización del Diagnóstico de Salud; ocupar un software adecuado para la captura y procesamiento de datos; enfatizar elementos de daño y criterios de priorización; y coordinar todos los esfuerzos y recursos disponibles en un ejercicio único para la realización del diagnóstico de Salud(14).

Otro trabajo importante que no se debe dejar de mencionar respecto a la línea de vida de la población de influencia del Centro de Salud son los 4 diagnósticos de salud realizados en el año 2011 realizados también por alumnos de la maestría en salud pública generación 2011-2013, estos microdiagnósticos son:

Diagnóstico Situacional en menores de cinco años en el área de influencia del Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo.

Diagnóstico situacional del estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes al área de influencia Centro de Salud Urbano "Dr. Gastón Melo" de la ciudad de Xalapa Veracruz durante periodo octubre-noviembre de 2011.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La necesidad de identificar la problemática en la baja calidad de atención que ofrece el personal de salud a los usuarios, se realizó la revisión de los manuales organizacional y procedimientos existentes en el Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo (CSUGM), con la finalidad de conocer su estructura y descripción a través de fichas de cotejo.

Se realizó un análisis comparativo entre la Guía de Elaboración de Manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud y los manuales de procedimientos existentes en el Centro de Salud. Se diseñó una lista de cotejo basada en los elementos señalados en la Guía de elaboración de manuales de procedimientos para identificar si cada uno de los manuales contaba con los elementos señalados en la guía (ver anexo 1).Además se identificó la fecha de elaboración de los manuales ya existentes para determinar si era necesaria o no su actualización (ver anexo 2).

Después de identificadas las desviaciones existentes en dichos manuales se procedió a la elaboración del Manual de Procedimientos Generales tomando los lineamientos señalados en la Guía de Metodología para la Elaboración de manuales administrativos 2008 de la dirección general de desarrollo administrativo y la subdirección de promoción del desarrollo administrativo. En dicha guía metodológica se abordan las generalidades de los manuales administrativos, así como las los elementos de los manuales de procedimientos, los de organización, procedimientos así como los de servicio al público. De igual forma se recomiendan los formatos oficiales a utilizar en los procedimientos, así como la estructura de cada procedimiento.

Para la descripción de los procedimientos se utilizaron los textos de la estrategia "Línea de vida" como fuentes de información que dieran cuenta de los procedimientos a realizarse en un centro de salud.

Se contó con la asesoría de la Secretaría de Salud de Veracruz (SESVER) con la representación y del Químico Marcos Salazar para la elaboración y diseño de manuales de procedimientos.

También se contó con la participación de representantes y coordinadores de las áreas del centro de salud trabajando en sesiones conjuntas para identificar en qué momento del procedimiento se insertaba cada una de las áreas involucradas en diachos procedimientos.

Para la presentación del trabajo de intervención al personal en general se aplicó una pre-evaluación y una post-evaluación al principio y al final de la sesión, con 5 preguntas cerradas referentes al diseño de un manual de procedimientos (ver anexo 3).

Se impartió una plática descriptiva del trabajo de intervención exponiendo elementos teóricos de la estructura de los manuales de procedimientos, así como de cuál fue nuestra labor y a lo que nos avocamos que fue en el diseño y elaboración del manual de procedimientos generales del centro de salud y de la importancia del uso de dichos manuales.

OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

METODOLOGÍA

Fase I: Diagnostico del Problema

La necesidad de identificar a qué se debía la baja calidad del trato que ofrece el personal de salud a los usuarios, se llevó a cabo la revisión de los manuales de procedimientos existentes en el Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo (CSUGM), para conocer su estructura y descripción a través de fichas de cotejo.

Se realizó un análisis comparativo entre la Guía de elaboración de manuales de procedimientos de la secretaría de salud y los manuales de procedimientos existentes en el Centro de Salud. Se diseñó una lista de cotejo basada en los elementos señalados en la Guía de elaboración de manuales de procedimientos para identificar si cada uno de los manuales contaba con los elementos señalados en la guía (ver anexo 1).

Así como el identificar la fecha de elaboración de dichos manuales ya existentes para determinar si era necesaria o no su actualización (ver anexo 2).

Fase II: Planeación

Tipo de diseño

El presente estudio de intervención se realizó con los recursos humanos del centro de salud Urbano Dr. Gastón Melo para la elaboración de un manual de procedimientos Generales, así como la realización de un curso para reforzar los conocimientos sobre el uso de los manuales de procedimientos, en ningún momento se perturbó la sensibilidad de ninguno de los actores que intervinieron en el proceso de investigación. El periodo en que se realizó esta intervención fue durante los meses de febrero 2012 a mayo 2012.

Población de estudio

La población de estudio fue toda la plantilla del Centro de Salud Urbano, sin embargo durante el proceso de realización del curso para reforzar los conocimientos sobre el uso de un manual de procedimientos solo se contó con la participación de 20 trabajadores de la unidad, esto debido a diversos factores correspondientes al centro de salud, entre ellos: carga laboral, horario de trabajo, permisos, entre otros.

Descripción de la muestra

No se procedió a realizar un muestreo, puesto que el presente estudio estaba dirigido a todo el universo.

Actividades, técnicas, métodos e instrumentos

Después de identificadas las desviaciones existentes en dichos manuales se procedió a la elaboración del Manual de Procedimientos Generales tomando los lineamientos señalados en la Guía de Metodología para la Elaboración de manuales administrativos 2008 de la dirección general de desarrollo administrativo y la subdirección de promoción del desarrollo administrativo de la Secretaria de Salud del estado de Veracruz, en dicha guía metodológica se abordan las generalidades de los manuales administrativos, así como las los elementos de los manuales de procedimientos, los de organización, de procedimientos así como los de servicio al público. De igual forma se recomiendan los formatos oficiales a utilizar en los procedimientos, así como la estructura de cada procedimiento.

Para la elaboración de los Manuales de Procedimientos, se consideraron las siguientes etapas:

1) Planeación del Trabajo

Se realizó un estudio preliminar para relacionarse con las actividades y funciones que se ejecutan en cada área, de tal manera que permitiera realizar una estrategia para el levantamiento de información apegados a documentos jurídicos y administrativos del Centro de Salud.

Se designó un grupo para la ayuda en la elaboración de los procedimientos nombrando a los coordinadores de cada área como responsables, de tal manera que la información pudiera ser homogenizada.

2) Aplicación de Técnicas de Investigación

Se diseñaron técnicas para la recolección de información como entrevista al personal que labora en el centro de salud, observación de funciones y documentación en normativas correspondientes.

3) Análisis de la Información

Se organizaron de forma secuencial los datos obtenidos mediante el análisis de la información, con el único fin de optimizar el orden en que se incluiría en el documento final, para lo cual se determinó el siguiente orden:

Reconocer de la situación que se analiza

Descripción de hechos

Detallar elementos

Examinar cada elemento

Ordenar los elementos conforme a los lineamientos establecidos

Identificar el comportamiento de cada elemento para comprender el origen e importancia dentro del manual

Definir la relación que tiene cada elemento

4) Estructuración del Manual

Se estableció el diseño a seguir y la presentación para la elaboración de un manual de procedimientos generales.

Para la descripción de los procedimientos se utilizaron los textos de la estrategia “Línea de vida” como fuentes de información que dieran cuenta de los procedimientos a realizarse en un centro de salud.

5) Validación de la Información

Este punto se llevara a cabo un representante de la institución propuesto por el director de la misma, con el fin de verificar las atribuciones y actividades que se realizan en el centro de salud

6) Autorización del Manual

Se realizara por el director del centro de salud, con el fin de realizar la reproducción del mismo a cada área de la institución

7) Distribución y Difusión

8) Revisión y Actualización

Fase III: Construcción de viabilidad y factibilidad

Se contó con la asesoría de la Secretaría de Salud de Veracruz (SESVER) con la representación y del Químico Marcos Salazar en la elaboración y diseño de manuales de procedimientos. Asimismo, se requirió de la participación de representantes y coordinadores de las áreas del centro de salud para trabajo en sesiones conjuntas con la finalidad de identificar las operaciones que se debían realizar en cada procedimiento.

Fase IV: Evaluación

Para la presentación del trabajo de intervención al personal en general se realizó un curso sobre el uso de los manuales de procedimiento, en el cual se aplicó una pre-evaluación y una post-evaluación al principio y al final de cada sesión, con 5 preguntas cerradas referentes al diseño de un manual de procedimientos (ver anexo 3). Se realizó una plática descriptiva del trabajo de intervención exponiendo elementos teóricos de la estructura de los manuales de procedimientos, así como el diseño y elaboración del manual de procedimientos generales del centro de salud y su importancia.

La variable de estudio fue el conocimiento del uso de los manuales de procedimiento por parte del personal que labora en el centro de salud urbano Dr. Gastón Melo. Se define como el conocimiento como el conjunto de información recopilada a través del aprendizaje o la experiencia por medio de la introspección.

Se diseñó una base de datos para la captura de los resultados de cada cuestionario y su cuantificación. Se midió cada indicador para estimar el nivel de conocimiento del personal de salud sobre los manuales de procedimientos.

RESULTADOS

Manual de procedimientos generales

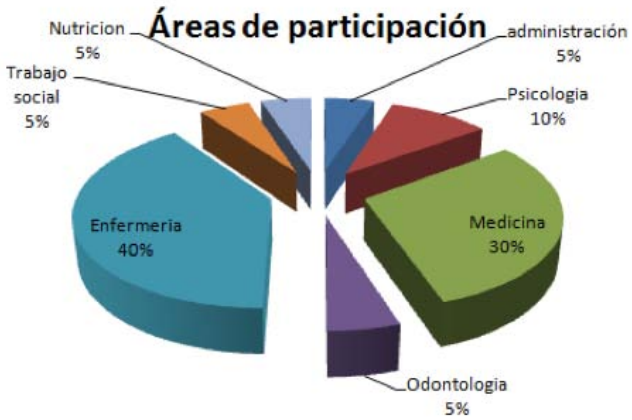
Se obtuvo como producto la realización de un Manual de Procedimientos Generales el cual se encuentra conformado por 24 procedimientos dirigidos a la atención general y aquellos que conforman las estrategias de línea de vida.

Cada procedimiento se encuentra constituido por los siguientes rubros (anexo):

- Nombre
- Objetivo
- Frecuencia
- Normas
- Descripción
- Diagrama de flujo

En la segunda etapa, se realizó el curso para reforzar el uso de los manuales de procedimiento y la evaluación del mismo. La población total que se incluyó quedó conformada por 20 trabajadores que mostraron interés en participar en el estudio. La distribución de acuerdo a área de desempeño quedo de la siguiente manera: 2 psicólogos, 8 enfermeros, una trabajadora social, un administrador, 6 médicos, un nutriólogo y un odontólogo.

Gráfica 1 Distribución porcentual de participantes según áreas profesionales.

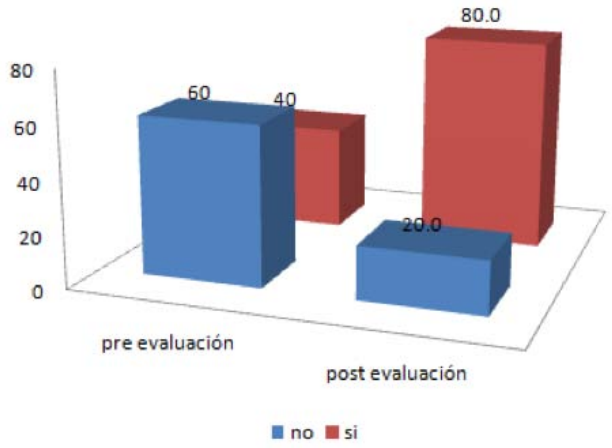


Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

Conocimiento de los manuales de procedimientos.

En el gráfico 2 podemos observar la evaluación del conocimiento sobre que es un manual de procedimientos, el cual se distribuye de la siguiente manera: previo al curso 8 trabajadores referían tener conocimiento sobre el manual de procedimientos lo que corresponde al 40% del total de la población que participó en estudio, sin embargo posterior al curso se notó que el 80% de los participantes reflejaban adquirir un conocimiento lo que era un manual de procedimientos.

Gráfica 2 Número de personal según conocimiento



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

De igual forma se observó que dentro de la población en estudio quien refirió mayor conocimiento sobre que es un manual fue el área de enfermería, sin embargo la adquisición de conocimiento posterior al curso fue similar para todas las áreas.

Tabla 1. Conocimiento sobre manuales de procedimientos por área laboral

Área	Pre evaluación		Post evaluación	
	Sin conocimiento	Con conocimiento	Sin conocimiento	Con conocimiento
Administración	1	0	0	1
Psicología	2	0	1	1
Medicina	4	2	2	4
Odontología	1	0	0	1
Enfermería	2	6	1	7
Trabajo social	1	0	0	1
Nutrición	1	0	0	1

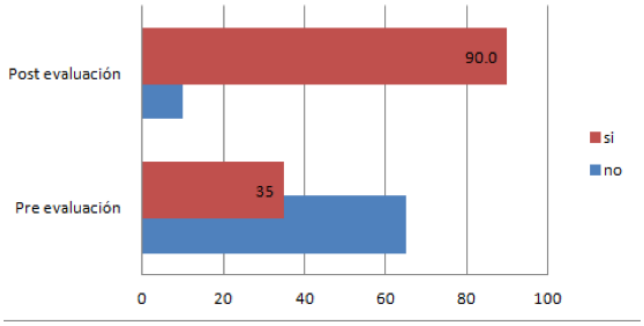
Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

Conocimiento de ventajas de uso de manuales de procedimientos

De acuerdo a los cuestionarios realizados se encontró que 13 trabajadores (65%) del total de la población que participo en el curso tenía una idea errónea sobre las ventajas de un manual de procedimientos en un centro de salud urbano, sin embargo después del curso se mostró que este porcentaje disminuyo hasta 10% (N=2).

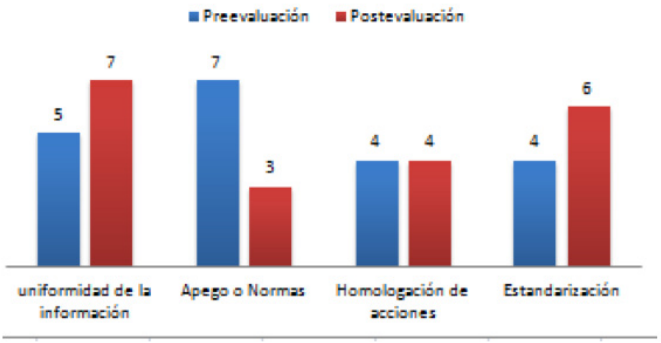
Gráfica 3 Personal con conocimiento sobre ventajas de un manual de procedimientos



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

Los trabajadores refirieron durante la realización del curso que entre las principales ventajas del uso de manuales de procedimientos se encontraban la uniformidad de información, apego a normas, homologación de acciones y estandarización de información, tal como se muestra en la gráfica 4.

Gráfica 4 Principales ventajas referidas por el personal de salud sobre el uso de manuales de procedimientos.

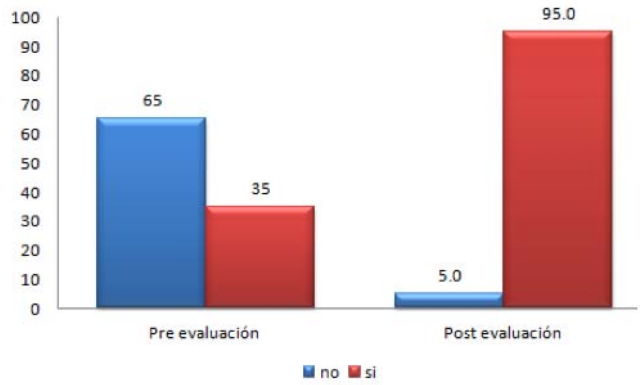


Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

Conocimiento de limitantes en el uso de manuales de procedimientos

Conforme a las limitantes del uso de un manual de procedimientos se reportó que sólo el 35% de los trabajadores involucrados sabían acerca de estas limitantes, sin embargo, después de ofrecer el curso se constató que esta variable fue favorable por el 95% de los asistentes, como se puede notar en la gráfica No. 05

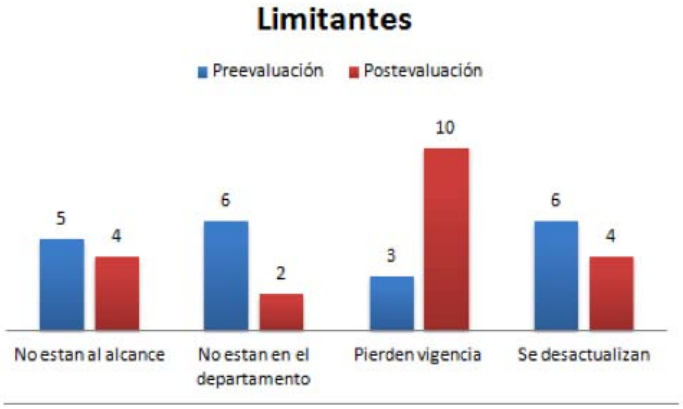
Gráfica 5 Limitantes del uso de manuales de procedimientos



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

Asimismo, entre las principales limitantes referidas por los trabajadores se encontraron las siguientes: la pérdida de vigencia, desactualización y ausencia de los mismos en departamentos correspondientes (Gráfica No. 6).

Gráfica 6 Principales limitantes sobre el uso de manuales de procedimientos.

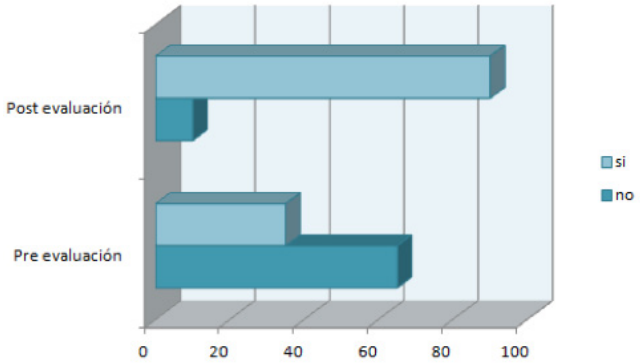


Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

Conocimiento en el contenido de manuales de procedimientos

Acerca del contenido de los manuales de procedimiento, 13 personas refieren no conocer las partes que integran al mismo, mientras que posterior al curso sobre el uso de manuales sólo dos trabajadores manifiestan desconocer esa información tal como lo muestra la gráfica No 7.

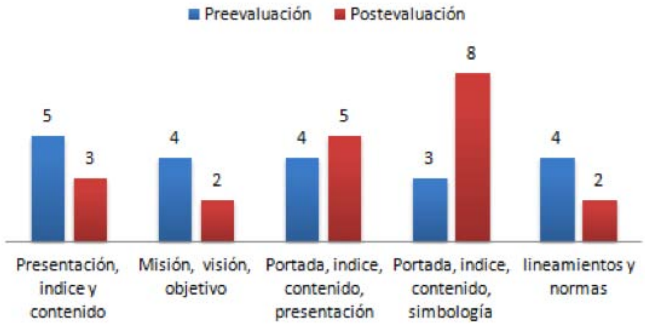
Gráfica 7 Conocimiento sobre contenido de un manual de procedimientos



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

El contenido que más recuerdan los usuarios de un manual de procedimientos es: portada, índice, contenido y diagramas de flujo (Grafica No. 8).

Gráfica 8 Contenido de los manuales de procedimientos.

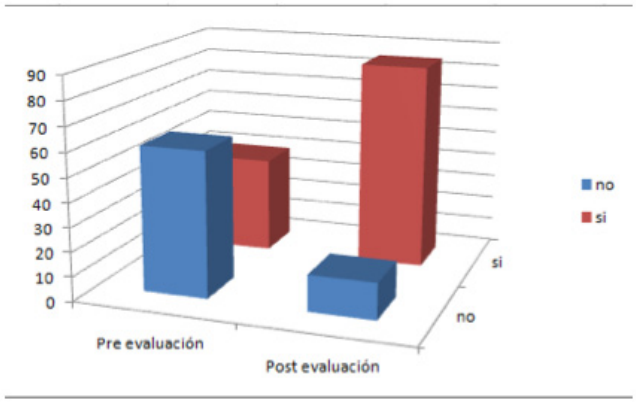


Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

Conocimiento de los objetivos de manuales de procedimientos

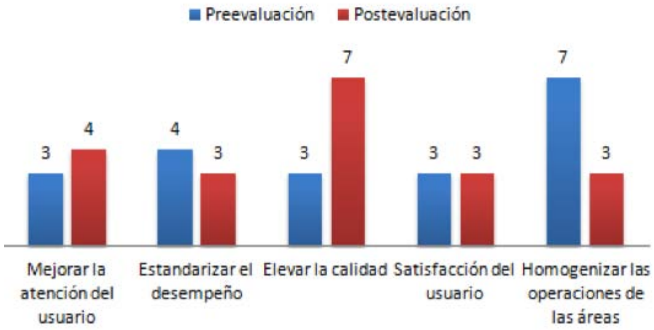
Conforme a los objetivos que se pretenden de un manual de procedimientos, el 60% de los trabajadores (N=12) refirió el poco conocimiento de esta variable, dato que disminuyó a 15% (N=03) posterior a la realización del curso de reforzamiento (Gráfica No. 09), entre los principales objetivos que los trabajadores refieren se encuentran: homogenizar las operaciones de las áreas, elevar la calidad de la atención en el centro de salud (Grafica 10).

Gráfica 9 Conocimiento sobre los objetivos de manuales de procedimientos



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

Gráfica 10 Principales objetivos referidos por los trabajadores sobre el manual de procedimientos



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV 2012

DISCUSIÓN

El trabajo de la elaboración de manuales de procedimientos requiere de un esfuerzo en conjunto de parte de todos los actores que interactúan en el centro de salud. Si bien es cierto que no todos los profesionales que laboran en el centro intervienen en todos los procedimientos, también es cierto que en el ejercicio de redacción de cada procedimiento y la elaboración de estos, los participantes toman conciencia, discuten, proponen y encuentran soluciones de cómo es que se debe dar la atención a los usuarios para que ésta sea cada vez de mayor calidad.

Sin embargo, el trabajo de la elaboración de manuales resulta una labor poco motivadora para muchos de los profesionales en salud, incluso este factor es señalado como una limitante dentro de la Guía de elaboración de manuales.

En un centro de salud urbano como el Gastón Melo, existen diversas actividades que obedecen a una variedad de programas y estrategias. Esto resulta un obstáculo para la sistematización y redacción de los procedimientos.

Contrario a lo anterior, durante las sesiones de trabajo en las que asistieron representantes de varias de las áreas del centro de salud, la cooperación, el trabajo en equipo, la reflexión de cómo se llevan a cabo los procedimientos en el centro de salud y el aporte de cada uno de ellos para su elaboración y diseño, es un trabajo que reconocemos que fue necesario para la elaboración del manual.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Del trabajo de intervención realizado en el Centro de Salud Urbano Gastón Melo de la ciudad de Xalapa Veracruz, arrojó dos productos: un Manual General de Procedimientos delimitados a la estrategia Línea de Vida y además un Curso de capacitación acerca del uso adecuado de los Manuales de Procedimientos.

Además podemos concluir que el proceso de limitación de funciones no es clara, aún existe desconocimiento por parte del personal de algunas áreas acerca de la función que deben de realizar.

Al inicio de la intervención nos percatamos que no era clara la importancia de la actualización y el adecuado uso de los manuales de procedimiento por parte del personal de salud, posteriormente, al concluir la intervención, el personal comprendió con más detalle cuál es su funcionamiento, al grado que vinculaba su función con su posición dentro del área.

Se dificultó realizar la visión integral de los procedimientos generales, es decir, hubo cierta complejidad para identificar la vinculación de las áreas dentro de un proceso general de atención.

El trabajo realizado deja en evidencia que la realización de ciertos procedimientos específicos no siempre sigue las normas o procesos establecidos en los programas de acción, sino que se tienen que realizar adecuaciones de los procesos reales debido a la insuficiencia organizacional.

Los procesos señalan la realización de técnicas específicas, sin embargo, a veces estas no se pueden cumplir debido a la falta de recursos: tanto humano como por recursos de materiales.

Se debe fomentar el trabajo en equipo entre las diversas áreas que forman parte del centro de salud.

Se debe establecer de manera organizacional las oportunidades y herramientas para que el recurso humano tenga capacitación continua de acuerdo a sus funciones sin dejar a un lado las actividades establecidas en su área.

Recomendar a los directivos del Centro de Salud que es necesaria una estrategia de trabajo en específico con el área médica para fomentar el trabajo cooperativo con el resto de las áreas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Domínguez C. Marco conceptual de la gestión. Teorías de la administración. In: Barcelona Ud, editor. Master de gestión de centros y servicios de salud. Barcelona: UB virtual; 2002.
2. Rodriguez-Valencia J. Como elaborar y usar los manuales administrativos. 3ra ed. Mexico, D.F.: CENGAGE; 2002.
3. Cathalifaud MA, Osorio F. Introducción a los conceptos básicos de la teória general de sistemas. Cinta de Moebio. 1998(3).
4. Pavón-León P, Gogeascoechea-Trejo MC. La importancia de la administración en salud. Revista medica de la Universidad Veracruzana. 2004;4(1):13-6.
5. Barquin M. Dirección de Hospitales. 7a ed ed. México, D.F.: Editorial Interamericana McGraw-Hill; 2003.
6. Medina E, Kaempffer A. Elementos de Salud Pública Capitulo Quinto Organización y Administración. Biblioteca Nacional de la Universidad de Chile. 2007.
7. Recursos Humanos para la Salud: Superemos la Crisis. Massachusetts: Harvard University Press; 2004 [cited.
8. Bowen S, Zwi AB. Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. PLoS Medicine. 2005;2(7):600-5.
9. Organización Mundial de la Salud OMS. Manual de Seguimiento y Evaluación de Los Recursos Humanos Para la Salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. OMS. Switzerland; 2009.
10. Organizacion Panamerica de la Salud OPS. Perfil de recursos humanos del sector salud en Uruguay Uruguay: O.P.S.; 2005. p. 120.
11. Roberto TC, La protección de la salud, una estrategia mexicana. 2003.
12. Vázquez F. Gestión del Conocimiento I: Productos del módulo (Generación 2005- 2007 psPeIdSPUVX, Ver. p.p 161-182.
13. Ladron de G. E. Gestión del Conocimiento II y Salud Pública II: Productos de los Módulos. Primera edición. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. Xalapa Vp.
14. Mendoza M. Salud Pública I. Productos del Módulo (Generación 2005-2007 psPeIdSPUVX, Ver. 2007. pp.49-89.

ANEXOS

ANEXO 1

Manual organizacional			
Área	**Tareas que realiza**	**Desviaciones si/no**	**Página con desviaciones**
Dirección	Validación de documento. Análisis de cobertura.	No	
Epidemiología	Solicitud de vacunas antirrábicas y gammaglobulina. Notificación de casos.	No	
Secretaria	Expedición de certificados médicos. Expedición de certificados prenupcial.	No	
Recursos humanos	Control de asistencias. Notificación de estímulos de asistencia y puntualidad.	No Si	31 – 33
Administración	Elaboración de informe de egresos. Elaboración de informe de ingresos.	No No	
Farmacia	Recepción y control de medicamento. Surtimiento de farmacia. Elaboración de informes.	Si Si No	34 – 35 36 – 38
Caja	Captación de ingreso	No	
Transporte	Traslado de personal y materiales	No	

Manual organizacional

Manual organizacional			
Área	**Tareas que realiza**	**Desviaciones si/no**	**Página con desviaciones**
Módulo de información	Orientación y canalización estadístico.	No	
Estadística	Elaboración de informes estadístico.	No	
Jefatura de enfermería	Planeación de enfermedades de enfermería.	No	
Enfermería clínica	Recepción de pacientes. Visitas domiciliarias.	Si No	53 – 55
Enfermería de campo	Vacunación extramuros. Visitas domiciliaria.	Si No	59 – 61
CEYE	Control y distribución de vía y material.	No	
Médico	Coordinación de consulta externa. Consulta médico general.	Si No	67 – 68
Estomatología	Consulta odontológica. Atención odontológica preventiva extramuros.	Si No	71 -73
Nutrición	Consulta.	No	
Psicología	Atención psicológica.	Si	78 – 81
Trabajo social	Estudio socioeconómico.	Si	82 – 83
Promoción	Interacción de comités de salud.	Si	84 – 85
Laboratorios	Análisis clínicos.	No	
Bacteriosis	Detección de casos de tuberculosis y paludismo.	No	
Glosario		No	
Elaboración		Hoja faltante	93

ANEXO 2.

Instituto de Salud Pública
Lista de Cotejo de Manuales de procedimientos.

Institución: CSU Dr. Gastón Melo	**Entidad:** Veracruz	**Municipio:** Xalapa
Fecha de revisión: 29 de febrero de 2012.		**Folio:**

Nombre	Fecha de elaboración
Manuales	
1. Manual de procedimientos – Dirección.	Septiembre 2007
2. Manual de procedimientos – Enseñanza.	Abril 2007
3. Manual de procedimientos – Área médica	Marzo 2007
4. Manual de procedimientos – Departamento de psicología	Septiembre 2007
5. Manual de procedimientos – Área Laboratorio (Clínico)	Junio del 2007
6. Manual de procedimientos – Área nutrición	Mayo 2007
7. Manual de procedimientos – Departamento de trabajo social	Septiembre 2007
8. Manual de procedimientos – Administración	Marzo 2006
9. Manual de procedimientos – Epidemiología	---
10. Manual de procedimientos – Enfermería	Marzo 2007
11. Manual de procedimientos – Odontología	PENDIENTE
12. Manual de procedimientos – Promoción a la salud	Septiembre 2007
13. Manual de procedimientos – Archivo	PENDIENTE
14. Manual de procedimientos – Mantenimiento	Contrato con empresa
15. Manual de procedimientos – Jefatura de enfermería	Marzo 2005
16. Manual de servicios al público	Julio 2005
17. Manual de definición de estándares de servicios al usuario	Julio 2005
18. Manual organizacional	---
19. Manual de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI)	Septiembre 2007

Nombre	Fecha de elaboración
Manuales	
Programas	
Programa operativo anual	Enero 2006
Programa interno de protección civil.	Abril 2007
Programa de salud reproductiva.	---
Programa de atención a la salud del niño.	---
Programa de atención a la salud del adulto y del anciano.	---
Programa de enfermedades transmitidas por vectores. (LAB. SESVER)	---
Programa de zoonosis.	---
Programa de micobacteriosis.	---
Programa de prevención contra el cólera.	---
Programa de urgencias epidemiológicas y desastres.	---
Programa de VIH/SIDA y otras enfermedades de trasmisión sexual (ETS)	---
Programa contra las adicciones	---
Programa veracruzano de arranque parejo	---
Programa residuos peligrosos biológicos infecciosos	---
Indicadores	
Planes	
Plan estratégico C.S.U. Dr. Gastón Melo.	Enero 2006
Cartas de derechos y códigos de ética	
Programa interno de la comisión mixta seguridad e higiene	Abril 2007
Código de conducta para el personal de salud 2002	2002
Carta de los derechos generales de los médicos	---
Carta de derechos y obligaciones de los afiliados	Julio 2003
Carta de derechos de los pacientes	---
Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México	Diciembre 2001
Anexos	Diciembre 2006

ANEXO3.

Pre y post-evaluación Manual de Procedimientos general Fecha__

Área laboral: __

1. ¿Qué es un manual de procedimientos?

2. Mencionar tres ventajas del uso de los manuales.

3. Mencionar una limitante de los manuales.

4. Mencionar tres elementos del contenido de un manual de procedimientos.

5. Mencionar dos objetivos de los manuales de procedimientos.

INTERVENCIÓN PARA EL CONTROL DE LA PEDICULOSIS EN LA PRIMARIA "AMÉRICA", PERTENECIENTE AL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ ANTONIO MARABOTO CARREÓN". XALAPA VERACRUZ.

José Luis Magallón Ruiz, Miguel Adrián Marenco González, Yazmín Ramírez González, Shany Arely Xochihua González, Sheila Oyuki Vázquez Espinosa
Asesores: M.S.P. Nelsy Marien Cortes Jiménez M.S.P. Gustavo Adolfo Vargas Merino

RESUMEN

Objetivo

Ofrecer e implementar alternativas de atención que disminuyan la incidencia de la pediculosis en niños de la escuela primaria "América" en el área de influencia del Centro de Salud Dr. José A. Maraboto.

Material y métodos

Intervención de tipo descriptivo – transversal. Se elaboraron tres cuestionarios dirigidos a los principales actores sociales: los padres de familia, maestros y niños. Se componían por ítems sobre el estado de salud actual del niño (a), aspecto social y familiar del menor con preguntas de respuesta cerrada y abierta. Se llevaron a cabo durante los meses de febrero a mayo del 2012.

Conclusiones

Tomando en cuenta el objetivo de la realización del presente proyecto de intervención, se puede concluir que se logró cumplir con el mismo, ya que con la implementación y desarrollo del taller educativo dirigido a los padres, se impactó de manera directa en el proceso de cambio de creencias y, de acuerdo a lo reflejado por ellos al final de cada sesión de dicho taller, la adopción de nuevas técnicas para la atención de la pediculosis.

Recomendaciones

Dar seguimiento al compromiso hecho con los padres de familia al final del taller educativo. Realizar esta estrategia de intervención el siguiente ciclo escolar, tomando en cuenta de que se integran nuevos alumnos y será necesario que se integren, junto con sus respectivos padres a este equipo que está trabajando en conjunto contra esta problemática. Cumplir con las visitas programadas, por parte del área de promoción del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto", ocupando las estrategias planteadas por el "Manual para el control de los piojos".

Plantear más proyectos de intervención y diagnósticos de salud, no sólo con respecto a esta problemática, sino en escenarios similares.

INTRODUCCIÓN

Las infestaciones por piojos son tan antiguas como lo es la humanidad misma. Este problema existe dentro de todas las clases sociales. Los grupos de escolares y sus convivientes son los más afectados en la cadena de transmisión de estos insectos, pueden desempeñar una función importante como reservorios del parásito.

Los objetivos de esta intervención son ofrecer alternativas de atención que disminuyan la incidencia de la pediculosis en niños de la escuela primaria América correspondiente al Centro de Salud José Antonio Maraboto, así como describir los niveles de participación de los diferentes actores, vincular la participación del CSUJAM, los padres de familia y docentes, realizar una campaña social en la primaria y brindar los conocimientos necesarios para controlar la pediculosis en la población de estudio. Con el propósito de lograr mejores condiciones de salud de los escolares.

El CSUJAM ha intervenido por medio de pláticas y con la aplicación de un shampoo especial para la eliminación de los piojos, pero estas acciones no han tenido beneficios en el mediano plazo, ya que no han tomado en cuenta la opinión de los afectados, sólo

han sido medidas aisladas y realizadas de manera esporádica. Por lo anterior, se decidió realizar un proyecto de intervención con el propósito de convencer a la población involucrada (CSUJAM, los profesores, los padres de familia y los alumnos) a través de una campaña social / motivacional, posteriormente continuar con la enseñanza implementando diversidad de talleres con ayuda del CSUJAM y concluir con la elaboración de una guía práctica para el CSUJAM con el fin de prevenir y controlar la pediculosis en la escuela primaria América, para que este mismo modelo pueda ser implementado en el resto de las escuelas pertenecientes al área de influencia.

MARCO REFERENCIAL

El presente proyecto de intervención incide en una problemática identificada a partir del diagnóstico de salud realizado por Allinar y cols. en el 2012[1]. Siendo dicho diagnóstico de salud el primero y único en abordar, de forma comparativa la identificación del estado de salud de la población infantil de dos escuelas primarias, pertenecientes al área de influencia del Centro de Salud Urbano "Dr. José Antonio Maraboto" (CSUJAM), una de zona urbana y otra de zona suburbana. Como parte de las recomendaciones que se establecen en el documento citado, es necesario el atender el estado de salud, incidiendo en la promoción de hábitos higiénicos de los niños, trabajando de manera conjunta con los maestros de las escuelas, los padres y los niños, así como con el personal del CSUJAM. Aunado a lo anterior, se hace mención de la necesidad de realizar la promoción del Programa "Escuela y Salud"[2] en la zona suburbana, lo anterior por el hecho de que fue muy significativo el hecho de que, en la escuela ubicada en dicha zona, las carencias eran muy notorias, así como la necesidad de la participación por parte de CSUJAM. Otra problemática expresada en el diagnóstico realizado por Allinar[1] y cols., fue que de los 145 niños estudiados el 29%, presentaban pediculosis y dada la magnitud de dicha problemática es por ello que se decidió en el presente proyecto.

El programa "Escuela y Salud"[2], tiene por objetivo realizar intervencionesintersectoriales, por parte de la Secretaría de Salud del Gobierno Mexicano, con los niños de educación básica, adolescentes y jóvenes de educación media y superior, para desarrollar en ellos las capacidades que les permitan tener mayor control sobre sus determinantes de salud, con el objetivo de mejorarla y que, el deterioro de esta, no sea una limitante en su aprovechamiento.

El programa "Escuela y Salud", en sus objetivos específicos 5 y 6, son los referentes a la problemática abordada. El objetivo específico número 5, busca fortalecer el ambiente psicosocial favorable a la salud, realizando el vínculo de la escuela y la familia.

Asimismo, el objetivo específico número 6, plantea incrementar la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, buscando crear una nueva cultura de salud.

La Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-20103, presenta los aspectos generales sobre la vigilancia, prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vector (ETV). Esta norma dentro de sus acciones, contempla los métodos químicos permitidos legalmente para la eliminación de los piojos.

La norma indica que los Servicios de Salud, son los encargados de llevar a cabo la promoción de la salud para la prevención de las Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV), teniendo por objetivo el fomento del auto cuidado individual, familiar y comunitario, más enfáticamente en la promoción de conductas saludables. Establece que para lo anterior, es necesario utilizar todas las estrategias de comunicación, disponibles y apropiadas para cada situación.

Otro apoyo fue la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999[4], para la atención a la salud del niño, que incorpora la participación comunitaria (la cual incluye a profesores y padres de familia), lo que permite el desarrollo de los entornos favorables en los ámbitos: familiares, sociales y escolares. Por último, la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993[5], para el fomento de la salud del escolar, establece las estrategias de intervención por parte del personal de la Secretaría de Salud para el fomento a la salud en los ámbitos escolares, en vinculación con las instituciones del nivel de educación básica del sistema educativo nacional, tanto públicas como privadas.

Dicha norma establece que la principal estrategia a llevarse a cabo es mediante la promoción de la educación para la salud, haciendo mención que en los programas de nivel básico cuentan con las temáticas correspondientes al conocimiento del cuerpo humano, la identificación de riesgos y daños a la salud y las medidas para preservar un estado óptimo de salud. Lo anterior, debe ser apoyado por parte del personal de salud son los encargados de orientar al personal de los planteles

educativos y en forma conjunta orientan las acciones de promoción a la salud.

De acuerdo, con las tres normas mencionadas, el proyecto de intervención tomó como base lo establecido en ellas, con el objetivo de incidir en la problemática presente en la Escuela América.

MARCO TEÓRICO

Para realizar esta intervención partiremos desde dos enfoques: comunicación y educación, en donde nos apoyaremos en el modelo de creencias de salud esta teoría tiene como principal aporte tomar medidas concernientes a una condición de salud de acuerdo a su expectativa de valor; lo que quiere decir, que está arraigada en la perspectiva humanista. Cabe mencionar, que la intervención que se realizada para el control de la pediculosis, necesitó planearse cuidadosamente e incluir ciertos componentes que pudieran facilitar el proceso de modificación de la conducta. Además, es de hacer notar que una actitud positiva, favorece conductas específicas de conservación y promoción de salud. El elemento cognitivo es, en suma, un factor predisponente para la adopción de hábitos saludables. En otras palabras, las intervenciones de control tienen como meta evitar comportamientos de riesgo, esto incluye a los mecanismos de transmisión de los piojos, este tipo de intervención pueden beneficiarse si incluyen un componente cognitivo, siendo esto más benéfico ciertos grupos poblacionales que en este caso será la población de 6 a 12 años.

Dichas intervenciones contra la pediculosis han podido demostrar resultados positivos sólo en el momento en que se combinan estrategias, pero no se han podido erradicar, debido a que es un padecimiento recurrente en las escuelas del país; se sabe que la mera información puede también tener un efecto positivo para tener un cambio conductual[6].

Otra teoría que se ocupó en dicha intervención fue la del juicio social la cual fue empleada con los padres de familia, indica que al recibir un mensaje puede ser aceptado o nó, ya que está fundado en un modelo cognoscitivo, también basado en el propio ego implicativo, cayendo en la zona de aceptación[7].

Pediculosis

A la infestación de la cabeza por piojos se la denomina clínicamente como Pediculosis[8]; siendo el parásito Pediculus capitis o piojo de la cabeza, quién circunscrita al cuero cabelludo, aunque en casos más severos, también afecta a cejas y pestañas.

Se manifiesta básicamente por un fuerte y persistente picor en la cabeza, localizado, principalmente, en el cuello y tras las orejas, siendo ésta una reacción a la saliva que el piojo inyecta durante la picadura, produciendo en la mayoría de las personas una pequeña pápula rojiza. De forma secundaria y por efecto del rascado, la irritación, el enrojecimiento o la excoriación del cuero cabelludo, favorece la aparición de infecciones bacterianas con inflamación local, pudiendo llegar a complicarse con los siguientes síntomas: con fiebre, costras serosas y/o inflamación de los ganglios linfáticos. Es de considerarse que, los piojos, como otros insectos que se alimentan de sangre, defecan mientras se alimentan, lo cual agrava los síntomas asociados a una infección secundaria de las picaduras[8].

Ingieren sangre humana varias veces al día, pero no viven fuera del cuerpo humano más de dos días. No poseen alas y no saltan, pero se desplazan fácil y rápidamente por el cabello de un pelo a otro si está seco, mientras que al estar húmedo se mueven torpemente, siendo vulnerables, identificándose más fácilmente[9].

El piojo femenino adulto adhiere los huevos al pelo mediante una sustancia insoluble al agua, similar al pegamento. Dichos huevos vivos tienen un color gris gelatinoso y se sitúan cerca del cuero cabelludo, aproximadamente a 3 o 4 mm. El calor y la humedad ayudan a su incubación. Los huevos vacíos o liendres son de color blanco y se localizan más lejos de la raíz del pelo. La distancia entre las liendres y el cuero cabelludo se emplea como indicador del tiempo que lleva infestado un niño y de la viabilidad del huevo. Lo anterior de la siguiente manera:

El huevo tarda, aproximadamente, entre unos 8 a 10 días en vaciarse, es decir, dejar salir al piojo joven o ninfa, y se pone cerca de la raíz, a lo cual, como el cabello crece cerca de unos 0,4 mm/día, cualquier huevo situado a más de 1 cm del cuero cabelludo casi seguro que está vacío.

Tabla 1. Características del piojo de la cabeza

Hábitat	Cabeza humana
Tamaño: Femenino	2,4-3,3 mm
Masculino	2,1-2,6 mm
Tamaño de la liendre	0,8 mm
Periodo incubación huevos	10 a 12 días
Femenino adulto hasta fase de gravidez	0,5 a 2 días
Huevo hasta adulto	17 a 25 días
Longevidad de un adulto	23 a30 días (hasta 2 meses)
Máximo de huevos producidos	110 a140
Número de huevos por día	7 a10
Supervivencia fuera del huésped	6 a 48 horas
Distancia de la liendre al cuero cabelludo	3 a 4 mm
Movilidad de un piojo adulto	6 a 30 cm/minuto
Número de adultos por infestación	10 a12
Número de liendres por infestación	Cientos

Gairí JM, Molina V, Moraga FA, Viñallonga X, Baselga L. Pediculosis de la cabeza. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica 2002:12.

MARCO EMPÍRICO

El Pediculus Capitis mejor conocido en nuestro país como Piojo es transmitido principalmente por contacto directo de persona a persona, o bien de forma indirecta a través de fómites. Puede provocar un prurito intenso, lo que genera la escoriación del cuero cabelludo (pediculosis), sin embargo se dan casos en que el contagiado no experimenta tal sensación lo que dificulta el diagnóstico y posibilita la propagación del parásito. El cuero cabelludo de los humanos le provee al piojo el ambiente idóneo para la supervivencia de sus larvas, 30ºC y 70% de humedad relativa, ya que fuera de estas condiciones perecerían los huevecillos[17].

Aunque por tradición se considera que el piojo no transmite directamente enfermedades, en condiciones de extrema pobreza y descuido por parte de los padres, el parásito le puede ocasionar al niño despigmentación y adelgazamiento del cuero cabelludo, anemia crónica. El prurito es primordialmente nocturno, esto conjugado con la respuesta inmune que el organismo tiene frente a la saliva del piojo, generan un estrés constante en el niño, provocando en los escolares falta de atención y concentración, en los casos agravados del padecimiento se aprecian adenopatías y en casos muy raros elefantiasis en el oído externo inclusive complicaciones renales y reumáticas. Sin embargo las manifestaciones clínicas no son la única causa de preocupación debido a este padecimiento, ya que los infestados también se ven afectados emocional y socialmente, ya que son rechazados y señalados por sus compañeros e inclusive por las personas adultas. Estudios realizados con dibujos, demostraron que los niños asocian los piojos con ansiedad y miedo[18].

De amplia distribución mundial, el *Pediculus capitis* ha sido documentado en gran cantidad de estudios, llevándose a cabo en poblaciones escolares en la mayoría de los casos. En el continente Americano, los países donde se han realizado estudios al respecto, arrojan en algunos casos datos muy diferentes entre una y otra investigación. Las incidencias encontradas han sido por ejemplo: 26,0% en Chile, 56.8% en Argentina, 14.54% en Cuba, Venezuela 28.8%, Yucatán, México 13.6%.

En los Estados Unidos por ejemplo, se estima que este insecto infesta anualmente de 6 a 12 millones de personas. Se ha llegado a señalar que a excepción de las Infecciones Respiratorias Agudas, la parasitación con piojos es el padecimiento de mayor incidencia en la infancia, es incluso mayor que la suma del resto de las enfermedades no contagiosas que atacan en esta etapa de la vida[19].

Tal como indican los estudios analizados, el patrón de infestación marca al sexo femenino como el más afectado, atribuyéndose esto a una mayor longitud del cabello de las niñas, ya que esto favorece un hábitat adecuado a los piojos, siendo además el cabello largo y liso más propenso a ser hospedero que el corto y ensortijado 12.4% y 5.3% respectivamente[20].

La edad que se ve más afectada por este padecimiento comprende de los 6 a los 8 años[21], siendo los meses más fríos del año (diciembre-febrero) cuando se ven disminuidas las poblaciones de este parasito (del 12 al 24%) con respecto a los meses cálidos[22].

A pesar de considerarse al Pediculus Capitis fuertemente asociado a una higiene deficiente, es adecuado aclarar que la costumbre del baño diario no exime a nadie de la posibilidad de contagiarse de piojos, es por esto que la revisión periódica de la cabeza del niño realizando la extracción manual de los parásitos y sus huevecillos antes que estos logren multiplicares, es de suma importancia[23], cabe recalcar la importancia de que la persona infestada puede propagar el piojo al resto de la familia, se ha observado un 14.5% de familiares convivientes infestados, de éstos el 82.5% pertenecían al sexo femenino, siendo el familiar más afectado la madre con el 32.5% de los casos[24].

En torno al problema que representan los piojos los estudios han encontrado múltiples conceptos y prácticas erróneas, de entre las cuales se destacan[17]:

- No identificar a las liendres como un estado previo al nacimiento del piojo.
- El piojo vuela de una cabeza a otra, lo que dificulta su control
- Para acabar con los piojos es imprescindible fumigar la escuela y los hogares de los infestados
- Se cree que todos los medicamentos matan al piojo y la liendre indistintamente
- El rapar al niño matará a los piojos e impedirá que se vuelva a contagiar

Los métodos empleados para la eliminación de los piojos se clasifican en químicos y físicos, dentro de los primeros existen gran cantidad de marcas en el mercado, sin embargo muchas de ellas, lejos de ser efectivas, pueden además de ser perjudiciales a la salud, generar resistencia por parte del piojo a los pediculicidas, dicha resistencia se ha ido acrecentando con el pasar de los años debido a la exposición de dosis sub-letales, es decir, dosis que están por debajo del mínimo necesario para matar al 100% de los piojos, esta característica de adaptabilidad la heredarán a sus crías.

Dentro de los remedios caseros se reportaron por parte de los tutores más de 40 alternativas diferentes[25], algunas de ellas son:

- Alcohol
- Ácido bórico
- Ácido acético (vinagre)
- DDT
- Petróleo
- Gasolina
- Keroseno (luz brillante)
- Aceite quemado de carro
- Líquido de freno
- Hiel de cerdo
- Orina de humano
- Aspirina
- Sábila
- Hojas de guanábana
- Guayaba
- Hojas y semilla de aguacate
- Hojas y tallo de plátano
- Hojas de tabaco
- Hojas de eucalipto

En México, los medicamentos de mayor utilización son aquellos hechos a base de fenotrina, permetrina, crotamitón, ivermectina y lindano. Algunos de los errores que se han detectado en la terapéutica de estos son[26]:

- Dosis, tiempos y frecuencia de aplicación no acorde con lo establecido con el fabricante.
- Instrucciones inapropiadas sobre el uso de los medicamentos por parte del personal de salud.
- Liendres vivas no removidas
- Reinfestación
- Resistencia adquirida del parasito al medicamento

Un estudio realizado en Yucatán advierte que los niños integrantes de familias mexicanas con un ingreso menor a los 4000 pesos mensuales, eran 10 veces más propensos a contraer piojos que las familias ricas[27].

Dentro de los métodos físicos, se encuentra la extracción manual y la utilización del peine fino.

Se ha comprobado la efectividad del peine fino para arrastrar los piojos de entre el cabello, esto es debido al diseño que tienen, ya que la separación que existe entre los dientes, así como la longitud de cada diente, permiten mejores resultados. Un estudio revela que al realizar un examen visual como único método, se encontrarán piojos y liendres con un 30.7 % de efectividad, en cambio este porcentaje aumenta significativamente al incluir un peine fino se encontraron hasta un 51.5%, el utilizar un peine fino también aumenta la velocidad con que se detectan, realizándose en 57 segundos en promedio, siendo que con el examen a simple vista el tiempo se alarga hasta 116 segundos[27].

MARCO CONTEXTUAL

El Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón" se encuentra ubicado actualmente en la calle Santiago Bonilla No.47, de la Colonia Obrero Campesina. Este Centro de Salud cuenta con una población de 45,669 habitantes, de los cuales 26,822 personas están afiliadas a algún servicio de seguridad social y 18,847 personas no están afiliadas a alguna institución de seguridad social.

Abarca un área de responsabilidad de 40 colonias las cuales son: Pocitos, FOVISSSTE, Luz del Barrio, Lomas de Chapultepec, Unidad y Trabajo, Loma Bonita, 24 de abril, Ferrer Guardia, Obrero Campesina, Progreso, Rafael Lucio, Unidad del Bosque, Prolongación Villa Hermosa, Magisterial, Hernández Ochoa, Ampliación de Virginia C. de Murillo Vidal, 10 de abril, 28 y 21 de marzo, Aguacatal, Luis Donaldo Colosio, 9 de abril, Miradores de San Roque, Gutiérrez Barrios, Veracruz, Jaramillo, Altamira, Diamante, Colinas de Xalapa, Lomas de San

Roque, Lomas del Seminario, Framboyanes, Manantiales, Solidaridad, Nahuinoli, Niños Héroes, Insurgentes, Víctimas de 16 de septiembre, Guadalupe Victoria, Renacimiento y Nuevo Renacimiento.

Imagen 1. Entrada principal al CSUJAM

Es una unidad médica de primer nivel de atención, integrada por con una plantilla laboral compuesta por el director Dr. Ángel Luis Cortés Lagunes, 18 médicos generales, 8 cirujanos dentistas, 4 nutriólogos, 23 personas en el área de enfermería, 2 trabajadoras sociales, 11 personal administrativo.

El Centro de Salud Ofrece servicios de consulta externa, consulta odontológica, consulta nutricional, consulta psicológica, trabajo social y servicios de farmacia.

A continuación se presenta la misión, la visión y el organigrama del Centro de

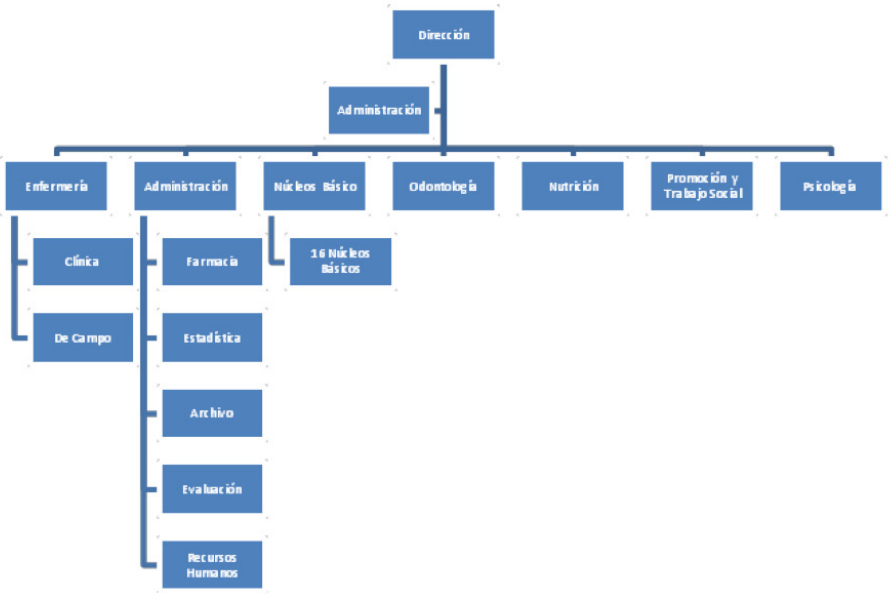
Salud: Misión:

"El Centro de Salud Urbano Dr. José Antonio Maraboto Carreón, tiene el compromiso de brindar servicios de salud oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que fomenten la protección a la salud en el área de responsabilidad, impulsando el mejoramiento de las condiciones de bienestar social con la participación activa de la población a través de las instancias federal, estatal y municipal proporcionando los instrumentos que promuevan la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios."

Visión:

"El Centro de Salud Urbano Dr. José Antonio Maraboto Carreón con la estructura técnico – normativa que propicia y genera atención médica de calidad crea un enfoque integral, cuya finalidad es satisfacer tanto a la población usuaria como a los prestadores de los servicios de salud, en un ambiente de equidad, cordialidad y honestidad."

Organigrama del Centro de Salud:



Dentro del área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón" se ubican 31 escuelas primarias públicas y privadas de acuerdo a la SEV, dentro de las cuales se encuentra la primaria América de la zona suburbana ubicada en calle Josefa Ortiz de Domínguez s/n Col. Independencia, en esta ciudad. Cuenta con 11 académicos los cuales brinda atención a 363 estudiantes de educación básica en el turno matutino. Es de nivel estatal, posee 11 aulas y una dirección. No cuentan con botiquín de primeros auxilios o consultorio de atención.

Imagen 2. Fachada de la escuela primaria América

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El escaso conocimiento por parte de la comunidad acerca del agente causal, ciclo biológico y sus complicaciones locales y sistémicas, así como las formas de contagio, el tratamiento adecuado, etc., ha incrementado esta parasitosis año tras año. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México no existen estadísticas ni registros epidemiológicos específicos y obligatorios sobre la *pediculosis capitis*, lo que ha originado que se considere un problema de salud de poco interés.

Este padecimiento constituye un problema de salud pública, ya que se encuentra distribuido por todo el mundo, ocasionando grandes epidemias y creando efectos a nivel personal, familiar y social, así como el estigma generado por la interpretación sociocultural del hecho de tener piojos, esto conlleva a que las personas tengan problemas para relacionarse con su entorno familiar y escolar.

El área de promoción de la salud perteneciente al CSUJAM, afirmó tener conocimiento sobre la problemática que existe en dicha escuela, así mismo la directora de la Institución Educativa manifestó como problema principal de salud entre los alumnos este padecimiento. La incidencia de pediculosis en dicha escuela ha tenido sus fluctuaciones a lo largo del tiempo, sin embargo, nunca se ha erradicado este problema. Adicionado a lo anterior, el control de esta enfermedad debe considerarse como algo primordial, por lo que fue necesario saber que conoce la población en relación a los piojos para si generar estrategias de promoción, prevención y educación para la salud.

Tabla 2. Jerarquización de prioridades[28]

MAGNITUD Este criterio nos permite determinar el "tamaño del problema".	En el diagnóstico previo realizado por Allinar y cols., en 2012 se encontró el 29% de incidencia. En esta intervención se aplicaron 298 cuestionarios, los cuales revelaron que 158 niños, en alguna ocasión han tenido piojos, es decir, el 53 %.
TRASCENDENCIA Este criterio nos permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicosociales, y socioeconómicas de los daños en el individuo, su familia y la sociedad en conjunto	Dentro de las principales repercusiones de este padecimiento encontramos, el rechazo que sufre el niño por parte de sus compañeros, tristeza y el estigma de "sucio o piojoso". Aunado a esto están los días de clases que pierden cuando el profesor no los deja entrar a clase por tener piojos (norma interna establecida por el plantel educativo)
VULNERABILIDAD Este criterio permite evaluar la posibilidad de controlar o eliminar un problema de salud con los avances científicos y la tecnología médica existentes en un plazo determinado.	A través de la transmisión de conocimientos fundamentados científicamente y técnicas adecuadas de eliminación de los piojos, se puede lograr incidir de manera importante en esta problemática

¿PARA QUIÉN O QUIENES ES UN PROBLEMA?

El problema es externado como tal por los docentes y los padres de los niños que están o no contagiados. Asimismo el centro salud ha manifestado tener antecedentes de dicha problemática, llevando a cabo ineficientes medidas preventivas y correctivas en favor de los niños.

Tabla 3. Causas del problema.

Problema detectado	Causas	Efecto	Metas
Insuficiente recurso humano en el área de Promoción a la salud, ya que solo son tres personas, que laboran en este departamento y por consiguiente solo acuden una vez al año a la escuela.	Visitas anuales a las escuelas del área de influencia, para llevar a cabo actividades del programa Escuela y Salud.	Falta de continuidad al programa de escuelas saludables.	Realizar una mejor calendarización y programación de visitas a cada una de las escuelas que se encuentran inmersas en el área de influencia del CSUJAM
Insuficientes herramientas didácticas que faciliten la obtención de conocimientos para el control de la pediculosis	Desconocimiento, por parte del personal de salud, de metodologías reflexivo – participativas para el cambio de conductas o la incorporación de medidas preventivas.	Carencia de programas específicos enfocados al padecimiento	Brindar una guía con lenguaje amigable en donde se especifique por medio de una campaña social y talleres educativos, con el propósito de prevenir, educar y lograr la participación de los diferentes actores, para control de dicho padecimiento.
Baja participación de la sociedad	Desconocimiento, desinterés, pena y determinantes sociales. Minimización del problema debido a que no provoca efectos secundarios graves.	Infestaciones re emergentes entre los grupos vulnerables	Implementación de una campaña y talleres educativos, dirigido a los diferentes actores del problema, sensibilizándolos en el padecimiento.

Tabla 4. Evaluación de instrumentos del proyecto de intervención.

¿Qué se hizo?	¿Cuál fue el propósito?	¿Qué se logró?
Entrevistas / cuestionario: - Promotor del Centro de Salud "Dr. José Maraboto". - Directora de la primaria.	Conocer cuanta información tienen respecto a la pediculosis.	- Hacer un diagnóstico de acuerdo con la problemática de estudio. - Definir conceptos claves. - Codificación de entrevistas.
- Docentes del plantel. - 5 familias detectadas con mayor problemática.		
Observación	- Se describieron los escenarios. - Se observaron las dificultades. - Análisis de actitudes del entrevistador y entrevistado.	Registro
Narrativa	Llevar la secuencia en la entrevista, haciendo énfasis en describir las actitudes y la participación de los entrevistados.	Análisis narrativo
Aplicación de cuestionario a docentes, padres de familia y alumnos.	- Identificación de necesidades y fortalezas. - Identificar los problemas de salud que origina la pediculosis.	- Compromiso de participación. - Continuidad de las acciones para el control de la pediculosis. - Propuestas de posibles soluciones.
Videos	Análisis más confiable.	Trabajo participativo.

PREGUNTA:

¿Pueden incidir las campañas sociales y motivacionales en la disminución de la presencia de los casos de la pediculosis?

OBJETIVO GENERAL:

Ofrecer e implementar alternativas de atención que disminuyan la incidencia de la pediculosis en niños de la escuela primaria "América" en el área de influencia del Centro de Salud Dr. José A. Maraboto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar a los actores principales que intervienen en la problemática.
- Describir los niveles de participación de los diferentes actores.
- Promover la participación del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto
- Carreón", los padres de familia y docentes.
- -Diseñar y desarrollar una campaña social en la primaria América, a fin de promover los hábitos de salud personal y de la vivienda.
- -Brindar los conocimientos necesarios a través de talleres educativos a los padres de familia para controlar la pediculosis en la población de estudio.

METODOLOGÍA

Intervención de tipo descriptivo – transversal.

Se elaboraron 3 cuestionarios dirigidos a los principales actores sociales: los padres de familia, maestros y niños. Se componían por ítems sobre el estado de salud actual del niño (a), aspecto social y familiar del menor con preguntas de respuesta cerrada y abierta. Se ésta realizando durante los meses de febrero a mayo del 2012.

UNIVERSO

La población está conformada de la siguiente manera: 363 alumnos correspondientes a los 6 grados, es cautiva, dentro del rango de 6 a 12 años; los docentes lo conforman 11 personas y los padres o tutores de los alumnos de la escuela primaria América.

VARIABLES

Variable	Definición conceptual
Pediculosis	Infestación de la cabeza, las partes vellosas del cuerpo y la ropa (especialmente a lo largo de las costuras interiores), por piojos adultos, ninfas y liendres (huevos), que causan prurito intenso y excoriación del cuero cabelludo y del cuerpo por el rascado[3].
Piojos	Artrópodo del orden Phthiraptera, suborden Anoplura, conocidos como piojos chupadores; clase Insecta y del género *Pediculus*, que se alimentan con sangre del hombre y animales domésticos y pueden transmitir enfermedades como tifo exantemático o epidémico[3].
Hábitos Higiénicos	Conjunto de acciones no escritas cuya práctica permite la conservación de la salud del individuo[10].
Rechazo	Mostrar oposición o desprecio a una persona, grupo, comunidad, etc[11].
Tristeza	Sentimiento que se experimenta ante una gran diversidad de situaciones cotidianas desagradables o adversas, cuyo común denominador es, por lo general, la pérdida de algo más o menos importante[12].
Estigma social	Atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular, que reduce a su portador, simbólicamente, de una persona completa y normal a una cuestionada y disminuida en su valor social[13].
Conformismo social	Comportamiento colectivo inhibidor de la conciencia y limitador de la voluntad que termina en un estado de autocomplacencia[14].
Cultura de la salud	Conjunto de concepciones, ideologías y conocimientos que los grupos humanos tienen acerca de la salud y lo manifiestan a través de símbolos, ritos, prácticas y conductas sociales, para elevar su calidad de vida[5].
Educación para la salud	Transmisión y recepción pasiva de conocimientos para paliar problemas concretos del ámbito de la enfermedad o como elemento central y prioritario para el desarrollo nacional en salud[15].
Campaña	Conjunto de eventos programados para alcanzar un objetivo, como parte de una estrategia, para lograr un conjunto de objetivos y resolver algún problema crucial[16].
Campaña de acción social	Campañas realizadas por entidades de servicio a la comunidad, caritativas u otras asociaciones, con el objetivo de cambiar actitudes mediante la oferta de satisfactores diferentes a un producto rentable: cultura, turismo, educación, salud[16].

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- La escuela primaria América pertenezca al área de influencia del CSUJAM.
- Alumno inscrito al plantel.
- Que el padre o tutor acepte y firme el consentimiento informado.
- Los directivos y docentes que accedan a participar en la intervención.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niño no inscrito en el presente ciclo escolar.
- No aceptación del consentimiento informado.
- Docentes que no accedan a participar en la intervención.
- Cuestionario mal llenado y/o que no cuente con el 75% completado.
- Personas que manifiesten su deseo de abandonar la intervención.

VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD[28]

Este proyecto de intervención debe de ser considerado como viable y factible de ser llevado a cabo, ya que previamente se han contemplado los siguientes aspectos:

Pertinente. La intervención se diseñó para disminuir de manera significativa la presencia de piojos en los niños de la escuela América, ya que en el Diagnóstico anterior se encontró un 29 % de incidencia de dicho padecimiento.

Económicos. El método más efectivo encontrado en la bibliografía revisada es la extracción manual y la utilización de un peine fino, el cual tiene un costo inferior a
10 pesos, por lo cual creemos factible la posibilidad de que todos los niños puedan tener uno.

Recursos. Nuestra labor será realizar las actividades de capacitación y motivación a los padres de familia, serán ellos los encargados de estar revisando diariamente a sus

hijos, en un periodo de tres semanas, por lo tanto, este aspecto estaría cubierto.

Legalidad. El proyecto de intervención es legal y éticamente correcto.

Aceptabilidad. La problemática de los piojos ha sido enlistada por el personal de promoción de la salud de CSUJAM y por directivos y los profesores de la escuela América, como el problema de salud mayor. Asimismo los padres a los que se les aplico el cuestionario han manifestado su interés por que se elimine este problema de sus niños, por tal motivo creemos que se tendrá una respuesta favorable de todos los actores de esta problemática.

Resultados:

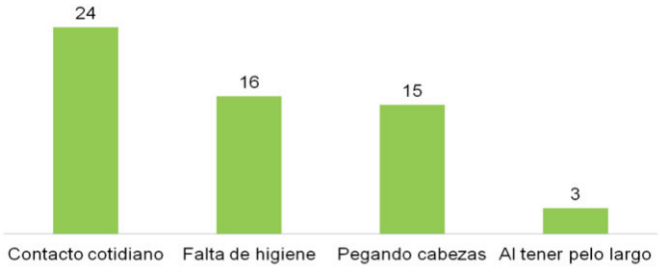
Resultados obtenidos en el trabajo de intervención, realizado en la Escuela Primaria "América" ubicada en la periferia de la ciudad de Xalapa, perteneciente al área de influencia del Centro de Salud Urbano Dr. José A. Maraboto Carreón.

Se realizó un acercamiento a la problemática, a través de la aplicación de encuestas a los diferentes actores sociales (padres de familias, alumnos y maestros) en la sede de práctica, para conocer la percepción de sus conocimientos respecto a la problemática.

En dicha encuesta participaron 58 padres de familia, los cuales son tutores de un total de 101 niños, lo que represento 26.3 % del total de los padres de los niños de la escuela primaria participando en este primer acercamiento.

Análisis previo – Padres de familia

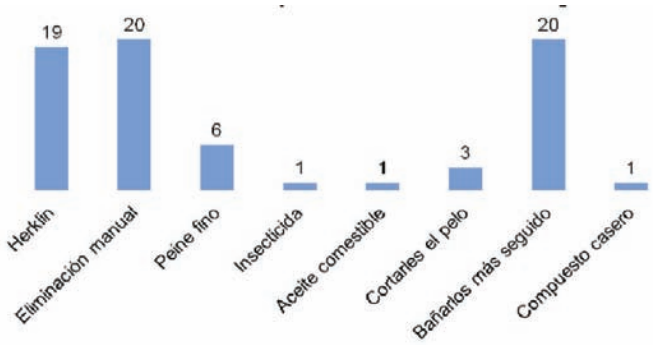
1. *Gráfica. ¿Cómo creen que se contagian los piojos*



Fuente: Elaboración Propia. Base de dato cuestionario aplicado a los niños de la escuela primaria América.

Al preguntarles ¿cómo creía se contagiaban los piojos?, 41.3 % respondió que era a través del contacto cotidiano, 27.5% que era por la falta de higiene, 25.8% a través del contacto cabeza con cabeza y 5.1% dijo que por tener el cabello largo. Asimismo externaron el desconocimiento, al saber si existen métodos alternativos al champú para el tratamiento de la pediculosis.

2. *Gráfica. Métodos empleados en caso de contagio.*

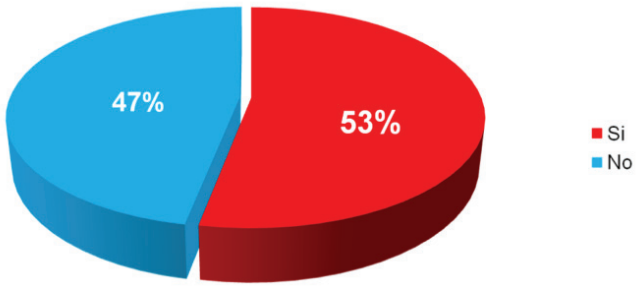


Fuente: Elaboración Propia. Base de dato cuestionario aplicado a los niños de la escuela primaria América.

Se encontró que 20 padres de familia utilizan para la extracción de piojos el bañar a los niños más seguido, 20 más realizan la eliminación manual, 19 utilizan el champú Herklin, 6 tienen como herramienta básica el peine fino, 3 padres les cortan el cabello a los niños, 1 utiliza insecticidas, 1 aceite comestible y otro padre compuestos caseros.

Análisis previo – niños.

3. *Gráfica. ¿Has tenido piojos?*

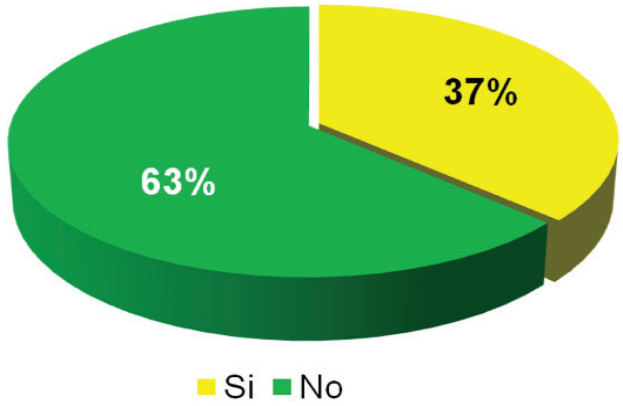


Fuente: Elaboración Propia. Base de dato cuestionario aplicado a los niños de la escuela primaria América.

Por medio de las encuestas aplicadas a 298 niños de los 6 grados de la Escuela Primaria América, pudimos detectar

que 53%, contestaron que si han tenido piojos en algún momento de su vida, mientras que 47% dijeron que nunca los han tenido. Esto nos llevó a reafirmar la necesidad tan grande de establecer estrategias diferentes a las empleadas anteriormente.

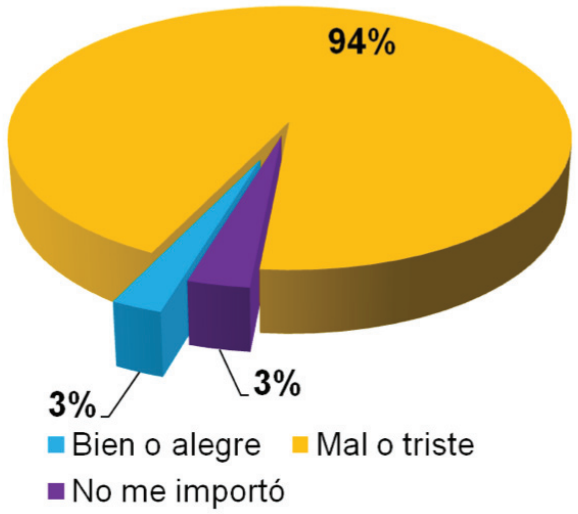
4. Gráfica. Se burlaban de ti tus compañeros.



Fuente: Elaboración Propia. Base de dato cuestionario aplicado a los niños de la escuela primaria América.

Esta gráfica nos muestra que los niños de la Escuela Primaria América que han tenido piojos, 63% no han recibido burlas por parte de sus compañeros al tener piojos, mientras que 37% sí han manifestado que alguna vez se han burlado de ellos al tener dicho padecimiento.

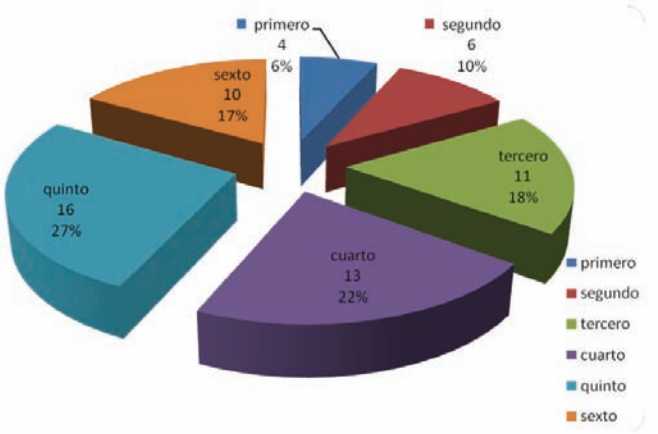
5. Gráfica. Sentimiento al tener piojos.



Fuente: Elaboración Propia. Base de dato cuestionario aplicado a los niños de la escuela primaria América.

En la encuesta aplicada a los niños pudimos detectar que 94% manifestaban sentirse mal o tristes al tener piojos, 3% no les importó y el 3% restante se sentían bien y alegres. Con estas cifras pudimos darnos cuenta de la importancia al intervenir, por consiguiente se tomaron medidas respectivas en la implantación de talleres, motivando a sus padres para contar con su apoyo y evitar que los niños tengan este sentimiento. Con el mismo objetivo se trabajó con los niños en la campaña social.

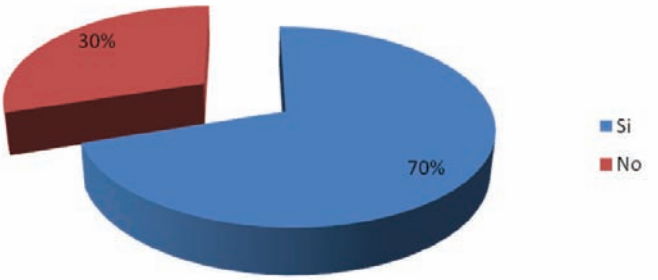
Gráfica 6. ¿Cuántos alumnos en su salón tienen piojos?



Fuente: Elaboración Propia. Base de dato cuestionario aplicado a los niños de la escuela primaria América.

En la gráfica se observa, que 27% de los casos con pediculosis se concentra en los grupos de quinto año, siendo éstos los porcentajes más altos. Asimismo se observa que los salones que presentan menos frecuencia en la presencia de este padecimiento, son los primeros años con 6%.

Gráfica 7. ¿Ha notado usted una afectación en los niños que tienen piojos?

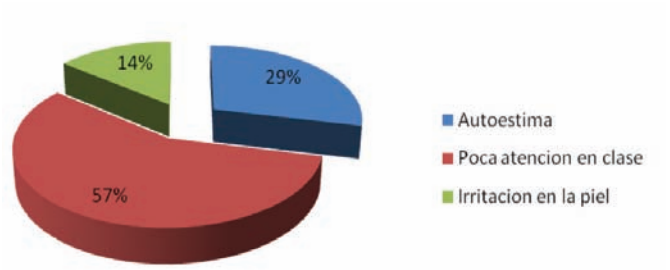


Fuente: Elaboración Propia. Base de dato cuestionario aplicado a los niños de la Escuela Primaria América.

En la gráfica podemos observar que al preguntarles a los profesores, si han observado alguna afectación en sus

alumnos por tener piojos, el 70 % de ellos respondió que sí y el 30 % dijo que no observa ninguna afectación en los niños.

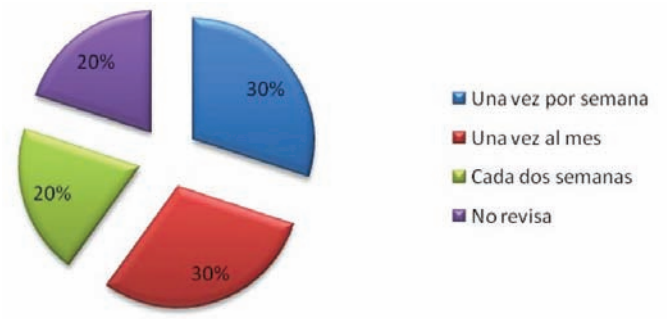
Gráfica 8. ¿De qué manera ha observado afectación en los niños?



Fuente: Elaboración Propia. Base de dato cuestionario aplicado a los niños de la Escuela Primaria América.

El 70 % de los docentes dijeron que sus alumnos son afectados por tener piojos, de éstos 57 % pone poca atención en clase, 29% tiene problema de autoestima, ya que son estigmatizados y 14 % son afectados en la piel por irritación.

Gráfica 9. ¿Con qué frecuencia revisa a los niños para detectar si tienen piojos?



Fuente: Elaboración Propia. Base de dato cuestionario aplicado a los niños de la escuela primaria América.

Otro dato interesante obtenido, es cuando se les preguntó que cada cuanto revisan a sus alumnos para detectar si presentan piojos en la cabeza, 30% de los maestros dijo que una vez por semana, otro 30 % una vez por mes, 20 % cada dos semanas y otro 20% dijo no revisarlos.

Con los resultados obtenidos a través de las encuestas aplicadas a los diversos actores sociales, nos dimos una idea del entorno en general, el siguiente paso fue definir cómo se realizaría la intervención y qué contenidos se abordarían en ella, el resultado fue el siguiente:

Primeramente se realizó una campaña social, logrando la integración de profesores, alumnos y el Centro de Salud Dr. José A. Maraboto Carreón, mediante las actividades implementadas en un Rally, el cual tuvo como propósito generar conocimientos para la comprensión de que representa un problema, y llegar al convencimiento de que no es un estado natural ni deseable en las personas y por último asumir un compromiso de parte de los niños, para aplicar lo aprendido.

El taller que se implementó a padres de familia y profesores, logró la participación activa respecto al problema, se les proporcionaron las herramientas necesarias para el combate al padecimiento, sin afectar su economía por la compra de un champú y algún otro producto químico, que a lo largo del tiempo puede generar la resistencia del parásito, lo que lleva a no poder erradicarlo, por lo tanto se les generó el conocimiento de lo que son los piojos, su ciclo de vida, esto para que comprendieran cómo es su reproducción, su forma de vida y qué necesitan para subsistir. Asimismo se les enseñaron las medidas de desinfestación necesarias para combatirlos.

Aprendieron cómo utilizar el peine fino como una herramienta indispensable, de bajo costo y alto efectividad, así como remedios caseros para combatir el padecimiento. Conocieron el modo correcto de hacer la revisión de la cabeza de sus hijos, de forma tal que la extracción sea práctica y efectiva.

Al final de cada taller, pudimos evaluar a través de preguntas de retroalimentación lo aprendido por los padres así cómo lo aplicarían en sus hogares. La mayoría de los padres expresaron que no tenían conocimiento respecto a los medios alternativos y a la manera de extraer los piojos de una manera sencilla y rápida.

Se elaboró un manual con las temáticas del taller con el propósito de que las promotoras de salud del Centro de Salud Dr. José Antonio Maraboto, transmitan la información de manera diferente, a como lo han realizado e induzcan la participación activa de la población, para generar mejor adherencia de los conocimientos adquiridos. Además de que esta misma forma de trabajar puede ser implementada en el resto

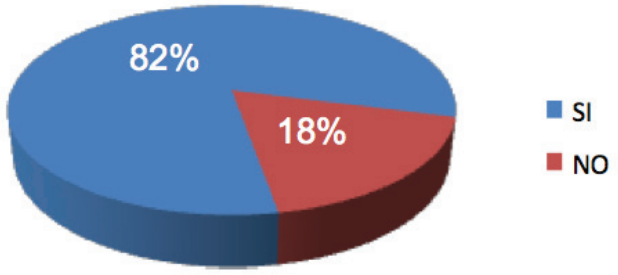
de las escuelas de su área de influencia, o por lo menos en aquellas donde exista este problema.

Los procesos se evaluaron mediante la observación participativa, entrevistas y retroalimentación obtenida en las sesiones de trabajo.

Resultados finales

Posterior a que el último de los grupos capacitados concluyó el periodo de tres semanas (acordado con los padres durante el taller) acudimos a la Escuela Primaría América para conocer la percepción de los profesores de la escuela en torno al desarrollo del taller y si ellos a partir de la implementación de las acciones realizadas en los niños y los padres, habían percibido algún cambio al interior de su salón, cabe mencionar que se procedió a aplicar un cuestionario con ocho preguntas de respuesta abierta, para evitar respuestas de cortesía, los cuestionarios no incluían espacios para anotar datos que nos dieran indicio de quién había contestado el cuestionario, dicho cuestionario fue aplicado el 18 de junio con los siguientes resultados:

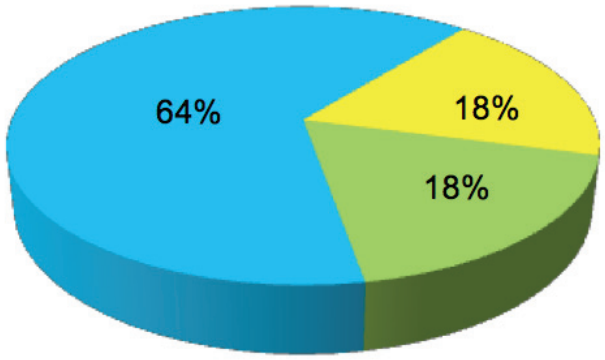
Gráfica 10. ¿En este período de tres semanas Ud. ha observado la disminución de los piojos entre sus alumnos?



Fuente: Elaboración Propia, Basado en los cuestionarios finales aplicados a los profesores de la Escuela Primaria América.

Se puede apreciar en esta grafica que 82% de los profesores consideran que posterior al taller con padres de familia, se ha producido un descenso notable en la presencia de piojos entre sus alumnos, sin embargo dos (18%) de los 11 profesores, consideran que no hay disminución entre sus alumnos.

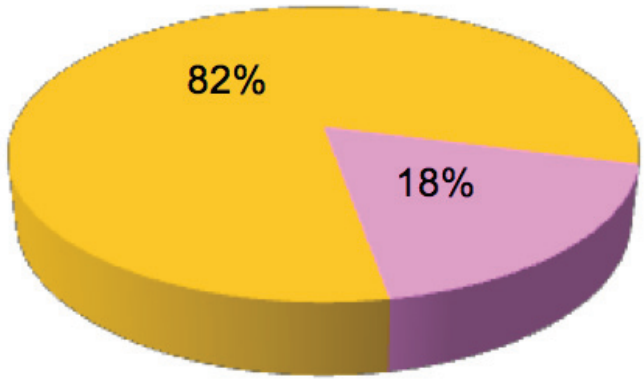
Gráfica 11. ¿Han disminuido las burlas y el rechazo de los alumnos que no tienen piojos hacia los que si tienen este problema?



Fuente: Elaboración Propia, Basado en los cuestionarios finales aplicados a los profesores de la escuela primaria América.

En los cuestionarios aplicados al inicio de la intervención a los niños, se pudo apreciar que 37% de los parasitados, habían recibido burlas de sus compañeros, es interesante observar que de acuerdo a lo apreciado por los maestros, este problema ha disminuido, ya que 64% de los maestros observa descenso en las burlas a los niños con piojos, dos de los maestros (18%) refiere que es poca la disminución que aprecian y otro 18% considera que no hubo cambio.

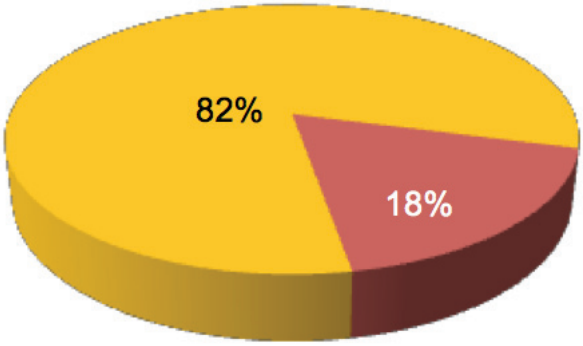
Gráfica 12. Profesor, ¿A partir de los contenidos proporcionados en el taller, la visión que usted tenía en cuanto a los piojos cambió?



Fuente: Elaboración Propia, Basado en los cuestionarios finales aplicados a los profesores de la escuela primaria América.

Del total de maestros de la escuela primaria América, 82% consideraron, a partir de los contenidos tratados en el taller, haber cambiado su visión de la pediculosis,el restante 18% no asistió al taller.

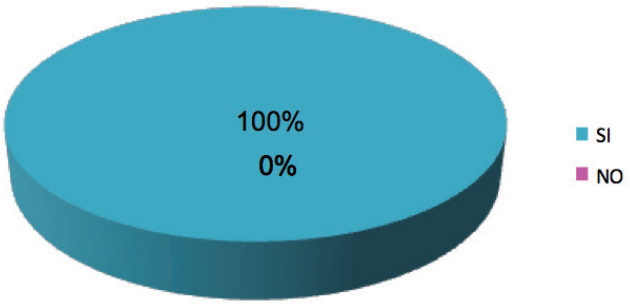
Gráfica 13. ¿En estas 3 últimas semanas Ud. ha revisado la cabeza de sus alumnos?



Fuente: Elaboración Propia, Basado en los cuestionarios finales aplicados a los profesores de la escuela primaria América.

En esta gráfica se vuelve a apreciar que 82% de los maestros se mostraron participativos, mientras que dos los profesores no revisaron las cabezas de sus alumnos en este periodo de tres semanas.

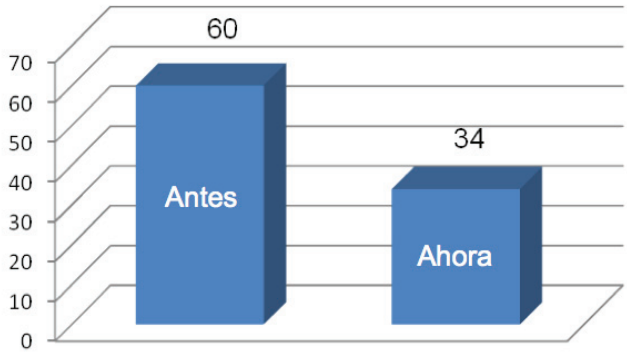
Gráfica 14. ¿Considera Ud. que el taller impartido a los padres de sus alumnos resultó de utilidad?



Fuente: Elaboración Propia, Basado en los cuestionarios finales aplicados a los profesores de la escuela primaria América.

El 100% de los profesores consideran que los contenidos tratados en el taller y la forma en que éstos fueron presentados a los padres de los alumnos resultó de utilidad y logró el objetivo de educar y concientizar con respecto a esta problemática.

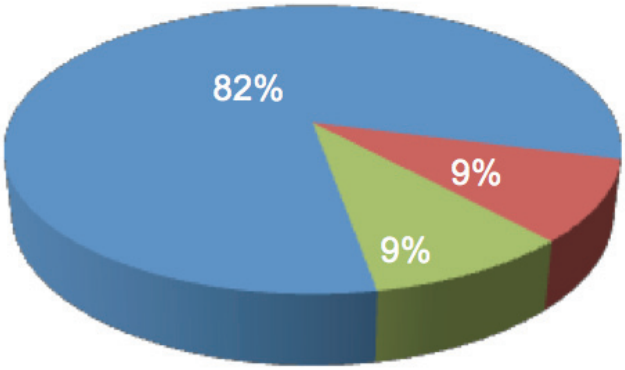
Gráfica 15. En base a las revisiones que Ud. ha realizado a sus alumnos, en estas tres semanas ¿ha variado el número de sus alumnos con piojos?



Fuente: Elaboración Propia, Basado en los cuestionarios finales aplicados a los profesores de la escuela primaria América.

De acuerdo a los conteos proporcionados por los profesores, antes de la intervención, de los 363 alumnos inscritos en la escuela 60 de ellos tenían piojos, es decir el 16%. Posterior a la intervención ese número disminuyó sustancialmente a 34 alumnos, lo que significa el 9.3%. Estos números nos hacen mostrarnos optimistas y llevarnos a pensar que 26 padres aplicaron los conocimientos obtenidos durante el desarrollo del taller y que por este motivo se observa esta notable disminución.

Gráfica 16. ¿Considera Ud. que actualmente hay mayor interés por parte de los padres de sus alumnos por mantener limpias las cabezas de sus hijos?

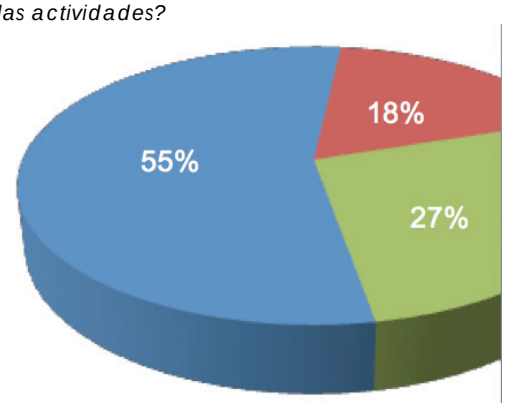


Fuente: Elaboración Propia, Basado en los cuestionarios finales aplicados a los profesores de la escuela primaria América.

El 9% de los profesores (1) de la Escuela Primaria América considera que no ha cambiado el interés que los padres demuestraSnIpor maNnteOner limpLiaas mlasacyaoberziassi

de sus hijos, uno más de los profesores (9%) cree que la mayoría de los padres si lo han hecho, mientras que son 9 los profesores (82%) que consideran que actualmente si hay un cambio notable en este aspecto.

Gráfica 17. ¿Noto Ud. en aquellos alumnos que han padecido más acentuada y recurrentemente el problema de los piojos algún cambio favorable posterior a la realización de las actividades?



Fuente: Elaboración Propia, Basado en los cuestionarios finales aplicados a los profesores de la Escuela Primaria América.

DISCUSIÓN

En investigaciones anteriores la OMS refiere que tanto a nivel internacional como en nuestro país no existen estadísticas ni registros epidemiológicos específicos y obligatorios de *pediculosis capitis*, lo que nos lleva a pensar que esta ectoparasitosis es considerada un problema de salud pública de poco interés, coincidimos con esta postura ya que a través de esta intervención se pudo apreciar la carencia de información, así como datos erróneos al respecto al tema. Es notorio, el poco interés que existe en algunos padres de familia en torno al padecimiento, a pesar de que algunos de ellos tienen hijos con este problema.

Mientras tanto, en la escala local sólo se encontró el diagnóstico situacional de los niños de la Primaria América referente a la pediculosis, desnutrición y micosis realizado por los estudiantes de maestría del ISP en 2012. En nuestra intervención no fue posible realizar un estudio comparativo con relación a investigaciones internacionales, ya que sólo se enfocaban en aspectos cuantificables de prevalencia e incidencia de niños con pediculosis, la intención de nuestra intervención estuvo dirigida hacia los hábitos higiénicos los cuales estaban vinculados con un cambio conductual a partir de un taller educativo

De acuerdo con los tiempos establecidos por la institución (cuatro meses), consideramos limitado el tiempo para establecer una coherente y correcta planeación y gestión. Cabe mencionar que al inicio de la planeación de nuestra intervención existieron discrepancias entre docentes y asesores respecto a cómo llevar a cabo el proyecto así como la elaboración del producto final a entregar a la escuela primaria y al CSUJAM, todo lo anterior, generó una confusión dentro del equipo de trabajo generando un retraso en el proceso de ejecución.

Es importante afirmar que el apoyo de los maestros para realizar la intervención fue un punto medular en dicho trabajo, ya que no todos los docentes demostraron el mismo interés y coparticipación como resultado se observaron grupos de padres con alta asistencia y participativos, en contraste con otros de baja asistencia y apáticos.

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta el objetivo general del presente proyecto de intervención, se puede concluir que se logró cumplir con el mismo, ya que con la implementación y desarrollo del taller educativo dirigido a los padres, se incidió de manera directa en el proceso de cambio de creencias y, de acuerdo a lo reflejado por ellos al final de cada sesión de dicho taller, la adopción de nuevas técnicas para la atención de la pediculosis.

Asimismo se identificaron desde inicio a los distintos actores sociales involucrados en la problemática, pero más allá de la simple identificación, en todo proceso del proyecto de intervención hubo una participación activa de éstos. Desde que se planteó intervenir en la problemática de la pediculosis, se involucró a los profesores del platel educativo. Posteriormente, a partir de la realización de las encuestas con los padres y los niños, se comenzó con la sensibilización, inducción y su involucramiento en la problemática a trabajar.

Es de destacar la participación de los padres de familia, ya que fue en ellos en quienes se quiso incidir en el cambio

conductual y perceptual sobre los piojos y las consecuencias de éstos, así como las formas de cómo podrán combatir al problema en cuestión, demostrando una respuesta favorable, asistiendo, aproximadamente 130 padres de familia, quienes como se mencionó en el primer párrafo, demostraron apertura y la adopción de las técnicas propuestas, pero más importante aún, la aceptación del compromiso propuesto: "La revisión de sus hijos por un periodo de tres semanas, con el objetivo de que, en forma masiva y organizada, toda la escuela atienda simultáneamente, el problema de la pediculosis", sin dejar a un lado la revisión periódica aún después de este periodo propuesto.

RECOMENDACIONES

Desde el planteamiento del problema y durante el desarrollo del presente proyecto de intervención, se sabía que erradicarlo en tan breve tiempo es imposible, sin embargo, los resultados obtenidos presentan un panorama muy alentador, que indica que mediante la orientación a los padres es posible lograr una reducción de la incidencia de este padecimiento, por lo cual las recomendaciones van dirigidas a tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Dar seguimiento al compromiso hecho con los padres de familia al final del taller educativo.
- Realizar esta estrategia de intervención el siguiente ciclo escolar, con el objetivo de darle seguimiento e integrar a los nuevos alumnos.
- Implementar un calendario de visitas programadas, por parte del área de promoción del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto", ocupando las estrategias planteadas por el "Manual para el control de los piojos".
- Atender las necesidades expresadas por algunos padres de familia, con respecto a los estigmas sociales generados por la pediculosis y que, han traído consecuencias en la autoestima de los niños, así como la dinámica familiar.
- Establecer como parte del reglamento interno de cada salón de la Escuela Primara América, la prohibición de que los niños junten las cabezas y el compartir objetos tales como: gorras, peines y cualquier adorno para el cabello.
- Eliminar de las clases de educación física, aquellas actividades en las que exista el intercambio de objetos que tengan contacto con las cabezas.
- Plantear más proyectos de intervención y diagnósticos de salud, no sólo con respecto a esta problemática, sino en escenarios similares.

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta a maestros.

Nombre:

Grupo: Grado: Fecha:

1. ¿Cuántos alumnos en su salón tienen piojos?

2. ¿Con que frecuencia revisa a los niños para detectar si tienen piojos?

3. ¿Qué medidas implementa cuando detecta que un niño en su salón tiene piojos?

4. ¿Ha notado alguna afectación en los niños que tienen piojos? ( ) SI ( ) NO ¿Cuáles?

5. ¿La secretaria de salud ha realizado acciones conjuntas con usted para erradicar los piojos?

6. ¿Qué opinión tienen respecto a los padres de familia de los niños que tienen piojos?

7. ¿Cómo actúan los padres de familia al informarles del problema?

8. ¿Qué propuestas propondría para solucionar el problema de piojos en sus alumnos?

9. ¿Están dispuestos a participar para lograr erradicar los piojos en la escuela? ( ) SI ( ) N O ¿Por qué?

Anexo 2

Encuesta a padres

Nombre del niño: _____Grado y grupo: _____

¿Alguna vez su hijo ha tenido piojos?

NO ____

SI _____

Si la respuesta fue **SI**, entonces conteste por favor:

¿Cuántas veces recuerda que su hijo ha tenido piojos?

¿Qué edad tenía su hijo la primera vez que le pegaron los piojos?

¿Sabe usted si en estos momentos su hijo tiene piojos?

¿Cómo cree usted que se pegan los piojos?

¿Qué ha hecho usted para quitarle los piojos a su hijo?

¿Usted cree que al niño le afecta tener piojos?

¿El Centro de Salud Maraboto o la escuela han hecho algo para controlar los

piojos?

NO ____

SI _____

Nos autoriza usted a realizar actividades diversas con su hijo para tratar de eliminar el problema de los piojos.

SI_____

NO____

¿Por qué? _____

Nombre y firma del padre o tutor del niño

Xalapa, Ver, a __de marzo de 2012

Nombre: Grupo:

Edad:

ANEXO 3

Encuesta a niños.

Instrucciones: Elige la respuesta que conteste a cada pregunta.

1. ¿Sabes qué son los piojos?

a) Si b) No.

2. ¿Alguna vez has tenido piojos?

a) Si b) No.

3. ¿Cómo te sentiste cuándo tuviste piojos?

a) Bien o alegre. b) Mal o triste.
c) No me importo.

4. ¿Se burlaban de ti tus compañeros?

a) Sí. b) No.

5. ¿Qué tan seguido te bañas?

a) Todos los días.

b) Tres veces a la semana. c) A veces.

6. ¿Quién te ayudo a que te quitarán los piojos?

a) Mi familia. b) La escuela.
c) Algún doctor o una enfermera.

ANEXO 4

Banner promocional de la campaña social: "Con limpieza no hay tristeza"

ANEXO 5

Posters para reforzar la campaña social: "Con limpieza no hay tristeza"

ANEXO 6

ESTACIONES DEL RALLY

Estación 1. El rompecabezas (La indicación la dará José Luis) el objetivo de esta estación es recolectar las cuatro partes del rompecabezas, las cuales previamente habremos escondido por toda la escuela, recuerden que esta estación es por tiempo, parece que Néstor nos echara la mano con el video (si él no va entonces en esos momentos yo tendré la cámara). Una de las partes del rompecabezas tendrá engrapado un papel que dirá "Ve con la persona que tiene la cámara y pídele tus instrucciones. Cuando lleguen con Néstor (o conmigo) entregaran las cuatro partes del rompecabezas y se les entregara su tarjeta para firmas y sus indicaciones para las siguientes estaciones. En una hoja independiente Néstor anotara los tiempos de cada equipo sin dárselos a conocer. Una vez que haya registrado el tiempo le dará a cada equipo la hoja de instrucciones para el resto del rally.

Estación 2. Baile. (Coordina Miguel) En esta estación el objetivo es la creatividad en la coreografía, se les explicara que la canción se les pasara una primera vez y se les pedirá que hagan time-back para ponerse de acuerdo, se les volverá a pasar una segunda vez, para que pulan movimientos y en la tercera ya harán el baile todos. El rango de calificación va a ser de 1 a 5, pero si logras que el maestro participe en la coreografía el equipo tendrá una estrella extra, que se sumara a la obtenida por la coreografía del grupo. Miguel, debes notificar esto al grupo antes de que escuchen la canción, para que animen al maestro a participar.

Estación 3. Pelotas. (Coordina Yazmin) El objetivo es llevar la pelota del lugar de salida al punto de llegada, haremos lo mismo que les puse en la escuela, formamos a los niños en fila india, les damos la pelota (un poco de crema, o un mucho en las manos no cae mal) y se comienza a pasar la pelota por debajo de las piernas, desde el primero de la fila hasta el último, una vez el ultimo tenga la pelota correrá al inicio de la fila y la pasara al de atrás y así sucesivamente hasta que la fila llegue donde está la cubeta.

Esta prueba es por tiempo, el tiempo de cada equipo lo anotara Yazmin, sin dárselos a conocer, firmara la tarjeta que lleva el capitán y pasarán a la siguiente estación.

Estación 4. Preguntas y respuestas (Coordina Shany) Aquí la temática es también de correr pero en esta ocasión se formarán en círculo. Las oraciones las tendrá Shany en una bolsa y les leerás una por una, en equipo deben deliberar si es falso o verdadero, una vez se hayan puesto de acuerdo (el maestro no puede soplarles la respuesta) uno de los chamacos correrá y pegara en el lado que hayan acordado, después de pegar su oración ese niño se queda de ese lado, la siguiente oración tendrá que correr otro niño diferente, con esto participaran un mayor número, aunque no pasarán todos. Una vez se hayan terminado las oraciones, Shany contara el número de oraciones correctamente colocadas, y les asignara de 1 a 5 estrellas con el siguiente criterio

- 5 estrellas (19 y 20 aciertos)
- 4 estrellas (15 a 18 aciertos)
- 3 estrellas (10 a 14 aciertos)
- 2 estrellas (6 a 9 aciertos)
- 1 estrella (menor a 6 aciertos)

Como los grupos de 4to, 5to y 6to se supone deben llevar ventaja en esta competición por el nivel de conocimientos, vamos a nivelar un poco el asunto regalándoles estrellas extra a los más pequeños 1 a los de 3er año, 2 estrellas extra a los de 2do año y 3 estrellas extra a los de 1er año.

Una vez calificado el número de aciertos, Shany firmara la tarjeta de los niños y anotara en su hoja la calificación del grupo. Y pasaran a la siguiente estación.

Estación 5. Sopa de letras. (Coordina Sheila Oyuki). El chiste de esta estación es descubrir el total de palabras en el menor tiempo posible. Se colocara el papel bond en la pared, se le dará a un niño un plumón y el resto de los niños deberán señalarle cuando encuentren una palabra, Sheila le proporcionara al maestro la hoja con el total de palabras a encontrar, el solo se las leerá a los alumnos, pero no les puede decir dónde están.

Esta estación es por tiempo, y va a suceder como en la estación anterior, los grandes llevan ventaja, entonces del tiempo total que se lleven en encontrar las palabras restaremos 10 segundos a los 3ros años, 20 segundos a los 2dos años y
30 segundos a los de 1er año.

Una vez tomado el tiempo, se les firma la tarjeta y se anota el tiempo obtenido

Estación 6. Pesca de piojos. (Coordina José Luis) En esta estación voy a fabricar unas "cañas de pescar" con un clip en lugar de anzuelo, y va a haber en el suelo figuras de papel en forma de piojo en el piso, también con un clip para poder agarrarlas, se dibujara un circulo en el piso para que sea el área que no pueden pisar y desde fuera del círculo se estiraran para pescar a los piojos. Se irán turnando las cañas de pescar para que pase el mayor número de niños posibles. Esta es también una estación por tiempo, tomare el tiempo para ver quién es el salón que hace el menor tiempo posible, en esta estación no compensaremos tiempo.

Esas son las reglas de las estaciones, cada vez que un grupo llegue hay que mencionarles las reglas, la forma de calificar y puntos extras no (excepto en la estación de baile, donde se busca que participe el maestro también). Las reglas deben quedar bien claras para los chiquillos, solo inicien las pruebas hasta que estén seguros de que los chiquillos comprendieron bien las instrucciones, ustedes llevaran los tiempos en cada estación y serán también los encargados de checar que no hagan trampa.

ANEXO 7.

Guion de la representación: "La historia de Miguel".

Hola niños, ¿Cómo están?, El día de hoy les vamos a contar una historia muy padre, esperamos que les guste, pero, para que la disfruten necesitamos dos cosas, la primera es su imaginación, ¿Quién trajo su imaginación el día de hoy?, La segunda, necesitamos es estar muy atentos.

Esta es la historia de Miguel, él es un niño que aunque se ve grandote, aún estudia la primaria. ¿Adivinen a qué escuela va? Así es, viene a la primaria América, en 5to año. (Miguel aparece con peluca)

Este chamacote NUNCA ha tenido piojos, es más, ni siquiera los conoce, se baña

Todoooos los días

TRUCO 1. (Moneda que entra a la botella) Imaginen por un momento que esta botella, representa la vida de Miguel cuando no tenía piojos y esta moneda es un piojo.

Un día Miguel estaba en la clase de educación física y jugando con uno de sus compañeros tocaron sus

cabezas, y ¿Qué creen que tenía ese niño? Piojos, efectivamente este niño tenía piojos y se los pego a Miguel, pero ¿Cómo es posible si Miguel se baña todoooos los días?

¿Qué creen que empezó a sentir Miguel?

TRUCO 2. (Moneda que se multiplica) Pueden ver esta moneda, bueno pues vamos a imaginar que esta moneda es el piojo que le acaban de pegar a Miguel y vean lo que va a pasar

Al mismo tiempo que Miguel comenzó con la comezón en su cabeza, los piojos se comenzaron a multiplicar. Cuando tenemos un piojo, este va a comenzar a poner sus huevos en nuestra cabeza, ¿Cómo se llaman estos huevos? Así es, se llaman liendres y aunque nosotros matemos a todos los piojos de nuestra cabeza, si no eliminamos a las liendres, estos huevos en unos cuantosdías van a nacer y convertirse en un piojo.

TRUCO 3. (Globo traspasado por una aguja) ahora, necesito que imaginen que este globo es la forma en cómo se siente Miguel, él por pena, no le quiere contar a sus papas que tiene piojos, pero en el salón sus compañeritos ya se dieron cuenta que el tiene piojos, lo han estado molestando, ¿Cómo creen que le dicen?, le hacen burla y no permiten que juegue con ellos. Cada vez que alguno de nosotros se burla de él, aunque nosotros no lo creamos, lo estamos lastimando, y va a pasar como esta aguja, como nuestras burlas las va a ir acumulando, va a llegar el momento en que se ponche nuestro globo, y ¿Qué va a pasar?, Miguel estará enojado o triste o se va a alejar de todos, faltará mucho a clases y terminará por dejar de ser nuestro amigo.

Cuando alguien tiene piojos, esa persona no nos puede pegar los piojos sólo por hablarle, sólo lo hará si pegamos nuestras cabezas o si compartimos cosas como peines, diademas, adornos para la cabeza.

¿Creen que este bien que nos burlemos de nuestros compañeros cuando tienen piojos? Si tú ahorita no tienes, pero ya has tenido piojos, ¿Te gustaba que se burlaran de ti?

TRUCO 4. (Palo envuelto en el pañuelo). Ahora imaginen que Miguel y el otro niño que tiene piojos comienzan a pegarles los piojos a los otros niños que no tienen. Eso si ya es un problema mayor, porque vamos a tener un grupo que va a estar dividido, por un lado se van a sentar los que tiene piojos y por el otro, los que no tienen. Ustedes, ¿Qué opinan de esto?

TRUCO 5. (Vaso que desaparece). Ahora tenemos este piojo que lo vamos a hacer desaparecer, se acuerdan que esta moneda es un piojo, y este vaso con el que lo vamos a tapar son las medidas que podemos emplear para combatirlo,

¿Ustedes cuáles conocen?

Pero… lo que queríamos era que desapareciera la moneda, entonces, ¿Por qué desapareció el vaso?

Esto es porque algunas de las cosas que mencionaron son incorrectas y no funcionan (entre ellas deben mencionar el rapado de cabeza, es cuando le quito a Miguel la peluca)

TRUCO 6 (Huevo que entra a la botella). Este truco a veces me falla chavos, entonces discúlpenme si la riego, ahora vamos a imaginar que este huevo es el piojo, y si nosotros logramos encerrar al piojo en la botella, lo habremos derrotado.

Medidas Correctas

Ahora si chavos, vamos a ver qué es lo que realmente podemos hacer para combatir a los molestos piojos.

- Bañarnos todos los días es lo más sano, sin embargo aún así nos pueden pegar los piojos, entonces aunque nosotros nos bañemos todos los días, es necesario que frecuentemente nos revisen nuestros papás.

- Si una persona tiene piojos no quiere decir que no se baña nunca, entonces no es correcto que nosotros le digamos cochino.

- El hecho de que nos corten el cabello, no quiere decir que nunca más tendremos piojos, esta es una solución que solo va a servir poco tiempo.

- Tener liendres, es lo mismo que tener piojos, ya que las liendres son los huevos que pone el piojo para que nazcan más piojos.

- No debemos compartir diademas, peines o adornos para la cabeza con nuestros compañeros, ya que esta es una forma de que nos pueden pegar los piojos. Nunca pegar nuestras cabezas con otros niños, tenga o no tenga piojos.

- La mejor manera (y la más barata) de eliminar los piojos, es que nuestros padres nos esculquen la cabeza frecuentemente (y nosotros debemos cooperar).

ANEXO 8.

GUÍA DE DESARROLLO DEL TALLER EDUCATIVO: La estructura de cada sesión del taller es:

1. Presentación. Uso de la dinámica de integración "La telaraña" y se le pedirá a los padres, conforme les vaya tocando la madeja de hilo, expresen un comentario con referencia a la pediculosis. José Luis y apoyo del equipo.

2. Vídeo informativo. Se presentan los conceptos teóricos básico del tema (Descripción del piojo, ciclo de vida, medios de contagio y mitos y realidades). José Luis.

3. Actividad 1. Explicación y demostración de cómo explorar la cabeza y cómo extraer liendres en 3 y 12 pasos. Shanny y Yazmín.

4. Actividad 2. Explicación sobre remedios caseros o alternos para eliminar piojos. Sheila.

5. Vídeo motivacional. Mediante un video con tema motivacional, se busca sensibilizar a los padres y establecer el compromiso de revisión a su hijo. Miguel.

6. Cierre. Se escuchan inquietudes y se esclarecen dudas. Equipo completo.

ANEXO 9

Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

"MANUAL PARA EL CONTROL DE LOS PIOJOS"

Magallón Ruiz José Luis
Marenco González Miguel Adrián
Ramírez González Yazmín
Vázquez Espinosa Shany Arely
Xochihua González Sheila Oyuki

Xalapa, Veracruz

INDICE

INTRODUCCIÓN....3
IMPACTO EN EL NIÑO....4
IMPACTO MÉDICO....4
IMPACTO SOCIAL Y PSICOLÓGICO.9
BIOLOGIA....12
INFORMACIÓN GENERAL....12
ALIMENTACIÓN....15
CICLO DE VIDA....16
TRANSMISIÓN....18
CÓMO EXAMINAR LA CABEZA....21
TRATAMIENTO....26
TRATAMIENTO SIN RECETA....26
MÉTODOS ALTERNATIVOS O COADYUVANTES....28
A BASE DE ACEITE O VASELINA....30
LOCIÓN....31
POLÍTICAS ESCOLARES Y NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PIOJOS....33

2

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente manual es ofrecer la información básica sobre la problemática de la pediculosis y alternativas de atención que disminuyan la incidencia de ésta problemática, en niños de las distintas escuelas primarias correspondientes al Centro de Salud José Antonio Maraboto.

3

IMPACTO EN EL NIÑO

La problemática de la pediculosis o la infestación de piojos, tiene un impacto tanto médico como social y psicológico, en quien la padece, siendo las más significativas las siguientes:

IMPACTO MÉDICO

La reacción de los individuos a la pediculosis puede variar. Están quienes, por primera vez tiene la infestación de piojos, sufren irritación leve, prurito o están asintomáticos.

4

Posteriormente y a partir de una segunda presencia de piojos, pueden sensibilizarse y presentar enrojecimiento de la piel, prurito intenso e inflamación. El rascado puede favorecer a una infección bacteriana o impétigo, pudiendo presentarse adenopatías occipitales y cervicales.

Entre las principales complicaciones de pediculosis se encuentran:

1. Irritación del cuero cabelludo. Esta irritación es producida tanto por las

5

mordeduras del piojo, así como por el rascado por la comezón.

2. Pediculide. Reacción papular secundaria, localizada en cuello y parte superior y posterior del tronco. Dichas pápulas miden de 2 a 3 mm, y logran desaparecer espontáneamente después del tratamiento, pero tienden a reaparecer en las reinfestaciones. Se presentan en el 20% de los casos de pediculosis.

6

presentarse el tifo, la cual es una enfermedad caracterizada por fiebre alta recurrente, escalofríos, cefalea y exantemas.

5. Alteración de la raíz del pelo. La pediculosis puede producir alteraciones en las características del pelo. Este puede presentarse ralo, opaco y seco producto de la infestación, del rascado intenso o como consecuencia del uso excesivo de productos químicos. El uso del peine fino y el rascado intenso

8

pueden dejar una alopecia leve. Las alopecias circunscriptas pueden ser secundarias a infecciones del cuero cabelludo y, dependiendo si hubo o no destrucción del bulbo piloso, serán definitivas o transitorias, respectivamente.

IMPACTO SOCIAL Y PSICOLÓGICO

El mayor riesgo de la pediculosis va, desde las molestias que provoca la comezón, hasta las complicaciones médicas arriba mencionadas, pero uno de los mayores daños presentes en

9

esta problemática es el provocado por el estigma social relacionado con esta plaga, asociada erróneamente con la suciedad, ignorancia y pobreza.

Se considera al concepto de estigma social, de acuerdo a Goffman, como aquél atributo desacreditador dentro de una social en particular, que tiene por objeto reducir a quien lo recibe simbólicamente, de una persona normal a una cuestionada y minimizada en su valor social.

10

Con respecto a los piojos, quien lo sufre o, en este caso, a quién se le estigmatiza principalmente, es al niño, a quien se le etiqueta y marca dentro del grupo escolar, aunándole que en algunos de los casos, en las escuelas, como forma de prevención, tienden a señalar y regresar a casa a aquél niño que es identificado como portador de piojos. De acuerdo a lo anterior es cómo se presenta el impacto negativo en el menor, reflejándose en baja autoestima, enojo, frustración y tristeza.

11

BIOLOGIA

INFORMACIÓN GENERAL

El Pediculus Capitis mejor conocido en nuestro país como Piojo es transmitido principalmente por contacto directo de persona a persona al pegar cabeza con cabeza, o bien de forma indirecta al compartir objetos tales como gorras, sobreros, peines, adornos para el cabello, etc. Puede provocar una comezón muy intensa, lo que genera la escoriación del cuero cabelludo, a esto se le conoce como pediculosis, sin

12

embargo durante los primeros días de haberse dado el contagio, estos síntomas son muy ligeros, lo que provoca que el diagnóstico se dificulte, favoreciendo con ello la propagación del parasito.

El cuero cabelludo de los humanos le provee al piojo el ambiente idóneo para la supervivencia de sus larvas, 30ºC de temperatura y 70% de humedad relativa, ya que fuera de estas condiciones perecerían los huevecillos.

13

Aunque por tradición se considera que el piojo no transmite directamente enfermedades, en condiciones de extrema pobreza y descuido por parte de los padres, el parasito le puede ocasionar al niño despigmentación y adelgazamiento del cuero cabelludo, anemia crónica y en algunas ocasiones hasta Tifus. La comezón es primordialmente nocturna, esto conjugado con la respuesta inmune que el organismo tiene frente a la saliva del piojo, generan un estrés constante en el niño, provocando en los escolares

14

falta de atención y concentración. Sin embargo las manifestaciones clínicas no son la única causa de preocupación debido a este padecimiento, ya que los infestados también se ven afectados emocional y socialmente, ya que son rechazados y señalados por sus compañeros e inclusive por las personas adultas. Estudios realizados con dibujos, demostraron que los niños asocian los piojos con ansiedad y miedo.

ALIMENTACIÓN

15

El piojo es un parasito, se alimenta de la sangre humana, para ello se vale de sus dientes que son muy potentes, con ellos penetrara el cuero cabelludo e introducirá una parte de su trompa en la piel. Esta actividad él debe de estar realizando constantemente, ya que si no lo hace, en un lapso no mayor a 48 horas, el piojo morirá, esta situación los obliga a vivir en la cabeza humana, para lograr alimentarse.

CICLO DE VIDA

16

El piojo femenino adulto adhiere los huevos fuertemente al pelo mediante una sustancia insoluble al agua, similar al pegamento. Dichos huevos son conocidos normalmente como liendres, son de un color gris y al tocarlos se siente gelatinosos, son situados cerca del cuero cabelludo, aproximadamente a 3 o 4 mm. El calor y la humedad presentes en nuestras cabezas ayudan a que se desarrollen adecuadamente y nazcan. Los huevos vacíos o liendres son de color blanco y se localizan más lejos de la raíz del pelo. El piojo saldrá

17

del huevo a los tres días y continuara su crecimiento hasta ser considerado un piojo adulto y listo para reproducirse, esto ocurre hasta los 16 días de vida del piojo, de manera normal un piojo vive 30 días, las hembras ponen de 2 a 8 huevos por día, lo que significa que una hembra adulta durante el transcurso de su vida puede llegar a poner de 100 a 120 huevecillos.

TRANSMISIÓN

18

Es importante tener presente que los piojos no tienen alas, por lo tanto no pueden volar, tampoco tienen la posibilidad de brincar como lo hacen las pulgas. Estos insectos no pueden recorrer grandes distancias, por lo tanto la forma de transmisión más común es el contacto directo de una cabeza con otra o por compartir objetos tales como gorras, sobreros, peines y toda clase de adornos para el cabello, a pesar de que los piojos pueden infestar a personas de cualquier edad, son los niños los que están mayormente

19

expuestos debido a la poca precaución que tienen de no juntar sus cabezas y el compartir objetos que están en contacto con la cabeza.

La costumbre nos dice que una persona que tiene piojos, es debido a una higiene personal deficiente, sin embargo esto no es del todo cierto. El hecho de bañarse todos los días no es una garantía para no contraer este parasito y viceversa, una persona que no se baña todos los días no forzosamente tendrá piojos.

20

CÓMO EXAMINAR LA CABEZA

Verifique toda la cabeza:

- A los piojos les gusta poner sus huevos detrás de las orejas, en la nuca y sobre el cuello, y en la parte superior de la cabeza.

Pasos:

- Moje el cabello. Ponga una sábana o una toalla grande debajo de la silla y haga sentar en la silla a la persona con piojos.

21

- Recuerde que las liendres son muy pequeñas, así que asegúrese de estar en un lugar bien iluminado.
- Seque el cabello con una toalla hasta que esté completamente seco. El calor ayudará a aflojar las liendres del cabello.
- Moje el cabello nuevamente y peine los cabellos enredados con el peine fino

22

- Parta el cabello en cuatro secciones y sujételas con pinzas para el cabello.
- Las liendres que sean difíciles de extraer pueden ser raspadas pasando el peine fino hacia arriba y hacia abajo del cabello, empezando por la parte del cuero cabelludo.
- Después de extraer todos los piojos y liendres que vea, enjuague el cabello con agua para que salgan todas las liendres que se han desprendido.

23

- Repetir el proceso para verificar si quedo alguna liendre.
- Después de peinar, sumerja el peine en una taza de agua jabonosa caliente o use una cinta adhesiva para quitar cualquier piojo, liendre, o desecho del peine.

Examine si tiene piojos una vez por semana

- Los viernes son buenos días para los exámenes. Si encuentra piojos, puede empezar a tratarlos todo el fin

24

de semana y sus niños no tendrán que faltar a la escuela.

Al eliminar los piojos, usted debe hacer dos cosas:

- Matar los piojos que están vivos en la cabeza y eliminar todas las liendres.
- Si los piojos aparecen después del tratamiento, esto se debe usualmente a que las liendres o los piojos recién incubados no fueron eliminados.

25

TRATAMIENTO

Una vez que el diagnostico se realizó y confirmó la presencia o infestación de piojos en la cabeza, existen varias opciones de tratamiento a escoger. Los métodos incluyen la eliminación mecánica, tratamiento con pediculicidas (Shampoo), así como tratamientos con productos alternativos.

TRATAMIENTO SIN RECETA

26

Existen muchos productos medicinales (pediculicidas) disponibles para el tratamiento de los piojos de la cabeza. La mayoría están disponibles sin receta (Shampoo Herklin), pero algunos si las requieren para su venta. Todos los productos deben ser usados cuidadosamente, de acuerdo con las indicaciones que indica la etiqueta, para asegurar la eficacia y prevenir las reacciones adversas del uso excesivo o mal empleado. Cuando se utilizan de manera adecuada, su eficiencia al eliminar las infestaciones por piojos de

27

la cabeza ha sido reportada de un 80 a 95%. Sin embargo, existen informes de resistencia localizada para todos esos productos. Recuerde, que estos productos no son preventivos y deben ser usados solamente si hay piojos presentes.

MÉTODOS ALTERNATIVOS O COADYUVANTES

El Shampoo (pediculicida) que es vendido por las farmacias, sin necesidad de una receta médica, solo mata a los piojos adultos y las ninfas,

28

pero raramente matan a los huevos (liendres). El peinar el cabello para aflojar y quitar las liendres es recomendado para erradicar completamente una infestación. El método de peinar es el más efectivo e intenso en tiempo, sin embargo es el mas eficaz.

Algo importante en recalcar es que: "La actividad más importante en el tratamiento contra los piojos es la extracción de liendres, sino se extraen,

29

nada de lo que haga funcionara y el problema persistirá".

A BASE DE ACEITE O VASELINA

1. Cubrir completamente la cabeza de la persona infestada por piojos con el aceite (para bebe o comestible) o vaselina.
2. Cubrir el cabello con una envoltura de plástico. Dejar actuar por lo menos 20 minutos hasta 2 horas.
3. Con el peine fino (peine caspero) eliminar las liendres y piojos.

30

4. Lavar el cabello con Shampoo y agua (preferentemente tibia).
5. Volver a peinar con el peina fino, la intención es eliminar lo que se haya podido quedar.

LOCIÓN

1. En un litro de agua, hervir hojas de eucalipto y romero por 15 minutos.
2. Agregar el zumo del limón.
3. Poner a temperatura ambiente y colocar la loción en el cabello de la persona infestada con piojos, dando un ligero masaje.

31

4. Dejar que actué por 30 minutos.
5. Lavar el cabello con Shampoo y agua.

Peinar con el peine fino, para desprender todos los piojos y liendres que se pudieran encontrar.

32

POLÍTICAS ESCOLARES Y NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PIOJOS

El programa "Escuela y Salud", tiene por objetivo realizar intervenciones intersectoriales, por parte de la Secretaría de Salud del Gobierno Mexicano, con los niños de educación básica, adolescentes y jóvenes de educación media y superior, para desarrollar en ellos las capacidades que les permitan tener mayor control

33

sobre sus determinantes de salud, con el objetivo de mejorarla y que, el deterioro de esta, no sea una limitante en su aprovechamiento.

El programa "Escuela y Salud", en sus objetivos específicos 5 y 6, son los referentes a la problemática abordada. El objetivo específico número 5, busca fortalecer el ambiente psicosocial favorable a la salud, realizando el vínculo de la escuela y la familia.

Asimismo, el objetivo específico número 6, plantea incrementar la

34

efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, buscando crear una nueva cultura de salud.

La Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, presenta los aspectos generales sobre la vigilancia, prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vector (ETV). Esta norma contempla los métodos químicos permitidos legalmente para la eliminación de los piojos.

35

La norma indica que los Servicios de Salud, son los encargados de llevar a cabo la promoción de la salud para la prevención de las Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV), teniendo por objetivo el fomento del autocuidado individual, familiar y comunitario, más enfáticamente en la promoción de conductas saludables. Establece que para lo anterior, es necesario utilizar todas las estrategias de comunicación disponible y apropiada para cada situación.

36

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, establece la participación comunitaria (la cual incluye a profesores y padres de familia), lo que permite el desarrollo de los entornos favorables en los ámbitos: familiares, sociales y escolares.

Por último, la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar, establece las estrategias de intervención por parte del personal de la Secretaría de Salud

37

para el fomento a la salud en los ámbitos escolares, en vinculación con las instituciones del nivel de educación básica del sistema educativo nacional, tanto públicas como privadas.

Dicha norma establece que la principal estrategia a llevarse a cabo es mediante la promoción de la educación para la salud, haciendo mención que en los programas de nivel básico cuentan con las temáticas correspondientes al conocimiento del cuerpo humano, la identificación de

38

riesgos y daños a la salud y las medidas para preservar un estado óptimo de salud. Lo anterior, debe ser apoyado por parte del personal de salud son los encargados de orientar al personal de los planteles educativos y en forma conjunta orientan las acciones de promoción a la salud.

39

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. 1. Allinar A, Ávila L, Insuasty Á, Hernández E, Palmeros M, Zavaleta G. Diagnóstico de la Situación de Salud de la Población de 6 a 12 años de dos Escuelas Primarias del Área de Influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", Xalapa Veracruz. In: Colecciones de Salud Pública I. México: Instituto de Salud Pública - Universidad Veracruzana;2012:58.
2. Salud Sd. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICA 2007-2012 "Escuela y Salud". In: Salud Sd, ed. México; 2009.
3. Salud Sd. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector. In: Salud Sd, ed. NOM-032-SSA2-2010. México: Secretaría de Salud; 2010.
4. Salud Sd. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. In: Salud Sd, ed. NOM-031-SSA2-1999. México: Secretaría de Salud; 1999.
5. Salud Sd. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar. In: Salud Sd, ed. NOM-009-SSA2-1993. México: Secretaría de Salud; 1993.
6. Soto Mas F, Lacoste Marín JA, Papenfuss RL, Gutiérrez León A. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Revista Española de Salud Pública 1997;71:335-41.
7. Aránega C. Procesos de influencia de los medios de comunicación en la credibilidad concedida por los ciudadanos a la tregua permanente de ETA. In. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2006.
8. López S. Guía práctica para el control de piojos. In: Salud Cd, ed. 2ª Ed. ed. Sevilla, España: Egondi Artes Gráficas, S. A.; 2004:56.
9. Gairí JM, Molina V, Moraga FA, Viñallonga X, Baselga L. Pediculosis de la cabeza. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica 2002:12.
10. Pérez A. NIVEL DE CONOCIMIENTOS RELATIVOS A LOS HABITOS HIGIÉNICOS DE LOS ESCOLARES DEL NIVEL PRIMARIO RURAL EL MUNICIPIO DE SAN ANTONIO HUISTA, HUEHUETENANGO. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala 2002.
11. Española RA, Academy SR, Publishing P. Diccionario De La Lengua Espanola: Real Academia Espanola: ESPASA CALPE ESP; 2004.

12. Peralta V, Cuesta MJ. Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. ANALES del Sistema Sanitario de Navarra 2002;25:14.
13. Miri M. El estigma social desde la teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick. 2007.
14. Chantada A. El conformismo social: una plaga. 7díasCom 2008.
15. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la Salud: la importancia del concepto. Revista de Educación y Desarrollo 2004;1:6.
16. Chévez N, Martel R. Taller de Campañas: Definición de campañas y normas que rigen a una campaña. Taller de Campañas de Comunicación 2005:9.
17. CALDERÓN-ARGUEDAS O, SOLANO ME, SÁNCHEZ C. El problema de la pediculosis capitis en escolares del área metropolitana de San José, Costa Rica. Parasitología latinoamericana 2003;58:177-80.
18. Cazorla D, Ruíz A, Acosta M. Estudio clínico-epidemiológico sobre pediculosis capitis en escolares de Coro, estado Falcón, Venezuela. Investigación Clínica 2007;48:12.
19. de la Cruz AM, de Rojas V. Conocimientos y prácticas sobre la pediculosis en un área de salud. Revista Cubana de Medicina Tropical 2000;52:44-7.
20. Ríos SM, Fernández JA, Rivas F, Sáenz ML, Moncada LI. Prevalencia y factores asociados a la pediculosis niños de un jardín infantil de Bogotá. Biomédica 2008;28:245-51.
21. MILAN AMF, OSCHEROV EB, LEGAL AZ. Pediculosis y otras ectoparasitosis en una población infantil urbana del nordeste argentino. Parasitología latinoamericana 2007;62:83-8.
22. Castro DdC, Abrahamovich AH, Cicchino AC, Rigoni AM, Raffaeli C, Barrio Ad. Prevalencia y estacionalidad de la Pediculosis capitis en la población infante-juvenil de la region sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Revista de Saúde Pública 1994;28:295-9.
23. Hernández N, Menéndez Z , Montada D, MorejónA, Finlay C M . Consideraciones sobre la transmisión de Pediculus capitis (De Geer, 1778) en instituciones escolares. In: Revista Panamericana de Infectología. La Habana, Cuba: Asociasión Panamericana de Infectología; 2004.
24. Castex M, Suárez S, de la Cruz AM. Presencia de pediculosis en conviventes con niños positivos a Pediculus capitis (Anoplura: Pediculidae). Revista Cubana de Medicina Tropical 2000;52:225-7.
25. Hernández Contreras N, Chang Camero Y, Santana Suárez Y, Machado Martínez E, Martínez Izquierdo AM, Pui Vázquez LdIC. Uso deliberado de diversos productos para el control de Pediculus capitis (De Geer, 1778) por padres o tutores de niños de escuelas primarias. Revista Cubana de Medicina Tropical 2010;62:119-24.
26. ROSSO A RP, RAMÍREZ G MS, TORRES H M. Pediculus capitis: Terapias disponibles. Revista chilena de infectología 2003;20:111-6.
27. Manrique-Saide P, Pavía-Ruz N, Rodríguez-Buenfil JC, Herrera Herrera R, Gómez-Ruiz P, Pilger D. Prevalence of pediculosis capitis in children from a rural school in Yucatan, Mexico. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 2011;53:325-7.
28. R. G, L. M, J. C. La salud pública y el trabajo en comunidad. México: McGraw-Hill; 2010.

PROYECTO DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN DE LA UNIDAD DE VIDA SALUDABLE "UVISA"

Guadalupe Aguilar Andrade Lucerito E. Ávila Lagunes Víctor Hugo Medina Hernández Marco Antonio Ruiz Rosas Gisela Zavaleta Torres
Asesores internos: Dr. Benno de Keijzer Fokker, Dr. Gaudencio Gutiérrez Alba
Asesora externa: **Mtra. Claudia Caballero Cerdán**

INTRODUCCIÓN

Dentro del campo de la salud se ha trabajado fundamentalmente sobre cómo enfrentar a la enfermedad, ocasionalmente en la prevención y poco se le ha dado importancia al cuidado de la salud; en las últimas décadas el auge en las ciencias sociales contribuyó al replanteamiento de los paradigmas en salud, fortaleciendo la posición de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La promoción de la salud y prevención de la enfermedad es un compromiso de todos y su actividad en la comunidad debe ser asumida por todos, tanto por los individuos como parte de sus hábitos y costumbres, como por los profesionales del área de la salud, así como por los funcionarios representantes de los diferentes organismos de la autoridad. El campo de la promoción de la salud debe abarcar a las personas, la familia y la comunidad, siendo la promoción una de las estrategias más importantes para incidir en el fortalecimiento de la salud y mejoramiento en la calidad de vida de las sociedades. La importancia de tener en cuenta que gracias a la disminución en la exposición a factores de riesgo, se reduce la vulnerabilidad de padecer una enfermedad y así podremos afirmar que la prolongación de los periodos de vida sana mejorará la esperanza de vida de la población.

El presente Proyecto de Intervención abordará el proceso de la comunicación al interior y al exterior de la Unidad de Vida Saludable (UVISA), con el fin de brindar y fortalecer el vínculo informativo con los usuarios y la comunidad, ofreciendo los medios adecuados para orientar su responsabilidad y poder tomar decisiones con respecto a su salud, así, cada miembro de la sociedad debe estar instruido de manera completa, confiable, oportuna y clara, la comunicación es la palabra clave.

Además, se lograría cumplir con otro de los objetivos fundamentales desde la creación de la UVISA, con esta adecuada comunicación se promueve la promoción de la salud, y con estrategias bien planeadas, se puede mejorar la educación para la salud al exterior de la unidad.

El hilo conductor de este proyecto de intervención será el proceso comunicativo, el cual tiene repercusión directa en las demás actividades que se desarrollan en la UVISA como son educación para la salud, participación comunitaria, promoción de la salud y prevención de enfermedad.

Con el fin de identificar los materiales comunicativos existentes al interior de la UVISA que han sido elaborados para el personal de la unidad, usuarios y población en general, nos dimos a la tarea de hacer un recorrido diagnóstico, tomando evidencia fotográfica de todos estos instrumentos, posteriormente se llevó a cabo el análisis correspondiente haciendo énfasis en las teorías de la comunicación, con el propósito de hacer los aportes pertinentes para el enriquecimiento de dichos materiales. Otra de las propuestas es colaborar con la elaboración de los materiales educativos y didácticos que las diferentes áreas de atención de la UVISA requieren, para lo cual también sugerimos reenfocar la estrategia de enseñanza y participación comunitaria con la finalidad de coadyuvar en el proceso de promoción de la salud para la adquisición de estilos de vida saludables.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el México de hoy, urge educar y aprehender un estilo de trabajo, basado en una estructura de comunicación

apropiada a cada cultura organizacional. Ello definirá de modo contundente, el cumplimiento satisfactorio de la misión, visión y objetivos de las organizaciones.[1]

El problema en la UVISA fue identificado mediante el intercambio de ideas con la coordinadora general sobre la comunicación en sus diferentes ámbitos y además en los resultados obtenidos de la aplicación de una encuesta tanto a usuarios como al personal. Por lo que se llegó a la conclusión de que el problema a abordar era de importancia para la unidad y que el equipo de trabajo se encuentra en plena disposición para poder intervenirlo; de manera que la correcta aplicación de las técnicas de comunicación contribuya a vincular la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con los programas desarrollados en la unidad, con la finalidad de incrementar la eficacia y la eficiencia en la obtención de estilos de vida saludables en los usuarios, y que además, al haber mensajes correctamente emitidos, éstos se conviertan también en promotores de su salud y las de sus familias.

¿Para quién (es) es un problema?

En toda organización, la existencia de una inadecuada implementación de los procesos comunicativos genera un problema no sólo para los actores institucionales, sino también para el público destinado a recibir esos mensajes, por lo que la problemática puede verse desde distintos enfoques y por lo tanto tener diferentes percepciones.

La coordinación, el personal, los usuarios y el equipo de la intervención detectaron esto como un problema a atender, identificando fortalezas como oportunidades de mejora en los distintos niveles en los que la unidad genera información.

Hablar, platicar, expresar, comunicar, son términos que las organizaciones productivas utilizan con gran frecuencia pero con poca diferenciación, ya que cada una de ellas, orienta actitudes y comportamientos variados.1 Por lo que es necesario proponer un sistema de comunicación organizacional efectivo, que permita a las personas asumirse en el rol que la empresa o institución le ha conferido y comprender los lineamientos y políticas de trabajo, mismas que además, le permitan encajar con sus necesidades y expectativas dentro y fuera de ésta.[2]

Causas del problema

Problema identificado	Causa	Actor institucional	Evidencia
Falta de unificación en los mensajes	Se carece de un anexo al manual de identidad que establezca los lineamientos de qué y cómo comunicar.	Responsables de área	Falta un capítulo referente al proceso comunicativo, por lo que el personal no cuenta con la información que les permita asumir la responsabilidad del cómo comunicar.
Falta de responsable del proceso comunicativo	Se carece del recurso humano que se encargue específicamente de coordinar este proceso en la unidad.	Dirección de prevención de enfermedades crónicas en la Jurisdicción V	
Escasez de material audiovisual enfocado en la PS	Falta de asignación de recurso económico que fortalezca estas acciones.	La dirección de promoción de la salud de los SESVER	No existe un material específico de apoyo de la PS como lo marcan los programas de cada una de las áreas de la unidad.
Escases de material educativo y didáctico en las diferentes áreas de acción de la unidad	No existe un departamento de enseñanza e investigación y que desarrolle continuamente planes, materiales,estrategias didácticas que coadyuven en las actividades de la UVISA.		
Insuficiente inducción en el manual de identidad			
	Evaluación en metas y no en procesos	Coordinación general	Se desconoce que exista un instrumento de evaluación que se aplique para medir el desarrollo de las líneas de acción basadas en procesos que permitan visualizar el impacto de los programas

En el desarrollo de una eficaz comunicación dentro y fuera de la organización influyen múltiples factores, como las relaciones humanas en el trabajo y que determinan nuestro comportamiento. De aquí deriva la complejidad para contar con un sistema de comunicación efectivo dentro de las empresas.

Además, los mensajes que se emiten al exterior, como en el caso de la UVISA determinan el éxito de

las acciones encaminadas a promover estilos de vida saludables desde la infancia.

Para obtener como resultado relaciones humanas satisfactorias en la organización, lo más importante es promover mayor eficiencia en el trabajo, ahorro de tiempo, mayor satisfacción y motivación del personal, mejor integración del personal, mejor ambiente de trabajo, mayor coordinación y cooperación entre los miembros del equipo, mayor grado de desarrollo personal, tanto del jefe como de sus colaboradores, reducción de problemas humanos, mayor compromiso por la calidad y productividad.[2]

Siguiendo esta línea, tenemos que la comunicación no es estática sino dinámica, continua y sistemática. Está formada por diferentes partes, las cuales deben operar al menos con un mínimo de eficiencia.[3]

La Comunicación Organizacional se considera por lo general como un proceso que ocurre entre los miembros de una colectividad social. Al ser un proceso, la comunicación dentro de las organizaciones consiste en una actividad dinámica, y que se ajusta de acuerdo con el desarrollo de la organización.[3]

Partiendo de esto, buscamos una intervención en la UVISA, que promueva las buenas relaciones en el trabajo, fundamentalmente para lograr eficientemente los objetivos institucionales, la integración y el desarrollo de los individuos, lo mismo que con el exterior.

Lo que planteamos en esta intervención es generar un cambio en la estructura de la Comunicación Organizacional de la UVISA pretendemos romper paradigmas, que en definitiva detienen la evolución de la unidad ya que están estáticos los niveles de crecimiento en cuanto a comunicación se refiere.

Consideramos que en primer lugar u n a buena relaciónhumana implica, compromisos claros y concretamente comunicados.

Para iniciar y mantener un cambio en el desarrollo organizacional es necesario conocer y dar a conocer qué se espera, de quiénes se esperan y quiénes dirigirán el rumbo.

Para ello es trascendente establecernos:

¿Qué se quiere comunicar?
¿Cómo se va a comunicar?
Saber cómo hacerlo
Analizar cómo lo puede recibir la gente
Propiciar en consecuencia una cultura de empresa

II. JUSTIFICACIÓN

Hoy en día las acciones en salud se enfocan al campo de la medicina curativa y son pocas las medidas en el área prevención de la enfermedad o de promoción de la salud.

La UVISA se crea como un espacio específico para desarrollar acciones de promoción de la salud, para alcanzar y mantener la salud, entendida como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la mera ausencia de afecciones o enfermedades, involucrando al recurso humano en salud, al individuo, la familia y la comunidad.[4]

El costo beneficio en salud es más redituable cuando se invierte en la detección, prevención, promoción y educación para la salud.[5]

La comunicación organizacional entendida como el conjunto de mensajes que se intercambian entre los integrantes de la organización y los diferentes públicos de su entorno facilita la creación y mantenimiento de buenas relaciones con y entre sus miembros.[2] Además, ayudan a proyectar una imagen favorable de la organización y la promoción de sus actividades. Se ha observado que en la UVISA estos procesos son susceptibles de ser mejorados, tanto al interior, como al exterior.

Con base en lo anterior, surge la necesidad de la realización de este proyecto de intervención con la finalidad de hacer más eficiente la comunicación al interior de UVISA tanto para población usuaria como personal que labora en la unidad.

Además de las acciones de comunicación que se llevan a cabo en el interior de la unidad, también se requiere fortalecer mejorar y los procesos comunicativos con los públicos externos a los que llegan los programas de promoción de la salud, sobretodo en el ámbito de la educación para la salud y la participación comunitaria.

Dicho lo anterior, se tiene claro que este proyecto permitirá enfocar con mayor eficacia y eficiencia los programas destinados por la UVISA para promocionar estilos de vida saludable, así como todo aquello que sea necesario comunicar tanto a los trabajadores como a los usuarios.

Los resultados obtenidos a través de este proyecto de intervención se enfocan básicamente en hacer más eficaces los canales de comunicación existentes en la UVISA, tanto con los usuarios, personal y población externa objetivo de la promoción de la salud. Dichos canales comunicacionales representan el principal instrumento de intervención de la unidad para dar a conocer sus mensajes. Estos deben darse de forma clara, precisa y contener suficiente poder de eficacia para lograr influir en los procesos habituales de vida. Por tanto, el resultado que se pretende tener está comprendido en dos niveles, en primer lugar la optimización de los carteles, avisos, así como material audiovisual que se presenta al interior de la unidad que contribuya a la generación de procesos de comunicación más eficientes, cómodos, estandarizados, temáticos y legibles. Y por otro lado la creación de material educativo que sea de utilidad para las pláticasque se brindan dentro del Programa Extramuros del Área de Nutrición que permita la generación de un proceso de enseñanza más acorde con las necesidades tanto del programa como de los destinatarios en su proceso de aprendizaje.

III. MARCO REFERENCIAL

3.1 Marco Teórico

TEORÍAS DE LA COMUNICACIÓN
Comunicación Organizacional

Dentro de una organización existen contextos de información particulares, lo anterior incluye formas y procesos de comunicación que no se encuentran en otros contextos.La comunicación organizacional se puede definir como el estudio de los mensajes a través de canales formales e informales, de un grupo relativamente grande y deliberadamente diseñado, lo cual resulta en la construcción de significados que influyen en sus miembros como individuos y como grupo. El análisis de ésta incluye conocer la manera como las reglas se han difundido y son asimiladas, la estructura de la división del trabajo, su comunicabilidad y ambiente, las formas de transmisión y recepción de mensajes horizontales y verticales.[6]

El estudio de la comunicación organizacional se puede realizar de acuerdo a dos rubros: interna y externa, los cuales se comprenden como los flujos informativos y las interacciones que sostienen para la primera, los grupos al interior de la empresa y para la externa las relaciones con los usuarios.

Mercadotecnia Aplicada a la Salud

En este sentido es necesario influir en el aspecto de la comunicación, mediante campañas de cambio social, las que de acuerdo a lo que explica Kotler, “son un esfuerzo organizado conducido por un grupo (agente de cambio) que pretenden convencer y otros los destinatarios de que acepten, modifiquen o abandonen, determinadas ideas, actitudes, prácticas y conductas”.[7]

En muchos casos, el agente de cambio busca en última instancia modificar la conducta de los destinarios, generando creencias nuevas o bien reafirmando conocimientos ya establecidos.

Esa transformación de la conducta puede presentarse al final de una serie de etapas intermedias, como la modificación en la información, conocimientos y actitudes de una población. Por lo anterior se apoya la presente intervención en la mercadotecnia aplicada a la salud pública, que incluye la conducción del individuo hacia un cambio en beneficio de su salud y calidad de vida, siempre con un enfoque ético, sustentado en promover la salud, la detección precoz o el tratamiento oportuno adecuado y eficaz, tanto en un contexto de contra marketing a productos nocivos contra la salud como es el caso del tabaco, el alcohol o las drogas, hasta los productos “milagro” en campañas encaminadas a llevar a límites racionales el consumo de otros productos nocivos para la salud como, medicamentos, alimentos chatarra, alimentos con alto contenido graso y calórico, entre otros.

La mercadotecnia social sustenta su aplicación en los principios para influir en el comportamiento de los grupos poblacionales, la llamada población meta y alcanzar objetivos sociales deseados; un cambio de comportamiento que tiene una connotación social y no comercial.[8]

De acuerdo a Kotler y Roberto, los elementos de una campaña de cambio social, son los siguientes:

1) Causa: Un objetivo social que los agentes de cambio consideran que ofrecerá una respuesta acertada de un problema social.
2) Agente de cambio: Un individuo u organización que intenta generar un cambio social y lo que implica una campaña de cambio social.
3) Destinatarios: individuos, grupos o poblaciones que son objetivos de los llamados de cambio.
4) Canales. Vías de comunicación y distribución a lo largo de las cuales se intercambian y transmiten hacia atrás y hacia adelante la influencia de respuesta ante los agentes del cambio y los destinatarios.
5) Estrategia de cambio: la dirección y el programa adoptados por un agente de cambio para llevar a cabo el cambio en las actitudes y conducta de los destinatarios.

La mercadotecnia social, es una disciplina que excede el ámbito comercial, puesto que su metodología, para detectar y satisfacer necesidades de consumo y uso de bienes y servicios, también es útil para detectar y satisfacer necesidades de tipo social, humanitarias y espirituales.

Posicionamiento

Tomando en cuenta que cada grupo en particular tiene un conjunto de creencias, actitudes y valores, las estrategias se deben adaptar al segmento al que se dirige, con base en lo anterior se pretende lograr el posicionamiento, que se refiere a lo que se hace con la mente de los probables clientes o usuarios; cómo se ubica el producto en la mente de éstos.[9]

El enfoque fundamental del posicionamiento no es crear algo nuevo y diferente, sino manipular lo que ya esté en la mente y entretejerlo a las conexiones que ya existen. La mejor manera de conquistar la mente del cliente o de posibles clientes es con un mensaje súper simplificado.
Para penetrar en la mente, hay que definir claramente el mensaje, desechar ambigüedades, simplificarlo y simplificarlo aún más si desea causar una impresión duradera.

En un proyecto de selección, debemos elegir el material que tiene más oportunidad de abrirse camino. Debemos buscar en la mente del cliente no dentro del producto o servicio, solo una parte mínima del mensaje logrará abrirse camino, hemos de enfocarnos en el receptor, concentrarnos en los deseos o necesidades de las personas que demandaran nuestro servicios, no en la realidad del producto o servicio.[10]

Los múltiples asuntos y problemas sociales han congestionado tanto los canales que solo una pequeña fracción de los mensajes logra llegar a su destino. La publicidad es tanta que inhibe nuestros sentidos, impidiendo la asimilación de los mensajes. Por lo tanto, en comunicación se debe decir lo esencial; utilizar palabras clave, que obtengan un lugar en la mente del posible cliente.[9]

Psicología Aplicada a la Salud

El objetivo principal de la UVISA como se ha venido mencionando, es el de revelar a los usuarios aquellas conductas poco saludables, de manera que se modifiquen las decisiones que éstos toman reenfocándolas en los estilos de vida saludables para preservación de su salud; esto se hace con la intención es infundir creencias específicas[11] para que el individuo de manera independiente genere acciones en pro de su salud principalmente PS, además que, con estas acciones se evitaran muchas enfermedades presentes y futuras, el campo de acción será involucrar al recurso humano en salud, al individuo, la familia y la comunidad.[12]

Una de las herramientas de la UVISA es, orientar a todos sus usuarios de manera individual, para que lleven el mensaje a la población sana o con factores de riesgo, con la única intención de modificar acciones generales y específicas para el cambio de conducta, con respecto del cuidado de su salud.

Entendiéndose por conducta a los procesos mentales observables (expresión oral, escrita y actividad física) y no observables13(pensamientos, actitudes y percepciones)estos elementos se mantienen en estrecha relación e interacción con los factores individuales, patrones interactivos, factores de relación interpersonal e influencias sociales. Las teorías de cambio de conducta describen la forma en que estos factores que determinan el entorno y la construcción de creencias, se pueden modificar, reforzar o introducir con el objeto de lograr el cambio de conducta deseado.[14]

Partiendo de estos antecedentes, se encontró que la teoría cognitivo-conductual se basa en la hipótesis de que todo comportamiento es aprendido y que los factores ambientales e internos están relacionados con el comportamiento de cada uno.[15] Esta teoría involucra

estrategias personales, como el auto-control y resolución de problemas, generando conciencia en las personas ante los estímulos internos y externos y de sus respuestas.

Por otro lado, si reconocemos que a la psicología de la salud le interesa el análisis y la modificación de las interacciones entre el comportamiento y el proceso salud- enfermedad, entonces en el nivel de la promoción y de la prevención la dimensión psicológica se refiere a la predicción y al control de lo que la persona hace, en tanto que ello puede constituir un factor de protección de la salud, o un factor de riesgo de enfermedad y disfunción.[16]

Teoría cognitivo-conductual (psicología aplicada a la salud)

La teoría cognitivo-conductual es ideal para ser aplicada en el área dePS. Ésta trata de estudiar el comportamiento humano, retomando factores individuales, patrones interactivos, factores ambientales, influencias sociales y factores internos relacionados, como autocontrol y conciencia.

Para trabajar en el campo de la PS y PE, en ambos casos se requiere la implementación de estrategias de educación para la salud que tomen en cuenta a todas las disciplinas científicas involucradas, en un marco interdisciplinario y transdisciplinario, en el contexto de modelos socio-políticos, ecológicos y socio culturales, cuyos alcances van hacia la interacción entre los individuos y los grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político.[16]

En apoyo a la teoría raíz, se toman también en cuenta algunas microteorías que describen los procesos en la adquisición de comportamientos saludables, conceptualizados en un marco de corte cognoscitivo; son los denominados modelos cognoscitivo-sociales, dentro de los cuales son bastante conocidos algunos como el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada, la teoría de la acción planeada, teoría del establecimiento de metas y la teoría de la motivación para la protección.[17] A continuación, se describirán brevemente:

Modelo de Creencias en Salud

Sugiere que la probabilidad que un individuo tome medidas concernientes a una condición de salud, está determinada por su deseo de tomar medidas y por las ventajas percibidas en función del costo de hacerlo, contra el de evitar los males de la enfermedad, perspectiva humanista.[17]

Teoría de la Acción Razonada

Predice las actitudes y los comportamientos de los grupos grandes de personas, que actuarán guiados por sus intenciones buenas o malas; y las creencias de un individuo.

La teoría de acción razonadatrata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conducta.[17]

Esta teoría asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. Siendo esta teoría una de las más significativas y más usadas en el área de salud, incluso en áreas no relacionadas con la salud.

Teoría del Comportamiento Interpersonal en Salud

Las teorías de comportamiento de salud a nivel interpersonal suponen que las personas se ven influidas por sus entornos sociales y, al mismo tiempo, ejercen influencia sobre ellos. Estas teorías no se limitan al desarrollo de la comprensión de las interacciones; incluyen factores relacionados con la experiencia y las percepciones de los individuos con respecto a su ambiente, junto con sus características personales.[17]

Estilos de Vida Saludables

El estilo de vida representa gustos, hábitos y modos de conducta. Depende, en gran medida, de los valores culturales, de las características socio-psicológicas y de las tradiciones históricas de la familia, el grupo social, la etnia y la religión en que se ha formado una persona.[18] Está vinculado con el modo de vida que manifiestan las normas y estereotipos de conducta y conciencia de los grandes grupos humanos, de las generaciones y las civilizaciones. Incluye también los aspectos éticos y estéticos correspondientes. Las formas más humanas de la autorrealización y autoeducación se encarnan en el estilo de vida, revelando el grado de libertad y de integridad de las personas.

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna

de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo, los estilos de vida saludable tienen que ver con actividad física y alimentación para prevenir enfermedades de tipo metabólico, cardiovascular.

En estesentido los procesossociales,tradicion es, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de la comunidad conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.Por lo tanto, los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

La construcción del país al que todos aspiramos exige que pongamos nuestro sistema de salud a la altura de los retos y las necesidades del siglo XXI. Reclama, en especial, que respondamos con eficiencia, calidad y justicia a los desafíos sanitarios, que son ya la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el territorio nacional.

Hoy México enfrenta una compleja agenda de salud pública. Sufrimos todavía enfermedades del subdesarrollo, como las asociadas a padecimientos infecciosos y desnutrición, y al mismo tiempo enfrentamos desafíos de los países avanzados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes.

Junto con esta transición epidemiológica, enfrentamos rezagos inocultables como los elevados índices de mortalidad materno-infantil.

Las acciones de prevención en salud destacan por ser costo-efectivas al mejorar la salud y calidad de vida de la población, mientras que se evitan altos costos de tratamiento en el futuro.[19]

3.2 Marco empírico

La UVISA se crea como un espacio específico para desarrollar acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, para alcanzar y mantener la salud, entendida como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la mera ausencia de afecciones o enfermedades, involucrando al recurso humano en salud, al individuo, la familia y la comunidad.[4]

La UVISA es planteada como una alternativa para empoderar y orientar a la población sana o con factores de riesgo para tener procesos de vida saludables y con el objetivo de prevenir o retrasar enfermedades crónicas promoviendo cambios de hábitos y de conducta.

Dentro de los antecedentes previos a este proyecto de intervención se encuentran el Diagnostico de salud realizado por los estudiantes de la Maestría en Salud Pública perteneciente al Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana en el año 2009 titulado, Diagnóstico de salud de la población de la Unidad de Vida Saludable, 20coordinado por la M.S.P. Christian S. Ortiz Chacha el cual tuvo por objetivo conocer las condiciones de salud de la comunidad usuaria de la UVSA para tener una visión real de su situación de salud, para orientar las acciones preventivas y de promoción de salud de la unidad.

Dicho diagnóstico de salud fue un estudio de corte cuantitativo descriptivo, transversal y observacional que, buscó caracterizar las condiciones de salud de la población objetivo de la unidad. Las viviendas censadas fueron 720 con un total de 748 familias encuestadas y presentaron al final del estudio resultados con cuadros de frecuencia, porcentajes y sus gráficos, los cuales describen las características sociodemográficas, daños a la salud y los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y enfermedades infecciosas, así como las prácticas de prevención de la salud.

El MSP Ricardo Reséndiz Aguilar, en el año 2010 realizó la investigación Prevalencia de hipertensión arterial y la relación de obesidad y el incremento de la circunferencia abdominal como factores asociados en escolares de 4 escuelas primarias de Xalapa, Veracruz.[21] Dicha investigación tuvo como objetivo general el determinar la prevalencia de hipertensión arterial y la relación de obesidad como factores asociados en los niños de 4 escuelas primarias y con base a una metodología de tipo cuantitativa, observacional, analítico y transversal.

En el año 2011 entre los meses de agosto a diciembre se realizó el diagnostico de salud denominado Diagnóstico de la situación de Salud de las usuarias con más apego a la Unidad de Vida Saludable (UVISA), Xalapa, Veracruz.[22] La investigación estuvo basada en un bimétodo, de

tipo transversal y retrolectivo y se trabajó con una población de 48 usuarias que mantienen un apego considerable a la UVISA.

Los resultados cuantitativos arrojaron una mejoría notable en general en cuanto al cambio de hábitos de los usuarios con respecto al desayuno, comida y cena, ya que el 93.8% mejoró o mantuvo de manera efectiva el hábito de desayunar, el 81.3% en la comida y el 77.1% en la cena.

Dentro de lo cualitativo se identificó una relación bastante estrecha entre los logros y retos con relación al aspecto nutricional como factor en común. Los usuarios declararon que la alimentación es uno de los principales cambios en corto plazo, a nivel personal y familiar, pero que también es un elemento difícil de cambiar en ambos niveles. Además, entre los motivos por los cuales los usuarios consideran que los hombres no asisten a la UVISA son: inadecuada distribución de los horarios en cuanto a las actividades internas de la unidad, la timidez de asistir a un lugar donde la mayoría son mujeres y una aparente negación del autocuidado.

Actualmente México no cuenta con unidades como la UVISA a nivel nacional y/o estatal, pero si a nivel institucional por medio del IMSS con PREVENIMSS y por medio del ISSSTE con PREVENISSSTE. El primer programa, fue creado en el año 2003[23] y tiene un carácter preventivo con la finalidad de mejorar la salud de los derechohabientes de todas las edades (niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores). Este programa establece medidas adecuadas para sus derechohabientes enfocadas a la promoción de la salud, esquemas de nutrición, estrategias de prevención y control de enfermedades, identificación oportuna de enfermedades y cuestiones relacionadas al tema de la sexualidad.

El ISSSTE por su parte, crea en el año 2003 el programa PREVENISSSTE mediante el cual establece distintos módulos de atención a su población derechohabiente y en los que proporciona información de interés alrededor de temas relacionados como el Abuso de Sustancias, Alcohol y Tabaco, Cáncer, Diabetes, Hipertensión, Salud Cardiaca, Influenza, además de contar con información en línea a través de un portal web, en donde los usuarios pueden consultar una enciclopedia en línea, procedimientos médicos, resúmenes de enfermedades, los módulos de salud mencionados, entre otras.

Cabe hacer mención que este modelo nace a partir de una serie de acciones en términos de prevención y promoción de la salud observados en Japón, se desconocen cuál fue el modelo específico bajo el cual se basó la conformación del modelo UVISA, sin embargo se localizó el modelo Okinawa que se basa en el desarrollo de una cultura dietética, el desarrollo de una actividad física integral a lo largo de la vida de los individuos que además, permita generar una autoestima social y mental, entre otros temas de importancia relacionados con el desarrollo integral y saludable de las personas.

Un ejemplo más de la participación comunitaria en estos días es el Programa de Comunidades Saludables en el estado de Sinaloa, como una política de salud con el fin de promover la salud de los sinaloenses por medio de acciones sociales y educativas que incrementen la conciencia pública en materia de salud, propicien estilos de vida saludable y estimulen la acción comunitaria y la participación social a favor de una mejor calidad de vida.

3.3 Marco Institucional

Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND)

Dentro del eje 3 referente a la igualdad de oportunidades, el objetivo 4 de este PND habla acerca del mejoramiento de las condiciones de salud de la población;24 y menciona que gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que más frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada, lo que se logrará mediante la implementación de varias estrategias, de ellas, la 4.3 es la que se relaciona con las actividades de la UVISA, puesto que se refiere a integra sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades con el fin de incrementar la efectividad de las políticas de prevención en salud, bajo una estrategia coordinada por la Secretaría de Salud y con prioridades claramente establecidas.

Programa Nacional de Salud 2007-2012

Frente a los retos relacionados con la transición epidemiológica por la que atraviesa el país, el Programa Nacional de Salud 2007-2012[25] se plantea cinco objetivos, de los cuales el primero se refiere a mejorar las condiciones de salud de la población, a través de la estrategia no. 2: Fortalecer e integrar las acciones

de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades. Las líneas de acción de esta estrategia que competen a la UVISA son:

•Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud.
• Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables.
• Impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardio-vascular.

La sociedad mexicana demanda mayor y mejor información: conocer la realidad en que vive, los factores que le afectan, las causas y consecuencias de las enfermedades. Para construir una nueva cultura en salud es necesario proporcionar información para aumentar el conocimiento de la población y apoyar una adecuada toma de decisiones con respecto a su propia salud y la de su familia.

En este contexto, la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud tiene como objetivo disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinan con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud. El componente 5 de esta estrategia se centra en el fortalecimiento de la oferta de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. La prestación de servicios de salud a la persona de tipo preventivo, para la promoción de estilos de vida saludables, la protección contra riesgos sanitarios y la detección temprana de riesgos personales.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA)[26] tiene como marco de formulación al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), elaborado por el Ejecutivo Federal con la finalidad de establecer los objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades que le darán rumbo y dirección a la acción de gobierno durante la presente administración.

El PROSESA se relaciona íntegramente con los 10 objetivos nacionales del PND. Esta relación se da de forma directa con algunos objetivos como es el caso de los objetivos 4, 5 6, 7 y 8 del Eje 3 del PND, "Igualdad de Oportunidades".

En él se recalca que el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y control de riesgos sanitarios, está orientado a reducir el impacto que tienen las enfermedades y las lesiones sobre individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto.

Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016

Dentro del Plan Veracruzano de Desarrollo previsto para el periodo 2011-2016 el gobierno establece como eje la construcción de un "mejor futuro para todos"[27]. Se contempla que dicho propósito bajo el rubro de la salud considere a la prevención y la atención oportuna para todos.

Dichas consideraciones se encuentran específicamente contempladas en el objetivo 8 del plan, en el que se establece la necesidad de "Fomentar una cultura de prevención que permita evitar o postergar la ocurrencia de diversos padecimientos, lo anterior mediante estrategias de promoción de "una cultura de prevención, en la población y en todas las instituciones que directa o indirectamente inciden en la salud de los veracruzanos", además de privilegiar "la atención preventiva oportuna, que es más eficiente que la curativa, desde la perspectiva del bienestar y de los costos de atención",[27] por último, contempla que se deberá realizar la promoción "en las unidades de salud de primer nivel la rectoría efectiva en promoción de la salud, comunicación en salud y manejo de riesgos personales".[27]

Los planes y programas antes mencionados hacen énfasis en la promoción de la salud como un determinante de la prevención de la enfermedad, pero sobre todo contemplan la adquisición de buenos hábitos y estilos de vida saludables que permitan el desarrollo de sociedades más sanas.

Como se puede observar, mucho se dice en documentos acerca de la promoción de la salud, sin embargo, no se puede soslayar la crisis de los servicios de salud debido a la visión hegemónica que ha prevalecido, orientada hacia la curación, más que a la prevención.

3.4 Marco Contextual

Dentro de la ciudad de Xalapa, Veracruz se encuentra la Unidad de Vida Saludable (UVISA), única en su estilo y proyecto que nace en el año 2007, cuya misión es desarrollar estrategias de prevención y promoción de la salud con énfasis en la participación comunitaria para fomentar estilos de vida saludables y así lograr una mejor calidad de vida de la población.

La UVISA surge como un espacio para promover habilidades de prevención y promoción a la salud que brinda un servicio, por una parte a personas sanas y a familiares de personas enfermas atendidas y referidas por el centro de salud José Antonio Maraboto Carreón, la Unidad tiene como base para el logro de sus objetivos las siguientes estrategias, servicio integral de prevención y promoción de la salud, capacitación y educación para la salud de la comunidad, coordinación intersectorial, comunicación con la comunidad, capacitación continua para el personal de salud e investigación en salud.

La UVISA inicia sus labores brindando atención al público en mayo del 2009. Sus instalaciones se ubican en la Av. Orizaba No 27, colonia Obrero Campesina, C.P. 91125, de esta ciudad capital. El universo potencial de usuarios de la UVISA es de 48 mil usuarios,[4] los cuales se encuentran en 16 núcleos básicos, donde se incluyen las distintas colonias que conforman el área de influencia de este centro de salud.

El edificio de la UVISA dentro de sus instalaciones cuenta con oficinas administrativas, recepción, salón de acondicionamiento físico, área de salud oral, nutrición, psicología, atención médica, enfermería, trabajo social, departamento de informática, sala de juntas y de estimulación temprana, los servicios se otorgan a los usuarios en la unidad los días lunes, miércoles y viernes, en horario de 8:00hrs. a 15:30hrs.

El servicio que se otorga a los usuarios de la Unidad comprenderá las siguientes acciones, información de los servicios que la Unidad ofrece, apertura de expediente de Vida Saludable, programación de citas de servicios subsecuentes mediante el carnet de citas para una Vida Saludable, entrega y/o actualización de las Cartillas Nacionales de Salud, interrogatorio y exploración física, manejo multidisciplinario en las áreas de enfermería, reconocimiento médico, nutrición, odontología, psicología y activación física, detección oportuna de factores de riesgo o patologías, educación para la salud, orientación y consejería e información al usuario así como también la transferencia oportuna a otro nivel de atención, en caso de ser necesario y a la unidad para seguimiento de acciones preventivas y de promoción de la salud.

Las áreas que integran la Unidad son:

Nutrición: La cual es el área de servicio de mayor demanda y donde se brinda a los usuarios planes de alimentación y orientación alimentaria.

Activación Física: Se realizan valoraciones en los usuarios con un programa individual de ejercicios auxiliándoles a mejorar su calidad de vida, al acondicionarse en fuerza, flexibilidad, resistencia, velocidad y coordinación.

Psicología: Área donde se otorga a los usuarios, consultas de evaluación psicológica, acompañamientos terapéuticos, consejerías y orientaciones en temas diversos de salud mental.

Enfermería: Se encaminan las acciones hacia lograr descubrir factores de riesgo, sobre todo al detectar sobrepeso y obesidad.

Reconocimiento Médico: Se identifica como un área que brinda acción urgente dirigida a identificar e intervenir tempranamente, reducir y evitar los riesgos de enfermedades que pueden dañar a la salud.

Salud Oral: Se realizan detecciones de placa dentobacteriana, educación sobre técnicas de cepillado, uso de hilo dental, profilaxis, sesión de salud bucal y revisión de tejidos bucales, instrucciones de autoexamen de cavidad oral, aplicaciones tópicas de fluoruro.

Trabajo Social: se brinda información a los usuarios sobre los servicios que otorga la unidad y en extramuros se han realizado visitas domiciliarias para invitar y captar usuarios de primera vez, así como realizar la promoción de las actividades en el centro de salud.

En la UVISA se cuenta además con diferentes clubes dirigidos a los diversos grupos de usuarios, en la atención que se refiere a los niños se cuenta con el club de Estimulación temprana dirigida a los menores de dos años de edad, el club de Rutinas de acondicionamiento

para niños dirigido a niños y adolescentes de 6 a 15 años de edad y el club de padres.

En el área de atención para el cuidado de la salud de los jóvenes se oferta el del Grupo Adolescente promotor de la salud, para el grupo que se conforma por las señoras usuarias se cuenta con el club de embarazadas y el de mujeres con énfasis en los temas de interés para este género. Para las personas de la tercera edad se brinda el club del Adulto Mayor, y para el público en general se ofrecen los clubes de cocina saludable, así como los clubes de activación física como Zumba-Baile, Latín dance, Bailes de salón, todos los anteriores clubes han sido diseñados para la promoción de la salud y lograr una mejora en la calidad de vida de los usuarios.

IV. OBJETIVOS

Objetivo general

Diseñar e implementar una estrategia de comunicación al interior y al exterior de la UVISA que permita la emisión de mensajes efectivos hacia los diferentes públicos a los que van dirigidos.

Objetivo específicos

- Reforzar las actividades de comunicación que se llevan a cabo tanto al interior como al exterior de la UVISA.
- Enfatizar las acciones dirigidas a la promoción de estilos de vida saludable entre los usuarios.
- Complementar el programa extramuros del área de nutrición mediante la propuesta de estrategias educativas participativas.

V. METODOLOGÍA

El problema a abordar en este proyecto de intervención se determinó tomando en cuenta cuatro fuentes diferentes de información:

1. Los antecedentes mencionados en las diferentes investigaciones previas llevadas a cabo en la Unidad;
2. La necesidades expresadas por parte de los directivos de la UVISA

3. Un diagnóstico inicial efectuado por este equipo investigador

4. Las opiniones vertidas por las y los usuarios en un sondeo llevado a cabo por el equipo.

En diagnósticos de salud previos pudimos contextualizar la necesidad de dar a conocer los servicios que ofrece la UVISA a una mayor cantidad de población, especialmente los jóvenes y población masculina, debido a que estos grupo pos son los que menor representatividad tienen como usuarios.

Por otro lado, se han detectado oportunidades de mejora en la conformación de los expedientes de la Unidad, así como también en la implementación del expediente electrónico, ya que hasta el momento cuentan sólo con un bosquejo de los requerimientos por área que consideran deberían ser integrados al desarrollo de la aplicación para dicho expediente.

El diagnóstico inicial acerca de los procesos comunicativos al interior de UVISA como parte de las actividades del Módulo de Comunicación en Salud de la Maestría en Salud Pública, le permitió al equipo, contar con una visión integral respecto del uso y distribución de la información transmitida desde UVISA hacia los usuarios y hacia el personal que labora en la unidad.

De este diagnóstico inicial surgieron propuestas para mantener lo que se está llevando a cabo oportuna y eficazmente y por otro lado hacer más eficiente algunos puntos dentro del proceso comunicativo al interior de la organización.

Al plantear a la coordinación de la UVISA la propuesta reforzamiento de la comunicación interna, es recibida con beneplácito y disposición, agregándose entonces la necesidad de contar con herramientas didácticas y audiovisuales que permitiese optimizar los recursos tanto humanos como materiales de las diferentes áreas con las que cuenta la Unidad.

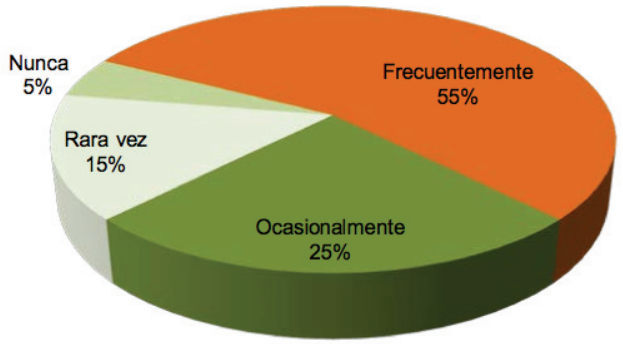
De esta forma, se logró identificar y delimitar un problema susceptible de ser intervenido que era de relevancia tanto para la coordinación de la sede, como para el equipo investigador y también dentro del programa académico planeado para el segundo semestre de la MSP.

Por último, realizamos un sondeo consistente en dos encuestas con seis preguntas cada una, dirigidas a las y los usuarios de la UVISA, así como al personal respectivamente, con el fin de conocer su opinión respecto de la utilidad y pertinencia del material de comunicación existente en la unidad. A continuación se muestran los principales resultados obtenidos en este sondeo:

Usuarios

Se aplicaron 20 cuestionarios con un promedio de edad de la población usuaria participante de 36.5 años.

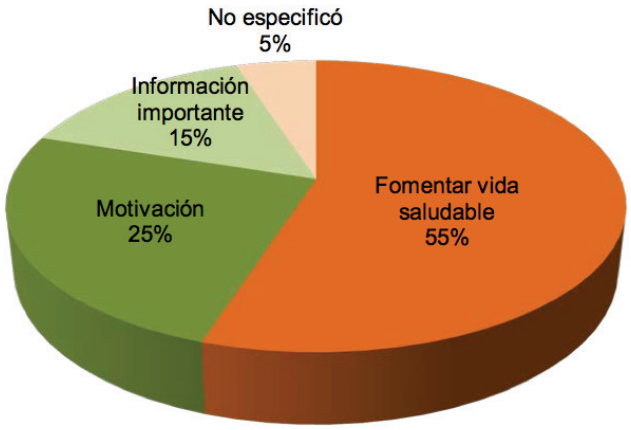
Grafica 1. Frecuencia con que se detiene a leer la información.



Fuente: Tabla 1. Anexo A

La frecuencia con que se detiene a leer la información desplegada a lo largo de la unidad fue de; frecuentemente con 55%, ocasionalmente con 25%, rara vez 15% y nunca con 5%.

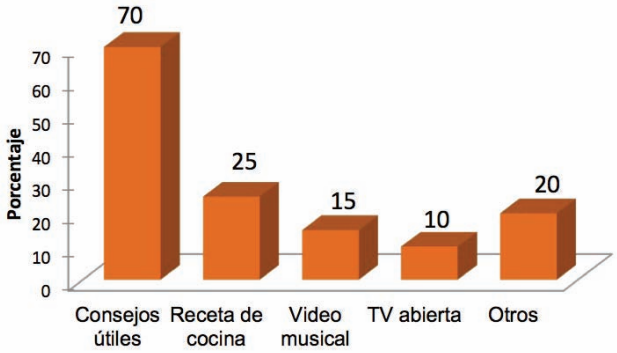
Grafica 2. Percepción de los medios impresos



Fuente. Tabla 2. Anexo A

La utilidad que le encuentran los usuarios a la información, la relacionan con fomentar vida saludable el 55%, motivación 25% e información importante el 15% y el 5% no especificó.

Grafica 3. Contenido que le gustaría se proyectara en las pantallas de la UVISA.



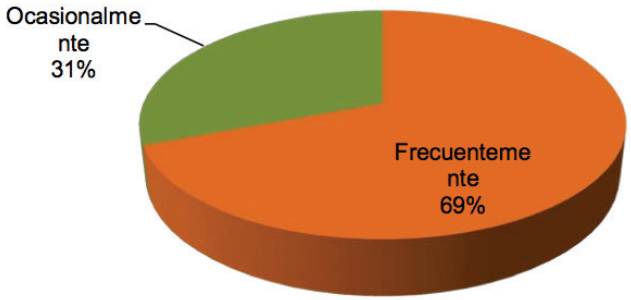
Fuente. Tabla 3. Anexo A

Contenido que le gustaría se proyectara en las pantallas. El 70% sugirió consejos útiles, el 25% Recetas de cocina, el 20% otros (consejos para cuidado del medio ambiente, técnicas de ejercicio, temas de motivación, programas positivos y de interés diario), 15% videos musicales y 10% tv abierta. Cabe destacar que en este campo se obtuvieron observaciones como que las pantallas nunca las proyectan y que los aparatos no funcionan.

La información no refleja el 100% ya que los participantes tenían la oportunidad de seleccionar más de una opción.

Trabajadores

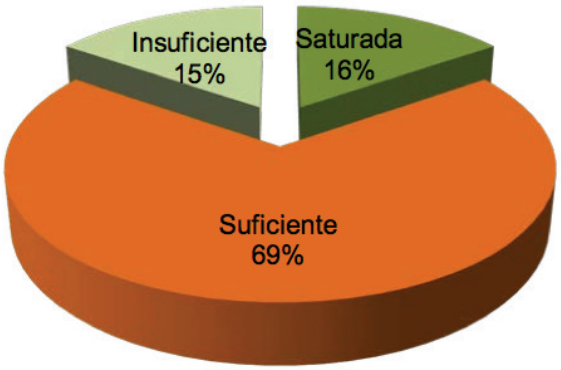
Grafica 4. Frecuencia con que se detiene a leer la información desplegada en la unidad.



Fuente. Tabla 4. Anexo A

A la pregunta de ¿Con que frecuencia se detiene a leer la información desplegada en la unidad?, el 69% menciono hacerlo frecuentemente y 31% dijo hacerlo ocasionalmente.

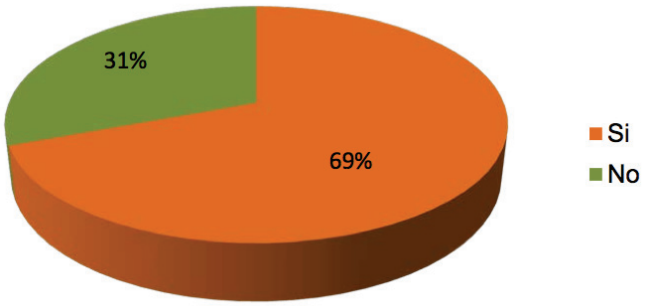
Grafica 5. Consideración de la cantidad de información desplegada en la unidad.



Fuente. Tabla 5. Anexo A

El 69% del personal participante considera la cantidad de información desplegada en la unidad como suficiente, saturada 16% y el 15% la considera insuficiente.

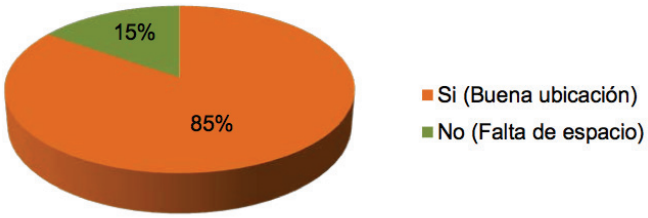
Grafica 6. Adecuado diseño de los mensajes.



Fuente. Tabla 6. Anexo A

El 69% considera adecuado el diseño de los mensajes, no así el 31% y menciona que cada responsable de área lo realiza conforme a su criterio.

Grafica 7. Consideración de la colocación de información en puntos estratégicos.

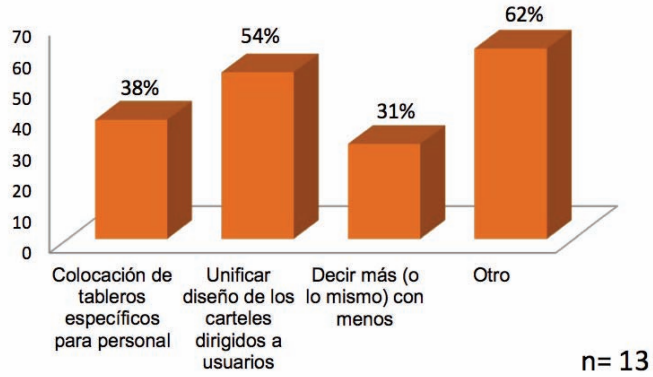


Fuente. Tabla 7. Anexo A

El 85% considera la colocación de la información en puntos estratégicos ya que son colocados en lugares concurridos por los usuarios y personal. El 15% no lo considera así por falta de espacio.

El 62% menciono *otro* a la pregunta de recomendar dos propuestas de mejora donde se encuentran; recibir capacitación para una mejor comunicación, elaborar un diseño visualmente atractivo, lugar donde colocar la publicidad establecido, más imágenes, menos texto, entre otros.

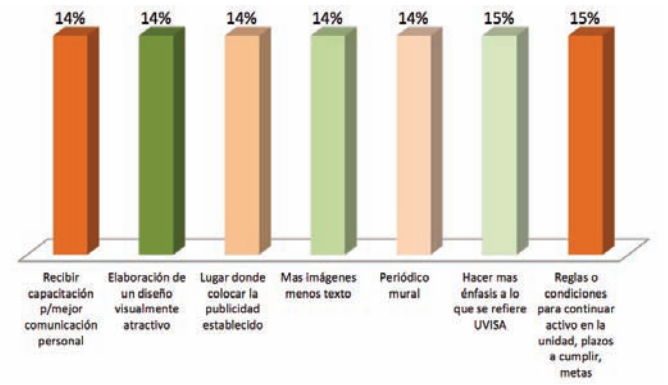
Grafica 8. Propuestas de mejora en cuanto a comunicación organizacional.



Fuente. Tabla 8. Anexo A

De las propuestas que se les dieron como opciones, el personal señalo que; unificar el diseño de los carteles dirigidos a usuarios con 54%, colocación de tableros específicos para personal el 38%, 31% decir más con menos.

Grafica 9. Propuesta de mejora en el campo «Otro».



Fuente. Tabla 9. Anexo A

Con todo esto, concluimos que la mayoría de usuarios toma en cuenta los anuncios y avisos, argumentando que les son de utilidad, los ayuda a motivarse, sin embargo también se identificó una cierta confusión temática que probablemente es producto de la sobre saturación de los mismos.

Por otro lado, la mayoría del personal (67%) considera pertinente la ubicación y el contenido de los carteles, sin embargo opinan que existen oportunidades de mejora, por ejemplo en el hecho de llegar a convenios respecto de poder decir más con menos, o un criterio único para su elaboración, ya que hasta el momento cada encargado de área los realiza de acuerdo a su criterio.

Tomando en cuenta todas estas opiniones de los actores sociales de la UVISA concluimos que el proyecto de intervención giraría en torno a hacer más eficientes los canales y medios de comunicación de la UVISA, lo que incluye la generación de un material audiovisual que será proyectado en las pantallas digitales con las que cuenta la unidad, así como también el material didáctico será de gran utilidad en los procesos de enseñanza aprendizaje del Programa Extramuros del Área de Nutrición para Escuelas Primarias.

Para cumplir con los objetivos propuestos trabajaremos paralelamente el diseño del material didáctico, la búsqueda de información útil que será incluida en un DVD y también la creación de una guía de comunicación intraorganizacional.

Para complementar el diseño de herramientas didácticas contamos con la colaboración de un diseñador gráfico, con quien trabajamos en conjunto con el equipo y la encargada del programa de nutrición de manera que integrando los saberes de las tres partes consolidaremos la idea de los instrumentos necesarios, su uso y adaptación para los diferentes grados escolares en los que se desarrollan las actividades de UVISA.

La intención primordial es la creación de un material duradero que permita la interacción entre el facilitador y los alumnos de primaria, que las dinámicas den pie a la participación comunitaria, de manera que los conocimientos respecto de alimentación saludable sean aprehendidos por los destinatarios del programa aun cuando es poco el tiempo destinado a cada sesión. Con esto proponemos redireccionar el enfoque pedagógico conductista que actualmente tiene el programa para llevarlo a ser más participativo.

Este material deberá concluirse antes de la segunda quincena del mes de mayo para proceder entonces a la capacitación del personal que hará uso del mismo de manera que el equipo proponga una metodología que provea una experiencia de participación que les sea verdaderamente provechosa a los que reciben este programa en sus escuelas.

Así también, tomamos en cuenta que el 70% de las usuarias fueron quienes propusieron se proyectaran consejos útiles en la pantalla colocada enfrente de los aparatos de ejercicio; con lo que contribuiremos al aprovechamiento de los materiales de los que dispone UVISA para la promoción de estilos de vida saludable, de enfatizar la actividad física y la alimentación balanceada. Estos consejos útiles serán intercalados entre cápsulas culturales y de hábitos saludables. Una vez concluidos los materiales audiovisuales en formato DVD se realizará una prueba piloto mostrándolo a las usuarias y a los activadores físicos para recuperar nuevamente sus opiniones respecto de los mismos. Para enriquecer su contenido y si es el caso modificarlos.

También, a la par, elaboraremos una guía de comunicación intrainstitucional de manera que se homogenice el diseño de los mensajes informativos que emite a UVISA y queden estipulados los lineamientos para el lugar específico de la colocación de dichos mensajes. Esta guía será presentada ante el personal que labora en la unidad, para de igual manera recoger sus impresiones y mejorarla.

VI. RESULTADOS

La comunicación es sumamente necesaria para la interrelación, ya sea humana o de cualquier tipo.

Toda organización o empresa necesita hacer uso de diferentes medios para comunicar hacia sus públicos sus actividades, funciones y objetivos; así también, el propio personal de la empresa requiere mantener un lazo comunicativo entre ellos mismos.

Es importante considerar que los programas y actividades de comunicación que se realizan en la organización -independientemente del público al que se dirijan, de los objetivos que persigan o de los canales utilizados- deben responder a una estrategia común cuya última finalidad será ayudar a la organización a alcanzar sus metas.

Concebir a la comunicación interna y externa como actividades aisladas puede ser poco efectivo. Una estrategia comunicativa bien implementada permite hacer más eficientes los mensajes que la organización pone en marcha con el fin de dar a conocer sus actividades, funciones y objetivos.

Posterior a la inducción acerca del uso del Manual de Comunicación, proporcionado a cada responsable de área, se dieron dos semanas para llevar a cabo un nuevo diagnóstico del proceso de comunicación en la UVISA, enfocado precisamente en la emisión y colocación de los avisos. A continuación se pueden observar las imágenes antes de la implementación del manual y después de ésta.

Figura 1. Curso de inducción acerca del Manual de Comunicación UVISA 2012

Figura 2. Pasillo principal de la UVISA. Febrero 2012

Figura 3. Tablero de información UVISA. Junio 2012

La implementación del proyecto de intervención consideró la promoción de la salud dentro y fuera de la UVISA, mediante estrategias de reforzamiento hacia los principales pilares de la unidad que son: activación física y nutrición saludable, entre otros temas, para ello se planteó la realización de un DVD con el fin de sumar en este proceso el uso de la tecnología, que sirva de andamio en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Para tal efecto, en primer lugar se retomó la información obtenida del sondeo diagnostico aplicado, en segundo lugar las observaciones in situ y por último se consideraron aspectos relevantes contextuales de la salud/ enfermedad, todo esto para darle un uso eficiente a los recursos tecnológicos disponibles en el establecimiento de la UVISA.

El proceso costó de, la recopilación sistematizada de videos y presentaciones entorno a las temáticas seleccionadas, procediéndose a la selección de escena

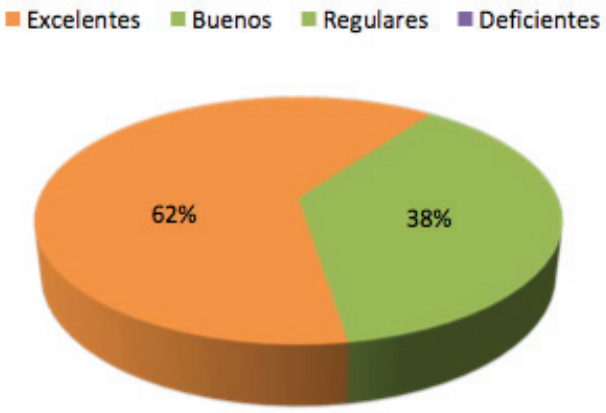
y la grabación de la información, además se llevó a cabo un procedimiento de selección de materiales bajo una serie de características necesarias que permitieran homogeneidad en los videos y estos criterios fueron útiles para validar la información y poder contar con un grado "aceptable" de consistencia interna de los datos, descartando aquellos videos que no contaran con las características necesarias en audio, video, temática y forma discursiva.

Después de la implementación del DVD, se aplicó un cuestionario a personas usuarias de la unidad, cabe destacar que desde los primeros momentos de proyección del DVD se notó el interés de los usuarios y demás personas que en el momento transitaban, al percatarse de que la pantalla mostraba contenido distinto al habitual y se detuvieron a observar con atención.

Fueron obtenidos 16/20 cuestionarios contestados por los usuarios, en el sondeo aplicado que arrojaron los siguientes resultados:

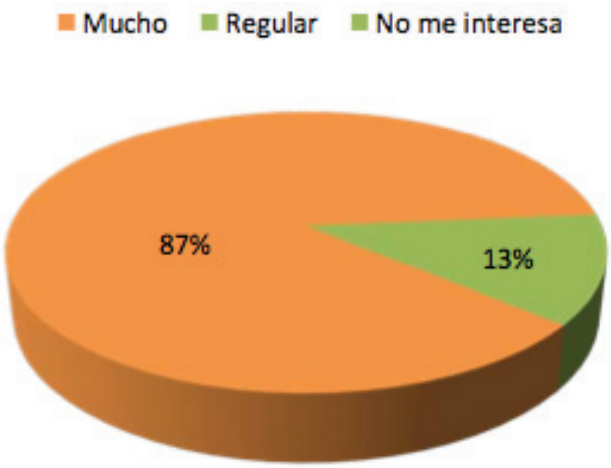
El 100% de las usuarias considero que el DVD hace aportaciones a las actividades que realiza dentro de la unidad. En cuanto a los temas y contenido las gráficas y refleja que el contenido cubrió las expectativas: el 62% de las usuarias consideraron como excelente el contenido desplegado y no se obtuvo ninguna respuesta que considerara los temas como regulares y deficientes.

Grafica 10. Apreciación de los temas abordados en el DVD



Fuente: tabla 10. Anexo A.

Grafica 11. Consideración de interés acerca del contenido del DVD.



Fuente: tabla 11. Anexo A.

El 100% de las personas que respondieron el cuestionario dijo que lo observado en el video puede ser utilizado en su vida diaria lo que termina por afirmar que este método con la correcta determinación de contenido y bajo los criterios adecuados fomenta y refuerza la adquisición de estilos de saludable y apoyo en la prevención de enfermedades.

Tomando en cuenta los lineamientos de la Secretaria de Educación y la Secretaria de Salud, desarrollamos la Guía de Estrategias Educativas en apoyo al "Programa Extramuros del Área Nutrición para Escuelas Primarias" que mantiene dos grandes temas de aplicación: el "Plato del Buen Comer" y "La Jarra del Buen Beber", estas estrategias educativas sirven de ejemplo, para diseñar en un futuro más herramientas que apoyen las prácticas de enseñanza, con la finalidad de proporcionar a los niños en edad escolar lo importante que es una alimentación sana y que comunique hábitos saludables en su entorno.

El desarrollo de estas estrategias, costa de una lotería de alimentos y una manteleta con la imagen del plato del buen comer, estas actividades están encaminadas a lograr la autorreflexión conforme a los alimentos que los niños consumen, además que observen su consumo y la cantidad de este. Otras de las estrategias son el poster con la imagen de la jarra del buen beber y jarras que contienen esponjas de colores simulando los niveles y el tipo de bebida así como sus porciones de consumo, todo esto busca encaminar a los alumnos hacia un análisis de sus preferencias dietéticas y la relación que existe entre

las recomendadas conforme a su edad, motivándolo si es necesario para realizar un cambio de hábitos y de esta manera alcance una alimentación variada, completa, suficiente y equilibrada.

Las estrategias educativas fueron implementadas en la Escuela Primaria Heriberto Jara Corona de esta ciudad de Xalapa, en el 4to año grupo A, el día 07 de mayo de 2012con buena participación por parte de los 28 alumnos del salón. Se contó para esta actividad con el apoyo del maestro de grupo y la anuencia del Director de la misma.

Figura 3. Aplicación de la estrategia educativa "La jarra del buen beber". Mayo 2011

La experiencia nos llevó a rediseñar el material para probarlo de nuevo con grupos de 3º y 4º en la Escuela Primaria Adolfo López Mateos el 8 de junio con nuevos resultados. El material despertó interés en las y los estudiantes pero se aplicó en condiciones de desventaja, en especial cuando se contó con sólo 30 minutos para aplicarlo y se juntaron dos grupos de tercero (en promedio 70 escolares). Al aplicarlo en forma más directiva con el grupo más pequeño de cuarto el resultado fue mejor, se describe más adelante.

Nuestra experiencia en el pilotaje de las estrategias educativas, 08 de junio

Al realizar la práctica de campo de las mencionadas estrategias que fueron diseñadas para el Programa Extramuros del Área de Nutrición para Escuelas Primarias, de primer momento nos generó cierta incertidumbre, respecto a cómo iban a funcionar, la estrategia seleccionada para esta práctica fue la Jarra del Buen Beber, que consta de jarras de plástico y esponjas de colores, además del apoyo con el poster que contiene la imagen de la jarra y explica los niveles por colores y porciones adecuadas de consumo, para este grupo de edad, cabe mencionar que estas estrategias fueron diseñadas para ser aplicadas en grupos pequeños de máximo 30 alumnos, mencionamos esto, debido a nuestro primer inconveniente que fue el trabajar de primera vez con 2 salones de 3° año "A" y "B" en un solo grupo de casi 70 niños, por lo que en primer lugar el material no alcanzó para repartirle a todos los asistentes, además de que la saturación de escolares hizo imposible el dominio del grupo y por consiguiente de la temática, además notamos que el orden del tópico no fue el correcto, ya que cuando se les entrego a cada equipo de más o menos 8 a 10 alumnos la jarra con las esponjas de colores, se distrajeron demasiado y provocó una revolución de color y opiniones propagadas. Además el tiempo de 30 minutos lleva a que sea imposible completar todo el proceso a menos de que cada grupo tuviera facilitador. Un error fue repartir el material ANTES de explicar que se haría con él. Les resultó muy llamativo a niñas/os. Tampoco se explicó que se trabajaría a partir del consenso del grupo. Este problema fue subsanado en parte por la nutrióloga que asumió la dirección de la actividad y por Gisela que empezó a pasar grupo por grupo.

Debido a esto identificamos varias áreas de oportunidad y debilidad, como lo son el número adecuado de participantes, la cantidad de esponjas que se deben repartir a los equipos, contemplar la necesidad de tener un representante del equipo para evitar que se altere el orden, ajustar la secuencia de la actividad en cuanto a entrega de material y reorientar el papel del facilitador dentro del grupo, sin embargo cabe mencionar que fue una actividad muy enriquecedora el tener la oportunidad de estar con los niños, de observar los puntos fuertes y las limitaciones de nuestro trabajo y poder adecuar las estrategias de manera que sean lo más eficaces y eficientes para lograr la participación global, análisis y reflexión de acuerdo a sus conocimientos previos, además de establecer un andamiaje que genere un aprendizaje significativo, conforme a conocimientos priores y enseñados construyan con el docente y sus compañeros, en una actividad donde todos aprendamos de todos.

En general y analizando los errores, nos encontramos dialogando en las modificaciones, para lograr estrategias acorde a la edad, intereses y necesidades de los niños, también, hubo la segunda fase que se compuso con alumnos de 4° año "A" y "B" que, por lo observando anteriormente, decidimos trabajar los grupos separados,

con la estrategia educativa del poster de la imagen de la Jarra del Buen Beber y los vasos con velcro, con la intención de generar mayor participación y reflexión en cuanto a sus hábitos diarios de consumo en líquidos, los escolares se vieron muy participativos, la idea principal fue pedir voluntarios que pasaran al pizarrón y con ayuda del facilitador colocaran los vasos en el nivel que está marcado por colores, de la bebida que consumían, la cantidad de estas fue proporcional al número de vasos que colocaban, después otro niño describía el hábito de consumo de su compañero conforme a lo que observaba en el poster, de igual forma comentaban entre ellos y al grupo que bebidas consideraban tenían que incrementarse y/o en su defecto disminuirse, con el objetivo de mantener en equilibrio su consumo y acorde a sus necesidades físicas.

Para afinar detalles, en equipo platicamos acerca de cómo nos sentimos con el primer grupo mixto y con el segundo grupo sencillo, todos coincidimos que la primera sesión fue descontrolada y no logramos el cometido, mismo que si se logró con los otros grupos separados, notamos que la segunda sensación fue más positiva, que logramos la atención de todos los participantes, su participación y el aprendizaje fue fluido y gozado, para ambas partes.

VII. DISCUSIÓN

Atendiendo a uno de los objetivos específicos de este proyecto de intervención, se generó un manual de comunicación que contiene las recomendaciones para el diseño e impresión de los principales elementos comunicativos de la UVISA para con el público externo que acude con regularidad. Al remitirse a lo propuesto por Cabrera-Mendoza[22], en donde se menciona que los programas y actividades de comunicación que se realizan en una organización, independientemente del público al que se dirijan, de los objetivos que persigan o de los canales utilizados, deben responder a una estrategia común cuya última finalidad será ayudar a la organización a alcanzar sus metas; es que se decidió reforzar la actividad comunicativa de la unidad homogenizando los materiales. De tal forma que se comunicara de manera eficiente y efectiva con la comunidad que atiende, preservando la identidad institucional, y a la vez posicionándola en la mente de las usuarias, ya que ahora todos los avisos, carteles y trípticos cuentan con el logotipo de la institución de tal forma que no sólo se contribuye a estrechar los lazos con la comunidad mediante la emisión de información importante, sino que se logra la intención de que el mensaje sea leído y que se convierta en un vehículo para la promoción de estilos de vida saludable tanto al interior como al exterior de la UVISA.

Parte del proceso de la intervención, se concluyó con la creación de un Disco DVD que comenzó a proyectarse en el equipo audiovisual el día 23 de mayo de 2012. Dicho proceso conto con la aplicación de una encuesta con el fin de reconocer el contenido que a decir de las personas usuarias de la unidad, les gustaría se proyectara en la pantalla ubicada en la sala de espera.

Se recurrió a material disponible en internet e incluyendo material proporcionado por las diferentes aéreas con las que cuenta la Unidad.

Como lo demuestran los resultados del Diagnóstico de la situación de Salud de las usuarias con más apego a la UVISA realizado en 2011 por Cabrera-Mendoza[22] es notoria la mejoria en cuanto al cambio de habitos en las usuarias con respecto a la forma de alimentarse. Debido a estos antecedentes el contenido del DVD abarca temas que complementan las actividades realizadas por las usuarias en la unidad, les proporciona informacion importante que coadyuva en el sostenimiento de hábitos saludables para ellas y su familia.

En colaboracion con el personal trabajador de la unidad, perteneciente a las áreas de nutricion ,psicología, odontología por mencionar algunas se determinó que el contenido del DVD debia ser preciso, claro y con lenguaje popular, propiciando un acceso de toda la poblacion que visita la unidad.La mayoría de las personas que acuden a la unidad están insertas en uno o varios programas que se ofrecen, gracias a esto el tiempo que pasan en la instalación es más prolongado y existe mayor posibilidad de que observen el contenido del DVD, que resulta complementario para ellas.

Sin embargo, estamos convencidos que estas acciones por sí solas no son capaces de modificar los estilos de vida de las personas, debemos tomar en cuenta los determinantes sociales, económicos y culturales que propician o no estilos de vida saludable.

Por otra parte, es muy importante saber que la prevención del sobrepeso y la obesidad requiere de acciones que van más allá del sector salud y del sector educativo, por lo que ante la evidente necesidad de una política integral de Estado a través de la cual se desarrollen estrategias

multisectoriales, intersectoriales y multinivel, las secretarías de Salud y Educación Pública, con la participación activa de otros representantes del sector público, así como social y privado, a nivel individual, comunitario y nacional que logre en la población mexicana cambios significativos en los patrones de alimentación y actividad física, para contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al revertir la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles que enfrenta el país, derivadas del sobrepeso y la obesidad; y se permita mejorar la oferta y el acceso a alimentos y bebidas que faciliten una alimentación correcta así como a la promoción de la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

En todo este proceso de diseño e implementación de estrategias educativas innovadoras nos enfrentamos a diversos factores que salen de nuestras manos y que pueden convertirse, si no se manejan adecuadamente, en una barrera para la adecuada implementación de las mismas. Uno de estos factores es el tiempo, muy limitado para la actividad del facilitador (en este caso la nutrióloga encargada del Programa Extramuros del Área de Nutrición para Escuelas Primarias) quien sólo cuenta con 20.-30min. para lleva a cabo sus actividades por grupo, llevando de esta forma a hacer una dinámica más de tipo expositivo que participativo, la cual se llevaría al menos una hora; sin embargo también como equipo creemos, y así lo pudimos constatar el día 8 de junio en la prueba piloto en la Escuela Primaria Adolfo López Mateos, que la nutrióloga encargada del programa cuenta con la experiencia suficiente, la actitud y el manejo adecuado de grupo como para aprovechar de manera exitosa los materiales propuestos, propiciar la atención de los alumnos en el tema y lograr así participaciones muy interesantes.

VIII. CONCLUSIONES

1.- Manual de comunicación.

Toda organización o empresa necesita hacer uso de diferentes medios para comunicar hacia sus públicos sus actividades, funciones y objetivos; así también, el propio personal de la empresa requiere mantener un lazo comunicativo entre ellos mismos.

El manual de comunicación propuesto permitirá a los actores sociales involucrados en el diseño y ejecución de materiales impresos dirigidos a las usuarias de la UVISA homogenizar el diseño así como el criterio de la cantidad y calidad del texto requerido en cada aviso, cartel o tríptico.

2.- Material audiovisual de apoyo a las áreas de UVISA (DVD).

Se concluye que se alcanzaron los objetivos previstos con la realización del DVD, es decir: 1) Hacer uso de los dispositivos audiovisuales con los que cuenta la UVISA y que se encuentran en desuso o subutilizados; 2) mejorar la comunicación interna con la finalidad de fortalecer las acciones emprendidas por la UVISA; 3) Realizar la promoción de la salud, el fomento de hábitos de vida saludable y realizar prevención de la enfermedad entre el público usuario de la UVISA y 4) aumentar los vínculos entre la UVISA y la comunidad. Con ello queda concluida la intervención respecto a la generación de los materiales audiovisuales de proyección permanente dentro de la Unidad.

3.- Guía de estrategias educativas en apoyo al "Programa extramuros del área de nutrición para escuelas primarias".

La escuela es el espacio por excelencia donde los futuros ciudadanos adquieren las competencias para construir su propio desarrollo y participar de manera activa y responsable en su comunidad, por lo que se desarrolla esta guía de estrategias educativas con el fin de contribuir en este mismo sentido el aprendizaje de los niños sobre todo fomentando el autocuidado de la salud en los niños e impulsar la prevención de enfermedades, forjando un cambio de hábitos en esta etapa y que se mantengan a futuro, generando así un estado de salud optimo y pleno. Consideramos que los materiales proporcionados mediante las estrategias educativas son relevantes ya que inducen a la práctica innovadora en el aula y permite al facilitador la aplicación de una metodología de enseñanza participativa, con la que el alumno obtenga un aprendizaje significativo y perdurable. La aplicación de métodos de enseñanza participativos permiten el involucramiento de los alumnos en el proceso para favorecer su aprendizaje, en este sentido se manifiesta la capacidad del facilitador para conducir su proceso de enseñanza a través de una educación pertinente y se encamine a lograr un aprendizaje significativo en los niños.

RECOMENDACIONES

Habiendo realizado un proceso de análisis y reflexión sobre la experiencia de nuestra intervención en la UVISA y en el que planteamos diversas estrategias de mejora de los procesos comunicativos que la institución mantiene con el personal y con la población usuaria de los servicios, se presentan las siguientes recomendaciones basadas en la experiencia/aprendizaje durante nuestra estancia y durante el proceso de sistematización de este documento.

Hay que aclarar que nuestras recomendaciones, en principio, tienen la finalidad de orientar la toma de futuras decisiones al interior de la UVISA sobre las que pudieran ser líneas de acción en los trabajos subsecuentes de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

1.- Manual de comunicación

Dado que la comunicación es una responsabilidad compartida, de cómo se comunican, hacerlo bien es una responsabilidad de todos, si bien algunos deben desempeñar un papel de mayor responsabilidad, por la posición que ocupan o por la información que manejan. Con estos antecedentes se recomienda que el manual de comunicación se encuentre al alcance de cada responsable de área en la UVISA, de tal forma que lo que en él se plasma pueda ser reproducido de manera práctica, sencilla y eficazmente.

Se recomienda que la coordinadora de la unidad sea eje fundamental del proceso comunicativo que se realiza en la UVISA, de forma tal que no se descuide el objetivo primordial de la emisión de los mensajes que es precisamente el reforzamiento de los estilos de vida saludable entre la población usuaria, pero también en aquellos que no acuden con regularidad.

2.- Material audiovisual de apoyo a las áreas de UVISA (DVD).

En lo que respecta al uso de las tecnologías digitales en la UVISA, como bien se sabe se propuso reorientar el uso de las pantallas y los reproductores de. DVD existentes, hacia la transmisión de contenidos específicos para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, pero también con contenidos destinados a dar consejos útiles en el hogar para las usuarias, así como el fomento hacia un consumo de alimentos saludables y el cuidado de la boca.

Consideramos que la experiencia sistematizada es un aporte importante para los actores que intervienen en las actividades de la UVISA y en este contexto se recomienda tomar en cuenta lo siguiente:

- La UVISA requiere hacer un uso cotidiano del DVD, para lograr impactar en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la importancia de los hábitos de vida saludable en los usuarios.
- La disponibilidad tecnológica de la UVISA debe de promover el uso del equipo de proyección existente, generando apropiación del recurso que permita integrar eficiente y eficazmente en la unidad.
- Los materiales digitales que se preparen en un futuro para ser transmitidos deberán ser acordes a los planes y programas de cada área de la UVISA, pero respetando las consideraciones establecidas en el documento anexo a este trabajo de intervención, con la finalidad de facilitar siempre la labor de la UVISA.
- Estos materiales deben tener siempre elementos de interactividad que permitan que el DVD haga partícipe a los usuarios y se amplíe la relación unidad-tecnología-usuarios.
- El DVD también deberá siempre considerarse como una posibilidad para fortalecer las habilidades sociales de interacción de los usuarios, propiciar comunicación efectiva y el trabajo enfocado a la adquisición de buenos hábitos.
- Se deberá considerar la recopilación de varios DVD´s que permitan rotar la información necesaria por periodos de tiempo, dicha recopilación de DVD´s al ser constituidos formaran un kit de videos que integren todas las estrategias consideradas por las áreasque conforman la unidad y que se encuentran planteadas en los programas institucionales y bajo el dominio tecnológico constante que se debe tener sobre los recursos destinados a la promoción de la salud.

3.- Guía de estrategias educativas en apoyo al "Programa extramuros del área de nutrición para escuelas primarias".

El propósito de la guía de estrategias educativas, no sólo es recomendar el uso de materiales educativos que promuevan una alimentación y entorno saludables e impulsen una cultura de hábitos alimentarios que favorezca la adopción de una dieta correcta para la prevención del sobrepeso y la obesidad, sino constituirse en un instrumento de acción participativa y cotidiana.

Se sugiere fortalecer la creatividad profesional, propiciar un ambiente dinámico y participativo, que despierte el interés de los alumnos y motive su aprendizaje.

Se propone proveer los recursos necesarios al responsable del programa extramuros del área nutrición, para la elaboración de materiales didácticos diversos, basados en los lineamientos, y que sean adecuados con la realidad del entorno.

XI. ANEXOS

ANEXO A

Tabla 1. Frecuencia con que se detiene a leer la información (Grafica 1).

Frecuencia	Cantidad
Frecuentemente	11
Ocasionalmente	5
Rara vez	3
Nunca	1
Total	20

Tabla 2. Consideración de los medios impresos (Grafica 2).

Consideración	Cantidad
Fomentar vida saludable	11
Motivación	5
Información importante	3
No especificó	1
Total	20

Tabla 3. Contenido que le gustaría se proyectara en las pantallas de la UVISA (Grafica 3).

Contenido en las pantallas	Frecuencia
Receta de cocina	5
Video musical	3
Consejos útiles	14
tv abierta	2
Otro	4

Tabla 4. Frecuencia con que se detiene a leer la información desplegada en la unidad (Grafica 4).

Frecuentemente	9
Ocasionalmente	4
Rara vez	0
Nunca	0
Total	13

Tabla 5. Consideración de la cantidad de información desplegada en la unidad (Grafica 5).

Consideración	Cantidad
Saturada	2
Suficiente	9
Insuficiente	2
Total	13

Tabla 6. Adecuado diseño de los mensajes (Grafica 6).

Adecuado diseño de los carteles	Frecuencia
Si	9
No	4
Total	13

Tabla 7. Consideración de la colocación de información en puntos estratégicos (Grafica 7).

Colocación en puntos estratégicos	Frecuencia
Si (Buena ubicación)	11
No (Falta de espacio)	2
Total	13

Tabla 8. Propuesta de mejora en el campo «Otro» (Grafica 8).

Propuesta	Cantidad
Recibir capacitación p/mejor comunicación personal	1
Elaboración de un diseño visualmente atractivo	1
Lugar donde colocar la publicidad establecido	1
Mas imágenes menos texto	1
Periódico mural	1
Hacer más énfasis a lo que se refiere UVISA	1
Reglas o condiciones para continuar activo en la unidad, plazos a cumplir, metas	1
Total	7

Grafica 9. Propuestas de mejora en cuanto a comunicación organizacional (Grafica 9).

Propuesta	Porcentaje
Colocación de tableros específicos para personal	38
Unificar diseño de los carteles dirigidos a usuarios	54
Decir más (o lo mismo) con menos	31
Otro	62

Grafica 10. Apreciación de los temas abordados en el DVD (Grafica 10).

Apreciación	Porcentaje
Excelentes	62
Buenos	38
Regulares	0
Deficientes	0
Total	100

Grafica 11. Consideración de interés acerca del contenido del DVD (Grafica 11).

Consideración	Porcentaje
Mucho	87
Regular	13
No me interesa	0
Total	100

ANEXO B

MANUAL DE COMUNICACIÓN UNIDAD DE VIDA SALUDABLE 2012

CONTENIDO

I. Introducción
II. Objetivo
III. Alcance
IV. La comunicación
4.1 La comunicación como herramienta de gestión
4.2 Elementos del proceso comunicativo
4.3 Formas de comunicación
4.4 Estrategias y herramientas de comunicación
4.5 Requisitos para la comunicación
V. Medios de comunicación
5.1 Materiales impresos
5.1.2 Trípticos
5.1.3 Avisos
VI. Comentario final
VII. Bibliografía
VIII. Anexos

I. INTRODUCCIÓN

La comunicación es un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información. Comunicar significa poner en común e implica compartir.

Los programas y actividades de comunicación que se realizan en una organización -independientemente del público al que se dirijan, de los objetivos que persigan o de los canales utilizados- deben responder a una estrategia común cuya última finalidad será ayudar a la organización a alcanzar sus metas. Concebir a la comunicación interna y externa como actividades aisladas puede ser muy peligroso o, por lo menos, poco efectivo.[1]

En el caso de la Unidad de Vida Saludable (UVISA), como toda organización requiere compartir información con los diversos públicos con los que interactúa, incluso, hacia el propio personal de la unidad. Por ello es necesario crear las herramientas de comunicación adecuadas de manera que los mensajes lleguen a su destino como el emisor lo planea.

El objetivo de este manual es fortalecer la comunicación organizacional de la UVISA, recomendando una serie de lineamientos y sugerencias para la creación del material visual comunicativo que se maneja al interior de la unidad.

II. OBJETIVO

El objetivo de este manual es:

Proporcionar a las personas responsables de área un conjunto de recomendaciones para el diseño de las herramientas visuales de comunicación que se implementen en la UVISA con la finalidad es unificar los criterios para la elaboración de los mismos.

III. ALCANCE

El presente manual aplica para los responsables de cada área de la UVISA.

Es responsable de velar por la implementación y divulgación de éste manual quien coordine la UVISA, además es de importancia el interés del personal por participar en su difusión.

IV. LA COMUNICACIÓN

Las organizaciones, empresas e instituciones no pueden existir sin la comunicación, ya que es fundamental en el acuerdo del trabajo que se va a realizar y para intercambiar instrucciones que permitan realizar lo correcto para el logro de metas y objetivos en común.[28]

Es a través de la comunicación que conocemos a las demás personas, sus ideas, sus sentimientos, sus valores, hechos y pensamientos. La comunicación no es sólo informar, sino asegurararse que el pivote informativo (idea principal) que se desea transmitir está siendo recibida por los receptores, con el peso suficiente para comprenderlo.

Cuando la comunicacción es eficaz, es más probable que se logren resultados productivos y una alta calidad, ya que una buena comunicación tiende a alentar el buen desempeño y promueve la satisfacción de los trabajadores, además genera una mayor sensasión de pertenencia de los clientes o usuarios.[28]

4.1 La comunicación como herramienta de gestión.

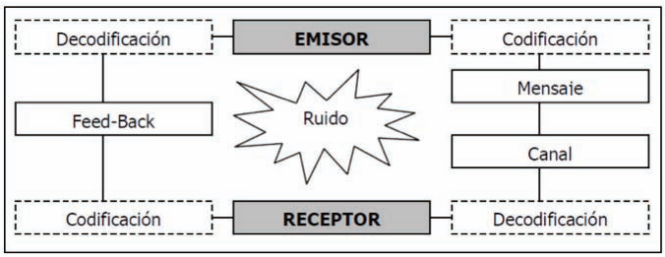
Dentro de una empresa o institución la comunicación siempre está activa, pero no podemos asegurar que la comunicación sea eficiente (o eficaz). Por eso cada empresa debe tener siempre, dentro de sus estrategias, un proceso de evaluación en su comunicación interna, ya que de ésta depende que su comunicación externa también cumpla sus objetivos y calidad de servicio.

Por eso la comunicación interna es una herramienta de gestión,[29] porque es una forma de gestionar el cambio, entendiendo la participación de todos dentro de la organización.

4.2 Elementos del proceso comunicativo

La comunicación inicia con un emisor, que es cualquier persona que desea envir un mensaje a un receptor. El emisor codifica el mensaje (lo analiza) y selecciona el canal de comunicación que sea capaz de transmitirselo al receptor. Cuando se transmiten mensajes, pueden estar codificados en palabras, dibujos, expresiones corporales, tono de voz y sentimientos.[29] Ver figura 1.

Figura 1. Los elementos de la comunicación.



Fuente: Andrade Rodríguez de San Miguel, H. Definición y alcance de la comunicación organizacional en La comunicación en las organizaciones. Ed. Trillas. México 2006.

Debido a que hay una gran posibilidad de que se produzcan malos entendidos cuando se comunica algo importante, es necesario considerar la retroalimentación. De esta manera se logra aclarar el verdadero significado del mensaje. El tipo de comunicación que permite la retroalimentación se demina comunicación bidireccional, ya que el emisor y el receptor pueden interactuar entre sí.

4.3 Formas de comunicación

Existen diferentes formas de comunicación dentro de la entidad, lo que hace que la información que intercambia al interior de ésta sea más efectiva al momento de su difusión, pues su aplicación depende de

cada responsable de área, pero pensando siempre en la manera más correcta y eficaz de transmitir los mensajes.[30]

• Comunicación Directa: Es la comunicación que se desarrolla entre el emisor y el receptor o receptores en forma personal, con o sin ayuda de herramientas. Es llamada también comunicación boca-oído, hablar frente a frente, charlas, conferencias, etcétera.
• Comunicación Indirecta: Es aquella donde la comunicación está basada en una herramienta o instrumento ya que el emisor y el receptor están a distancia. La comunicación indirecta puede ser personal o colectiva.
• Comunicación Indirecta / Personal: Se desarrolla con la ayuda de una herramienta o instrumento como el teléfono, la comunicación impresa, el correo electrónico, el chat por internet, etcétera.
• Comunicación Indirecta / Colectiva: Es cuando el emisor se comunica con un grupo de receptores ayudado por una herramienta o instrumento como los periódicos, la televisión, la radio, el cine, los libros, la página web, los videos, etcétera. También se le conoce como comunicación social o de masas.

La identificación y determinación de los públicos a los cuales nos dirigimos, es ese conjunto de personas a quienes queremos transmitir nuestros mensajes. Por eso, al momento de querer llegar a un público objetivo es necesario preguntarse ¿Quiénes son? ¿Dónde están? ¿Qué esperan de la UVISA?.

Se debe tener claro que no se tiene un solo público, por lo que hay que plantearse la diversidad de públicos con los que cuenta la unidad, ya que cada grupo de destinatarios tiene características específicas e intereses diferentes; es allí cuando podemos pensar que la unidad no tiene una única imagen sino tantas imágenes como grupos diferentes de públicos.

Cada grupo de público lo podemos identificar por la relación que mantiene con la organización,[31] clasificándolo de la siguiente manera según el mensaje o la información que queremos transmitir:

Público Interno: Lo conforman el personal y los usuarios. Es ese grupo de personas que conforman la UVISA y que están directamente vinculados a ella.

Público Externo: Es la comunidad (población de responsabilidad), el entorno social al que van dirigidas las acciones de la UVISA.

4.4 Estrategias y Herramientas (de comunicación)

Una de las principales características de la comunicación organizacional, es que siempre está presente en la empresa o institución, por lo que planearla con cuidado es de suma importancia desde la parte operatica, con lo que se alcanza un mejor uso de los recursos materiales y económicos disponibles, estableciendo así un canal de información entre la coordinación y el resto del personal que promueva la retoralimentación, ya que el personal debe enterarse de lo que sucede en la entidad de forma oficial y la entidad debe recibir las opiniones de éstos mediante un canal directo, evitando los rumores y una comunicación no controlada, la cual perjudica las relaciones entre funcionarios y la entidad.

Una vez que se elige el tipo de comunicación, se deben seleccionar las herramientas, teniendo en cuenta aquellas que generalmente se utilizan con mayor frecuencia y de igual manera resultan más cómodas, como los avisos o carteles pero según su naturaleza cada mensaje requiere de una herramienta diferente para que éste sea efectivo.[32]

La comunicación pública se relaciona directamente con la imagen corporativa la cual es principalmente la lectura que el público hace de los signos de identidad de la unidad. Lo importante no es existir, sino hacer saber que se existe y hacerlo saber en el modo correcto.[9] Esa imagen institucional que se desea, es necesaria para identificarla, para hacer conocer quiénes son, cuáles son sus características y sus actividades. Además, para diferenciarse de la competencia o de las entidades que pueden ser punto de comparación para el público.

El diseño es una herramienta de comunicación eficaz y rentable, pero es importante que sea claro legible y estéticamente cuidado,[33] ya que debe atraer y satisfacer a los usuarios de los servicios de la UVISA.

4.5 Requisitos para la comunicacción

Para establecer una buena comunicación es necesario cumplir con los siguientes requisitos:[29]

• CLARIDAD: Efecto y distinción que por medio de los sentidos, especialmente la vista, se puede percibir y expresar sensaciones de una manera clara, esto a través

de inteligencia e idea.

• CONCISIÓN: Brevedad y economía de medios en el modo de expresar un concepto con exactitud.

• PRECISIÓN: Estilo, concisión y exactitud rigurosa sobre lo que va a tratar.

• ORIGINALIDAD: Principios que tienen origen y nacimiento del escritor, y que no es traducido o doblado de otro autor.

• CORRECCIÓN: Alteración o cambios que se hacen cuando se escribe; para eliminar defectos o errores, o para darles mayor perfección.

• ORTOGRAFÍA: Manera correcta de escribir las palabras y de emplear los signos de puntuación según las normas de una lengua determinada.

• DIFERENCIAS ENTRE LA EXPRESIÓN ORAL Y LA ESCRITA: Aunque el código lingüístico es el mismo en la expresión oral y la expresión escrita, y en realidad los estudios modernos sobre la expresión están basados fundamentalmente en lo oral, hay notables diferencias entre una y otra. Éstas se deben sobre todo a las circunstancias que rodean la enunciación del mensaje, es decir, la situación en que se produce la comunicación.

V. MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Para emitir un mensaje se debe elegir primero qué se va a decir, para qué publico irá dirigido, cómo lo va a decir y por último, se deberá elegir el canal por medio del cual será transmitido.[32] A continuación mencionamos dos ejemplos:

5.1 Materiales impresos

Antes de comenzar hay que plantearse un guión escrito que responda a estas preguntas: ¿A quién va dirigido? ¿Qué idea básica y fundamental presento en el tríptico? ¿Cuándo lo presento: fecha de inicio, promoción...? ¿Cómo lo presento?

Y por encima de estas preguntas, una: ¿Qué le interesa leer al usuario? El usuario debe obtener un beneficio (tangible o intangible) al ver su información.

Estas preguntas, a modo de test, ayudan a determinar qué es lo que estamos ofreciendo a los usuarios, ayudan a reducir los gastos de publicidad y ayudan a rentabilizar la comunicación con los mismos.

Si se decide emitir mensajes mediante materiales impresos, se deberá considerar lo siguiente:

• Todos los mensajes del medio de comunicación que elija deben reforzarse entre sí y seguir la estrategia de comunicaciones, esto es, si la UVISA cuenta con un logotipo (imagen institucional) que la identifica como tal: úselo.

• Independientemente de lo creativo, fuerte o maravilloso que sea un mensaje; si no se adapta a su concepción de la estrategia, a los objetivos y a la audiencia identificada, descártelo.[9]

• Cualquier enfoque o estilo que haya elegido debe ser consonante con todos los elementos de la UVISA.

Para esto, se recomienda leer el Manual de Identidad con el que cuenta la unidad, en donde se describe detalladamente en qué consiste la imagen institucional. En los materiales impresos, se recomienda emplear los mismos colores o colores compatibles, los mismos tipos de ilustraciones y la misma tipografía usada para el logo de la UVISA. Si hay un logotipo específico del área, por ejemplo nutrición o activación física, empléelo en todos los materiales impresos y audiovisuales del área.

• Emplee ilustraciones para captar la atención y facilitar la comprensión y la memorización; asegúrese de que Prepare materiales impresos que sean fácilmente legibles:

• Se debe considerar la información existente sobre el nivel educativo de la población a la cual dirigirá el material impreso, pues ello ayudará a definir, entre otras cosas, la cantidad de texto que incluirá, el tamaño de la tipografía y cómo se debe distribuir y trabajar el material.

• Las gráficas y fotografías que incluya en el material deben ser de fácil comprensión para el público y esto debe ser verificado mediante la aplicación de una prueba de campo, antes de hacer la impresión final del material.

• El tamaño o formato del material también debe ser considerado. Procure elaborar un material con un formato que por su tamaño sea práctico y suficiente para comunicar lo que se pretende. En el caso de los avisos y frases motivacionales, se recomienda usar una hoja tamaño carta. La sencillez, por lo general, es la mejor posibilidad de éxito.

Prepare materiales impresos que sean fácilmente legibles:

Escribir sobre temas de salud requiere a menudo el uso de lenguaje técnico. Sin embargo, la forma en que el mensaje se presenta —el estilo de redacción, el vocabulario, la tipografía, la disposición del texto, los gráficos y el color—puede favorecer que sea leído y comprendido.

El texto debe:

- Presentarse señalando el propósito para orientar al lector.
- Presentarse en oraciones y párrafos cortos.
- Se recomienda usar letra tipo Arial o Times New Roman tamaño 28-36 dependiendo de la cantidad que se desee emplear.
- No usar más de 8 renglones por aviso.
- Dividirse con mensajes visuales para enfatizar los puntos clave y con viñetas para reforzar los puntos importantes

Trate de evitar:

- Términos o frases rebuscadas
- Abreviaturas y siglas

Una redacción clara es tan necesaria como un texto fácil de leer y gráficos que ayuden al lector a entender y recordar el mensaje.

5.1.2 Trípticos

El tríptico es uno de los medios de comunicación gráfica impresa más habituales para dar a conocer cualquier acto, producto o servicio y por ello es preciso dedicar un poco de atención a su diseño para que resulte atractivo a los usuarios potenciales de la UVISA y no pase desapercibida la publicidad.[34]

Características básicas de un tríptico:

Un tríptico está compuesto de 6 caras (3 paneles; un díptico presenta 4 caras) y dos pliegues (un díptico tendría un pliegue) y puede tener orientación vertical u horizontal.

Un tríptico puede imprimirse a un solo color o a todo color.

Pueden ser de distintos tamaños una vez desplegados, los más habituales son de tamaño carta y oficio.

Las formas de plegado de un tríptico suelen ir asociados al diseño particular que se realice. Veamos algunos casos:

• Plegado en C ó envolvente. Es la forma de plegado más habitual. Se pliega la hoja en partes iguales hacia

• Plegado en Z. Es otra forma de plegado también habitual. Se pliega la hoja en partes iguales pero en forma de Z (una hacia adentro y otra hacia fuera). Este tipo de plegado es muy habitual cuando se quiere presentar la información dualizada o separada: por un lado una información y por el otro, otra diferente.

Características de diseño de un tríptico:

Un tríptico es un medio de comunicación que presenta un mensaje claro y definido dentro de toda la gama

de productos o servicios que la empresa o institución puedan ofrecer.35

• Sobre la portada del tríptico: debe contener una imagen llamativa, poco texto, se imprime también el eslogan así como el logotipo identificativo de la UVISA.

• Sobre el diseño del interior del tríptico.

Consideremos un tríptico habitual, el de plegado en C (en tres partes iguales). En este caso, el diseño gráfico del interior puede presentarse de dos formas:

a) Cada panel presenta una información diferente (un nivel distinto de información). Las líneas de plegado, entonces, ayudan a separar y organizar la hoja abierta en espacios de lectura más pequeños.

b) La otra opción es lo opuesto: no considerar/respetar los pliegues de los trípticos y su separación visual y mostrar los elementos gráficos (texto, fotos, dibujos) a lo largo de toda lo hoja, de tal manera que la apariencia es de un cartel o un pequeño póster. Es un sistema que ofrece más opciones de diseño.

El uso de uno u otro medio de presentación de la información depende de la cantidad de información, de cómo está clasificada entre sí, etc.

• Sobre el segundo panel de un tríptico.

El segundo panel de un tríptico envolvente (al abrirlo, el primer panel abre a la izquierda y el segundo es el que abre a la derecha) es quizás el más importante y el difícil de "usar" y diseñar. A continuación se enuncian algunos tips para diseñarlo:

a) En los países occidentales leemos de izquierda a derecha, así que el lector, al abrir el folleto, irá a la izquierda, leerá hacia la derecha y continuará leyendo el segundo panel. Lo importante está al abrir el segundo panel ya que se encontrará con un mensaje (que inicialmente estaba "escondido") presentado como una unidad en los dos paneles que estaban ocultos.

b) Utilice el segundo panel como una información adicional con información distinta. Para ello, emplee colores contrastados, diseños claramente diferenciados del resto del folleto.

• Sobre la cara posterior de un tríptico: en esta cara puede colocar la información de contacto con la UVISA o bien enliste la gama de clubes con los que cuenta, o promocione su página web o realice un resumen de la unidad y sus servicios.

Se recomienda que los trípticos que de diseñen para la promoción de las actividades de la UVISA se impriman, en la medida de lo posible, a color y no en fotocopia ya que pierden en gran medida sus bondades de lecturabilidad y legibilidad.

5.1.3 Avisos

En el diseño de un aviso, se deben tener en cuenta varios factores, como el público que tiene, el medio donde se va a publicar, para poder hablarle con sus mismos códigos y el mensaje a comunicar logre su objetivo.[36]

El aviso debe contener información clara y concisa, recalcando el pivote informativo (idea principal del mensaje) y evitando en la medida de lo posible distractores.

También es importante decidir si se trata de una publicación a color o blanco y negro, y si la calidad de impresión es buena o no, porque eso va a modificar en forma considerable también la comunicación.

Por otra parte existen muchos tamaños diferentes, los más comunes son los avisos de página completa, de media página, de pie de página, y los avisos pequeños. A continuación se describen algunos de las características de los avisos:

Página completa: abarca toda la superficie de una hoja tamaño carta u oficio, son de gran impacto y, bastante costosos sobre todo si son a color. Sirven para impactar y para evitar tener otros anuncios gráficos alrededor.

Si se decide hacer uso de esta herramienta, se utilizarán hojas de tamaño carta con el logotipo de la UVISA (ver anexo 1). Con la finalidad de utilizar con eficiencia los recursos de la unidad sin subestimar la calidad de los avisos, éstos pueden ser impresos en escala de grises, siempre y cuando la (las) imagen (es) que contenga sean lo suficientemente nítidas.

Se debe usar letra tipo Arial o Times New Roman en tamaño 28-36 dependiendo de la cantidad de texto que se desee colocar, recordando que éste no debe

ocupar más de siete renglones en la página.

Media página: son avisos bastantes comunes, el diseño de anuncios gráficos de media página habitualmente lo comparten con otro aviso del mismo tamaño y sólo contienen texto.

Avisos pequeños: existen una gran diversidad de pequeños avisos, de diferentes formatos, ya que su costo de publicación es más accesible, y pueden compartir el espacio con varios avisos más de otras áreas de la UVISA, suelen tener poca información e imágenes pequeñas. Pero con un diseño atractivo se puede suplir la falta de espacio y se convierte en una herramienta de comunicación muy útil para este tipo de organizaciones.

VI. COMENTARIO FINAL

La comunicación es sumamente necesaria para la interrelación, ya sea humana o de cualquier tipo, es necesario comprender que a falta de un lenguaje es imposible que exista comunicación.

La interacción es esencial para la comunicación humana porque por medio de esta empatía recíproca, el concepto de fuente y receptor se hacen una para formar parte integral del proceso de comunicación, es decir son dos elementos que se unifican para lograr la fidelidad en la comunicación.

Toda organización o empresa necesita hacer uso de diferentes medios para comunicar hacia sus públicos sus actividades, funciones y objetivos; así también, el propio personal de la empresa requiere mantener un lazo comunicativo entre ellos mismos.

Es importante considerar que los programas y actividades de comunicación que se realizan en la organización -independientemente del público al que se dirijan, de los objetivos que persigan o de los canales utilizados- deben responder a una estrategia común cuya última finalidad será ayudar a la organización a alcanzar sus metas. Por tanto, será necesario definir claramente la estrategia referida, a partir de la imagen que la organización desea evocar hacia dentro y hacia fuera, de acuerdo con su propia cultura. Concebir a la comunicación interna y externa como actividades aisladas puede ser muy peligroso o, por lo menos, poco efectivo. Si bien cada una de ellas tiene sus propias funciones, existe un elemento integrador que las une y las hace ser interdependientes. Este elemento es la estrategia comunicativa global de la organización.

Una estrategia comunicativa adecuadamente implementada permite hacer más eficientes los mensajes que la organización pone en marcha con el fin de dar a conocer sus actividades, funciones y objetivos.

Este manual contiene las recomendaciones para el diseño de las herramientas visuales de comunicación que se implementen en la UVISA. Su finalidad es unificar los criterios para la elaboración de los mismos, por lo que deberá permanecer al alcance de cada responsable de área.

Por último, se hace énfasis en que la comunicación es una responsabilidad compartida; como todos en la organización se comunican, hacerlo bien es una responsabilidad de todos, si bien algunos deben desempeñar un papel más importante en este sentido por la posición que ocupan o por la información que manejan. Por tanto, el desarrollo de las habilidades de comunicación de las personas, en los distintos niveles y áreas, se ha vuelto una prioridad, sobre todo ahora que las organizaciones están viviendo cambios fundamentales.

VII. Bibliografía

1. A. Hernández Baqueiro. Estructura ética y cultura organizacional. In: México Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey campus Cd. de, editor. México, DF.2011.
2. Chiavenato Idalberto. Introducción A La Teoría General De La Administración. Interamericana Mcgraw-Hill, editor. México2006.
3. Durandía Alcaldía de. Manual de comunicación organizacional e informativa. España2008.
4. Nosnik Ostrowiak Abraham. La comunicación en las organizaciones. Trillas, editor. México2002.
5. Tol Martín Satz. Manual del comunicación para jóvenes universitarios2009.
6. Andrade Rodríguez de San Miguel Horacio. Definición y alcance de la comunicación organizacional. In: Trillas, editor. La comunicación en las organizaciones. México2006.
7. Al Ries Jack Trout. Posicionamiento: la batalla por su mente. Hill McGraw, editor. LA. USA2000.
8. (USAID) Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Manual de comunicación interna para buenas prácticas. In: (MECOMAQ)

Mejoramiento continuo de la maquila, editor. Managua, Nicaragua2008.
9. Eco Humberto. Semiología de los mensajes visuales. In: Contemporáneo
Tiempo, editor. Análisis de las imágenes. Buenos Aires, Argentina1970.
10. Guatemala Embajada de Italia en. manual de comunicación y visibilidad
2011-2012. In: desarrollo Programa de Emergencia RAN. Cooperación italiana al, editor. Guatemala2011.
11. Asturias Principado de. Comunicación interna para PyMES. In:
emprendedores Jóvenes, editor. España2006.

ANEXO C

El video como un recurso tecnológico en el fomento de estilos de vida saludables UVISA

CONTENIDO

I. Introducción
II. Objetivo
III. Alcance
IV. El DVD
V. Funciones
VI. Ventajas
VII. Temas
VIII. Marco legal
IX. Criterios de inclusion y exclusion
X. Bibliografia

I. INTRODUCCIÓN

Al hablar de tecnología destinada a la promoción de la salud, sin lugar a dudas, nos toparemos con las más diversas formas y elementos tecnológicos que pueden coadyuvar en el proceso de enseñanza – aprendizaje. Favorecer los aprendizajes adecuados tiene implícito un proceso comunicacional y por tanto un proceso inherente al lenguaje. Los recursos que se pueden utilizar, con la finalidad de generar estilos de vida saludables pueden ser de diversa índole, sin embargo, para el caso de esta intervención se utiliza el video, que con la accesibilidad de las nuevas tecnologías opto-electrónicas (CD, DVD, etc.) se creyó que serían parte de un canal amplio de transmisión de mensajes adecuados para el posicionamiento de la calidad de vida saludable en los usuarios de UVISA.

La pregunta inicial fue si ¿puede el video ser un material que puede servir al fomento de las prácticas saludables? Se cree que a través de una adecuada utilización de los recursos se puede convertir al video en una alternativa que podría generar la motivación requerida por los usuarios de UVISA en el campo de la vida y los hábitos saludables.

Ahora bien la utilización de los medios y los recursos tecnológicos en el ámbito de la salud proporciona una perspectiva innovadora siempre y cuando se utilice bajo esquemas metodológicos que permitan efectividad en su

enfoque. El video, en este caso, es un medio que por sus posibilidades expresivas y de acumulación de contenidos en un solo disco, puede alcanzar la motivación gradual, sistemática y deseada por la UVISA hacia sus usuarios. Lo que pos sí solo lo convierte en una herramienta de comunicación y aprendizaje sumamente valiosa.

El empleo de la herramienta del video en formato DVD está planteado para virar su enfoque en el contexto de la promoción de la salud y estilos de vida saludable, pero es preciso aclarar que es un elemento destinado a ser un complemento del acompañamiento especializado de las áreas de atención de la UVISA, además de ser un estimulante para el aprendizaje autónomo y de divulgación general de temas de interés relacionados con la salud.

La posibilidad de establecer en las pantallas la emisión de mensajes se convierte, además, en una estrategia de uso de la información con posibilidades de proporcionar a los usuarios de UVISA una interacción mayor con la información. Por su parte, la ventaja sustancial de la comunicación a través del formato DVD es que proporciona al personal encargado de este material la posibilidad de reproducirlo tantas veces se requiera, e incluso adelantar, retrasar o congelar la imagen a conveniencia y bajo la lógica del ritmo que se requiera visualizar la información. Por lo que las estrategias de utilización del material pueden ser amplias y resultar de gran utilidad para la Unidad con base en las oportunidades de mejora identificadas.

II. OBJETIVO

El objetivo de este material es

1. Hacer uso de los dispositivos audiovisuales con los que cuenta la UVISA y que se encuentran en desuso o subutilizados.
2. Mejorar la comunicación interna con la finalidad de fortalezar las acciones emprendidas por la UVISA.
3. Realizar la promocion de la salud, el fomento de habitos de vida saludable y realizar prevención de la enfermedad entre el publico usuario de la UVISA.
4. Aumentar los vínculos entre la UVISA y la comunidad.

III. ALCANCE

La nuevas tecnologias empleadas hoy en dia en la vida cotidiana inciden de manera significativa en las personas, generando con ello procesos educativos sumamente complejos. Las personas tienden a asimilar de manera natural la informacion, convirtiendola en parte de la cultura y adaptando todos los elementos aprendidos y desaprendiendo lo que no significa o entra en desuso.

Los procesos de promocion de la salud, entonces, deben de acercar a las personas a actividades dirigidas al aumento de su desarrollo. La utilizacion de las nuevas tecnologias deben de contemplar los aspectos cognitivos, emocionales y sociales para alcanzar el posicionamiento necesario de la informacion en el público receptor.

El acercamiento a la informacion a traves de los medios electronicos de comunicación cuenta con diversas finalidades, estas pueden darse de forma ludica, informativa, comunicativa, instructiva, etc. Por ello es importante pensar que los procesos de comunicación en promocion de la salud y prevencion de las enfermedades por parte de UVISA debe de contemplar la utilizacion de los medios tecnologicos al alcance para fomentar los habitos saludables entre la poblacion usuaria.

Por tanto, la elaboracion de un DVD con informacion de interes, entorno al fomento de habitos saludables, permitirá acercar a los usuarios de UVISA a un complemento de las actividades que van realizando de manera cotidiana en la Unidad y permitira publicar de manera digital y continua consejos de utilidad y de interes colectivo de manera sencilla.

IV. EL DVD

El dvd se puede considerar como un material de promocion de la salud, siempre y cuando contenga material destinado a la mejora continua de la salud de las personas, con un soporte y que puedan ser de utilidad en el proceso de enseñanza aprendizaje de los destinatarios de la informacion.

El marco conceptual entorno al video de corte educativo precisa una categorizacion, que ademas debe de considerar las aplicaciones diversas que el video puede abarcar o contemplar, por tal motivo su clasificacion puede ser narrativo, documental, tematico, monoconceptual y motivador.

La utilización del DVD como herramienta comunicacional dentro de la UVISA está dirigido a perfeccionar su uso como medio de enseñanza para la salud, es decir, generar un proceso de promocion de la salud como medio de

prevención de la enfermedad en la población usuaria a partir de las ventajas que ofrece esta herramienta tecnológica.

V. FUNCIONES

El instrumento funcionará en principio como medio de expresion y de presentacion de imagen y video de forma interactiva y digital, siendo este un canal de comunicación previsto para reforzar la comunicación entre la Unidad y sus usuarios. El DVD será el instrumento necesario para el proceso de la informacion previsto.

Ademas es importante considerar que el proceso de comunicación que se podrá generar es una fuente abierta de información de interes y deberá ser considerado como una herramienta de orientacion y medio didactico ya que esta destinado a proporcionar informacion de utilidad bajo el soporte de discos provistos de la informacion requerida, edutada y probada eb cuanto a contenido, eficiencia y eficacia.

Dentro de las funciones del DVD se considera que es propicio para fomentar el dialogo y la discusion entre los usuarios acerca de las distintas tematicas que se presenten, ademas de cumplir escencialmente su función educativa para la salud.

VI. VENTAJAS

• Generación de interes y motivacion de los usuarios al utilizar los recursos tecnologicos, teniendo en cuenta que la motivacion es uno de los ejes fundamentales de todo aprendizaje positivo. En el caso de la informacion provista en el DVD será informacion seleccionada para generar una incitacion en los usuarios de la Unidad a actividades saludables y la generacion de pensamientos relacionados con los habitos saludables.
• Se podrá generar una interaccion permanente con los usuarios, manteniendose una implicacion con respecto al resto de las actividades que realizan dentro de la Unidad.
• Los medios audiovisuales podran proporcionar versatilidad e interactividad, bajo la logica de tener la posibilidad de un "diálogo" con los usuarios y entre ellos.
• El gran volumen de informacion disponible en internet permitirá la retroalimentacion continua de los materiales.

VII. TEMAS

1. Alimentación y ejercicio.

2. Enfermedades de la nutrición.
3. Mitos y verdades del buen comer.
4. Abdomen firme después del parto.
5. Tipos de obesidad.
6. Prevención de accidentes en el hogar.
7. Como comemos los mexicanos capsula Informativa.
8. Recetas para una buena salud.
9. Depresión y obesidad.
10. Como prevenir accidentes infantiles.
11. Obesidad y discriminación.
12. Síndrome del atracón.
13. Obesidad e infertilidad.
14. Como cepillarse los dientes.
15. Acoso escolar o Bulling.
16. Salud masculina.

VIII. MARCO LEGAL

El derecho en su fin maximo tiene como funcion dotar de obligatoriedad a las personas bajo la normatividad enmarcada en el orden jurídico vigente dentro del territorio en el que se encuentre o enmarcado en los fines y alcances de sus acciones.

Para el caso de este proyecto de intervensión en principio se reconoce en el ambito de la sensibilidad juridica la existencia de leyes que protegen la autoria de algunos de los materiales seleccionados para ser utilizados en el DVD con fines de educación para la salud y transmisión de mensajes encaminados a la promoción de la salud, por lo que en ningun momento esto debe traducirse como una violación de derechos de autor, ya que, además, se apela primeramente a al derecho de la libre emisión del pensamiento destinada a la instrucción, al derecho a la comunicación y al derecho a recibir los beneficion del patrimonio común de la humanidad.[a]

Si bien la obra intelectual es una expresion individual o el conjunto de expresiones individuales congregadas en fin y que como resultado surje un producto que refleja la opinion o la escencia del espíritu de quien la produce, para el caso de la relaización de este material se buscó en distintas fuentes en internet videos que pudiesen ser recopilados para ser incorporados al material del DVD

---

a Esto a partir de la existencia del derecho internacional de los derechos humanos, aprobados en 1948 por la ONUa través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

para los usuarios de la UVISA y los criterios de selección seran destacados más adelante.

Lo que hay que hacer mención es que dichos materiales localizados en la Red fueron considerados como adecuados para la reliazación del material bajo los criterios de selección determinados y en consideración de los derechos fundamentales de autoria enmarcados en el derecho de uso de obras ajenas. Por lo que los DVD´s y su contenido estaran sustentados bajo el concepto de derecho de citas. De tal suerte que este material queda amparado bajo la lógica que refiere este concepto y que menciona que existe "*la posibilidad de incluir o reproducir de forma lícita fragmentos de obras ajenas dentro de una obra propia, siendo esta utilización libre y gratuita, por lo que no requeriría ni autorización ni pago al titular del derecho de autor.*"[b]

En la selección de video destinados a ser incluidos en el DVD, estos seran fragmentados a conveniencia para transmitir el o los mensajes deseados a los usuarios de la UVISA bajo las necesidades y los requerimientos metodologicos planteados en este proyecto de intervención, lo anterior, además, sustentado bajo la lógica legal del derecho de citas que permite dichas practicas toda vez que "*Los fragmentos pueden proceder de una obra escrita, sonora o audiovisual, así como de obras aisladas de carácter plástico, fotográfico o de naturaleza análoga*."[c]

Este trabajo de intervesión referente a la comunicación de la UVISA y en la utilización de materiales destinados a la mejora de este proceso, gira bajo el reconocimiento al derecho a la educacion y a la libre creación intelectual por lo que la selección y uso de materiales audivisuales destinados a ser incluidos en el DVD no dejan en ningun momento de ser reconocidos como una obra creada bajo la logica del derecho moral y material de los autores.

No obstante lo anterior, son el derecho a la educación y el derecho a la información los ejes rectores para la utilización de los materiales seleccionados. El derecho moral del autor en contraposición a los dos primeros mencionados se tiene previsto sea cubierta como indica la ley para la utilizacion de obra y que se cubrira en virtud de un reconocimiento a la autoria mediante la cita correspondiente de dicha autoria de la obra original.

La figura escencial utilizada como recurso en la selección del material es la *"Crestomatia"*. Dicho recurso es definido por la RAE como la "colección de escritos selectos para la enseñanza"[d4], y que en el sentido más amplio de su definición es el que nos permita seleccionar fragmentos de una obra o varias obras, de uno o varios autores a modo de antología y con la finalidad de crear un proceso de enseñanza.

La crestomatía es un recurso que puede ser utilizado en este caso y obtener un derecho sobre la obra final, ya que la compilación de la crestomatía tiene sobre ella, además, derecho de autor siempre que la compilación del material muestre originalidad y se circunscribe a fines didácticos, en algunas legislaciones de derecho de autor figuran disposiciones especiales encaminadas a facilitar la inclusión en las crestomatías de partes de obras protegidas como el caso de México y que permite minutos de selección y corte de escenas del material fílmico y es bajo esta lógica se basa la construcción de este material.

Por su parte la Ley Federal de Autor vigente en nuestro país en su articulo 5° segundo párrafo indica que "el reconocimiento de los derechos de autor y de los derechos conexos no requiere registro ni documento de ninguna especie ni quedará subordinado al cumplimiento de formalidad alguna".[e] La misma ley en su artículo 76 contempla la fijación o incorporación de letras, numero, signos, etc. en la obra original, por lo que la incorporación de subtítulos se hace de ser necesario y la fijación de la leyenda "Crestomatía" para indicar, cuando sea necesario que se trata de una recopilación de fragmentos de una obra.

---

b Gisela María Pérez Fuentes. Aproximación al derecho de citas como figura conciliadora entre el derecho a la educación y el derecho de autor. Biblioteca jurídica virtual. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. Revista Jurídica. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Año 2007. Número 120. Septiembre- Diciembre. ISSN 0041 8633.Disponible [on line] en: http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/120/art/art7.htm#N25

c 3ibidem.

d Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Vigesima segunda edición. Disponible [on line] en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual?LEMA=crestomatía

e Ley Federal del Derecho de Autor. Texto Vigente de la última Reforma aplicada. 2003. Disponible [on line] en: http://www.edicion.unam.mx/pdf/LFDAUTOR.pdf

6Ibidem.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL MATERIAL

Los principios de selección del material obedecieron a la lógica de temas relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades por un lado y por otro a las sugerencias de los usuarios emitidas en el sondeo realizado, en el que consideraron temas relacionados con su vida cotidiana y de facil aplicación, tales como consejos utiles para el hogar, recetas de cocina, entre otros.

Basicamente el criterio de selección contempló tanto puntos tecnicos como tambien aspectos relacionados con la uniformidad de los mensajes. Dentro de los aspectos técnicos se consideraron: duración, calidad del sonido, posibilidades de edición, subtitulos legibles y grabaciones competas, en cuanto a la uniformidad de los mensajes se tomaron aspectos como: lenguaje adecuado, fluido y facil de entender, que el contenido estuviera narrado en español de México y se privilegio que la gama de video fueran narrados casi en totalidad por la misma persona, basicamente que el origen de los videos no fuera diverso sino mantuviera una uniformidad.

La selección y utilización de los videos se apegó al derecho, respetando la fuente y dando el credito para demostrar su origen, tambien se consideró a la crestomatía como el recurso para la utilización de los materiales.

Un aspecto importante en la selección de los videos fue su facil acceso a través del internet, es decir su disponibilidad en la red para poder ser descargados y su posibilidad de edición. Dicha selección se hizo con apego a la tematica sugerida por la dirección de la UVISA y de las áreas de atención con las que cuenta, así como también a través de las sugerencias de los propios usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

• MARQUES, P. (2003). "Los videos educativos: tipología, funciones, orientaciones para su uso". URL: http://dewey.uab.es/pmarques/videoori.htm

• BRAVO, J.L. (2000). "El video educativo". URL: http://www.ice.upm.es/wps/jlbr/Documentacion/Libros/Videdu.pdf

• PÉREZ FUENTES, Gisela María. Aproximación al derecho de citas como figura conciliadora entre el derecho a la educación y el derecho de autor. Biblioteca jurídica virtual. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. Revista Jurídica. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Año 2007. Número 120. Septiembre-Diciembre. ISSN 0041 8633. Disponible [on line] en:http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/120/art/art7.htm#N 25

• Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Vigesima segunda edición. Disponible [on line] en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual?LEMA=crestomatía

ANEXO D

Guia de Estrategias educativas en apoyo al "Programa Extramuros del Área Nutrición para Escuelas Primarias" UVISA

PRESENTACION

En el marco del "Programa Extramuros del Área de Nutrición para Escuelas Primarias", de la UVISA, el grupo de estudiantes en la maestría de Salud Pública del Instituto de Salud Pública (ISP) de la Universidad Veracruzana, campus Xalapa, presentan los siguientes materiales educativos basados en el modelo pedagógico participativo, dirigido al nutriólogo encargado(a) del "Programa Extramuros del Área de Nutrición para Escuelas Primarias" con el propósito de apoyar sus prácticas para el fomento de una vida saludable y enriquecer las estrategias educativas del área de nutrición, con especial enfoque a una de las actividades del programa que son, la prevención de problemas nutricionales y la promoción de hábitos saludables en cuanto a su alimentación y nutrición, con la intención de mejorar la salud en los niños y adolescentes de México.

La propuesta educativa ha sido desarrollada para articularse con el "Programa Extramuros del Área de Nutrición para Escuelas Primarias", se compone de una Guía didáctica y Materiales pedagógicos. La Guía didáctica está dirigida al nutriólogo encargado del programa y tiene como propósito brindar orientación metodológica, así como el marco conceptual y las actividades de aprendizaje para el desarrollo de conocimientos en nutrición y la adopción de hábitos saludables en cuanto a su alimentación. El material didáctico está dirigido a los alumnos para propiciar un aprendizaje significativo mediante la reflexión acerca de sus propias prácticas, el análisis de información relevante y el desarrollo de diversas actividades.

La elaboración de estos materiales didácticos se realizó en un proceso participativo e interinstitucional, por especialistas en diseño gráfico, pedagogos y docentes del ISP.

La presente edición de este material pedagógico, es una versión que incorpora ajustes en su estructura y contenido a partir de sugerencias recogidas durante el pilotaje realizado en una Escuela Primaria "Heriberto Jara Corona" el día 16 de abril del año en curso en esta ciudad, el grupo participante en esta prueba fue 4to año "A" y, el tema desarrollado fue el de la Jarra del Buen Beber, la didáctica ensayada se basó en: primero con la identificación de las bebidas que consumían diariamente, la aportación fue grupal (todos los niños participaron), esto con la finalidad de revisar si consideraban que los líquidos que tomaban eran bebidas saludables o no, segundo lugar lo que sabían o creían de la jarra del buen beber, continuamos con una pequeña descripción de la dinámica y la elaboración del material que, consto en el armado de un rompecabezas con la imagen del buen beber, finalmente se colocó un poster con la imagen de la Jarra y se dio una descripción detallada de los niveles por colores y tipo de bebidas además de las porciones recomendadas para su edad, concluimos con la reflexión de lo que consumían en cuanto a líquidos y lo que conforme a la jarra deberían tomar, recomendaciones y opiniones de los mismos alumnos, todo esto se desarrolló bajo la colaboración de docentes, asesores de intervención, expertos en diseño gráfico, nutriólogos y pedagogos, todos de varias dependencias e instituciones.

Se contempla que estos materiales educativos sean una contribución para promover hábitos alimentarios y estilos de vida saludables, de manera que los alumnos incorporen prácticas que les permitan mejorar su salud y bienestar.

I. INTRODUCCIÓN

Los desequilibrios de la alimentación constituyen mundialmente un problema de salud, lo anterior se aborda en la conferencia Internacional sobre Nutrición celebrada en Roma en el año de 1992, en la cual se reconoce la importancia de la educación y comunicación para la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de las enfermedades producidas por una alimentación ya sea escasa, excesiva o desequilibrada de alimentos.

En este sentido paralelamente a los problemas de carencias nutricionales, han ido tomando cada vez más auge las enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares) no solo por ser de las primeras causas de morbilidad en nuestro país, sino por el aumento en la prevalencia y en sus manifestaciones cada vez a más temprana edad en la población mexicana. [1]

La promoción a la salud y la prevención de la enfermedad es una de las prioridades para la UVISA y para cumplir

con sus objetivos la unidad proporciona orientación, capacitación y educación para la comunidad, todo esto mediante la adopción de hábitos saludables, en especial una alimentación equilibrada, variada y suficiente.

Dentro de la UVISA existen varias áreas de atención, especialmente en esta guía didáctica nos enfocaremos al área de Nutrición la cual, mantiene vigente y en constantes actualizaciones sus programas dirigidos a la población infantil, uno de ellos es el "Programa Extramuros de Nutrición para Escuelas Primarias", destinado a los niños[f] de entre 6-12 años que asisten a las Escuelas Primarias del área de influencia de la UVISA, puesto que para la unidad la infancia y la adolescencia son etapas claves en la vida de una persona y, es de suma importancia una alimentación completa para el desarrollo y crecimiento óptimo del organismo, con el fin de apoyar en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables se desarrolló este programa, para fortalecer la adecuada nutrición de los escolares, enseñándoles a elegir opciones sanas.

Lo anterior se suma al hecho de que en esta etapa de la vida se producen cambios y se establecen patrones de conducta individualizados, marcados por el aprendizaje previo e influidos por el ambiente, lo cual hace que los niños en edad escolar sean un grupo ideal para el desarrollo de programas en educación nutricional, con el único fin de promover hábitos saludables, ya que a esta edad se consumen gran cantidad de bocadillos, se prefieren las comidas rápidas de elevada densidad calórica y bajo contenido en vitaminas y minerales, alimentos fritos y dulces.[1]

Con base en lo anterior se sugiere un abordaje participativo de las pláticas para el programa de nutrición, como estrategia participativa se concibe una propuesta didáctica contemporánea, que nace de varias perspectivas pedagógicas, entre ellas las constructivistas, que indican que nuestra especie genera el conocimiento de manera natural a partir de las relaciones con "los otros". La enseñanza participativa puede promover la adquisición de competencias operacionales como, contenidos de aprendizaje a través de la solución de problemas reales y significativos.[2]

Las técnicas participativas están compuestas por diferentes actividades como dinámicas de grupo, sociodrama y adecuación de juegos populares o, con fines de capacitación, títeres, videos, dibujos y cualquier otro medio que tenga como fin promover la participación, el análisis, la reflexión y un cambio de actitud consiente y duradero en los participantes, que conduzca a una planificación de acciones para la solución de problemas.[3]

II. ANTECEDENTES:

La salud infantil en nuestro país se debe construir apoyándose en las políticas sanitarias, económicas y sociales, bajo esta óptica se creó la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA-1999 para la atención a la Salud del niño.[4]

Entre las enfermedades más comunes en la infancia se encuentran:[4]

o Desnutrición

o Sobrepeso

o Obesidad

o Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas

Los niños son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables en su mayoría.[5]

La salud de los menores influye directamente en su desarrollo, crecimiento y el desempeño escolar.

Es fundamental poner atención permanente en la salud de los niños en edad escolar, a fin de conocer sus necesidades, prevenir y mejorar sus condiciones de salud.

Si partimos de que mantener una alimentación saludable desde el inicio de la vida nos proporciona múltiples beneficios a lo largo de esta, entonces reconocemos que una alimentación saludable es la que se mantiene en equilibrio con el gasto calórico, con el ejercicio físico desarrollado y con las reservas corporales, sobre todo de grasa.[6]

---

f Si bien se respeta la equidad de género en la expresión gramatical, en este documento se aplicará la expresión "niños" para referirse a niños y niñas; "alumnos" para referirse a alumnos y alumnas; "docente" para referirse a profesoras y profesores; "director" para referirse a director y directora; "nutriólogos" para referirse a nutriólogos y nutriólogas; y "padres" para referirse a "madres y padres". Esta decisión es al sólo efecto de facilitar la lectura de este material.

La alimentación nos permite tomar del medio que nos rodea, los alimentos de la dieta y la nutrición es el conjunto de procesos que permiten que nuestro organismo utilice los nutrientes que contienen los alimentos para realizar sus funciones.[7]Entendemos por alimentos a todos aquellos productos naturales o industrializados que consumimos para cubrir una necesidad fisiológica, que es el hambre. Sin embargo los nutrientes son sustancias que se encuentran dentro de los alimentos y que el cuerpo necesita para realizar diferentes funciones y mantenernos en un estado de salud óptimo.[7]

Con base en esto, los temas a desarrollar para los materiales educativos son, el plato del buen comer y la jarra del buen beber.

III. MATERIAL EDUCATIVO

3.1 PLATO DEL BUEN COMER

"El Plato del Buen Comer" es una representación gráfica de los tres grupos de alimentos, la cual se utiliza en nuestro país para la orientación alimentaria.[8, 10]

Tomando en cuenta el plato, obtenemos una clasificación de los nutrientes. A continuación se muestra la imagen del ***Plato del Buen Comer***:

Fuente: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043-SSA2-2005[10]

1- Proteínas

Son los ladrillos necesarios para crecer y reparar daños en el cuerpo. Se encuentran en las carnes (de res, aves, de cacería), pescado, mariscos, crustáceos, huevos, leche, quesos, embutidos (jamón, salchichas, chorizo), granos como los frijoles, chicharos, lentejas.

2- Carbohidratos

Nos dan energía y calor para movernos y desarrollar todas las actividades diarias. Son de origen vegetal.

Se encuentran en los cereales: maíz, trigo, arroz, sorgo y sus productos (harinas, pastas) tubérculos o verduras: papa, apio, yuca, camote, chilacayote; plátano; azúcar (blanca o morena), miel y panela, granos como los frijoles, chicharos, lentejas, garbanzos.

3- Grasas

Son la fuente más concentrada de energía para nuestro cuerpo y cerebro. Participan en diferentes funciones específicas y forman parte de los tejidos del cuerpo y de algunas vitaminas y hormonas. Son fuente de calorías para los niños, pero los adultos deben consumirla con moderación.

Se encuentran en las carnes rojas, piel del pollo, leche, mantequilla y queso, aceites vegetales (de girasol, maíz, ajonjolí, oliva), margarina, aguacate, aceitunas, algunas semillas como el maní, nuez, pistacho, almendras, avellanas.

4- Vitaminas

Ellas son las vitaminas A, D, E, K, C, complejo B y el ácido Fólico.

Cumplen funciones esenciales para el organismo. Ayudan en el proceso de transformación de energía y favorecen el sistema de defensa del cuerpo contra las enfermedades. Se encuentran en casi todos los alimentos en especial en las frutas, hortalizas y alimentos de origen animal.

5- Minerales

Entre los principales minerales se encuentran: calcio, hierro, yodo y el zinc. Ellos participan en diversas funciones específicas y forman parte de los tejidos del

cuerpo (Ej.: el calcio forma y mantiene los huesos y dientes; el hierro forma parte de la sangre).

Los minerales intervienen en el crecimiento, reproducción del ser humano, la función muscular, entre otros. Se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal.

6- Fibra

La fibra ayuda a expulsar las heces con facilidad, previene el cáncer de colon y reduce el colesterol en la sangre.

Se encuentra en los alimentos de origen vegetal como hortalizas (zanahoria, tomates, lechugas, pepino), frutas (melón, patilla, naranja, manzana), granos (arvejas, lentejas, frijoles), verduras (yuca, apio,) y cereales integrales.

Una nutrición adecuada debe ser:

a. ***Completa:*** que incluya alimentos de los 3 grupos, en cada comida. Lo anterior es muy importante ya que cada grupo tiene distintos nutrimentos que nuestro cuerpo necesita.

b. ***Equilibrada:*** que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí, ya que nuestras células necesitan cantidades específicas de cada nutrimento, algunos en mayor proporción que otros.

c. ***Inocua:*** que su consumo habitual no implique riesgos para la salud (higiénica) para que los "alimentos sean tu medicina" y no tu enfermedad.

d. ***Suficiente:*** que cubra las necesidades de energía y nutrimentos, de tal manera que la persona tenga buena nutrición y un peso saludable. De acuerdo a lo anterior, que consumas únicamente lo que necesitas, ni más, ni menos.

e. ***Variada:*** que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas, ya que dentro de cada grupo hay alimentos que contienen mayor cantidad de un nutrimento. Se debe evitar comer "lo mismo" día tras día. La variedad determina que las comidas sean más interesantes y ayuda a asegurar que una dieta contenga suficientes nutrimentos.

f. ***Adecuada:*** que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.

Por otro lado, los grupos utilizan los colores del semáforo para exponer las cantidades en las que deben consumirse:

o ¡Alto! Los productos de origen animal se encuentran en color rojo lo que significa que se debe limitar su consumo. Las leguminosas se encuentran en color naranja por lo que se debe consumir en mayor cantidad que los alimentos de origen animal.

o ¡Precaución! Los cereales se encuentran en color amarillo ya que se deben consumir con moderación.

o ¡Adelante! Las verduras y frutas se encuentran en verde ya que se pueden consumir libremente.

3.2 JARRA DEL BUEN BEBER

Debido a que el plato El Plato del Buen Comer no incluye las bebidas, se ha construido la "Jarra del Buen Beber." Ésta es una representación gráfica que señala las bebidas y las porciones adecuadas de consumo.[11]

Fuente: Acuerdo nacional para La salud alimentaria. SSA, SEP. [11]

La jarra cuenta con **6 niveles**, en los que se ubican diferentes bebidas y se sugieren las cantidades que debe

tomar un adulto cada día, a pesar de que las porciones no se especifican para infantes se considera adecuado.

La recomendación de las bebidas se basa en los beneficios que le proporcionan al cuerpo, por lo que la cantidad sugerida se encuentra en el lado derecho del gráfico en forma de vasos o tazas.

A continuación se detalla cada nivel que forma la Jarra del Buen Beber:

Nivel 1 – Agua Potable: es la bebida más saludable y la preferida para satisfacer las necesidades diarias de líquidos. De acuerdo a lo anterior, se debe consumir un mínimo de seis vasos al día.

Nivel 2 – Leche semidescremada, leche descremada y bebidas de soya sin azúcar adicionada: aportan calcio, vitamina D y proteína de alta calidad. Se recomienda consumir máximo dos vasos al día de éstas bebidas.
Se deben preferir sobre la leche y bebidas de soya saborizadas y con azúcar agregada ya que contienen grandes cantidades de energía. Igualmente deben suplir la leche entera ya que ésta última tiene mayor aporte de grasa que la leche descremada.

Nivel 3 – Café y té sin azúcar: El té y el café negro sin azúcar se pueden tomar

hasta 4 tazas (250ml por taza). El té provee micronutrimentos como el fluoruro, algunos aminoácidos y vitaminas.

Nivel 4 – Bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales: se refiere a refrescos de dieta, agua con vitaminas, bebidas energetizantes y otras bebidas "dietéticas" a base de café o té. Se recomienda de 0 a 500ml por día (de cero a dos vasos)

Nivel 5 – Bebidas con alto valor calórico y beneficios en salud limitados: se refiere a jugos de fruta, leche entera, bebidas alcohólicas y bebidas deportivas. Éstas se recomiendan de 0 a medio vaso (125ml) al día ya que aportan gran cantidad de energía.

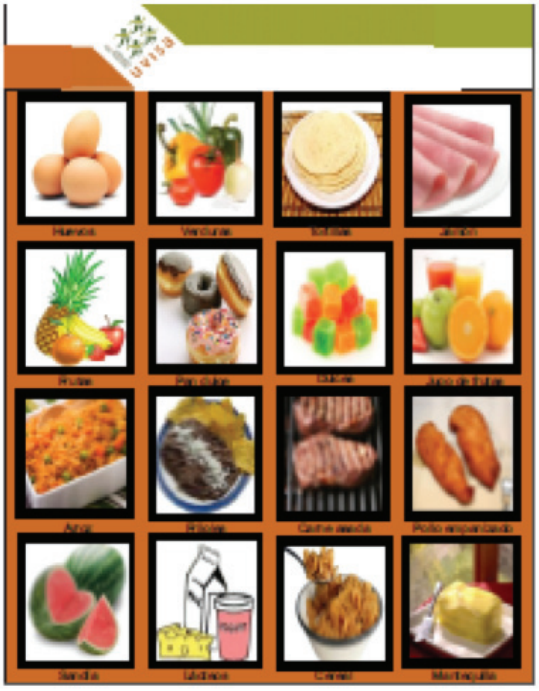
Nivel 6 – Bebidas con azúcares y bajo contenido de nutrimentos: se refiere a refrescos y otras bebidas con azúcar adicionada como jugos, agua fresca y café. No se recomienda su consumo ya que proveen excesivas calorías y su consumo se ha asociado con caries dental, sobrepeso y obesidad.

4.1 PLATO DEL BUEN COMER

Proporcionar información a los alumnos sobre la importancia de consumir alimentos variados, para lograr una alimentación saludable necesaria para el crecimiento desarrollo y mantenimiento de la buena salud.

4.1.1 Técnica No. 1 Lotería de los alimentos

Materiales requeridos: Poster del plato del buen comer, juego de lotería, que contiene un paquete de tarjetas para el facilitador y planillas individuales con imágenes de los alimentos y semillas.



Fuente: Creación Propia, alumnos ISP.

Número óptimo de participantes: 35 a 40 alumnos. Tiempo necesario: 20 minutos.

Edad de los alumnos participantes: 1ro a 6to año (6-12 años).

Para desarrollar esta dinámica que es de forma individual, se comienza dando una pequeña explicación de la mecánica, inmediatamente después se reparten las planillas a cada niño y un puñado de semillas para marcar, estas contienen diferentes alimentos de cada grupo conforme a la distribución del plato, el facilitador de la dinámica tendrá un conjunto

de tarjetas con imágenes y nombres de los alimentos, él mencionará en voz alta los nombres de todos los comestibles intercalando los grupos del plato, haciendo una pequeña pausa entre cada alimento para dar tiempo a que cada niño marque, hasta mencionarlos todos, cada alumno deberá marcar con una semilla solo los alimentos que come habitualmente, con el fin de identificar los alimentos que consumen con mayor frecuencia.[9]

Al finalizar cada alumno deberá contar la frecuencia y cantidad de alimentos que marco (que consume), y anotarlo en su cuaderno, lo anterior con la finalidad de que el niño observe y reflexione de que grupo está consumiendo un número mayor de alimentos.

Para concluir esta dinámica el instructor debe explicar que, los alimentos aportan diferentes nutrientes y elementos que son esenciales para realizar todas las funciones del organismo, que los niños con una nutrición equilibrada y suficiente crecen, se desarrollan sanos y fuertes, y además con la energía suficiente para estudiar, jugar y estar mejor protegidos contra las enfermedades.

4.1.2 Técnica 2. Manteleta del plato del buen comer

Fuente: Creación Propia, alumnos ISP.

Materiales requeridos: Manteleta del plato del buen comer, colores.

Número óptimo de participantes: 35 a 40 alumnos. Tiempo necesario: 20 minutos.
Edad de los alumnos participantes: para la manteleta blanco y negro 1ro a 3er año (6-9 años) y para la manteleta a color 3ro a 6to año (9-12 años).

Descripción de la actividad:

Consta de una manteleta individual, que ilustra los alimentos de cada grupo nutricional conforme el plato del buen comer, con la finalidad de que los alumnos la vean y ubiquen coloreando, solo los alimentos que consumen y lo reflexionen. Y al terminar la dinámica la lleven a su casa y socialicen con sus padres y/o familia.

Preguntas de reflexión para que el facilitador las socialice al grupo:

1- ¿Les gusta desayunar por las mañanas antes de venir a la escuela?

Si No

2- ¿Como se sienten antes de desayunar, comer o cenar?

Muy Bien Bien Regular Mal

3- ¿Qué alimentos comen diariamente en el desayuno, comida y cena?

¿A que hora vuelven a tener hambre después del desayuno?

4- ¿Qué otros alimentos les gustaría comer?

Frutas y verduras Carnes y Derivados Lácteos Cereales y leguminosas

5- ¿Cómo se sienten cuando no pueden desayunar, comer o cenar?

Mal Me duele el estómago Me duele la cabeza Bien

6- ¿Sabes que te ofrecen los alimentos y que son necesarios para tu desarrollo? Vitaminas Minerales Hierro Proteínas

Las preguntas anteriores son con la finalidad de conocer cómo se sienten los niños respecto a su propia alimentación y, propiciar la reflexión de los nutrientes que están proporcionando a su cuerpo, estableciendo un dialogo acerca de que podemos hacer para incluir otros tipos de alimentos en la dieta habitual.

4.2 LA JARRA DEL BUEN BEBER

4.2.1 Técnica No. 3 Dinámica de las Jarras y esponjas de colores

Fuente: Creación Propia, alumnos ISP.

Materiales requeridos: Jarras de plástico, esponjas de colores, poster con la imagen de la jarra del buen beber.
Número óptimo de participantes por equipo: 6 alumnos.
Tiempo necesario: 20 minutos
Edad de los alumnos participantes: para 1ro a 6to año (6-12 años).

Descripción de la actividad:

Colocar cartel de que contiene los colores que identifican cada nivel y las bebidas que representa.

A continuación se utilizan jarras transparentes y esponjas de colores. Primero organizarlos en equipos de 6 alumnos, entregarles la jarra y un juego que contiene esponjas de diversos colores conforme a la jarra, ellos deben llenar la jarra de acuerdo con las bebidas que consumen diariamente e interpretar el tipo de líquidos que componen a cada nivel, asignar un tiempo y que cada equipo presente su trabajo y explique cómo lo armaron.

4.2.2 Técnica No. 4 Poster.

Material requerido: Poster con la imagen de la Jarra del Buen Beber con velcro y vasos de plástico con velcro en la parte posterior.

Número óptimo de participantes: 35 a 40 alumnos. Tiempo necesario: 20 minutos,
Edad de los alumnos participantes: para 1ro a 6to año (6-12 años).

Colocar el poster con la imagen de la jarra del buen beber, para esta dinámica es necesario solicitar voluntarios para participar, se les repartirán vasos, los mismos que tendrán velcro en la parte posterior para facilitar el pegado y despegado al póster, con la finalidad de que los niños puedan reflexionar la cantidad real que beben de cada líquido, contra la que deberían consumir para conservarse saludables.

Preguntas de reflexión para que el facilitador las socialice al grupo:

1- ¿Cuáles son tus bebidas favoritas?

2- ¿En qué nivel se ubican las bebidas que tomas diariamente y con más frecuencia?
Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4

3- ¿Por qué te agradan las bebidas que tomas?

Por su sabor a frutas Porque son dulces Porque no hay otra cosa

4- ¿Qué puede producir en tu organismo un exceso de bebidas con alto contenido en azucares?
Caries Pre obesidad Dolor de estómago Nada

Concluir la actividad con la reflexión del porque tener hábitos de bebidas saludables y cuáles son sus requerimientos de consumo diario de cada líquido, además remarcar la bebida del nivel 1, que es el agua hervida o purificada como la principal fuente de hidratación.

5. REPRODUCCIÓN DE MATERIALES DIDÁCTICOS

Técnica 4.1.1 Plato del buen comer

Los archivos necesarios para replicar las planillas del juego de lotería, las tarjetas y el cartel se facilitarán a la UVISA, de manera que puedan reproducirlo en el momento que lo necesiten.

Técnica 4.1.2. Manteleta del plato del buen comer

Como en el caso anterior al tratarse de una manteleta que debe ser impresa se proporcionará el archivo con las imágenes necesarias, tanto en color como en blanco y negro.

Técnica 4.1.3. La dinámica de las Jarras y esponjas de colores

Los materiales que se requieren son jarras de dos litros de plástico, esponjas de colores que se confeccionan con hule espuma de 4 cm de espesor, se recortan rectángulos con las siguientes medidas 2.5 cm de ancho por 5 cm de alto, los cuales se pintan con pintura textil los color azul, verde, morado, amarillo, naranja y rojo, para lo anterior se deben mantener sumergidas en agua hirviendo a la que previamente le agregamos el colorante por aproximadamente 10 min, removiendo constantemente para que absorban el pigmento, después se colocan al sol para su secado. El archivo con el cartel de los colores que representan los niveles de la Jarra del Buen beber, se otorgará a la UVISA el archivo para que puedan reproducirlo cuando sea necesario.

Técnica 4.1.4 Póster de la jarra del buen beber

Para realizar esta estrategia se necesitan vasos de plástico recortados por la mitad con una segueta, a continuación se les coloca una base de papel cascarón o cartoncillo. Después se les pega velcro en la parte posterior, con la finalidad de que puedan adherirse al póster, el cual también tendrá una banda de velcro en cada nivel de la jarra.

Bibliografía

1. Instituto de Nutrición e Higiene de los alimentos, "Experiencias de un programa participativo en educación nutricional en adolescentes de 12 a 15 años. MINSAP, Cuba, 2007.
2. Marco A. Gutiérrez Soto, Julio M. Arias Reverón, "Estrategias Participativas para la enseñanza de las Ciencias Naturales en la Universidad de Costa Rica, Actualidades Investigativas en nutrición, Costa Rica, 2009.
3. Proyecto Jalda, "Estudio de validación del desarrollo rural participativo basado en la conservación de suelos y agua" Manual de Técnicas Participativas, Sucre, Bolivia.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la Atención a la Salud del Niño. México. (Actualizado 2001 Febrero 9; consultado 2011 Nov 29). Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd30/atencion.pdf
5. Página de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud. 2011. Disponible en: http://www.who.int/topics/child_health/es/
6. Subsecretaria de prevención y control de enfermedades. "Guía de alimentación saludable". SS; México 2012. [Data base en internet]. Consultado el 11 de mayo de 2012. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/5759b.pdf
7. Fundación Bengoa para la alimentación y nutrición. "¿Qué es la alimentación saludable?" [Data base en internet]. Consultado el 09 de mayo de 2012. Disponible en: http://www.fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/alimentacion_saludable.as
8. Rivera JA, Muñoz O, Rosas M, Aguilar CA, Willet WC y cols. Desarrollo E Implementación De Las Recomendaciones Sobre El Consumo De Bebidas Para Una Vida Saludable. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2006: México.
9. Ministerio de Educación y Cultura, "Alimentar la mente para crecer y vivir sanos. Guía Didáctica, Paraguay, 2010.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
11. Gobierno Federal en conjunto con Secretaria de Salud (SSA) y Secretaria de Educación (SEP). Acuerdo nacional para la salud alimentaria: "Estrategia contra el sobrepeso y obesidad". [Data base en internet]. Consultado el 26 de mayo de 2012. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/salud_alimentaria/programa_accion.pdf
12. Depósito de Doctos de la FAO: Cumbre mundial sobre la alimentación. "Declaración de Roma sobre la seguridad alimentaria mundial. Roma- Italia 1996. [Data base en internet]. Consultado el 26 de mayo de 2012. Disponible en: http://www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.htm

13. SEGOB. Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica. 1ra Sección. Publicado el 23 de agosto de 2010; en Diario Oficial de la Federación. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5156173

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A. Hernández Baqueiro. Estructura ética y cultura organizacional. In: México Instituto
Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey campus Cd. de, editor. México, DF.2011.
2. H. Andrade Rodríguez de San Miguel. Definición y alcance de la comunicación organizacional. In: ISP, editor. Antología del módulo de salud pública2012.
3. D. Favaro. Comunicación Organizacional. Planificación de la comunicación en grupos y organizaciones. Servicio Centro Regional Ecuménico de Asesoría y, editor. Buenos Aires, Argentina2008.
4. Saludable Unidad de Vida. Programa General. Xalapa, Ver.2011.
5. I. Valadez Figueroa. La educación para la salud, importancia del concepto. Revista de
Educación y Desarrollo. 2004;1.
6. Karam T Cañizales A. . Veinte formas de nombrar a los medios masivos. . Andes
Universidad de los, editor2010.
7. RE. Kotler. Marketing Social Estrategias para el cambio de la conducta pública. México: Diana; 1992.
8. LR. Rodríguez. Características de conocimiento, actitud y uso del condón masculino en población en riesgo de contraer VIH/SIDA. Cuba: Elsevier; 2005.
9. Al Ries Jack Trout. Posicionamiento: la batalla por su mente. Hill McGraw, editor. LA. USA2000.
10. H. Priego. La mercadotecnia en salud: Retos y Oportunidades. Salud Red Iberoamericana de Mercadotecnia en, editor. La Habana, Cuba2003.
11. R. Choque. Comunicación y educación para la promoción de la salud. McBride P., editor. Madrid, España2005.
12. Papalia S Wendkos S. Psicología del desarrollo. México: McGraw-Hill; 2002.
13. Breinbahuer C Maddaleno M. . Jóvenes, opciones y cambio. adolescentes Promoción de conductas saludables en los, editor. México: PAHO; 2008.
14. Spahn J Reeves R, y cols. . Teorías y estrategias para el cambio de conducta en la alimentación. Madrid. : PAHO; 2010.
15. JM. Camacho. El ABC de la terapia cognitiva. Consultado el 13 de abril del 2012 [Internet]. 2012.
16. Flórez Alarcón L. El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2022;XI(1):23-33.
17. GA. Vargas Merino. Teorías hacia la comunicación en salud. ISP, editor. Xalapa, Ver.: Instituto de Salud Pública; 2007.
18. Valadez Figueroa I. Villaseñor Farías M, Alfaro Alfaro N. Educación para la salud: la importancia del concepto. Revista de Educación y Desarrollo. 2004;1.
19. OPS/OMS. Promoción de la Salud en las Américas. Revisión de la Declaración Ministerial de México. Washington, DC2006.
20. C. Ortiz Chacha. Diagnóstico de salud de la población de la Unidad de Vida Saludable.
2009.
21. R Resendiz Aguilar. Prevalencia de hipertensión arterial y la relación de obesidad y el incremento de la circunferencia abdominal como factores asociados en escolares de 4 escuelas primarias de Xalapa, Veracruz. Xalapa, Ver.: Universidad Veracruzana; 2011.
22. cols Cabrera Mendoza N. y. Diagnóstico de la situación de Salud de las usuarias con más apego a la Unidad de Vida Saludable (UVISA), Xalapa, Veracruz. 2011.
23. C Chávez Arellanos. Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). Rev del Hoss Gral de
Mex. 2003;2(1):44-6.
24. República Presidencia de la. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Sexenal [Internet].
2007.
25. Federal. Gobierno. Programa Nacional de Desarrollo. In: Gobernación Secretaría de, editor. México2007.
26. Salud Secretaría de. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. México2007.
27. Veracruz Gobierno del Estado de. Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016. In: Gobierno Oficina del Programa de, editor. Veracruz2011.
28. Chiavenato Idalberto. Introducción A La Teoría General De La Administración. Interamericana Mcgraw-Hill, editor. México2006.
29. Durandía Alcaldía de. Manual de comunicación organizacional e informativa. España2008.
30. Nosnik Ostrowiak Abraham. La comunicación en las organizaciones. Trillas, editor. México2002.
31. Tol Martín Satz. Manual del comunicación para jóvenes universitarios2009.

32. Andrade Rodríguez de San Miguel Horacio. Definición y alcance de la comunicación organizacional. In: Trillas, editor. La comunicación en las organizaciones. México2006.
33. (USAID) Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Manual de comunicación interna para buenas prácticas. In: (MECOMAQ) Mejoramiento continuo de la maquila, editor. Managua, Nicaragua2008.
34. Eco Humberto. Semiología de los mensajes visuales. In: Contemporáneo Tiempo, editor. Análisis de las imágenes. Buenos Aires, Argentina1970.
35. Guatemala Embajada de Italia en. manual de comunicación y visibilidad 2011-2012. In:
desarrollo Programa de Emergencia RAN. Cooperación italiana al, editor. Guatemala2011.
36. Asturias Principado de. Comunicación interna para PyMES. In: emprendedores Jóvenes, editor. España2006.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL DE VERACRUZ (CREEVER)

Carolina Delgado Domínguez, J. Jahaziel Díaz Vallejo, Ana Rosa García Fernández , Julieta López Vázquez, Damián Eduardo Pérez Martínez
Asesoras Internas: Dra. Dulce María Cinta Loaiza, Mtra. Josefina Aguirre Martínez
Asesor externo: MSP. Francisco Javier Auñón Segura

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue estandarizar el proceso de valoración de pacientes que asisten por primera vez al CREEVER.

Metodología: Para realizarlo se diagnosticó la situación del problema objetivo, los resultados de este, apuntalaron a un desorden en el proceso de valoración, asi como a la dificultad que presentaban los pacientes para memorizar el mismo, para aminorar la problemática, se realizó e implementó un manual de procedimientos así como la señalética e instructivo que facilitara la distinción y seguimiento de cada una de las áreas y etapas del proceso, finalizando con la evaluación de los resultados obtenidos a partir de la implementación de acciones correctivas.

Resultados: La muestra que conformo la etapa de evaluación fue de 25 personas.

El instructivo guía se entregó al 92% de los usuarios, en el 8% restante no fue posible entregarlos, los cuales presentaron los tiempos más largos del proceso, en el 100% se observó su uso. El tiempo de duración según las áreas implicadas, demostró el apego a los tiempos considerados dentro del manual de procedimientos, sin embargo dentro de los tiempos máximos se demuestra que, en algunos casos, sigue habiendo excesos en el tiempo debido principalmente a descuidos o contingencias. Por otro lado el tiempo total del procedimiento, considerando los tiempos de espera entre cada módulo implicado en el proceso, se observó en 2:08 horas en promedio, siendo aún menor al tiempo total. En relación al orden del proceso, el 80% de los pacientes siguieron sistemáticamente el proceso de valoración de primera vez, tal y como se contempla en el manual de procedimientos

Conclusiones Mediante la realización de esta intervención en el CREEVER se logró cumplir con los objetivos planteados al estandarizar el proceso de valoración de pacientes que asisten por primera vez y finalmente con el uso del instructivo e implementación de la señalética se facilitó la distinción y seguimiento de cada una de las áreas y etapas del proceso a seguir por parte de los usuarios de primera vez.

Palabras Clave: Manual de procedimientos, señalética, instructivo.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de intervención se realiza en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz (CREEVER) en respuesta a las necesidades manifestadas por la Institución con el objetivo de implementar acciones resolutivas que mejoren el funcionamiento operativo del centro.

Las actividades operativas del CREEVER pueden considerarse recientes tomando en cuenta que desde su planeación, inauguración e inicio de funciones comenzaron como un Organismo Público Descentralizado y, en la actualidad ha pasado a ser parte del DIF Estatal lo cual ha cambiado en algunos aspectos la manera del desarrollo de los procesos que se llevan a cabo al interior de la Institución, haciendo necesario el apego a normativas que rijan los procedimientos.

En este centro se ofrece rehabilitación a pacientes con diferentes tipos de discapacidad así como consultas de diversas especialidades, a la población que acude del Estado y fuera de él sin discriminación alguna, para lo

cual llevan a cabo un proceso de valoración clínica para examinar si el paciente que acude a recibir atención es candidato para llevar sus tratamientos en esta Institución y en caso contrario referirlo a otra instancia en la cual pueda ser atendido médicamente.

El procedimiento de valoración clínica para pacientes que acuden a su primera cita se ha dado a lo largo del tiempo sin una manera estandarizada de implementación, ya que se ha adaptado a las necesidades del procedimiento bajo la percepción y criterios del personal encargado del área de Consulta Externa sin apego alguno a cualquier tipo de documento y sufrido modificaciones resolutivas momentáneamente pero que no han permitido que el procedimiento se establezca de manera permanente y funcional.

Por lo mencionado anteriormente, la presente intervención está encaminada a la elaboración e implementación de un Manual de Procedimientos dirigido a la Atención de Pacientes de Primer Vez, estandarizándolo de tal modo que permita describir, esclarecer y determinar el flujo adecuado de dicho procedimiento, así como hacerlo del conocimiento de los actores involucrados dentro del personal encargado de brindar atención en este proceso.

De manera complementaria, se hará uso de técnicas de señalética en las áreas de atención que se involucran en el proceso de atención para pacientes que serán valorados para determinar si son candidatos a tratamiento en el CREEVER, esto con la intención de permitir que los usuarios de una manera gráfica tengan presente el flujo del procedimiento que ayude a la agilización por medio de la creación de un instructivo en el cual se describa el orden en el que el proceso de valoración se llevará a cabo.

MARCO REFERENCIAL

Antecedentes

De acuerdo a la Ley número 60 sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social en el Art. 15, el DIF es un organismo rector de asistencia social y tiene como objetivos principales la promoción y la prestación de servicios de asistencia social, así la interrelación sistemática de acciones que en la materia llevan a cabo las instituciones públicas y privadas[1].

El DIF cubre en asistencia social a 212 municipios que conforman el Estado de Veracruz. En su mayoría, la población atendida es aquella que se encuentra más vulnerable.

Para fortalecer las medidas de atención a este amplio sector de la población, la Presidenta del Patronato del DIF Estatal, creó la Dirección de Programas Especiales con el objetivo de coadyuvar en la atención de problemas de salud, ecología, vivienda y educación; estos programas son paralelos a los que de forma tradicional atiende el DIF Estatal. La construcción de un nuevo Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz (CREEVER), es parte de estos programas especiales y su viabilidad se justifica en los siguientes antecedentes:

El Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) inicia sus labores en el año de 1976 en la ciudad de Xalapa beneficiando a la población veracruzana discapacitada. Actualmente sus instalaciones son insuficientes para atender a la población que demanda sus servicios. Las necesidades de atención de la población discapacitada rebasó la capacidad de atención del CREE, el cual se encuentra instalado dentro del mismo edificio que alberga las oficinas del DIF. Frente a la necesidad de atención integral e inclusión social del 10 por ciento de la población que presenta algún tipo de discapacidad, se creó el nuevo Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz (CREEVER) con sede en la capital del estado.

En el año 2005 se planteó el proyecto de construir un nuevo Centro de Rehabilitación y Educación Especial en Veracruz, el cual también está ubicado en la Ciudad de Xalapa y recibe el nombre de CREEVER. El 6 de octubre de 2005; El Instituto de Fomento al Desarrollo Regional, donó al DIF Estatal el terreno en el cual hoy se encuentra el CREEVER.

El 28 de febrero de 2007; se constituyó el "Centro de Rehabilitación y Educación Especial y se integra el Patronato". El 13 de abril de 2007; se firmó un convenio entre el DIF Estatal y el CREEVER, para la construcción del Centro de Rehabilitación. (Construir no se encuentra dentro del objeto de la A.C.). El 7 de diciembre de 2007; se firma convenio de colaboración entre CREEVER y la Secretaría de Desarrollo Social y Medio Ambiente, para que por conducto de la Dirección General de Obras Públicas, se apoyara al Patronato del CREEVER para la construcción del Centro y de igual manera se le confirió la dirección total de la obra.

El 15 de julio de 2008; se realizó el Acta de Asamblea Extraordinaria para modificar algunas cláusulas del Acta Constitutiva del CREEVER, modificándose medularmente su objeto social y algunas cláusulas que requería la Secretaría de Hacienda para otorgar la autorización para emitir recibos deducibles de impuestos.

El 16 de diciembre de 2008; se obtuvo la autorización por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para emitir recibos por donativos deducibles de impuestos.

El 2 de junio de 2010; es la inauguración oficial del CREEVER. El 29 de junio de

2010; se publica en la Gaceta Oficial Núm. Ext. 206, el decreto por el cual se crea el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz (CREEVER) como un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública del Estado de Veracruz, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud; en esta publicación se destaca que la Secretaría de Educación de Veracruz, el Organismo Público Descentralizado, Servicios de Salud de Veracruz y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Veracruz, sumaran voluntades con la finalidad de crear un centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz, con el objetivo fundamental de atender a las necesidades de asistencia social. Así mismo, han convenido realizar esfuerzos y ejecutar acciones en beneficio de la sociedad veracruzana con alguna discapacidad física, sensorial o intelectual[2].

Dentro de este decreto quedaron estipuladas las ocho funciones fundamentales del CREEVER.

Funciones

Con base en lo publicado en la Gaceta Oficial del Estado Núm. Ext. 206 de fecha 29 de junio de 2010, se establecen las siguientes como funciones del Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz (CREEVER)[2]:

I. Tratar y rehabilitar a personas con discapacidad con el propósito de que alcancen un nivel físico, intelectual, sensorial, social o económico necesario, para lograr su integración social o su desarrollo personal;

II. Desarrollar e implementar programas sociales dirigidos especialmente a las personas con discapacidad; promover y difundir para crear una cultura de la discapacidad en el Estado de Veracruz; y divulgar nuevas técnicas, teorías, modelos y procesos de mejora de los programas de rehabilitación;

III. Tomar las medidas de prevención necesarias con la finalidad de impedir que en la población veracruzana se produzcan discapacidades, derivados por males congénitos o adquiridos;

IV. Fomentar la formación y actualización continua, tanto técnica como de desarrollo humano de los profesionales de rehabilitación y de todo el personal que preste sus servicios en el CREEVER;

V. Diseñar el modelo de atención para la prestación de servicios de rehabilitación con calidad;

VI. Gestionar con las instancias de asistencia social la obtención de apoyos para la rehabilitación de la población con alguna discapacidad;

VII. Promover mecanismos de coordinación con las autoridades de la Federación, estatales y municipales, así como con los sectores social y privado en el ámbito nacional e internacional para el cumplimiento de su objeto; y

VIII. Promover el intercambio nacional e internacional de estudios, investigación y tecnología de vanguardia para el tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidad, así como de las experiencias en la materia.

El CREEVER tiene establecida una misión, visión y valores los cuales son los siguientes[3]:

Misión

Brindar rehabilitación integral de calidad y calidez a las personas con discapacidad, así como contribuir en la eliminación de las barreras físicas, sociales y culturales.

Visión

Ser una institución altamente competitiva con reconocimiento nacional e internacional en materia de rehabilitación integral, inclusión social, investigación y profesionalización en la atención de la discapacidad.

Valores

- Otorgamos rehabilitación integral con equidad, sin importar situación económica, física o social.
- Mantenemos una actitud humanitaria con vocación de servicio.
- Proporcionamos nuestros servicios con calidad y calidez.
- Estamos comprometidos a desempeñar nuestras funciones con honestidad, valor y voluntad para contribuir en los resultados de la misión esencial del gobierno, encaminada a satisfacer las demandas sociales.

Marco jurídico

El Centro de Rehabilitación y Educación Especial del Estado de Veracruz (CREEVER), se basa para la atención de pacientes con discapacidad en:

❖ Constitución:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave.

❖ Leyes:

- Ley General de Salud, Título Noveno, Capítulo Único, Artículo 174, Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo de 2003.
- Ley de Asistencia Social, Capítulo Segundo, Artículo 4º, 7º, 9º, Diario

Oficial de la Federación del 2 de septiembre de 2004.

- Ley número 822 para la Integración de personas con discapacidad del Estado Veracruz de Ignacio de la Llave.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- Ley Estatal de Salud.
- Ley General de Personas con Discapacidad.

❖ Reglamentos:

Reglas de Operación e Indicadores de Resultados del Programa de Atención a personas con Discapacidad. Diario Oficial de febrero de 2006. Reglamento Interno del OPD. Servicios de Salud de Veracruz.

Reglamento de Insumos para la Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

❖ Otros (Lineamientos, Políticas, Normas, Programas)

- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la Atención Integral a personas con Discapacidad.
- Clasificación de la OMS sobre deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad, 4 de marzo de 1994.
- Normas Internacionales del Trabajo sobre la Readaptación Profesional. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1984.
- Norma Técnica Número 313 para la Presentación de Proyectos e Informes Técnicos de Investigación en las Instituciones de Atención a la Salud.
- Norma Técnica Número 314 para el Registro y Seguimiento en Materia de Investigación para la Salud.
- Norma Técnica Número 315 para el Funcionamiento de las Comisiones de Investigación en las Instituciones de Atención a la Salud.
- Manual de Rehabilitación para el Trabajo, DIF 2005.
- Norma Oficial mexicana NOM-087-ECOL-SSAI-2002, Protección Ambiental - Salud Ambiental - Residuos Peligrosos Biológico – infecciosos – Clasificación y Especificaciones de Manejo.
- Decreto de Creación del OPD. Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz.
- Programa Operativo Anual del CREEVER.
- Programa Nacional para el Desarrollo de personas con Discapacidad 2009-2012.
- Programa Sectorial de Salud 2005-2010.
- Programa Nacional para el Desarrollo de personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.
- Plan Veracruzano de Desarrollo 2005-2010.

Marco teórico

Nuestra intervención se fundamenta en teorías de la administración como el desarrollo organizacional y la teoría de la calidad, así como en la teoría de la comunicación denominada teoría de los usos y gratificaciones, por lo que a continuación se revisarán los aspectos generales de cada una.

Teoría del desarrollo organizacional

El CREEVER al ser una institución que ofrece servicios de salud enfocados a la rehabilitación e integración social de los pacientes, constituye una organización que busca alcanzar objetivos institucionales mediante la utilización de recursos materiales, financieros, económicos y humanos.

Una organización es definida como un conjunto de personas con uno o varios objetivos en común cuyo comportamiento va dirigido a alcanzarlos con eficacia y eficiencia[4].

La organización se presenta en tres aspectos diferentes[5]:

- Organización formal: se basa en la división racional del trabajo, que especializa órganos y personas en determinadas actividades. Es una organización planeada definida en un organigrama instituida por la dirección y comunicadas a todos por medio de manuales de organización.
- Organización informal: emerge espontánea y naturalmente entre las personas que ocupan posiciones en la organización formal, a partir de las relaciones humanas establecidas al desempeñarse en sus cargos.
- Organización como función administrativa y parte integrante del proceso administrativo. En este sentido, la organización significa el acto de organizar, estructurar e integrar los recursos y los órganos involucrados en la ejecución y establecer las relaciones entre ellos y las atribuciones de cada uno.

La organización como función administrativa depende de la planeación, la dirección y el control para formar el proceso administrativo. De esta manera la organización consiste determinar las actividades específicas necesarias para el logro de los objetivos planeados (especialización), agrupar las actividades en una estructura lógica (departamentalización) y asignar las actividades a posiciones y personas específicas (cargos y tareas)[5].

Una empresa, hospital, clínica o centro de atención a pacientes se considera un sistema abierto compuesto de piezas organizadas que permiten su correcto funcionamiento, donde cualquier fenómeno que afecte la funcionalidad de una parte repercute en todo el sistema general[6].

Por lo anterior se plantea que se ve influenciada por el desarrollo organizacional que predomina en ella. Se entiende como desarrollo organizacional al proceso de cambios planeados en los sistemas socio-técnicos abiertos con la finalidad de aumentar la eficacia en salud por parte de la organización, de manera que se realice un crecimiento mutuo de la institución y del trabajador. El desarrollo organizacional es un proceso dinámico y continuo cuyas acciones de basan en diagnósticos situacionales que ponen en evidencia las oportunidades de mejora para establecer las acciones[6].

Otro aspecto importante en la organización es la implementación de manuales para realizar procedimientos eficientes de acuerdo al proceso administrativo, de manera en que se puedan alcanzar los objetivos de la empresa brindado servicios con calidad.

De esta manera, Rodríguez Valencia define a los manuales de procedimientos como aquellos instrumentos de información en los que se consigna, en forma metódica, los pasos y operaciones que deben seguirse para la realización de las funciones de una unidad administrativa. Se describen los diferentes puestos o unidades administrativas que intervienen en los procedimientos precisando su responsabilidad y participación[7].

Los Objetivos del manual de procedimientos son los siguientes8:

- Servir de guía para la correcta ejecución de actividades y tareas para los funcionarios de la institución.
- Ayudar a brindar servicios más eficientes.
- Mejorar el aprovechamiento de recursos humanos, físicos y tareas para los funcionarios.
- Generar uniformidad en el trabajo por parte de los diferentes funcionarios.
- Enviar la improvisación en las labores.
- Ayudar a orientar al personal nuevo.
- Facilitar la supervisión y la evaluación de labores.
- Proporcionar información a la empresa acerca de la marcha de los procesos.
- Evitar discusiones sobre normas, procedimientos y actividades.
- Facilitar la orientación y atención del cliente externo.
- Establecer elementos de consulta, orientación y entrenamiento al personal.
- Servir como punto de referencia para las actividades de control interno y auditoría.
- Ser la memoria de la institución.

Los manuales de procedimientos se clasifican según su alcance de información en:

Manual General de procedimientos: es aquel que contiene la descripción de los procedimientos de toda dependencia o entidad.

Manual Específico de procedimientos: comprende las actividades a realizarse en un área en especial de la dependencia o Entidad[9].

Contenido del manual

La información que el manual de procedimientos debe contener elementos necesarios para el logro de los objetivos con sencillez y profundidad y depende de lo que se quiere dar a conocer.

Según Joaquín Valencia debe contener[7]:

1. Índice
2. Introducción

- Objetivos del manual
- Alcance
- Cómo usar el manual
- Revisiones y recomendaciones

3. Organigrama

Interpretación de la estructura orgánica en la cual se explican aspectos como:

- Sistema de organización.
- Tipo de departamentalización.
- Amplitud de la descentralización.
- Relación entre el personal con autoridad de línea.

4.Gráficas

- Diagramas de flujo

5. Estructura procedimental

- Descripción narrativa de los procedimientos.

6. Formas

- Formas empleadas
- Instructivo

Según la metodología para la elaboración de manuales de la Contraloría General del Estado elementos que debe contener son[9]:

- Portada
- Índice
- Presentación
- Estructura orgánica
- Simbología
- Descripción de procedimientos
- Diagramas de flujo
- Directorio
- Firmas de autorización

Teoría de la calidad

Como ya se ha mencionado anteriormente la finalidad de la organización es brindar servicios de calidad que satisfagan las necesidades del cliente, llevando a cabo una correcta organización mediante el proceso administrativo.

La calidad es definida como "el conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios y que permiten clasificarlos en diversas categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes"[10].

En los servicios de salud se define como "Asegurar que

cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, así lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos latrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso"[11].

Según Donabedian, los componentes de la calidad de la atención médica tienen tres componentes[11]:

- El componente técnico, que se relaciona con la aplicación de los conocimientos científicos y técnicos en el manejo de un problema de salud de la persona brindando el máximo beneficio sin aumentar sus riesgos.
- El componente interpersonal, se basa en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
- Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable y agradable.

Donabedian sugiere analizar para la evaluación de calidad en los servicios de salud: los costos, los servicios, la cantidad, la accesibilidad, continuidad y aceptabilidad de los servicios, así la satisfacción de los pacientes y del personal de salud[12].

Para la evaluación y mejora de la calidad es necesario considerar en todo momento cuál es la practica considerada correcta. Lo cuál constituye y establece un criterio, mientras que el nivel óptimo y correcto de aplicación del mismo en una determinada realidad concreta constituye un estándar. El estándar se fija de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema[12].

Después de evaluar la práctica actual es necesario que se compare con los criterios y estándares establecidos con la finalidad de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable. Para corregir las deficiencias se debe proponer e implantar medidas correctoras eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore para el logro de los niveles previamente establecidos.

Teoría de los usos y gratificaciones

Esta teoría menciona que los usuarios de los medios de comunicación desempeñan un papel activo al usarlos y elegirlos. La teoría se fundamenta en la premisa de que los usuarios buscan una fuente de satisfacción para sus necesidades y conseguir sus objetivos.

La gratificación de las necesidades ocurre de dos maneras distintas: 1) gratificaciones que resultan de la experiencia placentera del contenido de los medios y que son sueltas durante el proceso de consumo y gratificaciones que resultan (gratificaciones culturales) y 2) gratificaciones que resultan del aprendizaje de la información del contenido de los medios y subsecuentemente utilizarlo en asuntos prácticos (gratificaciones de contenido, cognitivas o instrumentales)[13].

Por esta razón se emplea la señalética con la finalidad de comunicar el procedimiento que debe seguir un paciente que es atendido por primera vez en CREEVER.

Se entiende por señalética como el lenguaje desarrollado que parte de la comunicación visual por medio de un sistema de signos y de criterios para la concepción y definición de proyectos particulares, cuyo objetivo es la ubicación y orientación en el espacio y el comportamiento de los individuos respecto a éstos[14,15].

Por lo que la señalética en las instituciones de salud ayuda a identificar, regular y facilitar el acceso a los servicios por parte de los usuarios.

Dentro de las características que debe contener una señalética adecuada se encuentran las siguientes[14, 15]:

- Finalidad: debe ser funcional y facilitar la organización.
- Orientación: se fundamentan en su carácter informativo y didáctico.
- Procedimiento: El mensaje es estrictamente visual de fácil reconocimiento.
- Código: Se utilizan signos simbólicos estables y sencillos.
- Lenguaje icónico: Debe tener un reconocimiento universal para evitar la desinformación o ambigüedad.
- Presencia física: Debe ser discreta pero puntual en los lugares necesarios
- Funcionamiento: El mensaje debe se automático, preciso e instantáneo

Marco empírico

Auñón y colaboradores en el 2007 en su estudio sobre la Evaluación del conocimiento y apego al manual de procedimientos por el personal técnico – normativo del primer nivel de atención encontraron que estructuralmente el área objeto de estudio, estuvo conformado 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[16].

Por tal razón el objetivo del estudio fue determinar el grado de conocimiento y el apego que tenía el personal adscrito al Departamento de Primer Nivel de Atención de los SESVER, al 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. Con base en los resultados obtenidos se consideró 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[16].

Carbonell J y colaboradores en el año 2005 en su estudio sobre "Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario, dónde el objetivo fue describir los tiempos del proceso de asistencia en Urgencia y contrastar la influencia de los tiempos reales y percibidos en la satisfacción expresada por el paciente. Analizar las variables que pueden influir en los tiempos de espera. La conclusión fue que los factores que se relacionaron con un mayor tiempo en Urgencias fueron: mayor edad, mayor gravedad, permanecer en cama, venir acompañado y el tiempo que transcurrió antes de ser valorado por algún sanitario. Se comprobó una relación significativa entre el tiempo total percibido y la satisfacción del mismo que no se observó con el tiempo total real[17].

Planteamiento del problema

El Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz tiene como misión brindar rehabilitación integral de calidad y con calidez a las personas con discapacidad, así como contribuir en la eliminación de las barreras físicas, sociales y culturales. En este sentido se establecieron como valores, entre otros, mantener una actitud humanitaria con vocación de servicio, que proporcione una atención de calidad y con calidez; para ello es indispensable que la institución cuente con las herramientas administrativas que aseguren y agilicen el cumplimiento de todo proceso.

Sin embargo, dentro del departamento de valoración y tratamiento, los pacientes que acuden por vez primera al CREEVER para determinar si serán atendidos por esta institución, pasan por un proceso de valoración médica que se realiza en diferentes áreas dentro de consulta externa, que si bien se lleva acabo dentro de los parámetros de tiempo considerados como adecuados por el personal encargado del área, no se apega a algún documento en el cual se estandarice y se establezca la manera sistemática en la que se debe realizar, lo que permite que interfieran fenómenos ajenos al flujo del proceso, cabe mencionar que las interrupciones que se desarrollan son debido a que este procedimiento se ha establecido con base a criterios propios del personal encargado de brindar este servicio.

Aunado a esta problemática la información inicial que se les otorga a los usuarios se da de manera deficiente en cuanto a tiempo y claridad, lo que no permite la retención mental del proceso por parte del paciente o acompañante; es importante destacar que dentro de las instalaciones del CREEVER no existe una señalética que esté facilitando la ubicación de las diferentes áreas

y ruta establecida para que el propio paciente pueda guiarse fácilmente, lo único que existe es la identificación textual de los servicios que se dan por cubículo sin tomar en cuenta que existe una población analfabeta.

Por lo anterior, el presente trabajo tiene como principal objetivo la elaboración del manual especifico de procedimiento del área de consulta externa, el cual funcionará como un instrumento administrativo de apoyo, para identificar quién y cómo se realizarán las actividades que dan cumplimiento a las disposiciones del CREEVER. Así mismo con la finalidad de facilitar el flujo de la atención de consulta externa se realizará la señalética pertinente para que el paciente pueda guiarse por las instalaciones de manera independiente y fácil.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Estandarizar el proceso de valoración de pacientes que asisten por primera vez al CREEVER.

Objetivos específicos

- Evaluar el proceso seguido por el personal de la institución para la valoración de pacientes que asisten por primera vez al CREEVER.
- Elaborar e implementar un manual de procedimientos que ordene y describa sistemáticamente las actividades a seguir para la valoración del paciente que asiste por primera vez al CREEVER.
- Elaborar un instructivo que describa de manera dinámica el flujo del proceso.
- Elaborar e implementar señalética que facilite la distinción y seguimiento de cada una de las áreas y etapas del proceso a seguir por parte de los usuarios de primera vez.

METODOLOGÍA

Para realizar el presente trabajo de intervención se siguieron sistemáticamente los siguientes pasos: con la finalidad de observar la magnitud del problema y las posibles soluciones, se diagnosticó la situación actual del problema objetivo, con base a ello se planearon las acciones a seguir para corregir o aminorar el mismo, teniendo en cuenda tanto la viabilidad como la factibilidad de dicha intervención, finalizando con la evaluación de los resultados obtenidos a partir de la implementación de acciones correctivas.

Delimitación del problema y Diagnóstico

La selección del problema a tratar se definió en primera instancia a partir de la percepción sentida por el personal directivo de la institución, los cuales describieron la ausencia de un manual estructurado bajo la normatividad vigente, que guiara el proceso a seguir para la valoración de los pacientes que asisten por primera vez al CREEVER, teniendo como consecuencia un desorden en las fases del proceso así como un exceso en los tiempo requeridos para este, el cual estaba estimado en 2 horas. En segunda instancia se prosiguió a verificar la magnitud real del problema, partir de un estudio analítico, descriptivo transversal, a base de un estudio de sombra, siguiendo el proceso de manera paralela desde que el paciente ingresa a la institución hasta el final del proceso de valoración.

El diagnostico se realizó a partir de un muestreo a conveniencia, el tamaño de la muestra estuvo en función del número de pacientes que ingresaban por primera vez a la institución durante 3 días, se estudio el proceso seguido por las personas que ingresaban por primera vez al CREEVER, verificando las faces por las que pasaban, los tiempo que demoraban, las interrupciones al proceso y las problemáticas que se presentaron. Para la realización del estudio diagnóstico se estructuro una cedula de cotejo para facilitar la toma de datos y la captura de los mismos en una base de datos creada en el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS® (Anexo 1).

Tabla 1: Definición de variables

Variable	Definición operacional	Escala de medición
Discapacidad	Tipo de discapacidad que presenta el paciente, por la cual asiste al CREEVER	Nominal
Cita	Hora en la cual se encuentra agendada la cita del paciente	Discreta
Llegada	Hora a la que llega el paciente para su cita	Discreta
Tiempo en recepción	Duración en minutos del proceso de recepción	Discreta
Observaciones en recepción	Observaciones, Interrupciones y anormalidades que afectan el proceso en recepción	Ordinal
Tiempo en caja	Duración en minutos del proceso de caja	Discreta
Observaciones en caja	Observaciones, Interrupciones y anormalidades que afectan el proceso en caja	Ordinal
Tiempo en enfermería	Duración en minutos del proceso de enfermería	Discreta
Observaciones en enfermería	Observaciones, Interrupciones y anormalidades que afectan el proceso en enfermería	Ordinal
Tiempo en médico rehabilitador	Duración en minutos del proceso de médico rehabilitador	Discreta
Observaciones en médico rehabilitador	Observaciones, Interrupciones y anormalidades que afectan el proceso en médico rehabilitador	Ordinal
Tiempo en archivo clínico	Duración en minutos del proceso de archivo clínico	Discreta
Observaciones en archivo clínico	Observaciones, Interrupciones y anormalidades que afectan el proceso en archivo clínico	Ordinal
Tiempo en trabajo social	Duración en minutos del proceso de trabajo social	Discreta
Observaciones en trabajo social	Observaciones, Interrupciones y anormalidades que afectan el proceso en trabajo social	Ordinal
Tiempo en control de terapias	Duración en minutos del proceso de control de terapias	Discreta
Observaciones en control de terapias	Observaciones, Interrupciones y anormalidades que afectan el proceso en control de terapias	Ordinal

Fuente: Cédula de seguimiento a pacientes de primera vez ISP.

La muestra se conformó por 16 personas, 7 hombres y 9 mujeres, de los cuales el 75% tenían una discapacidad de tipo motora, 12.5% del tipo verbal, 6% mental y 6% aun no diagnosticada. Los resultados obtenidos en cuanto a tiempo de duración en cada una de las etapas fue el siguiente:

Tabla 2: tiempo de duración de las etapas del proceso de atención a pacientes atendidos por primera vez en el Creever, durante el diagnóstico del problema

Etapa	Promedio	Máximo	Mínimo
Tiempo antes de la cita	00:32	01:55	00:00
Recepción	00:02	00:03	00:01
Caja	00:04	00:15	00:01
Enfermería	00:03	00:05	00:02
Médico rehabilitador	00:25	00:42	00:12
Archivo clínico	00:05	00:13	00:03
Trabajo social	00:21	00:27	00:15
Agenda de terapias	00:16	00:31	00:10
Promedio de duración	01:14	02:13	00:43

Fuente: Cédula de seguimiento a pacientes de primera vez ISP.

Los tiempos observados desde que el paciente ingresa a las instalaciones y desde su hora de cita hasta la entrada a cada una de las etapas del proceso de valoración se comportaron de la siguiente manera:

Tabla 3: tiempos observados

Tiempo de entrada a los módulos	Promedio	Máximo	Mínimo
Hora de llegada – entrada a caja	00:03	00:08	00:01
Hora de la cita – entrada a enfermería	00:23	01:35	-00:06
Hora de la cita – entrada a médico rehabilitador	00:14	00:33	-00:01
Hora de la cita – entrada a archivo	00:39	01:05	00:22
Hora de la cita – entrada a trabajo social	00:58	01:37	00:33
Hora de la cita – entrada a agenda	01:53	02:52	01:08

Fuente: Cédula de seguimiento a pacientes de primera vez ISP.

Las observaciones más frecuentes que influyeron fuertemente sobre el proceso estudiado fueron, en primer instancia que al paciente le cuesta memorizar el proceso que debe de seguir, ya que al ser la primera vez que asiste al CREEVER desconoce tanto la distribución de las áreas como el proceso, y aunque se le comenta al entrar a las instalaciones, esto no es suficiente, teniendo como consecuencia que el usuario se aleje de la zona indicada dificultando su localización e identificación por parte del personal.

En segunda instancia se observó un desorden en el proceso de valoración, haciendo, en algunos casos, que el paciente pase por más de una vez a un módulo ya cursado, y en varias ocasiones se saltan la fase de enfermería o la pasan después de salir de trabajo social, del mismo modo el proceso se ve

alterado por la referencia del paciente a consultas ajenas al procedimiento de valoración, generalmente al salir de trabajo social.

En última instancia se observó que al ausentarse algún trabajador el proceso se ve altamente modificado. Cabe mencionar que dentro de la elaboración del diagnóstico se presentaron algunos problemas, como la dificultad para seguir al paciente debido a que el área dedicada al proceso de valoración es frecuentemente transitada, así como el desconocimiento de otros procesos que se llevan a cabo en la zona de estudio.

Planeación

De acuerdo con los resultados obtenidos en el diagnóstico del problema y concordando con las necesidades expresadas por el personal directivo del CREEVER, se hizo evidente la necesidad de crear un manual de procedimientos que ordene y guie de manera sistemática el proceso a seguir para la valoración de los pacientes que asisten por primera vez al CREEVER, el cual será utilizado por el personal que labora en dicho procedimiento, con la finalidad de estandarizar recursos y tiempos, así como brindar un mejor servicio al usuario. Para la implementación del manual de procedimientos se realizó un taller con la finalidad de dar a conocer el contenido del mismo y capacitar al personal usuario de este, para su correcto manejo y aplicación.

Por otra parte la situación detectada en relación al problema que presentan los pacientes que asisten por primera vez al CREEVER, para memorizar y seguir el proceso de valoración de manera óptima, se requirió la creación de un instructivo que sirvió para informar al paciente sobre las etapas a seguir y las áreas a donde debe dirigirse, así como la implementación de señales que facilitaron la distinción de las áreas involucradas en el proceso, al igual que ayudar a los usuarios analfabetos a distinguir e identificar el proceso.

Viabilidad y factibilidad

Para la realización del presente proyecto de intervención se contempló la utilización de materiales básicos de papelería, el uso de la infraestructura con la que cuenta el CREEVER, así como el apoyo de los directivos y del personal que labora en el, haciendo que este sea un proyecto altamente factible, ya que los costos para realizar el manual de procedimientos y el instructivo del proceso para usuarios son mínimos, sin embargo en el caso de la implementación total de la señalética para la identificación de las áreas, se había contemplado un gasto mayor, por ello la implementación de este apartado se vio limitada por las restricciones económicas que tiene el CREEVER, ya que al formar parte del DIF, la disposición de los recursos monetarios se realiza a través de trámites burocráticos con un tiempo de respuesta es largo, debido a que son administrados por esta ultima instancia.

Construcción del manual de procedimientos

En la elaboración del manual de procedimientos específico para la valoración de pacientes que asisten por primera vez al CREEVER, se tomaron en cuenta los requisitos dictaminados por la Contraloría General, en relación a la estructura y contenidos que debe cumplir el documento, posteriormente se recolecto la información referente a las actividades que desempeña cada fase del proceso, por medio de una entrevista al personal ejecutor, con el fin de descartar acciones ajenas al personal y actividades sin fundamento funcional se cotejaron las actividades que realizaba el personal implicado con las actividades dictaminadas por el personal directivo de la institución y su funcionalidad, finalmente se conformó el manual de procedimientos con la información recabada, cubriendo la información requerida para su correcta estructura (Anexo 4).

Presentación del manual de procedimientos

Con el objetivo de mostrar el manual de procedimientos, concientizar a los operadores en cuanto a su uso e importancia, así como recabar opiniones acerca del mismo, se realizó una presentación con dinámicas grupales, con la finalidad de que el personal se sintiera involucrado en el proceso y facilitara la participación (carta programática en anexo). Del mismo modo, al concluir la actividad se hiso entrega de un tríptico que complementara la información relacionada con la aplicación de los manuales de procedimientos, usos e importancia (Anexo 6).

Con base en los comentarios realizados por el personal de las áreas involucradas en el proceso, así como por los directivos de la institución, se realizaron las adecuaciones pertinentes al manual de procedimientos.

Elaboración de la señalética

Para la elaboración de la señalética se buscó un logotipo que identificara a la institución, que fuera modificable, claramente visible y entendible así como aplicable a todas las áreas implicadas en el proceso. Considerando a la población analfabeta, se recurrió a incorporar el orden numérico dentro de las señales así como el uso de colores llamativos que resaltaran en las áreas donde se iban a colocar. Una vez conformadas las señales se prosiguió a elegir el tamaño y el tipo de material donde estarían plasmadas (Anexo 5).

Elaboración del instructivo

Una vez estructurada la señalética que identificaría a cada una de las etapas del proceso se elaboró el instructivo guía, cuidando que este explicara de manera clara y sencilla el seguimiento del proceso a los usuarios aun en el caso de que estos fueran analfabetos, para ello se utilizaron los mismos símbolos y colores recurridos en la señalética, con la finalidad de que coincidieran las señales indicativas de cada área con las descritas en el instructivo.

Presentación del manual definitivo de procedimientos, señalética e instructivo guía.

Una vez realizadas las adecuaciones al manual de procedimientos y concluida la elaboración de la señalética e instructivo, se realizó una presentación al personal involucrado en el proceso, con la finalidad de dar a conocer los productos finales y su correcta aplicación, recalcando la utilidad del instructivo así como la importancia de su entrega a los usuarios. Al finalizar la presentación, se hizo entrega del manual de procedimientos e instructivo a los directivos y al jefe del área de valoración y tratamiento para la distribución al personal y aplicación.

Evaluación

Con la finalidad de observar los resultados de la intervención, se realizó un muestreo a conveniencia, cuyo tamaño dependió directamente del número de pacientes que ingresaban por primera vez a la institución durante un periodo de 3 días. El seguimiento de los usuarios fue de manera observacional, utilizando la misma cedula manejada para el diagnóstico del problema poniendo especial atención en la duración del procedimiento por módulo, el apego al manual de procedimientos por parte de los empleados y el uso de instructivo guía por parte de los usuarios.

Control del proyecto

El proceso de control se realizó de manera constante, al inicio se verificó el contenido del manual de procedimientos creado, en relación a los criterios establecidos por las autoridades correspondientes. Del mismo modo durante la creación de la señalética y del instructivo guía del proceso que siguen los pacientes que ingresan por primera vez a la institución, se aseguró que sus características en cuanto a contenido, material y forma fueran las más adecuadas para cubrir con los objetivos establecidos.

Durante la intervención, en el momento de la implementación de las presentaciones se controlaron las actividades y participaciones con la finalidad de que se desarrollaran de manera óptima.

En la etapa de evaluación del proyecto de intervención, se verifico el seguimiento óptimo de los usuarios que conformaron la muestra para la medición de resultados, evitando las problemáticas presentadas en el momento del diagnóstico y focalizando los puntos clave indicadores del grado de impacto obtenido.

RESULTADOS

La muestra que conformo la etapa de evaluación fue de 25 personas, 10 hombres y 16 mujeres, de los cuales el 48% acudió a la institución por problemas del tipo motoras, el 20% por problemas del tipo mental, el 16% por problemas de aprendizaje y el 16% aun no diagnosticado, siendo en su mayoría residentes de municipios aledaños a la ciudad de Xalapa, Veracruz (66%).

En relación al instructivo guía, este se entregó al 92% de los usuarios, en el 8% restante no fue posible entregar el instructivo ya que los pacientes llegaron retrasados a su cita, lo que no provoco que se priorizara su ingreso al módulo del médico rehabilitador para no afectar el tiempo de los demás usuarios, de igual manera dentro de estos paciente a los cuales no se les entrego instructivo se presentaron los tiempos más largos del proceso.

El uso del instructivo se observó en el 100% de las personas a las que se les otorgo, las cuales lo utilizaban principalmente, en conjunto con la señalética implementada, para localizar el área consecutiva a la

que tenían que pasar, mostrándose de manera activa dentro del proceso e incluso ansiosos, esto último debido a la presión que ejercían al mantenerse de pie situados cerca de las áreas y en diversas ocasiones preguntando al personal sobre el momento de su entrada a los cubículos, así como sus dudas para con el proceso.

El tiempo de duración según las áreas implicadas, demostró el apego a los tiempos considerados dentro del manual de procedimientos, ya que en promedio los tiempos se mantienen por debajo del límite, sin embargo dentro de los tiempos máximos se demuestra que, en algunos casos, sigue habiendo excesos en el tiempo debido principalmente a descuidos o contingencias, aunque el tiempo acumulado en la totalidad del proceso según los tiempos más prolongados apenas se encuentran 7 minutos por arriba del tiempo estimado (tabla #).

Tabla 4: tiempo de duración de las etapas del proceso de atención a pacientes atendidos por primera vez en el Creever, durante el proceso de evaluación de la intervención.

Etapa	Tiempo considerado	Promedio	Máximo	Mínimo
Recepción	00:05	00:05	00:15	00:02
Caja	00:05	00:02	00:10	00:01
Enfermería	00:10	00:03	00:05	00:01
Médico rehabilitador	01:00	00:36	00:57	00:18
Archivo clínico	00:10	00:07	00:30	00:03
Trabajo social	00:25	00:25	00:50	00:17
Agenda de terapias	00:15	00:11	00:20	00:02
Promedio de duración	02:10	01:29	02:17	00:44

Fuente: Cédula de seguimiento a pacientes de primera vez ISP.

Por otro lado el tiempo total del procedimiento, considerando los tiempos de espera entre cada módulo implicado en el proceso, se observó en 2:08 horas en promedio, siendo aún menor al tiempo total estimado solo para la atención dentro de cada módulo que es de 2:10 horas, aunque de igual manera existieron pacientes que llegaron a tener una duración de 3:00 horas, esto a causa de un retraso en su llegada, la saturación de algunas áreas, así como la ausencia del instructivo guía, ya que en 2 de las 3 personas a las que no se les entrego instructivo del proceso se denotaron los tiempo más largos.

En relación al orden del proceso, el 80% de los pacientes siguieron sistemáticamente el proceso de valoración de primera vez, tal y como se contempla en el manual de procedimientos, el 20% restante tuvieron una falta en el módulo de enfermería, siendo la principal causa la llegada con retardo a su cita, sin embargo en el resto de los casos se desconoce la razón por la cual no asistieron al módulo aun estando cerca del área.

DISCUSIÓN

El proyecto realizado, con relación al estudio de Auñón y colaboradores (2007) sobre La Evaluación del conocimiento y apego al manual de procedimientos por el personal técnico, coincidimos en la importancia que tiene la implementación de los mismos en las instituciones que prestan servicios de salud, ya que anteriormente el procedimiento de atención a pacientes de primera vez se llevaba a cabo bajo la percepción y criterios del personal involucrado, ocasionando con ello desorden en el proceso; posterior a la implementación del manual pudimos observar que al tener un lineamiento que seguir por parte de los empleados, el número de procesos en desorden disminuyó significativamente.

Haciendo referencia a la importancia de llevar a cabo talleres o cursos para el personal con la intención de que el apego a los manuales de procedimientos sea mayor, estamos de acuerdo, lamentablemente en el presente estudio aunque se tenía planeado implementar el manual por medio de un curso o taller, el tiempo disponible por parte del personal es muy limitado debido a la carga laboral y los horarios de trabajo, lo que sólo permitió que el manual de procedimientos se llevará a cabo por medio de una presentación con dinámicas grupales en primera instancia, buscando con esto que los empleados se sintieran parte del proceso de conformación del manual y siendo partícipes al saber que sus opiniones serían tomadas en cuenta para la normatividad del mismo. Sin embargo, la falta de un taller o curso de mayor duración con respecto al involucramiento del personal con el manual, pudo mermar los alcances del mismo con respecto a la participación de los involucrados en el proceso.

Tabla 5: Promedio de duración en minutos por módulo de atención

Área	Tiempo	
	Antes	Después
Recepción	00:02	00:05
Caja	00:04	00:02
Enfermería	00:03	00:03
Médico rehabilitador	00:25	00:36
Archivo clínico	00:05	00:07
Trabajo social	00:21	00:24
Agenda de terapias	00:16	00:11
Promedio de duración	01:14	01:28

Fuente: Cédula de seguimiento a pacientes de primera vez ISP.

Con referencia a los tiempos evaluados antes y después de la intervención, se pudo observar que el incremento en algunos de los módulos de atención se justificó con las adecuaciones a los tiempos sugeridos dentro del manual de procedimientos así como a la implementación de señalética y al uso del instructivo para el usuario.

En el módulo de recepción, el tiempo se incrementó debido a que en este punto del proceso la persona encargada de recibir al paciente tiene como función la entrega del instructivo del usuario, así como la explicación del mismo para poder utilizarlo dentro de las instalaciones del CREEVER haciendo uso de la señalética implementada en las áreas involucradas.

En las áreas del médico rehabilitador y trabajo social, los tiempos se incrementaron debido a que durante el diagnóstico se determinó que lo estipulado anteriormente era en ocasiones insuficiente para llevar a cabo sus funciones, por lo cual se aumentó de 45 a 60 minutos y de 20 a 25 minutos respectivamente.

Con relación a las áreas restantes involucradas en el proceso de atención, no fue necesario hacer algún ajuste en los tiempos ya que se observó que estos eran suficientes para llevar a cabo los procedimientos en cada módulo.

A pesar de que en los tiempos de atención por módulo no hubo cambios verdaderamente significativos debido a que la unidad de medición fue minutos, se pudo ver un cambio tangible en el porcentaje de procedimientos que se llevaban a cabo en desorden ya que, antes de llevar a cabo la intervención el 56.25% de los procesos a los que se les dio seguimiento se dieron de manera inadecuada, posterior a la implementación del manual aunado a la utilización de señalética y del instructivo del usuario, el porcentaje de procesos desordenados fue del 20%.

Con respecto a la señalética y el instructivo, se vio un cambio significativo con con base a la actitud y grado de participación por parte de los usuarios ya que, anteriormente eran completamente dependientes del personal que labora en el CREEVER para poder seguir el proceso de valoración, así como también se les dificultaba ubicarse dentro de las instalaciones de la institución que a pesar de ser grandes y tener colores llamativos, no tienen la simbolización adecuada ocasionando que los usuarios se dispersen y se alejen de las áreas de atención.

La implementación de la señalética complementada con el instructivo del usuario como parte de la intervención, ha permitido observar en poco tiempo cambios importantes con respecto al grado de involucramiento por parte de los pacientes y de sus acompañantes, convirtiéndolos en miembros activos dentro del proceso de valoración al tener una guía que les permita seguir la ruta del procedimiento indicando al personal las áreas por las cuales ya pasó, así como también ubicándose cerca de los módulos restantes sabiendo que la cercanía con los módulos facilita su localización. Es necesario mencionar que el periodo de evaluación a pesar de su corta duración arrojó resultados positivos, lo que hace suponer que a largo plazo si se le da continuidad al uso de lo ya mencionado, se pueden adoptar permanentemente como medidas que faciliten el funcionamiento del CREEVER.

Otro punto importante dentro de la intervención es el tamaño de muestra utilizado tanto para el diagnóstico (n=16) como en la evaluación (n=25), sin embargo a pesar de ser cantidades poco significativas demostraron que la presente intervención tuvo resultados tangibles e importantes.

En relación a los recursos utilizados para la ejecución del presente proyecto, cabe mencionar que en el ámbito económico fueron pocos, sin embargo se necesitó de la colaboración cercana de los trabajadores implicados en el proceso, así como de los directivos tanto del área como de la institución, indicando un alto grado de viabilidad y factibilidad de este tipo de intervenciones en el CREEVER.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Mediante la realización de esta intervención en el CREEVER se logró cumplir con los objetivos planteados al estandarizar el proceso de valoración de pacientes que asisten por primera vez al CREEVER a través de la implementación del manual de procedimientos que les permitió tener el lineamiento al cual apegarse para desarrollar sus funciones, se implemento el uso de un instructivo con la finalidad de orientar al usuario en las instalaciones del CREEVER, así pudo conocer de manera dinámica el flujo del proceso y finalmente se elaboró e implemento la señalética que facilitó la distinción y seguimiento de cada una de las áreas y etapas del proceso a seguir por parte de los usuarios de primera vez.

Por otro lado las recomendaciones oportunas que damos a la institución son las siguientes:

- Realizar manuales de procedimientos para todas las áreas.
- Actualizar el manual de procedimientos cada 6 meses.
- Dar continuidad al uso del uso del instructivo.
- Invertir en señalética que guíen los procesos en el CREEVER.
- Implementar un sistema de agenda de citas que sea eficiente.
- Implementar la confirmación de citas como medida para evitar tiempos muertos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veracruz LdEd. Ley sobre el sistema estatal de asistencia social. Veracruz: Gaceta Oficial. Organo del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave; 1987.
2. Poder-Ejecutivo. Decreto que crea el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz (CREEVER). Veracruz: Gaceta Oficial del Estado Num. EXT. 206;2010.Estado Gd. Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz
3. Veracruz2011; Available from: http://www.difver.gob.mx/difver/centros/creever/.
4. Chiavenato I, Solares-Altamirano F, Rodríguez-Tepezano JL. Administración de Recusos humano. McGraw-Hill, editor2007. 516 p.
5. Munich-Galindo L, García-Martínez J. Fundamentos de Administración. Trillas E, editor2009. 279 p.
6. Farías Belloso. Desarrollo organizacional. México 2004. Available from: http://books.google.com.mx/books?id=YlebEiBx-swC&printsec=frontcover&dq=desarrollo++organizacional&hl=es&sa=X&ei=p590T7fhMYP2QWUsNXRDg&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=desarrollo%20%20organizacional&f=false.
7. Rodríguez-Valencia J. Cómo elaborar y usar los manuales administrativos. LEARNING T, editor. Australia • Brasil • Canadá • España • Estados Unidos • México • Reino Unido • Singapur2002. 179 p.
8. Mejía- García B. Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas de salud. Bogotá.2006. Available from: http://books.google.com.mx/books?id=Mt8ku1gAsO4C&pg=PA61&dq=objetivo+del+manual+de+procedimientos&hl=es&sa=X&ei=I_NpT-P4IcKNsQLbnZiuCQ&ved=0CD0Q6AEwAg#v=onepage&q=objetivo%20del%20manual%20de%20procedimientos&f=falselos
9. Estado CGd. Metodología para la elaboración de manuales administrativos. 2011.
10. Van-Dick-Puga MÁ. Bases conceptuales de la calidad de atención a la saludSeptiembre de 2001.
11. Donavedian A. La Calidad de la Atención Médica: Definición y métodos de evaluación. 1984.
12. Donavedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly. 2005;83(Nº 4):691-729
13. Otero-Bello E. Teorías de la Comunicación. Santiago de Chile2004. Available from: http://books.google.com.mx/books?id=gcs2FaSa20gC&pg=PA127&dq=teoria+de+los+usos+y+gratificaciones&hl=es&sa=X&ei=2GHKT7W9D6nW2gXfxMnZCw&ved=0CFgQ6AEwBw#v=onepage&q=teoria%20de%20los%20usos%20y%20gratificaciones&f=false.
14. Navarro-Lizandra JL. Fundamentos del diseño 2007. Available from: http://books.google.com.mx/books?id=hUyeuVdFgk8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_vpt_reviews#v=onepage&q&f=false.
15. Quintana-Orozco. Sistemas de Señalización y Señalética.
16. Auñón Segura FJ, Marín Marín OJ. Evaluación del conocimiento y apego al manual de procedimientos por el personal técnico-normativo del primer nivel de atención.Xalapa Veracruz: Gestión del conocimiento II y Salud Pública II:Productos del módulo.;2007.

17. Carbonell Torregrosa MÁ, Girbés Borrás J, Calduch Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Emergencias. 2006;18:30-5.

ANEXOS

ANEXO 1

Cédula de evaluación del seguimiento de atención a pacientes de 1 vez

Nombre:								
Edad:	**Sexo**	**M**	**F**	**Lugar de procedencia:**				
Tipo de diagnóstico:								
RECEPCIÓN			**CAJA**			**ENFEMERÍA**		
Hora de cita			Hora de llegada			Hora de llegada		
Hora de llegada			Hora de salida			Hora de salida		
Entrega de instructivo			Duración del proceso			Duración del proceso		
Explicación de uso			¿Hubo interrupciones?			¿Hubo interrupciones?		
Hora de salida			Si ¿Cual? ¿Cuánto duró?	No		Si ¿Cual? ¿Cuánto duró?	No	
Duración del proceso			Se utilizó el instructivo	Si	No	Se utilizó el instructivo	Si	No
MÉDICO REHABILITADOR			**ARCHIVO CLÍNICO**			**TRABAJO SOCIAL**		
Hora de llegada			Hora de llegada			Hora de llegada		
Hora de salida			Hora de salida			Hora de salida		
Duración del proceso			Duración del proceso			Duración del proceso		
¿Hubo interrupciones?			¿Hubo interrupciones?			¿Hubo interrupciones?		
Si ¿Cual? ¿Cuánto duró?	No		Si ¿Cual? ¿Cuánto duró?	No		Si ¿Cual? ¿Cuánto duró?	No	
Se utilizó el instructivo	Si	No	Se utilizó el instructivo	Si	No	Se utilizó el instructivo	Si	No
AGENDA DE CITAS								
Hora de llegada								
Hora de salida								
Duración del proceso								
¿Hubo interrupciones?								
Si ¿Cual? ¿Cuánto duró?	No		Hora de salida		Duración total			
Se utilizó el instructivo	Si	No						

Anexo 2

Carta programática

CREEVER

Programa de estudio: ELABORACIÓN DE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO.

Características de módulo: TEÓRICO-PRÁCTICO

Hora práctica: 2 **Hora teoría: 1**

Elaboración del programa abril del 2012

COORDINADOR DEL MÓDULO: EQUIPO CREEVER

Justificación

El propósito de la elaboración de los manuales de procedimientos es contar con un instrumento que permita establecer los mecanismos esenciales para el desempeño organizacional de la unidad administrativa a través del cual se definan las actividades necesarias que deben desarrollar en las diferentes áreas, su intervención en las diferentes etapas del proceso, sus responsabilidades y formas de participación y que finalmente, proporcione la información básica para orientar al personal respecto a la dinámica funcional de su área. Por lo anterior, el manual es considerado como un instrumento del que no se puede prescindir para guiar y conducir de manera ordena el desarrollo de las actividades, evitando la duplicidad de esfuerzos, con la finalidad de optimizar el aprovechamiento de los recursos y agilizar los trámites que realiza el usuario.

Objetivo de enseñanza:

Capacitar al personal de área (recepción, médicos, enfermeros, archivo, trabajo social, agenda) para que conozcan e implementen de manera uniforme el manual de procesos con el fin de facilitarles la ejecución y seguimiento del mismo, con lo que se contribuirá en el proceso de actualización y mejora del CREEVER, mediante la simplificación de los procedimientos que permitan el desempeño adecuado y eficiente de sus funciones.

El cumplimiento de este objetivo de enseñanza permitiría asegurar que:

· El personal de área tenga conocimiento de los procesos que debe seguir para la correcta ejecución y agilización de su trabajo.
· El personal de las áreas involucradas sea capaz de implementar, de manera correcta, el manual de

procedimientos.
· Evaluar resultados e impactos de la acción formativa, a fin de proveer a la Dirección del CREEVER la información necesaria para tomar las medidas pertinentes en el sentido de la mejora del servicio.

Metodología de Enseñanza Aprendizaje:

· Identificar en cada uno de los participantes su punto de vista con respecto al proceso que se ha venido realizando.
· Exposición del concepto y aplicaciones de los manuales de procedimientos.
· Presentarles los nuevos manuales
· Identificar en cada uno de los participantes su opinión con respecto al proceso presentado en los manuales.

Evaluación.

Se facilitan las condiciones para que se den aprendizajes significativos, esto es, que vinculen en todo momento la información con una realidad concreta. En este tenor la metodología incluye exposición del tema.

Papel del capacitador: Orientar, impulsar y facilitar la búsqueda de información de las y los encargados del área, así como su utilización para el logro de las competencias y objetivos del programa.

Contenido Temático:

a) Integración grupal

b) Introducción al diseño de manuales de procedimientos a. Tipos y objetivos de los manuales
b. Etapas en la elaboración de un manual

c. Manual de procedimientos (concepto, contenido, descripción)

d. Elementos en los diagramas de flujo c) Manual de procedimientos del área
a. ¿Necesidades del área?

b. ¿Resultados del análisis inicial del grupo?

c. ¿Principales elementos del manual (misión, objetivos, responsables, políticas? ¿flujos?

d) Evaluación del “evento”

a. Aprendizajes y beneficios de los participantes b. Evaluación de las actividades y responsables

Carta descriptiva

Sesión: 1 **Duración:** 2 horas
Tema: Introducción al diseño de manuales de procedimientos
Objetivo específico:

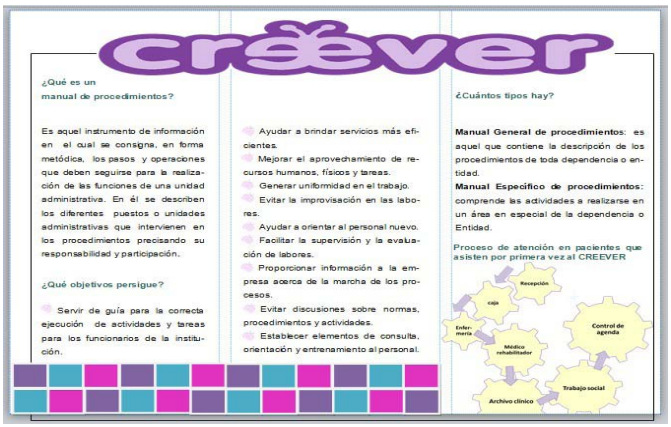
Tema	Actividad	Descripción	Tiempo	Materiales	Responsable
Rapport	Presentación Bolsillos Vacíos	Se les pide a todos los participantes que se saquen de los bolsillos o bolsas de mano todo aquello que traigan consigo y que comenten con sus compañeros porque traen esas cosas y qué significado los une a ellas. La intención es que el grupo reflexione en que al llegar allí traían orígenes distintos, pero tienen una coincidencia: el objetivo del curso. Y conocer sus expectativas.	20 min	Ninguno	EQUIPO CREEVER
Detección de fortalezas, amenazas, y conflictos.	Semaforización: fortalezas, amenazas y conflictos.	En tarjetas de colores: Verde (fortalezas, lo que mejor hacen), amarillo (más o menos con algunas amenazas), rojo (lo que es un problema para nosotros). Escribir en cada tarjeta su percepción en relación a su área.	30 min	Tarjetas de colores: rojo, verde, amarillo. Lámina del diagrama de procesos.	EQUIPO CREEVER
		Colocar cada tarjeta del respectivo color en el área correspondiente. Retroalimentar y reflexionar en el sentido de si identificar las coincidencias de la percepción de ellos con lo que nosotros observamos.		Plumones de colores.	
Procesos	Videos "Fabricas de la felicidad"	Se presenta el video 1, dónde se muestra todo lo que implica un proceso eficiente. Se presenta el video 2. Dónde se muestra todo lo que implica un proceso con obstáculos. Se realiza una reflexión al respecto y comentarios con los participantes.	20 min	2 Videos	EQUIPO CREEVER
Propuesta de Manual de procedimientos.	Presentación de la propuesta del manual de procedimientos	Exposición oral de la propuesta del manual de procedimientos. Reflexión y comentarios al respecto por parte de los participantes.	30 min	Diapositivas	EQUIPO CREEVER
Cierre	Retroalimentación por parte de todos los participantes.	Los participantes expusieron sus inquietudes y dudas al respecto del manual. Se les aclararon dudas y se tomó nota de cada una de sus observaciones. Se les dio nuevamente las gracias por su participación.	20 min	Ninguno	EQUIPO CREEVER

Sesión: 2 **Duración:** 1 hora

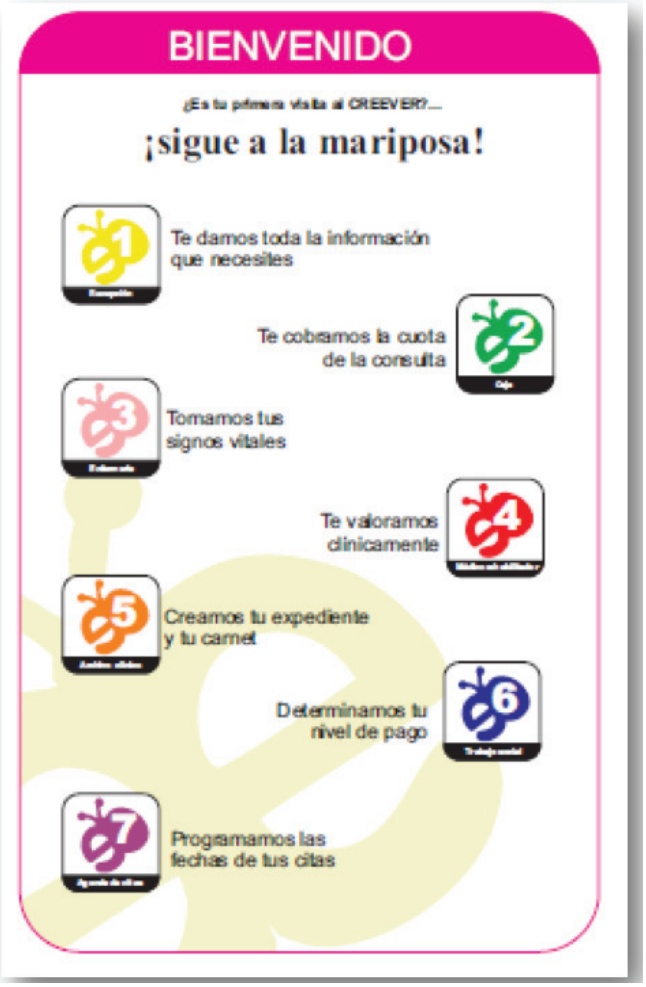
Tema: Presentación del manual definitivo
Objetivo específico:

Tema	Actividad	Descripción	Tiempo	Materiales	Responsable
Introducción a la presentación del manual definitivo.	Exposición de objetivos de la nueva presentación	Se expresan las razones por las que se lleva a cabo la nueva presentación. (Con base en las inquietudes manifestadas en la sesión 1).	10 min	Ninguno	EQUIPO CREEVER
Presentación del manual definitivo	Exposición	Se expone oralmente el manual de procesos.	20 min	Diapositivas	EQUIPO CREEVER
Dudas y comentarios	Expresión de dudas y comentarios por parte de los participantes	Los participantes comentarán todas sus dudas e inquietudes al respecto.	20 min	Ninguno	EQUIPO CREEVER
Cierre	Cierre	Se agradece a los participantes por su colaboración y disposición.	10 min	Ninguno	EQUIPO CREEVER

ANEXO 3
Tríptico informativo



ANEXO 4
Manual de procedimientos

ANEXO5
Señalética

ANEXO 6
Instructivo guía