

20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLAN"



LA ESTIMULACION TEMPRANA, CASO DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y ATENCION DEL NIÑO SANDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS COLECTIVA PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PEDAGOGIA PRESENTAN MARIA CLAUDIA LEON NIETO MARIA DE JESUS SUAREZ TEJADA

ASESOR: LIC.

JESUS MANUEL HERNANDEZ VAZQUEZ



286564

NOVIEMBRE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A las Autoridades Delegacionales y de las Unidades de Medicina Familiar No. 20, No. 41 y No. 44.

A los usuarios y personal de enfermería que hizo posible este trabajo de investigación.

A nuestro asesor, Lic. Jesús Manuel Hernández Vázquez, por su tiempo y conducción en este trabajo.

A las aportaciones precisas, éticas, acertadas, de los sinodales, profesores: Ramón Espinosa Closas, Mariona Tarragona Roig, María Guadalupe García Abán, Yolanda Morales Morales y Jesús Manuel Hernández Vázquez.

A mis padres Alicia y Gudelio (+) por su amor, cariño y comprensión, en todos los momentos de mi vida.

A mis hermanos y hermanas, por su apoyo incondicional

A mis hijos Claudia y Diego, por su tolerancia y paciencia durante mi desarrollo profesional.

A Francisco, por su consideración en los tiempos no compartidos.

Ma. Claudia.

A mis padres Gil y María Dolores, por su amor, dedicación y apoyo.

A mis hermanos y hermanas Vicky, Araceli, Gil y Felipe, por su cariño y compañerismo.

A mis queridos hijos, Claudia Angélica y Jorge Ernesto, por todo lo que han aportado a mi vida..

A María Claudia, por su perseverancia y entusiasmo para el logro de esta meta.

A los compañeros y amigos que brindaron parte de su tiempo para impulsar este proyecto.

Ma. de Jesús.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1 Los Programas de Salud Pública Infantil en México	4
1.1 Antecedentes y Situación Actual del Sistema de Salud en México	5
1.2 El Programa para la Reforma del Sector Salud	10
1.2.1 Objetivos de la Modernización del Sistema de Salud	11
1.2.2 Lineamientos para la Modernización del Sistema de Salud	11
1.2.3 Principales Programas	13
1.- Programa de Promoción y Fomento a la Salud	14
2.- Programa de Salud Infantil y Escolar	15
3.- Programa de Salud Reproductiva	15
1.3 Acuerdos Internacionales y Bases Legales en Salud Infantil	16
1.3.1 Acuerdos y Estrategias	16
1.3.2 Protección del Bienestar Infantil	18
1.3.3 Programa Nacional a favor de la infancia	19
1.4 La Atención Materno Infantil en el Contexto de la Reforma del Sector Salud	22
1.4.1 Salud Materna	23
1.4.2 Salud Infantil	25
Prevención y Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación	26
Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas	27
Prevención de Accidentes	28
1.4.3 Promoción de la Salud	28

Capítulo 2	El Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano en el IMSS, Una Opción de Educación para la Salud.	30
2.1	Educación para la Salud	30
2.2	Objetivos del Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano	32
2.3	Estrategias del Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano	33
2.4	Líneas de Acción	34
	2.4.1 Etapa Neonatal	34
	2.4.2 Etapa Infantil	34
	2.4.3 Etapa Preescolar	35
	2.4.4 Supervisión y Evaluación	37
2.5	Conceptualización de la Estimulación Temprana en el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano	38
	2.5.1 Respecto a la Noción de Estimulación Temprana	39
	2.5.2 Descripción y Fundamentación de los Momentos del Programa	39
	2.5.3 Descripción de Actividades de Evaluación a Nivel Delegacional	50
	2.5.4 Descripción de Actividades de Evaluación a Nivel de Unidad Operativa	51
	2.5.5 Respecto a la Noción de Orientación a los Usuarios	52
	2.5.6 Responsabilidades de los Usuarios en el Programa	57
Capítulo 3	Impacto Socio-Educativo del Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano	59
3.1	Descripción del Estudio Realizado	59
3.2	Resultados de la Encuesta Aplicada	62
3.3	Análisis del Cuestionario Aplicado al Personal de Enfermería que Maneja el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano, en la Delegación 1 Noroeste del D.F., del IMSS.	82
	3.3.1 Introducción	82

3.3.2	Resultados.	82
3.3.3	Conclusiones	86
3.4	Comentarios de las Entrevistas Realizadas al Personal Coordinador de Enfermería sobre el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano	87
3.5	Evaluación del Programa	89
Capítulo 4 Elementos Educativos y de Evaluación para la Orientación a Madres Usuarias y Trabajadores del Sector Salud del IMSS, una Propuesta Pedagógica		93
CONCLUSIONES		116
BIBLIOGRAFÍA		118
ANEXOS		
I.	Tablas de Referencia para la Valoración del Crecimiento del Menor de 5 años	
	▪ Peso en Kilogramos para la Edad en Niños y Niñas	
	▪ Talla en Centímetros para la Edad en Niños y Niñas.	
II.	Cuestionario a Madres Usuarias	
III.	Encuesta para el Personal de Enfermería	
IV.	Guión para la Entrevista al Personal Coordinador	

INTRODUCCION

Una de las consecuencias de la política económica instrumentada en nuestro país en las últimas décadas, es el empobrecimiento progresivo de sectores cada vez más amplios de la población que, por su bajo nivel de ingresos y la paulatina disminución de su poder adquisitivo, subsisten en condiciones cada vez más difíciles, con un limitado acceso a servicios básicos y otros satisfactores, lo cual afecta su calidad de vida, nutrición, salud, grado de instrucción, etc.

Este contexto económico desfavorable, se traduce para millones de mexicanos en múltiples factores de riesgo para su salud, desarrollo integral y expectativas como individuos, y tiene mayor repercusión en la población infantil, ya que ésta se encuentra precisamente en una etapa decisiva de crecimiento, maduración y desarrollo.

Por ello organismos internacionales, como la OMS, la OPS y la UNICEF, propusieron reorientar el enfoque de la salud en el campo materno-infantil para cambiar el énfasis de la curación por el de la prevención, a la cual se conceptualiza no solamente como la intervención preventiva sobre los factores causales de enfermedad, sino desde una visión totalizadora de salud del niño que contempla además de la observación de su crecimiento y desarrollo, la aplicación sistemática de las técnicas que estimulen y favorezcan su desarrollo integral como individuo, entendiéndose así la llamada Estimulación Temprana.

Con la aplicación de este nuevo enfoque de la salud en el campo de la atención materno-infantil se ha presentado un avance significativo en el mismo, durante los últimos años, por ejemplo la Ley General de Salud responsabiliza a las autoridades sanitarias, a las educativas y a las laborales de apoyar y fomentar programas para padres, destinados a promover la atención materno-infantil, mediante la estrategia de educación para la salud, cuyo objeto es fomentar en la población el desarrollo de conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes; así como protegerse de riesgos que ponen en peligro su salud.

Con base en las consideraciones anteriores, se detecta la necesidad de que esta estrategia de salud se refuerce mediante programas de educación permanente, dirigidos especialmente a la madre, por el importante papel que desempeña en la familia y en el desarrollo del autoconocimiento e interacción afectiva y social del niño. La madre puede así constituirse en un factor coadyuvante en el cumplimiento de los objetivos de este tipo de programas de salud pública.

La presente investigación aplicada en el ámbito de la educación para la salud, vista desde el enfoque del usuario, permite cuestionar si verdaderamente los programas cumplen con sus expectativas, si se adecuan a sus necesidades individuales y sobre todo el impacto que tendrán a corto y mediano plazo en los aspectos de salud, sociales, culturales y económicos del país.

Por tener un componente eminentemente educativo, en estos programas no solamente ha de contarse con la intervención de los profesionales que tradicionalmente los manejan, como médicos, enfermeras, dietistas, trabajadores sociales, sino es vital incorporar la participación del pedagogo, en la formación de los profesionales de la salud, que deben asumir el papel de educadores. Y por contar con marcos conceptuales de planeación y evaluación educativa dentro de su currícula, puede integrar al proceso educativo en cualquiera de sus momentos, los elementos necesarios para que los contenidos sean más accesibles al usuario y respondan a sus propias necesidades; así como para que se establezca una mejor interrelación pedagógica entre el usuario y el personal que lo atiende.

Ahora bien en el presente estudio se plantearon los siguientes objetivos:

- Identificar la situación que prevalece en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, en el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano, con respecto a las acciones educativas dirigidas a las madres gestantes y/o a sus hijos de 0 a 5 años;
- Evaluar las características y la utilidad de los instrumentos de apoyo educativo que se emplean para auxiliar a la madre en el Programa, tanto en relación con los objetivos planteados, como en función de las necesidades de las madres usuarias y finalmente;
- Diseñar estrategias educativas alternas al Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano del IMSS que permitan recuperar las necesidades específicas de las madres sobre Estimulación Temprana.

Para el cumplimiento de estos objetivos, en el primer capítulo se abordan aspectos de relevancia del Sistema de Salud en México; así como las reformas, acuerdos y bases legales, relacionadas particularmente con la atención materno-infantil.

En el segundo capítulo, se destaca la importancia que tiene la Educación para la Salud en el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano, su aplicación operativa y la evaluación del mismo.

El tercer capítulo presenta la investigación de campo, los resultados y análisis de la encuesta dirigida a las usuarias y al personal operativo; así como de las entrevistas aplicadas al personal coordinador del Programa, cuyos objetivos son:

- a) Describir el estado actual de la ejecución del Programa y práctica del proceso educativo.
- b) Obtener información suficiente que permita evaluar el Programa, así como obtener indicadores para su mejoría.

En el cuarto capítulo, se aborda propiamente la evaluación del Programa, desde el modelo de "Evaluación de Procesos", a través del análisis de los aspectos de: dirección del Programa, población usuaria, grupo técnico y canales de comunicación, que se presentan en cuatro esquemas donde se define el objeto general, el específico, el diagnóstico, la dimensión y se plantea la propuesta

pedagógica correspondiente, entendiendo ésta desde diversos enfoques: didáctico, administrativo y lo valorativo. Se plantea de esta forma, la posibilidad de favorecer la calidad operativa y educativa del Programa.

CAPITULO 1

LOS PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA INFANTIL EN MEXICO

Antes de abordar los aspectos específicos que se tratarán en este Capítulo, se hace necesario un breve acercamiento al concepto y ámbito de acción de la Salud Pública en México.

El concepto de Salud Pública tuvo sus orígenes en el Siglo XIX, con la instrumentación de medidas sanitarias que poco a poco se fueron transformando en reglamentos y leyes, cuya principal finalidad era ejercer un mayor control sobre las condiciones sanitarias y ambientales de la comunidad y favorecer la salud de la población, mediante la adopción de medidas específicas. Su efectividad se sustenta en la relación comprobada entre la etiología de algunos padecimientos y la práctica de ciertos hábitos y costumbres en el ámbito familiar y comunitario.

A inicios del presente siglo, se adopta la premisa de que la responsabilidad directa en materia de Salud Pública debe ser asumida por el gobierno, quien debe encargarse de la ejecución de programas para la atención de ciertos padecimientos generales, orientados a los grupos de población más vulnerables, tal es el caso de los programas de salud materno-infantil.

De esta forma, la misión de la Salud Pública se definió "...como la prevención de enfermedades para prolongar la duración y aumentar la calidad de vida de los individuos, a través del manejo de programas impulsados por el Estado, con el esfuerzo organizado de la comunidad..."¹

A la fecha, los esfuerzos desarrollados en materia de Salud Pública, han posibilitado atenuar o solucionar problemas que por décadas no se habían superado; y en distinta medida han incidido en el patrón de morbilidad y mortalidad dependiendo de los recursos y disponibilidad política de cada institución, tanto educativa como de salud, en cada sociedad.

Asimismo, la experiencia obtenida en este campo ha llevado a una reconceptualización más amplia de la Salud Pública, de tal manera que actualmente se define como: "...la aplicación organizada de recursos para lograr la salud de la población... y comprende no sólo la acción de gobierno, sino la de organismos no gubernamentales y sociedad en general; de igual manera no sólo abarca la educación y la promoción sino también la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de cualquier quebranto de la salud de la sociedad, ya sea que se relacione con problemas infecciosos transmisibles, con enfermedades crónicas o con accidentes..."²

¹ Cardona Pérez, Jorge Arturo. La Salud Reproductiva en la Seguridad Social. Un enfoque integral ante la Reforma del Sector Salud en México. Editorial Piensa, México, 1997, p. IV.

² Cardona, J.A. ob. cit., p. IV.

La esencia de este nuevo concepto de Salud Pública, es la participación activa y consciente de la sociedad hacia la solución de sus problemas de salud, mediante la práctica de estrategias personales y comunitarias que satisfagan las demandas de salud y bienestar social del individuo, de su familia y ulteriormente de su comunidad.

En el caso específico de nuestro país, el sistema de salud no ha estado ajeno a la evolución de los principios de Salud Pública, que de una u otra forma se han visto reflejados en las acciones desarrolladas a lo largo del tiempo, como podrá observarse en los apartados siguientes, hasta llegar a la definición actual, que el Ejecutivo Federal plantea con relación al objetivo de la Salud Pública en el Programa de Reforma del Sector Salud donde establece que: "...Su objetivo central es contribuir de manera significativa en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad asociados con estilos de vida y factores de riesgo específicos, a través de acciones de promoción, protección, prevención y control, así como impulsar el desarrollo de una cultura de la salud fortaleciendo los conocimientos, actitudes y comportamiento social y su interacción con el medio ambiente en favor del bienestar individual, familiar y social."³

1.1 ANTECEDENTES Y SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO

Las graves necesidades de salud presentes en el país durante los años inmediatos a la Revolución Mexicana no pudieron enfrentarse con las políticas existentes, basadas en la acción municipal dirigida por el Consejo Superior de Salud; ante esto el Poder Ejecutivo consideró indispensable crear un organismo destinado a canalizar los recursos y normar las acciones para el saneamiento urbano y el combate de epidemias. Para ello en 1917 creó el Departamento de Salubridad que se encargó de aplicar medidas específicas a través de las Unidades Sanitarias Cooperativas que se establecieron en estados y municipios.⁴

Ante los efectos de la Gran Depresión de 1929, el Estado Mexicano trató de reactivar la economía aplicando una fuerte inversión gubernamental, orientada entre otras áreas, al saneamiento a nivel nacional, para lo cual estableció los Servicios Coordinados de Salud Pública asignándoles la función de regular la colaboración y coinversión entre el gobierno federal y el estatal.⁵

El gobierno de Lázaro Cárdenas además de continuar con las políticas trazadas hasta entonces, estableció en su Plan Sexenal algunas bases con respecto a la Salud Pública, a partir de las cuales se comenzó a definir mejor la intervención estatal en Salud. Entre éstas pueden mencionarse: "...la implantación por primera vez y a gran escala de los servicios de salud de pago anticipado como parte de un

³ Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma de Sector Salud 1995-2000. México, 1995, p. 65.

⁴ Poder Ejecutivo Federal. ob. cit., p. 2.

⁵ Vease, Coplamar. Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectiva al año 2000. Salud. Editorial Siglo XXI, México, 1987.

nuevo modelo consistente en la cogestión entre gobierno, banca de desarrollo ejidal y campesinos ejidatarios. También el establecimiento del servicio social universitario en 1936, cuyo principal objetivo era garantizar la atención médica en el campo...⁶ Se introdujo la atención preventiva impulsada por el Departamento de Salubridad, dentro del que se creó "...una oficina específica de propaganda y educación higiénica. Se creó el Servicio de Higiene y Prevención Social para proteger al obrero; así como los cursos para profesores sobre Educación Higiénica Infantil y de Adolescentes, en la Secretaría de Educación Pública..."⁷

La aplicación de diversas acciones gubernamentales dio lugar a que, desde principios de la década de los cuarenta, pudiera vislumbrarse la existencia de las tres guías que para la asignación de recursos públicos en materia de Salud se encuentran vigentes hasta la fecha:

- a) "...la inversión para incidir en la solución de problemas de salud muy específicos atendidos por las campañas sanitarias iniciadas por las Unidades Sanitarias Cooperativas;
- b) la asignación de recursos a servicios no personales y en menor medida asistenciales para la totalidad de residentes de estados y municipios, tal y como era la tarea de los Servicios Coordinados de Salud Pública y
- c) la canalización de recursos públicos y privados para servicios personales de salud, en beneficio de grupos estratégicos para la producción, por medio de contribuciones de trabajadores, aportadores de capital y gobierno..."⁸

La acelerada industrialización del país en los años cuarenta fue acompañada por fenómenos como la urbanización, alfabetización, desarrollo de una amplia clase media, expansión de la actividad económica interna, auge en las exportaciones manufactureras, etc., y generó un notable crecimiento en los ingresos gubernamentales, permitiendo un gasto público mucho mayor, que favoreció además de las inversiones en infraestructura, las inversiones de índole social, con lo que se fortalecieron las acciones de salud pública y asistencial y se sentaron las bases para la conformación del actual sistema de salud.

Así, en el Segundo Plan Sexenal (1941-1946) el gobierno se planteó ambiciosas metas relativas a la Salud Pública y declaró explícitamente su intención de aumentar la fuerza de trabajo disponible, mediante el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la colectividad.⁹

Durante esa época, destacaron por su alcance, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), en 1943. El IMSS se fundó para canalizar contribuciones tripartitas (patrón, obrero y gobierno) en apoyo a la industrialización de las principales ciudades del país, bajo la conducción gubernamental y la oferta pública de servicios integrales.

⁶ Poder Ejecutivo Federal. ob. cit., p. 2.

⁷ Instituto Nacional de Perinatología. Programas de educación para la reproducción gestacional. México, 1983, p. 11.

⁸ Poder Ejecutivo Federal. ob. cit., pp. 2 y 3.

⁹ Véase, López Acuña, Daniel. La Salud Desigual en México, Editorial Siglo XXI, México, 1980. p. 114.

Este modelo tripartito que estaba en auge a nivel internacional, basaba su orientación en lo postulado por la Organización Internacional del Trabajo, y dada la limitada oferta de servicios privados y la convicción gubernamental para prestar servicios médicos integrales, a fin de dirigirlos estratégicamente en apoyo del crecimiento económico, respondía también a los requerimientos nacionales.

Por su parte, la SSA se originó mediante la fusión de la Secretaría de Asistencia con el Departamento de Salubridad, con el objetivo de asignar recursos a los Servicios Coordinados de Salud Pública que permitieron dar asistencia a la población excluida de la seguridad social, principalmente los campesinos; así como de implementar las campañas extraordinarias para el combate de epidemias y problemas específicos de salud.

"...La orientación de los recursos gubernamentales a la atención curativa, a través de las instituciones de salud propició una menor atención a las políticas de Salud Pública, ya que el Departamento de Salubridad quedó relegado y limitado en su función normativa y financiadora; mientras que en los hechos, se dio mayor ingerencia a los Servicios Coordinados de Salud en la atención directa a la población abierta, que se separó definitivamente de la atención de la población asegurada..."¹⁰ Esta situación, sin la implementación de los mecanismos normativos y estructurales necesarios para la coordinación y aumento del nivel de eficiencia y competitividad de los servicios de salud, propició que cada institución asumiera funciones, normas y manejos presupuestales independientes.

Gracias a la profundización del proceso industrializador y a la aceleración del crecimiento económico en la década de los cincuenta "... el IMSS vio aumentar rápidamente su cobertura y la SSA llevó a cabo costosos programas de salud destinados a la importante lucha contra la viruela y el paludismo, los cuales fueron aplicados atendiendo a las primeras grandes iniciativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)..."¹¹

Otro hecho importante fue la creación en 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que consolidó la diversidad de sistemas de pensiones y prestaciones de los burócratas federales.

Además, el gobierno privilegió su relación política con los grupos estratégicos para la producción y el crecimiento económico, por encima de la eficiencia en la implementación de los servicios de salud y como parte de esta visión, "...fomentó la prestación de servicios médicos fuera del IMSS para los trabajadores de ramos económicos de importancia, tales como Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales y Comisión Federal de Electricidad; e incluso privilegió a algunos empleados federales que mantuvieron servicios separados del resto, como los de

¹⁰ Poder Ejecutivo Federal. ob. cit., p. 4.

¹¹ *Ibidem*, p. 4.

la Secretaría de Hacienda, y al ejército, para el que en 1976 fundó el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México, ISSSFAM..."¹²

Lo expuesto hasta aquí nos permite observar que el sistema de salud de nuestro país fue creciendo por adiciones de segmentos, con la creación de diversas instituciones que carecían de una idea rectora que las organizara como conjunto. Incluso dentro de la SSA, las diversas campañas de salud y los Servicios Coordinados presionaban la asignación y organización de los recursos en múltiples direcciones, contribuyendo a generar una burocracia altamente centralizada y fragmentada.

A partir de los años sesenta "... se procuró la ampliación y regionalización de los servicios asistenciales de la SSA, tanto en el medio urbano como en el rural, y se implementó el cobro por servicios de acuerdo a escalas móviles relativas a capacidad de pago, esto último limitó el acceso de la población marginada y benefició en cambio a los asegurados y a la clase media que tuvieron mayores servicios a su alcance; además de la creciente oferta de servicios médicos privados generada por el incremento en la matrícula de escuelas y facultades de medicina."¹³

"...Ya para 1966 el Estado comenzó a reconocer su incapacidad para satisfacer la totalidad de las necesidades de salud y seguridad social y adoptó en el Plan Nacional de Desarrollo vigente hasta 1970, una aparente austeridad en este ámbito, pese a la cual sostenía entre sus objetivos: incrementar la eficiencia de los servicios médicos, intensificar los programas de control y erradicación de padecimientos frecuentes, incorporar a la seguridad social a la creciente fuerza de trabajo urbana, y en lo posible extender los beneficios de ésta a la población campesina..."¹⁴

En la década de los setenta se agudizó la sobreposición de responsabilidades oficiales entre la seguridad social y los servicios asistenciales, lo cual se reflejó en el fundamento jurídico y la política de las actividades sanitarias en el país, como se observa en el Código Sanitario y el Plan Nacional de Salud establecido en esa época, que subrayaban la importancia de la Educación Sanitaria, por lo que incluso se promovió la Dirección de Educación Higiénica a Dirección General de Educación para la Salud.

En cuanto al IMSS, a partir de 1973 experimentó cierto estancamiento en su expansión y fue cuando el Ejecutivo Federal modificó el modelo de oferta exclusiva hacia sus asegurados y beneficiarios, legislando la entrega solidaria de recursos del IMSS a la población sin capacidad de cotización, con lo que dio respuesta al reclamo de amplios grupos campesinos, "... utilizando para el efecto el apoyo del Programa de Desarrollo Rural, puesto en práctica por la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO). Con ello se conservó la

¹² López, Daniel. ob. cit., pp. 98 y 99.

¹³ Poder Ejecutivo Federal. ob. cit., p. 5.

¹⁴ López, Daniel. ob. cit., p. 105.

autonomía financiera y de prestación de servicios del IMSS, pero ahora abarcando a población que formalmente debería estar atendida por la SSA..."¹⁵

A partir de 1979, "...la operación de esta redistribución solidaria de la seguridad social se modificó sustancialmente con el establecimiento del Programa IMSS-Coplamar que formó parte de la política gubernamental de combate a la marginación y que en el ámbito de salud coadyuvó al propósito de ampliar sustancialmente la cobertura a la población marginada con el apoyo de los recursos derivados del auge petrolero. Al desaparecer Coplamar en 1989, como órgano coordinador de diversas iniciativas de desarrollo gubernamental, el IMSS continuó como administrador del Programa bajo la denominación de IMSS-Solidaridad..."¹⁶

La cobertura de la población de menores ingresos por parte del IMSS, de la Secretaría de Salud y de otros servicios asistenciales de carácter estatal y municipal, puso de manifiesto la dificultad para coordinar y normar instituciones caracterizadas por su centralismo y su arraigada autonomía. De ahí que en 1983 se iniciaron los primeros esfuerzos para descentralizar los servicios de atención a la población abierta, siguiendo la estrategia de consolidar los servicios en catorce estados del país y procediendo a su descentralización posterior, proceso que aún hoy se encuentra inacabado, pero cuyo ejercicio en la década de los ochenta derivó en experiencia para el reordenamiento del Sistema de Salud en su conjunto, que pese a haber alcanzado logros inobjetables enfrenta importantes problemas de calidad, eficiencia, duplicidad e insuficiencia en cobertura, etc.

Los antecedentes señalados hasta ahora, nos permiten precisar que en la situación actual del Sistema de Salud existe una dispersión de esfuerzos y recursos que da origen a cuatro grandes problemas:

- a) baja calidad y eficiencia,
- b) segmentación e insuficiente coordinación,
- c) centralismo,
- d) cobertura insuficiente.

La propia deficiencia en la organización administrativa de las instituciones del sector salud, no ha permitido la implementación de mecanismos internos que evalúen la calidad de los servicios que ofrecen y la atención satisfactoria de los usuarios a fin de retomar estos aspectos para modificar la operación cotidiana de los mismos o en su caso aplicar los incentivos necesarios para fomentar la eficiencia en el servicio. Tampoco existen mecanismos que promuevan que los recursos se orienten principalmente hacia las acciones de mayor efectividad en relación con su costo, su buen uso y que limiten el despildeo.

"...Lo anterior da como resultado que los usuarios reciban una calidad inferior a la que sería capaz de proveer el sistema y que no se canalicen los suficientes recursos a las acciones preventivas, a pesar de que existen estudios de que, por

¹⁵ Poder Ejecutivo Federal. ob. cit., p. 5.

¹⁶ Ibidem, p. 5.

ejemplo, la prevención de una muerte infantil a través de la vacunación oportuna tiene un costo aproximado de 130 pesos, mientras que los costos de tratamiento previos al fallecimiento de un niño por esta causa, rebasan los 3000 pesos..."¹⁷ Hechos como éstos nos revelan la urgencia de que exista congruencia entre la asignación de recursos y el énfasis actual que el sistema promueve hacia el cuidado de la salud y no al mero tratamiento de la enfermedad, ya que por encima del mayor costo económico de éste se encuentran los impactos individuales, familiares y sociales que implica una pérdida humana o la disminución de la calidad de vida del individuo.

Esta evolución de nuestro sistema de salud, sin una preconcepción específica, ha propiciado la segmentación de la atención por grupos de población que no siempre son distintos en esencia, y que los servicios de atención a la población abierta, cuyo mosaico socioeconómico es evidente (pues incluye desde autoempleados de elevados ingresos hasta campesinos e indígenas de alta marginación) empalmen su cobertura en algunas regiones, mientras persisten importantes lagunas de atención en otras.

La operación paralela de los sistemas de atención para la población abierta y para la población asegurada en el medio urbano, también presenta problemas de coordinación importantes, entre los que se destaca la subutilización de la capacidad instalada en algunas zonas y la carencia o saturación de servicios en otras. En el ámbito rural también existen instancias paralelas y problemas similares de coordinación de servicios estatales, los del IMSS-Solidaridad y los de la propia Secretaría de Salud.

1.2 EL PROGRAMA PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

En el Plan Nacional de Desarrollo emitido en junio de 1995, se reconoció como uno de los retos del país, impulsar el desarrollo social de la población, para lo cual se propuso la aplicación de estrategias dirigidas a asegurar la igualdad de oportunidades para el desarrollo equilibrado de la población, principalmente para los grupos de mayor desventaja económica y social, así como el impulso de una política integral y descentralizada en la materia.

"...Estas estrategias para lograr los objetivos en lo que a desarrollo social compete son:

- a) Reformar el Sistema Nacional de Salud para mejorar la calidad de los servicios y ampliar su cobertura.
- b) Se garantizará un paquete básico del servicio de salud a todos los mexicanos.
- c) Se reorganizará el gasto y aumentará la eficiencia de las instituciones.
- d) La nutrición, la vacunación y la salud reproductiva constituirán el eje del paquete básico.

¹⁷ Poder Ejecutivo Federal, ob. cit.

- e) Reducir la tasa de crecimiento demográfico, respetando los derechos y libertades individuales, para fincar mejor el progreso y bienestar de toda la población...¹⁸

La aplicación de las medidas específicas derivadas de estas estrategias en el ámbito de la salud, que permitan atender con eficiencia la situación demográfica prevaeciente en el país, requiere de dar respuesta a la problemática propia del sistema de salud que se ha descrito en el apartado anterior.

El Programa de Reforma del Sector Salud es el instrumento que el gobierno ha formulado para acceder al logro de los objetivos que se propuso en esta materia dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y para llevar al cabo la modernización del propio Sistema Nacional de Salud.

1.2.1 OBJETIVOS DE LA MODERNIZACION DEL SISTEMA DE SALUD

“...Con relación a la modernización del Sistema de Salud sus objetivos son:

- Establecer elementos que promuevan la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.
- Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social, facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la perteneciente a la economía informal.
- Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud para la población abierta en las entidades federativas aún no centralizadas y profundizarlo en las restantes.
- Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales que actualmente tienen acceso limitado o nulo...¹⁹

1.2.2 LINEAMIENTOS PARA LA MODERNIZACION DEL SISTEMA DE SALUD

Las acciones propuestas en ese Programa para alcanzar dichos objetivos, tocan los problemas estructurales del Sector Salud y deben ajustarse a los cinco lineamientos siguientes:

- a) “...Establecimiento de mecanismos que permitan a los usuarios elegir a los médicos que los atiendan, al menos en el primer nivel.

Lo anterior, como un medio para incrementar la calidad, atacar la ineficiencia y altos costos que ha propiciado el actual sistema. Sin embargo, el introducir esquemas de recompensa a los prestadores de servicio de primer nivel, requiere que la población viva en un medio con la suficiente oferta de prestadores de servicios de salud, es decir, que en la misma unidad o localidad haya más de un médico y puesto que esta situación se da en el medio urbano y no en el rural, este

¹⁸ Cardona, J.A. Ob. cit., pág. 38 y 39.

¹⁹ Poder Ejecutivo Federal. ob. cit., pág. 14.

esquema será incorporado en los servicios de seguridad social que se concentran en las ciudades y no en servicios públicos que atiendan a la población abierta.

b) Ampliación de la cobertura de la seguridad social a través de la modificación del esquema de afiliación.

Lo cual se logrará reduciendo la participación de los patrones y trabajadores e incrementando la participación del gobierno en el financiamiento del ramo de salud. La reducción de las cuotas por los usuarios de la Secretaría de Salud, implica una mayor accesibilidad a través de la afiliación voluntaria y posibilita una mayor interacción con el mercado de seguros, en la medida en que quienes no hagan uso de estos servicios pueden acceder al mecanismo de reversión de cuotas.

c) Descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a la población abierta.

Con lo cual se pretende evitar duplicidades, omisiones y los problemas que conlleva el centralismo y la burocratización de la estructura actual del Sistema de Salud.

En virtud de lo anterior, se buscará la descentralización de los recursos federales destinados a la atención de la población abierta a través de la Secretaría de Salud y del IMSS-Solidaridad; los estados contarán con un margen mayor de acción y autodeterminación que les permita cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales en la materia y determinar el destino de los recursos excedentes una vez alcanzados los mismos, considerando el compromiso de implementar un conjunto de acciones esenciales de salud que garantice la provisión de un grupo de intervenciones mínimas para dar cumplimiento a las políticas y objetivos planteados a nivel nacional.

d) Participación Municipal en Salud. Para retomar la participación organizada de grupos, organismos no gubernamentales e instituciones de diversa índole en el mantenimiento de la salud colectiva, se implementará el Programa de Municipio Saludable, que favorecerá la intervención de estos grupos organizados en la definición de prioridades, elaboración de programas de salud local y la ejecución y evaluación de las actividades programadas.

e) Ampliación de la cobertura a través del Paquete Básico de Servicios de Salud. A través de este paquete se pretende dar cobertura a los cerca de 10 millones de mexicanos con nulo o limitado acceso a los mismos; consiste en un conjunto esencial de intervenciones de salud que deben otorgarse a esta población en respuesta a sus necesidades prioritarias. Se trata de intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto para combatir las principales causas de muerte y enfermedad de los grupos marginados...²⁰

²⁰ Ibidem, pp. 15-19.

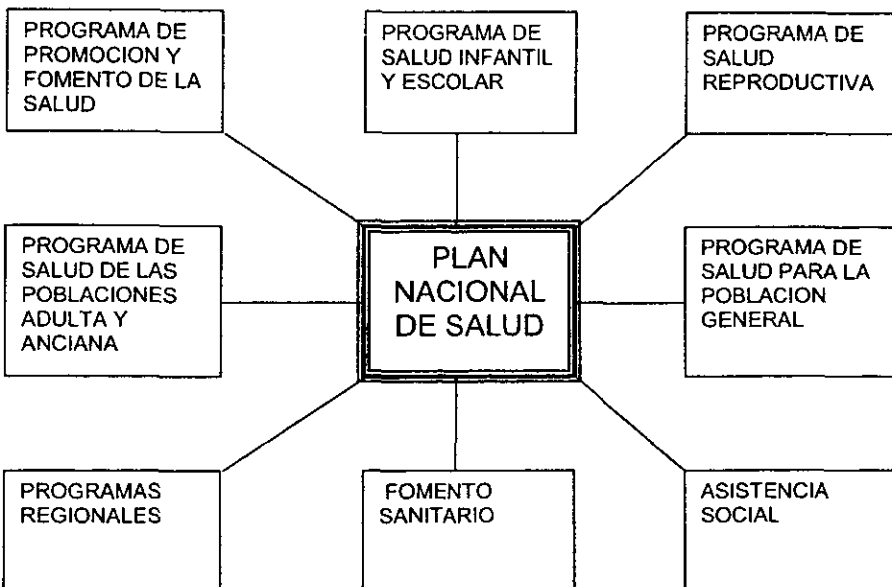
Al establecerse este paquete básico a nivel nacional, se contará con objetivos, metas y una normatividad clara en todo el país, con una operación descentralizada en cuanto a medios, que permita un margen de flexibilidad según las necesidades de cada estado, pero sin perder de vista los criterios de costo, efectividad e integridad. Para ello se pretende, instrumentar acciones de bajo costo y alto impacto en salud que puedan ser provistas integralmente por un conjunto bien definido de trabajadores de la salud.

1.2.3 PRINCIPALES PROGRAMAS

Los objetivos y lineamientos expuestos hasta aquí, se concretan en la definición de las tres grandes líneas de acción que señala el Plan Nacional de Desarrollo:

- Aplicación de ocho programas sustantivos prioritarios,
- Instrumentación de acciones esenciales irreductibles de salud y
- Provisión de un paquete básico de servicios de salud.

Estas líneas de acción se orientan hacia el fortalecimiento del nuevo modelo asistencial y destacan lo preventivo sobre lo curativo, la capacitación para la salud familiar, el ejercicio físico para la salud, la educación nutricional y la salud escolar. Los programas sustantivos a que se hace referencia son:



Dentro de estos programas, en lo referente al tema que nos compete, los programas de "Promoción y Fomento a la Salud" , "Salud Infantil y Escolar" y "Salud Reproductiva", se describen enseguida.

1.- Programa de Promoción y Fomento a la Salud

Se diseñó a efecto de definir estrategias enfocadas a modificar los factores asociados con el posterior desarrollo de patologías no transmisibles, independientemente de que la promoción y la prevención están presentes en cada uno de los programas del Sector Salud, en este Programa se seleccionan algunas de las acciones específicas que se dividen en tres subprogramas: Salud Familiar, Nutrición y Salud y Ejercicio para la Salud, de los cuales describiremos de manera general los dos primeros.

El Subprograma de Salud Familiar se basa en el reconocimiento del papel fundamental de la familia en el cuidado de la salud, particularmente de los menores de edad; por lo cual busca generar hábitos saludables en todos los miembros del grupo familiar. Sus metas principales son: entrenar en el cuidado familiar y personal a 1.75 millones de personas, residentes en comunidades de menos de 2500 habitantes e instalar 5000 Casas Amigas para la Salud del Niño y la Madre.²¹

El Subprograma de Nutrición y Salud, considera como premisa el que la nutrición adecuada en cantidad y calidad es un elemento fundamental en la preservación de la salud, y aunque su importancia se manifiesta a lo largo de toda la vida, la población en edad infantil y escolar constituye un grupo particularmente vulnerable dado el impacto de los desequilibrios nutricionales sobre su desarrollo físico y mental.

El objetivo de esta acción es contribuir a disminuir la morbilidad asociada a la mal nutrición y a la deficiencia de micronutrientes, para ello propone: reorientar el 80% de los apoyos alimentarios y subsidios a la población menor de cinco años de edad; establecer la vigilancia nutricional en 80% de la población infantil y preescolar y 50% de la población de seis a catorce años; fortalecer las acciones de orientación alimentaria y nutricional en el total de las unidades de salud del sector y la ministración de vitamina A.²²

Las acciones anteriores podrán ser evaluadas mediante los resultados del censo de talla y medida de la población infantil, mismo que ha sido señalado como una prioridad de la presente administración. (Anexo I)

²¹ Ibidem, p. 228.

²² Ibidem, p. 29.

2.- Programa de Salud Infantil y Escolar

Este Programa responde a las características distintivas del perfil epidemiológico de la población menor de 15 años y en él se agrupan las acciones tendientes a reducir y controlar mejor la morbilidad de este grupo poblacional.

Así en los menores de cinco años, el predominio de las enfermedades transmisibles es notorio, siendo desplazadas éstas por lesiones y accidentes conforme avanza la edad. Para ello se propone mejorar las condiciones de salud de estos grupos de edad a través de acciones agrupadas en los subprogramas para la prevención y control de: enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas y en el Subprograma de Salud en la Escuela.

El Subprograma de Prevención y Control de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación, tiene como sus principales estrategias la implementación de las Semanas Nacionales de Salud y Vacunación y la vigilancia epidemiológica.

El Subprograma de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas, plantea el desarrollo de acciones para mejorar las condiciones de saneamiento e higiene individual y colectiva, así como las acciones de promoción y difusión para reforzar el uso oportuno del Vida Suero Oral.

El Subprograma de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas, se propone como meta "... reducir la mortalidad por estas enfermedades, con lo que para el año 2000 se espera que ésta sea de 36.8 defunciones por cada 100 000 niños menores de cinco años..."²³

A fin de reducir los costos y elevar la productividad de las acciones, este subprograma se integra al anterior, con lo cual se prevee acelerar los logros que a la fecha se han alcanzado con los programas por separado.

El Subprograma Salud en la Escuela tiene por objeto contribuir a la promoción y cuidado de la salud de los educandos del Sistema Educativo Nacional, mejorando con ello su desarrollo físico, mental y social.

3.- Programa de Salud Reproductiva

Este Programa pretende ampliar los servicios que hasta ahora se han ofrecido en su campo de acción, a través de la operación de seis subprogramas:

- Planificación familiar,
- Salud reproductiva en adolescentes,
- Salud de la madre y del recién nacido,
- Disminución del riesgo preconcepcional,
- Detección de cáncer cérvico-uterino y mamario y

²³ Ibidem, p. 31.

- Prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH.

De los subprogramas mencionados el que contempla la promoción de la salud infantil es el de Salud de la Madre y del Recién Nacido, cuyo objetivo es disminuir las mortalidades maternas y perinatal, para lo cual se propone garantizar el acceso universal a información suficiente y apropiada y atención médica de alta calidad durante la etapa prenatal, el parto, el puerperio y el periodo neonatal.

La mejoría de la calidad de atención médica a esta población requiere fortalecer la observancia de los contenidos de la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) para la prestación de estos servicios; "...las acciones de los Comités Nacional, Estatal, Jurisdiccionales y Hospitalarios para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal; la estrategia del Hospital Amigo de la Madre y el Niño ampliándolo al primer nivel de atención; la capacitación a parteras tradicionales en técnicas de atención del parto limpio, referencia del parto de alto riesgo, la aplicación del toxoide tetánico, consejería y prescripción de métodos anticonceptivos..."²⁴

1.3 ACUERDOS INTERNACIONALES Y BASES LEGALES EN SALUD INFANTIL

Los diferentes acuerdos internacionales que han sido suscritos por México en su calidad de miembro de organismos como la ONU, la OMS, OPS y UNICEF, y que dan fundamento a las acciones gubernamentales en el ámbito de la salud infantil, se refieren tanto a la Salud Pública y a la definición de estrategias efectivas en este campo, como a la protección del niño, cuyo bienestar en muchos casos se ve vulnerado por la pobreza, la desnutrición, la falta de oportunidades educativas, etc.

1.3.1 ACUERDOS Y ESTRATEGIAS

Los acuerdos sobre Salud Pública son resultado del creciente interés en dar respuesta a los diversos problemas de la población relacionados con el desarrollo en América Latina, el cual se manifestó en diversas reuniones, entre las que destaca la de Punta del Este, Uruguay, en marzo de 1961, y cuyo resultado fue el "Plan Decenal de Salud Pública en las Américas", que contenía recomendaciones para extender la cobertura de servicios de salud, incrementar la esperanza de vida al nacer y la definición de metas concretas para reducir determinadas tasas de mortalidad.²⁵

En este Plan Decenal, se prestó interés definido a los programas materno-infantiles, a los asuntos de crecimiento poblacional y a la nutrición; por primera vez se invocó la participación de la comunidad y se abordó el tema relativo al desarrollo de recursos humanos para la salud.

²⁴ Ibidem, p. 33.

²⁵ Véase. Soberón, Guillermo. *La Salud en México: Testimonios 1998*. Tomo II, México, 1988.

Estas contribuciones latinoamericanas se formalizaron a través de las acciones de la OPS y sirvieron además como base para la formación del programa que la OMS promovió en 1978 para concretar el compromiso contraído por sus países miembros en la Declaración de Alma-Ata,²⁶ denominado "Salud para Todos en el Año 2000", el cual se estructura a través de la estrategia de atención primaria a la salud con la participación de la comunidad, a fin de abordar de manera efectiva la crisis de salud generada ante las crecientes demandas sociales que los sistemas sanitarios tradicionales son incapaces de atender.

Este Programa de Atención Primaria pretende el cumplimiento de siete tareas esenciales: el fomento de una nutrición adecuada, disposición de agua potable, saneamiento básico, atención a la madre y al niño, incluyendo la planificación familiar, inmunizaciones contra enfermedades endémicas locales, educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y lucha correspondiente; y parte de la convicción de que para avanzar en estas tareas, nada puede reemplazar la participación activa de los individuos, de las familias, y de la comunidad, junto con la intervención de los organismos de gobierno y las estructuras oficiales.

Asimismo, el compromiso suscrito en 1986 en Ontario, Canadá, relativo a adoptar la Promoción de la Salud como estrategia general para abordar los compromisos adquiridos en la materia, es consecuente con el enfoque participativo ya mencionado, y considera la Promoción de la Salud como un proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

El nuevo enfoque participativo fue adoptado en la política de salud pública de nuestro país y quedó expresado en la Ley General de Salud, que señala en su artículo 58, la importancia de la participación comunitaria en los servicios de salud, mediante la promoción de hábitos de conducta que contribuyan a solucionar los problemas de salud y/o a protegerla, y mediante su intervención en el desarrollo de programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes.

El artículo 110 de la misma Ley indica que el objeto de la promoción en este ámbito de la salud es crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en cada individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para impulsar su participación en pro de la salud individual y colectiva.

Asimismo el actual gobierno ha manifestado que "...la promoción de la salud es un eje fundamental de los programas del Sector. Comprende cuatro acciones principales: la educación para la salud (en planteles escolares de todos los niveles y en las instalaciones del Sector Salud), la capacitación, la comunicación

²⁶ Soberón, Guillermo. ob. cit.

educativa (campañas en medios audiovisuales e impresos) y la organización de la participación social...²⁷

1.3.2 PROTECCIÓN DEL BIENESTAR INFANTIL

Por otra parte, en lo relativo a la protección del niño, se ha reconocido internacionalmente que la política social de los países que aspiren a un desarrollo pleno, debe orientarse a la búsqueda constante del bienestar, el desarrollo y la sobrevivencia de la población infantil, cuya vulnerabilidad, especialmente en los países pobres, ha llevado a tomar acciones a organismos como la OMS, la OPS y la UNICEF.

Dichos organismos se reunieron en 1984 para tratar el tema de "Crecimiento y Desarrollo del Niño" y propusieron un nuevo enfoque en el campo de la atención de la salud materno-infantil, cambiando el énfasis de la curación hacia la prevención, conceptualizada ésta no solamente como la intervención preventiva sobre los factores causales de enfermedad, sino desde una visión totalizadora de salud del niño que contemple, además de la observación de su crecimiento y desarrollo, la aplicación sistemática de las técnicas que estimulen y favorezcan su desarrollo integral como individuo.²⁸

Estos postulados se han retomado por nuestro país, e incorporado dentro de la Ley General de Salud, donde en lo referente a la atención materno-infantil, son de destacar los aspectos señalados en los artículos 58, 65 y 112, que marcan su carácter prioritario y las acciones que deben incluirse como parte de la misma, éstas son: la atención del niño, la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, la promoción de la vacunación oportuna y el impulso de la integración y el bienestar familiar. Asimismo se refieren a la responsabilidad de las autoridades sanitarias, educativas y laborales de apoyar y fomentar programas para padres, destinados a promover la atención materno-infantil, mediante la aplicación de estrategias de educación para la salud, cuyo objeto es fomentar en la población el desarrollo de conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes; así como protegerse de los riesgos que ponen en peligro su salud.

Más recientemente, las aspiraciones de la comunidad internacional relacionadas con el bienestar de los niños, se expresaron en la Convención Sobre los Derechos del Niño, que aprobó por unanimidad la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. En esta Convención se establecen normas jurídicas universales sobre protección del niño contra el abandono, los malos tratos y la explotación y se consagra el respeto de sus derechos humanos básicos, entre ellos la supervivencia, el desarrollo y la plena participación en

²⁷ Zedillo Ponce de León, Ernesto. Primer Informe de Gobierno, Tomo II, Desarrollo Social, p. 89.

²⁸ Cusmisky, Marcos. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Washington, OMS-OPS, 1986. p. 6.

actividades sociales, culturales, educacionales y otras necesarias para su crecimiento y bienestar individuales.²⁹

Esta Convención fue ratificada en nuestro país, después de haber sido aprobada por el Senado de la República, en junio de 1990. Así, de acuerdo al artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Convención forma parte del orden jurídico nacional.³⁰

Con el fin de instrumentar su cumplimiento, México y otros países, promovieron al interior de la ONU, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, realizada en septiembre de 1990, durante la cual se establecieron compromisos para llevar al cabo programas de beneficio social en el campo de la salud, la nutrición y la educación, así como ayudas a niños en situaciones particularmente difíciles con el fin de elevar sus índices de sobrevivencia, bienestar y desarrollo. Como resultado de estos trabajos y reflexiones, se elaboraron: la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño, así como un Plan de Acción que definió siete metas generales y un conjunto de objetivos y metas de apoyo para cumplirse para el año 2000, a través de la adopción de medidas concertadas y la participación internacional.³¹

1.3.3 PROGRAMA NACIONAL EN FAVOR DE LA INFANCIA

El gobierno mexicano, atendiendo dichas metas internacionales y considerando la situación específica de nuestro país, en lo que respecta a la secuencia, las prioridades, normas y disponibilidad de recursos, formuló el Programa Nacional en Favor de la Infancia en 1991, con la intención de que su elaboración, ejecución y evaluación formaran parte de un proceso dinámico, durante el cual las estrategias y acciones propuestas se deben ir articulando o rectificando permanentemente con base en la realidad nacional. De acuerdo con esa concepción, se consideró necesario reformular este Programa en 1995, quedando definidos el conjunto de objetivos, metas y acciones que orientan su ejecución en el documento denominado Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000.

Este Programa es resultado del trabajo de la Comisión Nacional en Favor de la Infancia, constituida en enero de 1995 y cuyos integrantes son: los Titulares de la Secretaría de Salud y de Educación Pública, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la Comisión Nacional del Agua. La Coordinación General de esta Comisión está a cargo del Secretario de Salud.³²

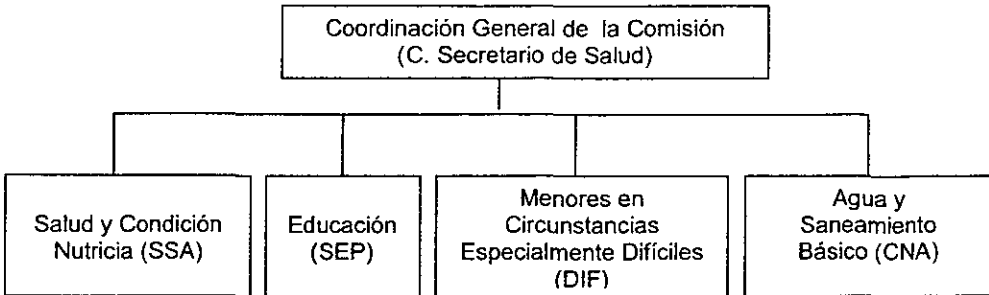
²⁹ Véase, ONU Human Rights Library: Convención sobre los Derechos de los Niños. Universidad de Minesota, 1990 pp. 1 - 16.

³⁰ Véase UNICEF. Hechos y cifras 1996. Página del UNICEF. pp. 1-3.

³¹ Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000. México, S.S.A., 1995. pp. 3-4.

³² Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Op. cit. pp. 4-6.

La Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia se encuentra integrada de la manera siguiente:



El objetivo central del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia es elevar la supervivencia, protección y desarrollo del niño y de la madre; para lograrlo se determinaron siete metas prioritarias y veintiséis objetivos incluidos en la Declaración emitida en la Cumbre Mundial de 1990.

Las siete metas definidas en la Cumbre para llevarse al cabo entre 1990 y el año 2000 y que se retomaron en el Programa a que nos referimos son:

- a) Reducción a la mitad de la tasa de mortalidad de niños menores de un año y menores de cinco años.
- b) Reducción a la mitad de la tasa de mortalidad materna.
- c) Reducción a la mitad de la tasa de mal nutrición grave y moderada en niños menores de cinco años.
- d) Acceso universal al agua potable y a medios sanitarios de eliminación de excretas.
- e) Acceso universal para el año 2000 a la educación básica y finalización de la enseñanza primaria, al menos en el 80 % de los niños en edad escolar.
- f) Reducción de la tasa de analfabetismo en adultos, a por lo menos la mitad del nivel registrado en 1990, con especial énfasis en la alfabetización de mujeres.
- g) Mejoramiento de la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles.³³

Con relación a cada una de estas grandes metas, se diseñaron a su vez objetivos particulares,³⁴ de los cuales sólo señalaremos aquellos que resultan relevantes para los fines del presente trabajo.

³³ Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Op. cit. p. 7.

³⁴ Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Op. Cit. pp. 7-8.

Sobre Salud y Educación de la Mujer, el objetivo es:

- Dar acceso a todas las mujeres embarazadas a atención prenatal, a asistencia por personal capacitado durante el parto, a servicios de consulta en los casos de embarazos de alto riesgo y de situaciones de emergencia obstétrica.

En relación a la Nutrición, los objetivos son:

- Reducir en 50% los niveles de malnutrición grave y moderada entre los niños menores de cinco años, con relación a los registrados en 1990.
- Lograr que todas las madres amamenten a sus hijos durante los primeros cuatro o seis meses, y que continúen la lactancia con la adopción de alimentos complementarios, hasta bien entrado el segundo año de vida.
- Institucionalizar la promoción del crecimiento infantil y supervisión periódica.

Sobre Salud Infantil, se establecieron los siguientes objetivos:

- Erradicar la poliomielitis para el año 2000.
- Eliminar el tétanos neonatal para 1995.
- Reducir en 95 % las defunciones por sarampión y en 90% los casos de sarampión para 1995.
- Mantener un alto nivel de cobertura de inmunizaciones, que para el año 2000, sea por lo menos del 90% de los niños menores de un año, contra la difteria, tosferina, tétanos, sarampión, poliomielitis y tuberculosis, así como contra el tétanos en mujeres en edad reproductiva.
- Reducir al 50% el índice de las defunciones por diarreas en niños menores de cinco años y en 25% la tasa de incidencia de esta enfermedad, con relación a lo registrado en 1994.
- Reducir en una tercera parte el índice que en 1994 se presentó de las defunciones debidas a infecciones respiratorias en niños menores de cinco años.

En Agua y Saneamiento:

- Lograr el acceso universal al agua potable y a los medios sanitarios de eliminación de excretas.

Sobre Educación Básica:

- Mayor adquisición por parte de individuos y familias de los conocimientos, técnicas y valores necesarios para vivir mejor.

En relación a los Niños en Circunstancias Particularmente Dificiles, los objetivos son:

- Mayor protección de los niños en esta situación.
- Eliminación de las causas fundamentales que conducen a tales situaciones.

1.4 LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Es indiscutible que dentro de la salud, uno de los enfoques básicos en este siglo ha sido el de la Salud Materno-Infantil y antes de llegar a las reformas de los años 90, ésta estuvo impulsada por:

- El Primer Congreso Mexicano del Niño, donde resaltaron dos ponencias: "De que Manera Puede Hacerse para que los Niños Adquieran Hábitos de Higiene" y "Apuntes sobre Puericultura Intrauterina". Ambas ponencias señalaron la importancia de la educación de los padres y de los niños para el logro de una mejor salud del niño.
- El primero de mayo de 1917 se constituyó el Departamento de Salud Pública.
- En 1920 se celebró el Primer Congreso Mexicano del Niño.
- En 1922, durante el gobierno de Alvaro Obregón, se organizó la Beneficencia Pública en el DDF y se crearon el Servicio Autónomo de Higiene Infantil y la Asociación Nacional de Protección a la Infancia.
- En 1928, el Dr. Aquilino Villanueva jerarquizó los problemas de salud, colocando como tercera prioridad la solución a los problemas materno infantiles.
- En 1929, Ignacio Chávez propuso incluir en el currículum de los médicos la cátedra de puericultura y pediatría para difundir entre las madres embarazadas y mujeres en general, los conocimientos higiénicos que redunden en beneficio del niño y de ellas mismas. Ese mismo año se decretó el Servicio de Higiene Infantil.³⁵
- El Departamento de Salud Pública emitió en 1935 cuarenta y ocho principios en favor de la infancia y protección a mujeres y niños, los cuales giran alrededor del niño, a través de la salud de la madre, la paternidad responsable, el apoyo social al desarrollo de los niños y el apoyo del Estado para proteger a la embarazada, la madre lactante y al niño en su desarrollo.³⁶
- Ese mismo año el General Manuel Avila Camacho creó la Ley de Maternidades y Servicios de Maternidad y el Centro de Salud que lleva su nombre, con los objetivos de: control prenatal, control pediátrico, control de la familia con hijos, control sanitario del área, y formación de recursos especializados en materno infantil.³⁷

³⁵ Instituto Nacional de Perinatología. Programa de Educación para la Reproducción. Etapa Gestacional. p. III.

³⁶ Instituto Nacional de Perinatología. Op. cit. pp. III-IV.

³⁷ Instituto Nacional de Perinatología. Op. cit. p. IV.

Actualmente, el Sector Salud en un esfuerzo de coordinación interinstitucional, realiza un conjunto de acciones encaminadas a mejorar los niveles de salud de la población infantil y materna.

Una estrategia que permite extender la cobertura de atención es el "Paquete Básico de Servicios de Salud" el cual bajo un enfoque integral, contempla la resolución de las principales necesidades de atención en materia de promoción y fomento de la salud, salud reproductiva y condición nutricia, bajo el eje rector de la medicina preventiva. Cabe mencionar que estas acciones están dirigidas también al cumplimiento del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, emitida por la ONU en 1989.

Para ello se hace necesario llevar a cabo una revisión de la salud materna, del recién nacido, infantil y del preescolar.

1.4.1 SALUD MATERNA

Con relación a la salud materna recientemente se han intensificado las acciones de acuerdo con los lineamientos internacionales emanados de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994 y el plan de acción de la IV Conferencia Mundial a Favor de la Mujer celebrada en Beijing en 1995³⁸ enfatizándose los conceptos de género y equidad que por tantos años han sido demandas justas de las mujeres; en México se instrumentó el Programa Nacional de la Mujer, Alianza para la Igualdad, con lo cual se han visto reforzados estos conceptos, enfoque que toma mayor importancia al recordar que en sociedades como la nuestra, la mujer juega un papel insustituible en la cohesión familiar, en la formación de la descendencia y en el equilibrio social. Es justo, por lo tanto, ofrecer a las mujeres desde su nacimiento y en todas las etapas de su existir, una vida sana, equitativa en oportunidades y que le garanticen en el periodo gestacional verse protegida en su equilibrio bio-psico-social.³⁹

En el IMSS, tradicionalmente se han aplicado estos principios en la atención materna y se ha involucrado al equipo de salud, lo que se refleja en la franca disminución en las tasas de morbilidad materna en sus diferentes indicadores, en las últimas décadas.

En planificación familiar México ha presentado cambios demográficos importantes y uno de los principales determinantes ha sido la fecundidad. Mientras que en 1970 la tasa de crecimiento total de la población fue de 3.2 %, para 1995 fue de 1.73 %.

El descenso de la fecundidad se ha producido con mayor intensidad en las áreas metropolitanas del país y en poblaciones de más de veinte mil habitantes, donde

³⁸ Cardona Pérez, Jorge Arturo p. 36.

³⁹ Cardona Pérez, Jorge Arturo. p. 47.

el promedio de hijos es inferior a tres. Las diferencias en los niveles de fecundidad son aún más notorias si se toma en cuenta la variable escolaridad; las mujeres sin instrucción, en general, tienen más del doble de los hijos que procrean aquellas que cursaron al menos un año de secundaria.

El factor primordial que ha incidido en la disminución de la fecundidad, ha sido el uso creciente de métodos anticonceptivos.

Dentro de las variables utilizadas para medir la atención del embarazo destaca el número de consultas de vigilancia prenatal. Respecto a la cobertura de atención, 85.4 % de los partos son atendidos en el sector público. Tradicionalmente el puerperio ha sido el periodo menos favorecido por la atención médica durante el proceso reproductivo.

En cuanto a las características de la resolución del parto, la Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSAMI 1994) muestra que uno de cada cuatro partos culminó con operación cesárea.

Otra estrategia que ha favorecido la salud de la madre y, por ende la de sus hijos, ha sido la lactancia materna, a cuyo establecimiento se le ha dado una gran importancia ya que es un elemento asociado a la mayor sobrevivencia del recién nacido.

México se ha sumado desde 1991, al llamado de la OMS y UNICEF para fomentar esta práctica, aplicando una estrategia que inicialmente se denominó Hospital del Niño, consistente en diez pasos básicos para estimular la lactancia y suprimir la entrega gratuita de leches industrializadas. Esta estrategia inicial se amplió en 1992 con quince conceptos más, que pretenden mejorar las condiciones de la mujer en su entorno, por lo que desde entonces se le ha denominado como estrategia "Hospital Amigo de la Madre y el Niño".⁴⁰

De esta forma, se intenta vigorizar las actividades del Comité Nacional de Lactancia Materna y dar seguimiento al funcionamiento de los Comités Estatales. Actualmente ese Programa se desarrolla en las instituciones del Sistema Nacional de Salud bajo tres grandes vertientes:

- a) *Fortalecimiento institucional, orientado a la reestructuración de las instalaciones de las unidades de salud, para adecuarlas a la práctica de la lactancia natural inmediatamente después del parto, la instalación del alojamiento conjunto, eliminación de rutinas innecesarias en el recién nacido; así como la creación de clínicas de lactancia y de grupos voluntarios para enseñar a las madres a resolver los problemas más frecuentes.*
- b) *Capacitación y comunicación educativa dirigida al personal de salud en servicio y al que se encuentra en formación.*

⁴⁰ Véase Cardona Pérez, Jorge Arturo. Op. Cit.

- c) Seguimiento epidemiológico, mediante el desarrollo de investigación que permita conocer la situación alcanzada a partir de las diversas intervenciones realizadas.

Así, de acuerdo con el panorama general de mortalidad materna y de la promoción de la salud de la mujer y del recién nacido se establece como objetivo general: promover y proteger la salud reproductiva mediante estrategias integrales de prevención de riesgos y daños a la mujer y al niño durante el embarazo, parto y puerperio; así como la reducción de los niveles de la fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas.

De igual manera, las metas a lograr entre 1990 y el año 2000 son:

- Reducir en 50 % la tasa de mortalidad materna.
- Reducir al 50 % la mortalidad infantil.
- Atención especial en la salud y nutrición de las niñas, de mujeres embarazadas y las madres lactantes.
- Acceso a todas las mujeres embarazadas a la atención prenatal, personal capacitado para asistir en el alumbramiento y acceso a servicios de consulta para casos de embarazos de alto riesgo y situaciones de emergencia obstétrica, entre otras metas.

1.4.2. SALUD INFANTIL

Muchos son los efectos de la escolaridad de los padres en la promoción del bienestar y calidad de vida de los hijos.

El descenso de las tasas de mortalidad infantil, preescolar y de menores de cinco años es continuo desde 1940, pero se destaca que esta tendencia se ha visto acelerada a partir de los años 80 siendo aún más notorio en el periodo de 1990-1993.

De acuerdo con los datos que reportan las estadísticas vitales se observa una reducción de 26.8 % en las tasas de mortalidad infantil, ello indica que aún resta por disminuir 23.2% para alcanzar el 50% marcado como meta al 2000 en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.⁴¹

De acuerdo con la información más reciente (1993) las cinco primeras causas de mortalidad en el primer año de vida son: afecciones originadas en el periodo perinatal, anomalías congénitas, neumonías e influenza, enfermedades infecciosas gastrointestinales, enfermedades diarreicas (ED) y deficiencias en la nutrición; sin embargo debe señalarse que las afecciones originadas en el periodo perinatal siguen siendo la primera causa de muerte, pues representan el 42.2% del total de defunciones en este grupo de edad.⁴²

⁴¹ Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Op. Cit. pp. 12-18.

⁴² *Ibidem*. pp. 18-19.

De las cinco principales causas de mortalidad neonatal, sólo las dos primeras tienen un origen endógeno relacionado con condiciones biológicas de la madre; el resto tiene un fuerte componente exógeno que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida, lo cual las hace susceptibles de ser reducidas en forma importante.

De igual manera la mortalidad preescolar, es decir de los niños menores de cinco años, observa un continuo descenso que se ha dado con mayor intensidad entre el periodo 1990-93, cuando fue de 31.3%, para sumar hasta 1995 un 42.8 %. Las entidades federativas que registraron las mayores tasas de mortalidad para este grupo fueron Oaxaca, Chiapas y Puebla.

La primera causa de muerte se debe a los accidentes, principalmente de tráfico de motor, así como por ahogamiento, de tal manera que los accidentes en su conjunto representan un 18.6% del total de muertes en este grupo de edad, en segundo lugar se ubican las enfermedades diarreicas y en tercer lugar las infecciones respiratorias agudas.⁴³

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN.

Situación Actual:

A partir de los compromisos adquiridos por México en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, se crea el Programa de Vacunación Universal (PVU), con el objeto de promover, apoyar y coordinar las acciones del mismo, en enero de 1991 por decreto presidencial, se instaló el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) como instancia de coordinación y consulta.

Este Programa integra, por primera vez, a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud al implantar objetivos, metas, estrategias y procedimientos comunes.

Su objetivo general es mejorar los niveles de salud de la población, mediante la erradicación, eliminación y control de las enfermedades evitables por vacunación.

Las estrategias generales y líneas de acción son la coordinación intra y extrasectorial.

La magnitud y trascendencia del Programa de Vacunación Universal exige la participación activa, solidaria y concreta de toda la sociedad. La participación

⁴³ Ibidem. pp. 20-24.

social implica el estimular en todos los niveles los mecanismos para asegurar la participación de la comunidad en las actividades del Programa como:

- "a) Ampliar y mantener un directorio de participación y concertación interinstitucional con los sectores público, social y privado.
- b) Intensificar la coordinación con los grupos de la comunidad.
- c) Promoción y difusión del Programa a través de los medios masivos de comunicación, radio, televisión y prensa utilizando para ello, entrevistas, boletines, desplegados y encartes periodísticos.
- d) Distribución de materiales impresos promocionales e informativos en lugares de concentración de población o estratégicos."⁴⁴

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

Situación Actual:

Una de las preocupaciones fundamentales del ser humano ha sido mantener la vida y por medio del avance tecnológico mejorar su calidad; esta expectativa se da dentro de un proceso social en el que hay una relación íntima entre las necesidades del individuo y la forma en como las satisface en sociedad, quienes son más vulnerables a las desigualdades sociales son los menores de cinco años, ya que éstos son más susceptibles de enfermar y morir. Las causas de mortalidad observadas con mayor frecuencia en esta población son las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas.

Durante la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia realizada en 1990 se establecieron compromisos para llevar al cabo programas de beneficio social en el campo de la salud, la nutrición y la educación, así como ayudas a niños en circunstancias particularmente difíciles con el fin de elevar sus índices de sobrevivencia, bienestar y desarrollo.

México ha logrado avances importantes en la prevención y control de estas enfermedades, tanto en el impacto de la mortalidad sobre los menores de cinco años, como en el de la organización de los servicios de salud y en la coordinación interinstitucional y extrasectorial.

Desde 1984, se determinó aplicar el Programa de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas, que ha reducido notablemente la ocupación de camas de hospital por esta causa, así como las aplicaciones de venoclisis, los costos de tratamiento y las muertes de los niños.

A partir de 1989 se ha desarrollado el Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas que favorece la detección temprana de los cuadros severos y graves, así como la aplicación de un tratamiento efectivo

⁴⁴ Ibidem. pp. 27-37.

para las infecciones respiratorias agudas (IRA) con el fin de reducir la mortalidad por estos padecimientos.

Los objetivos de estos programas son:

- a) Acelerar la tendencia descendente de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en la población menor de cinco años.
- b) Asegurar que el total de los niños menores de cinco años del país tenga acceso a un manejo efectivo de las ED e IRA".⁴⁵

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.

Situación actual:

En México, la mortalidad originada por accidentes disminuyó en el periodo comprendido entre 1989 y 1992; sin embargo, aún en 1993 estos fueron la primera causa de muerte en preescolares y escolares. Este problema de salud pública repercute, por la discapacidad y la muerte temprana, en la dinámica familiar, social y económica del país.

El objetivo general es reducir la mortalidad y la morbilidad por accidentes en los menores de 15 años.⁴⁶

1.4.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Una estrategia general para la consecución de los compromisos de México asumidos en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, suscrita en Ontario, Canadá en 1986, es la Promoción de la Salud la cual se conceptualiza como "... el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La salud se concibe como un recurso para la vida, como una fuente de riqueza de la vida cotidiana y no solamente como un objetivo. Así la promoción de la salud se orienta a un concepto positivo de la salud para centrar su atención en la modificación de estilos de vida, hábitos y comportamientos de riesgo, así como influir en el desarrollo y mejoramiento de las condiciones de bienestar."⁴⁷

Implica la participación de varias instituciones de los sectores público, privado y social, así como de organizaciones, autoridades de gobierno y la población, en un proceso de corresponsabilidad para mejorar la salud individual, familiar, colectiva y ambiental.

⁴⁵ Ibidem. pp. 37-42.

⁴⁶ Ibidem. pp. 46-52.

⁴⁷ Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Ibid. pp. 97-98.

En la Carta de Ottawa se describen cinco mecanismos para acceder a una mejor calidad de vida:

1. - La elaboración de políticas públicas a favor de la salud
2. - La creación de ambientes saludables
3. - El reforzamiento de la participación social
4. - El desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades personales y
5. - La reorientación de los servicios de salud

Esta orientación conduce a tres estrategias instrumentales: la acción intersectorial, la educación para la salud y la participación ciudadana y de las autoridades. De éstas a su vez se derivan las siguientes actividades de promoción a la salud:

- Educación para la salud
 - Comunicación educativa
 - Capacitación y participación social.⁴⁸
- Educación para la salud: Su propósito es realizar programas eficientes cuyo objetivo sea impulsar, por medio de los sistemas de educación formal e informal, acciones para fortalecer o modificar actitudes y hábitos saludables y de esta manera favorecer la corresponsabilidad de la población en el autocuidado de la salud.
 - Comunicación educativa: Desarrollar esquemas novedosos y creativos basados en técnicas de mercadotecnia social, que permitan la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar una cultura de salud.
 - Capacitación: Desarrollar un programa integral y permanente que incorpore conocimientos actualizados y prácticos, así como métodos y técnicas didácticas que permitan al personal de salud y a los recursos humanos comunitarios, modificar hábitos, actitudes y comportamientos de la población, con el propósito de lograr una mejor calidad de vida.
 - Participación Social: Promover la más amplia participación, involucrando a los usuarios y las organizaciones locales, así como a las instituciones de los sectores público, privado y social en la planeación, ejecución y evaluación de los programas, proyectos y acciones de promoción a la salud, con el propósito de lograr mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

⁴⁸ Ibidem. pp. 98-101.

CAPITULO 2

EL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y ATENCIÓN DEL NIÑO SANO EN EL IMSS, UNA OPCION DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

2.1 EDUCACION PARA LA SALUD

El Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano dentro de las Instituciones de Salud es evidentemente un programa que debe apegarse a un marco educativo, ya que es un proceso que sirve de puente entre la información de la salud y las prácticas de salud.

Al considerarse en este marco, se establecen algunos conceptos de lo que es la Educación para la Salud:

- La OMS, la define como el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo, o la familia que influyen en las creencias, actitudes y las conductas respecto a la salud, así como los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella.
- Greene, dice que la Educación para la Salud es cualquier combinación de experiencias para facilitar adaptaciones voluntarias del comportamiento y que conducen a la Salud.
- La Secretaria de Salud indica que la Educación para la Salud tiene como propósito final la participación activa y conciente de los individuos en beneficio de su salud, la de sus familiares y la de la comunidad, fundada en el desarrollo de valores, actitudes, conocimientos y conductas.¹

Además de establecer los conceptos es válido decir que un programa eficaz de educación debería concentrarse en ayudar al individuo a comprenderse y estimarse mejor; asimismo, al saber que lo hace funcionará adecuadamente.

Para poder desarrollar esta actividad, es necesario contar con especialistas en las ciencias sociales relacionadas con la salud, como Antropólogo Social, Epidemiólogo, Psicólogo Social, Sociólogo, y en especial el Pedagogo, ya que dentro de este ámbito algunas de sus funciones serían:

- "...diagnosticar problemas desde un punto de vista educacional y ayudar a resolverlos mediante la elección y uso de métodos educacionales sólidos.
- Ayudar al profesional de la salud a efectuar parte de su labor, sensibilizándolo sobre la necesidad y potencialidad de la educación para la promoción de la salud.

¹ Higashida. Ciencias de la Salud. Editorial Mc Graw Hill. México, 1991. pp. 47- 49.

- Orientar en el uso de las técnicas para que la información sobre la salud sea aceptada y utilizada en toda clase de grupos de la comunidad que estén interesados en los proyectos y programas de salud.
- Propiciar la preparación de escenarios pedagógicos que estimulen a la gente a asimilar las prácticas de salud a su vida cotidiana.
- Plantear el uso de diferentes métodos de comunicación, para motivar el interés del usuario de los servicios de salud.
- Orientar en la utilización de diversos métodos educativos para su aplicación individual, de grupo o comunitaria, y en el uso de los métodos y materiales didácticos que puedan usarse con mayor eficacia, y en su caso, ayudar al grupo a crear sus propios materiales educativos ...²

Con estas herramientas, los educadores para la salud buscan nuevas formas para aplicar sus conocimientos en la solución de problemas de salud individual y de la comunidad.

Específicamente para el Instituto Mexicano del Seguro Social, en "... La actual corriente de Promoción de la Salud, destaca la importancia que tiene que la propia población posea los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma, es por esto que en este momento adquiere mayor relevancia la participación de la población en el desarrollo del proceso de Educación para la Salud, ya que este factor facilita que la población identifique y reconozca su realidad durante el proceso de enseñanza aprendizaje, en el que pretende que el individuo aumente su capacidad para tomar decisiones sobre situaciones que afectan su salud, por lo que el modelo educativo que el Instituto adopta para la salud debe ser integral, funcional, participativo, democrático y transformador..."³

Este modelo de Educación para la Salud se define como un conjunto de acciones dirigidas para que el individuo y su familia desarrollen conocimientos, habilidades destrezas y actitudes que permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad del cuidado de su salud, disminuir los riesgos, hacer uso adecuado de los servicios de atención médica y participar en la prevención de los daños a su salud.

Bajo este enfoque particular el IMSS, que es la Institución de Salud Pública de mayor cobertura nacional, ha establecido convenios, impulsado programas y estrategias en bien de la población más vulnerable, la de los niños, y se han determinado en coordinación con sus jefaturas las acciones educativas que conllevan a una mejor calidad de vida de la población asegurada, coadyuvando a otorgar Atención Médica Integral.

² W.H. Greene. Educación para la Salud. Editorial Interamericana. México, 1988. pp. 28-31.

³ IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Modelo de Educación para la Salud en Diabetes Mellitus con Enfoque Integral y Transformador. México. 1999. pp. 8-13.

"...En la estructura orgánica del Instituto, la Dirección de Prestaciones Médicas, cuya función primordial es establecer los mecanismos que garanticen a los derechohabientes un servicio de atención médica preventivo, oportuno, de calidad y con calidez, en un contexto de promoción de la salud y educación a la comunidad; estableciendo planes y programas preventivos y de salud comunitaria en la búsqueda del equilibrio biopsicosocial de los derechohabientes y solidariohabientes. De esta Dirección deriva la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, en la cual recae la responsabilidad de cumplir con los compromisos nacionales e internacionales en materia de salud reproductiva y sus programas de: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Perinatal y Salud Infantil, apegados a lineamientos y políticas de población, para lo cual dicta normas, procedimientos y estrategias, supervisa su cumplimiento, evalúa su impacto y retroinforma a los niveles tácticos y operativos..."⁴

Para ello desde 1985 esta Dirección, normó e implementó en las Unidades de Medicina Familiar el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano a nivel nacional, obteniéndose resultados altamente satisfactorios que han repercutido grandemente en la disminución de las tasas de mortalidad infantil y preescolar y en la identificación a tiempo de patologías que pudieran dejar secuelas en los niños, así como la disminución de ingresos a los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel de operación.

A continuación se marcan los objetivos, estrategias y líneas de acción que este Programa tiene para su operatividad.⁵

2.2 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y ATENCION DEL NIÑO SANO

Los objetivos establecidos por el Instituto para el cumplimiento de este Programa son:

- Contribuir a la disminución de la morbimortalidad infantil: neonatal, infantil y preescolar.
- Preservar la salud del menor de 5 años, mediante acciones médico-preventivas y de educación para la salud.
- Reconocer y controlar riesgos que ocasionan daños en la salud prenatal, infantil y preescolar.

Estos objetivos deben cumplirse en todas las unidades médicas que conforman la Institución a nivel nacional.

⁴ Cardona, J.A., ob. cit. p. 55.

⁵ IMSS, Subdirección General Médica. Apoyos para la Atención Materno-Infantil. Vol. 1. Colección de Normas para la Medicina Familiar. México, IMSS, 1987.

2.3 ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y ATENCIÓN DEL NIÑO SANO

En sus aspectos normativos, el Programa depende de la Dirección de Prestaciones Médicas, y a través de ellos se pretende:

- Garantizar la vigilancia continua del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.
- Reforzar las actividades médico-preventivas y de comunicación educativa a las madres de niños menores de 5 años con relación a enfermedades infecciosas no prevenibles por vacunación.

Con estas dos estrategias el Instituto se adhiere a las metas establecidas por el Sector Salud para reducir en el año 2000:

- Las tasas de mortalidad materna en un 50%.
- Las tasas de mortalidad perinatal, infantil y preescolar en un 30%.

Esto se alcanzará principalmente a través de acciones dedicadas a:

- Reducir las tasas de desnutrición en menores de 5 años en un 50%.
- Reducir las tasas de bajo peso al nacer en un 30%.
- Reducir la anemia ferropriva en embarazadas en un 30%.
- Reducir los padecimientos por déficit de yodo y de vitaminas a un 50% en los niños menores de 5 años.
- Reducir en 50% las defunciones causadas por la diarrea.
- Reducir en un 25% las incidencias de diarrea.
- Reducir un 30% las defunciones causadas por las infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años.
- Lograr el 100% del funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica de salud materno-infantil.
- Erradicar la poliomielitis.
- Mantener cobertura de inmunizaciones del 90% de menores de un año.
- Eliminar el tétanos neonatal.
- Reducir en 90% los casos de sarampión y en 95% las defunciones por esta causa.
- Apoyar y facilitar en el 100% de las usuarias de los servicios de salud la práctica de la lactancia materna como mínimo los cuatro primeros meses de vida y como complementaria el primer año de vida.

2.4 LINEAS DE ACCION:

Este Programa se lleva al cabo de manera sistemática y articulada, las actividades que el equipo de salud desarrolla para la atención del niño son de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación, en el primero y segundo niveles de atención.

Estas actividades se presentan en tres etapas: neonatal, infantil y preescolar.

2.4.1 ETAPA NEONATAL

Las actividades de esta etapa se desarrollan en el segundo nivel de atención, ya que durante este periodo la atención médica debe ser especializada.

- El médico neonatólogo identifica y valora los riesgos del niño, tomando en cuenta los antecedentes perinatales.

Con los resultados anteriores establece el plan de vigilancia y manejo. Los niños de alto riesgo se derivan al servicio de pediatría para su manejo especializado. Los niños de bajo riesgo se integran al Programa del binomio madre-hijo de acuerdo con los criterios establecidos. Se indica la lactancia al seno materno.

- La trabajadora social organiza grupos de púerperas con el objeto de desarrollar pláticas referentes a higiene, alimentación y cuidados del recién nacido, resaltando la promoción de la lactancia al seno materno y la necesidad de acudir con su médico familiar.

- El médico pediatra da de alta a los recién nacidos de bajo riesgo, en tanto los de alto riesgo se egresan de acuerdo a su evolución y con indicaciones precisas para su manejo.

- La enfermera especialista en salud pública participa con acciones específicas en el comité de infecciones intrahospitalarias. Orienta sobre la importancia de completar el esquema de inmunizaciones del niño.

2.4.2 ETAPA INFANTIL

La Coordinación de Prensa y Difusión a través de los medios masivos de comunicación informa, orienta y motiva a la población en general sobre el cuidado del niño, destacando la importancia de la vigilancia médica en el desarrollo y la importancia y duración de la lactancia materna.

En el primer nivel de atención el médico familiar otorga atención médica para la vigilancia del puerperio y atención neonatal, con búsqueda intencionada de síntomas y signos de alarma, en cuyo caso determina lo conducente. Inicia la atención del niño durante el primer mes de nacido, identifica y valora los factores de riesgo tomando en cuenta los antecedentes prenatales y las condiciones del medio ambiente, el estilo de vida familiar y las condiciones actuales del niño.

Los niños de bajo riesgo continúan su atención con el médico familiar o desde el inicio se derivan con la enfermera materno infantil, que indica el esquema de inmunizaciones de acuerdo con las necesidades, así como la elaboración de la tarjeta de vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño y sus citas subsecuentes en el Programa, proporcionando a las madres de estos niños información de acuerdo con el instructivo para el equipo multidisciplinario.

Es evidente que existen condiciones que facilitan el cumplimiento de las metas del primer año de vida, en donde la motivación de la madre o de los familiares para llevar al niño a consulta es mayor, posiblemente por el apoyo en especie (lácteos) para su alimentación.

La enfermera materno-infantil detecta signos y síntomas de alarma y solicita oportunamente la valoración del médico familiar.

En el segundo nivel, en la consulta externa el médico pediatra revalora a los niños enviados por el médico familiar, ratifica el diagnóstico y establece el tratamiento.

En hospitalización el pediatra elabora el diagnóstico integral y define el plan de manejo, con especial y estricta vigilancia a los casos de alto riesgo.

2.4.3 ETAPA PREESCOLAR

Igualmente la Coordinación de Prensa y Difusión, a través de los medios masivos de comunicación, informa, orienta y motiva a la población en general sobre:

- La necesidad de acudir oportuna y periódicamente a consulta.
- Los posibles riesgos de tener sustancias tóxicas en el hogar.
- Prevención de accidentes.
- Las actividades recreativas que necesita el niño, así como la importancia que para él tiene la convivencia con otras criaturas.
- La importancia de completar el esquema de vacunación.
- La importancia de la higiene y el cepillado dental.

La atención al niño menor de 5 años en el Instituto, se establece en función de las consultas para la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo, tanto para el menor de un año, como para el niño de 1 a 4 años, en sus modalidades de primera vez y subsecuente.

En el primer nivel:

- El médico familiar valora las condiciones del niño al nacer, los antecedentes, tanto personales patológicos como del medio y del estilo de vida familiar, mediante el interrogatorio indirecto, la exploración física y, en su caso, con el apoyo de técnicas auxiliares de diagnóstico.

- En consultas subsecuentes se vigila el crecimiento y desarrollo, con especial atención al estado nutricional. Los niños menores de 3 años de edad se derivan al servicio de odontología para que se les otorgue tratamiento preventivo o rehabilitatorio.
- La trabajadora social integra en grupo a las madres de los niños de 1 a 4 años con la finalidad de impartirles pláticas acerca de la "evolución normal y patológica del crecimiento y desarrollo del niño de 1 a 4 años", con la finalidad de que identifiquen los signos y síntomas de alarma y acudan oportunamente a recibir atención médica.
- La enfermera materno infantil cumple con las indicaciones del médico familiar y proporciona atención subsecuente a los niños de bajo riesgo, de acuerdo al instructivo para el equipo multidisciplinario en la atención materno infantil, y es factible que al incrementar la promoción para concientizar a la población, los motive para llevar con mayor frecuencia a los niños a la valoración médica, para acciones educativas, de orientación nutricional y de protección específica a través de inmunizaciones y otras que amerite en forma particular cada preescolar.

En el segundo nivel:

- El médico pediatra revalora a los niños enviados por el médico familiar, notifica el diagnóstico y establece el tratamiento.
- En hospitalización se valora el grado de riesgo de todo niño que ingresa para su atención, elabora el diagnóstico integral y define el plan de manejo con especial y estrecho manejo de los casos de alto riesgo.

Como se ha observado hasta aquí, pese a que como parte de las estrategias del Programa se incluye el reforzamiento de la comunicación educativa a las madres de niños menores de cinco años, no se señala ni en las acciones derivadas de las mismas, ni en las líneas de acción del Programa, la importancia de que el diseño y práctica de esta comunicación se realice con base en un marco pedagógico que le dé una estructura adecuada desde el punto de vista educativo, para hacerla accesible y atractiva a la usuaria; asimismo se plantea esta comunicación en un solo sentido, donde la usuaria recibe pláticas y orientaciones, pero no se considera el conocimiento de sus necesidades concretas como parte importante de la aplicación de esta estrategia y de la retroalimentación de las acciones del Programa.

Por lo anterior, sería deseable que en este tipo de programas, la Institución cuente con pedagogos en el área normativa para que estas acciones de orientación se estructuren con una planeación sencilla, factible y operante, para las madres usuarias, y que a la vez considere la adecuada conducción didáctica y fundamentación educativa de las mismas.

2.4.4. SUPERVISION Y EVALUACION

Estos procedimientos y actividades se realizan de acuerdo con la estrategia del proceso de atención integral del niño.

Etapa infantil y preescolar:

En el primer nivel de atención, el Jefe del Departamento de Medicina Familiar:

- Verifica que la atención médica para la vigilancia del puerperio y la atención neonatal se otorgue de acuerdo con la norma.
- Revisa diariamente los expedientes de los niños menores de un año que hayan atendido por cualquier motivo en la consulta de medicina familiar.
- Evalúa mensualmente las actividades de la enfermera materno infantil en el cumplimiento de la vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño.
- Informa mensualmente al Director de la Unidad y éste evalúa el cumplimiento de metas de cobertura y actividades.

En el segundo nivel de atención, el Director del Hospital de Zona:

- Evalúa mensualmente los efectos del subprograma, mediante análisis de cobertura, valoración del riesgo y modificación del daño.

Para el caso de la evaluación y supervisión del Programa en los dos niveles mencionados, se realizan las siguientes acciones:

En el ámbito Delegacional, el Jefe de los Servicios Médicos y los Coordinadores de la Atención Médica:

- Vigilan el cumplimiento de las metas programáticas señaladas.

En el ámbito Central, las Jefaturas Normativas:

- Evalúan el cumplimiento de las normas del subprograma y los resultados y efectos del Programa, que se evidencian en la disminución de la mortalidad infantil.

Aquí vale la pena resaltar que ninguna de las acciones de supervisión y evaluación incluyen elementos que permitan captar el nivel de satisfacción que desde el punto de vista de la usuaria se alcanza en el Programa, y recuperar además las observaciones de ésta que pueden detectarse en el momento de su interacción con el personal de salud.

El diseño de acciones, procedimientos e instrumentos que permitan sistematizar la vivencia de la población usuaria en su participación en el Programa, permitiría una

mejor retroalimentación; para ello el equipo multidisciplinario que atiende a la población requiere revalorar el conocimiento que sobre la salud poseen las usuarias, sus experiencias, actitudes y limitaciones.

En la propuesta para incidir en esta problemática, en el análisis de esta información y en la evaluación del Programa a través de la misma, debe participar el pedagogo que conjuntamente con el equipo multidisciplinario puede definir aquellos momentos en que cada profesional que interviene en el Programa juega un papel educativo importante y orientar sobre las condiciones técnicas e instrumentos a utilizar para cubrir tanto las expectativas institucionales como la satisfacción de las necesidades de los destinatarios.

2.5 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ESTIMULACION TEMPRANA EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y ATENCION DEL NIÑO SANO

En el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano dentro del IMSS, la Dirección de Prestaciones Médicas, determina y elabora los apoyos técnicos que empleará el grupo multidisciplinario, estableciendo como objetivos de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil dentro del proceso de la atención en la salud infantil "...la difusión e implementación del sistema de valoración del desarrollo del menor de 5 años en las Unidades de Medicina Familiar, con base en los Criterios de la Valoración Evolutiva de la Conducta según Gessel, A.; Frankenburg, W; Illingworth, R.C.; Boyd, R.D.; adaptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano..."⁶ Esos mismos criterios fueron adoptados en la Norma Oficial Mexicana publicada en el Diario Oficial del 14 de abril de 1994, y con base en ellas la Coordinación de Salud Reproductiva elaboró a su vez un cuadro guía, que se mostrará con posterioridad, en donde se simplifican las acciones sobre la vigilancia del desarrollo del menor de 5 años, mismo que deberá utilizarse en las dependencias operativas considerando que no debe olvidarse la evolución de las áreas social y emocional del desarrollo como lo establecen estos autores.

La evaluación del desarrollo del menor de 5 años requiere que el personal de salud esté familiarizado con las pautas normales de crecimiento y desarrollo, las cuales facilitan evaluar con oportunidad sus alteraciones.

Así, con la observación sobre las conductas concretas que puedan percibirse durante la consulta, y de acuerdo con lo que los padres refieran sobre las habilidades que sus hijos van adquiriendo, se conocerá el grado de desarrollo y se podrán utilizar las técnicas y procedimientos para la Estimulación Temprana que faciliten el desarrollo de las potencialidades del niño.

⁶ Cardona, J.A. ob. cit., p. 103.

2.5.1 RESPECTO A LA NOCIÓN DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Es fundamental conocer las características normales de crecimiento y desarrollo del niño para estar en condiciones de detectar factores de riesgo, prevenir enfermedades y detectar su presencia al identificar las desviaciones con respecto a la normalidad. La Normatividad de Salud Infantil establecida en el IMSS, define al "...CRECIMIENTO como el proceso por el cual el organismo aumenta el número y volumen de sus células, permitiéndole construir tejidos y órganos y al DESARROLLO como la aparición de funciones fisiológicas, ya sean motoras, sensitivas o psicológicas, en los tejidos, órganos o en el ser humano en su conjunto, que conllevan a la maduración funcional. Estos cambios funcionales pueden estar influidos por el entorno emocional y social. Asimismo conceptualiza a la ESTIMULACIÓN TEMPRANA como el conjunto de acciones que en calidad y oportunidad adecuadas, ayudan a proporcionar al niño las experiencias necesarias en los primeros años de vida para desarrollar su potencial. Estas acciones que se realizan con la participación del familiar, permiten al niño un aprendizaje efectivo, en un ambiente agradable, de afecto, de seguridad y con experiencias suficientes para garantizar oportunidades a sus potencialidades de desarrollo. Consiste en ejercicios musculares, juegos, comunicaciones verbales o de gesticulación, exposición de figuras, sonidos y música, entre otros, que permitan atraer la atención del niño y estimular las facultades neuromotoras de acuerdo a la edad del menor..."⁷

2.5.2 DESCRIPCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DE LOS MOMENTOS DEL PROGRAMA

"...Con base en la reorganización administrativa que el IMSS efectuó el 25 de enero de 1995 y con el propósito de emitir los instrumentos necesarios que faciliten el logro de los objetivos y al mismo tiempo respondan a las exigencias del cambio hacia la modernidad en el ejercicio de los procesos, como lo establece este Programa y considerando la valoración del crecimiento como fenómeno biológico del hombre, implica por sus características nuevas una valoración sistematizada, que detecte desviaciones con oportunidad para accionar medidas correctivas que eviten el deterioro lento y progresivo que finalmente pueda disminuir el desarrollo del potencial genético con el que fue dotado el niño desde su nacimiento.

Esta vigilancia debe realizarse a través de la contrastación periódica de los cambios que, en peso y talla tenga en el tiempo el menor de 5 años. El comportamiento del crecimiento estará influido por el potencial genético y la interacción con el medio ambiente, en donde la identificación oportuna de los factores de riesgo permitirá evitar daños a la salud que en esta época de la vida son trascendentales.

⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. Normatividad en Salud Infantil. Dirección de Prestaciones Médicas. México, 1997. pp. 67-69.

Esta contrastación se realizará con patrones de aceptación internacional lo que permitirá comparaciones con otros países.

Constituye así una ventaja el proporcionar a las dependencias operativas el instrumento técnico, que en forma simplificada, guíe y oriente la aplicación de las estrategias bajo el enfoque de participación del usuario, la autonomía de gestión, el trabajo en equipo y la medición de resultados con el objeto de establecer una nueva cultura...⁸

A continuación se detallan las funciones que dentro del Programa desarrollan los diferentes profesionales de la salud que intervienen en su operación.

FUNCIONES DE LA ASISTENTE MEDICA DEL MEDICO FAMILIAR

Recibe al menor de 5 años.

Promueve las ventajas de la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.

En la primera consulta elabora la Tarjeta de Vigilancia y Control de la Asistencia a Consulta.

Controla la asistencia a las consultas subsecuentes que otorga el médico familiar.

FUNCIONES DEL MEDICO FAMILIAR

Otorga la atención médica integral, tomando como eje la vigilancia de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.

Identifica y valora factores de riesgo.

Solicita y valora exámenes de laboratorio y gabinete, de acuerdo al diagnóstico.

Deriva al menor al servicio de Medicina Preventiva, Estomatología y Dietología.

Deriva con la Enfermera Materno Infantil a todos los menores de 5 años para el proceso educativo.

Deriva a Trabajo Social Médico a los menores con riesgo, para estudio social y proceso educativo.

Refiere al segundo nivel de operación a los menores con riesgo, de acuerdo a los criterios técnico-médicos de manejo y referencia por zona y delegación.

Establece el diagnóstico y tratamiento, de acuerdo a los criterios técnico -médicos de atención.

⁸ IMSS. ob. cit., pp. 56-57.

FUNCIONES DE LA ASISTENTE MEDICA DE LA ENFERMERA MATERNO-INFANTIL

Recibe al menor.

Promueve las ventajas del control de la vigilancia de la nutrición, el crecimiento y desarrollo.

Participa en el control de la asistencia a las atenciones subsecuentes que otorga la Enfermera Materno Infantil.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA MATERNO-INFANTIL

Otorga la atención de la vigilancia y control de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.

Detecta los factores de riesgo.

Cumple las indicaciones del médico familiar.

Educa a la madre o familiar responsable para lograr hábitos y conductas favorables a la salud del menor.

Refiere al menor a Estomatología y Medicina Preventiva, para la promoción y protección específica.

Deriva al menor con el médico familiar, cuando detecta signos y síntomas de alarma.

FUNCIONES DE LA TRABAJADORA SOCIAL

Realiza entrevistas.

Coordina la participación del personal de salud en las sesiones educativas con pláticas dirigidas a problemas sociomédicos.

FUNCIONES DE LA NUTRICIONISTA-DIETISTA

Cumple las indicaciones médicas, educa y orienta a la madre del menor sobre nutrición.

Elabora el plan integral de manejo y seguimiento nutricional.

A continuación se presentan los procedimientos establecidos para la operación de este Programa.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS		
RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
ASISTENTE MÉDICA DEL MÉDICO FAMILIAR	1	Promueve las ventajas de acudir oportunamente a control de la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.
	2	Recibe a la madre o familiar del menor de 5 años que solicita atención médica, tomando como eje de atención la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo.
	3	Registra en la forma 4-30-6/97 "Control e Informe de Consulta Externa", anotando nombre y número de afiliación del menor.
	4	Realiza somatometría (peso y talla), toma signos vitales del menor de 5 años e informa al médico familiar los resultados, de acuerdo a los criterios de la Guía Técnica para valorar el crecimiento del menor.
	5	Prepara al paciente y apoya al médico familiar durante la exploración física del menor.
	6	Orienta a la madre o responsable del menor de 5 años en relación a las actividades de educación específica y el uso de los servicios y de la cita subsecuente.
	7	Elabora y actualiza, a solicitud del médico, la tarjeta de control de asistencia a la atención médica y registra el grado de riesgo indicado por el médico.
MEDICO FAMILIAR	8	Notifica diariamente a la Coordinadora de Asistentes Médicas las inasistencias de los menores de 5 años que no fueron llevados a su cita el día similar de la semana anterior.
	9	Otorga atención integral a la salud de los niños menores de 5 años.
	10	Vigila y controla la nutrición, crecimiento y

		desarrollo de los niños de la población a su cargo.
	11	Identifica y califica los factores de riesgo de acuerdo a los criterios médicos establecidos.
	12	Evalúa el crecimiento del menor, utilizando las tablas de referencia para la valoración del crecimiento en el menor de 5 años, y registra la condición nutricional resultante de la guía.
	13	Evalúa el desarrollo psicomotor del menor de 5 años, utilizando la guía técnica para valorar el desarrollo del menor de 5 años.
	14	Solicita los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios, de acuerdo al diagnóstico establecido.
	15	Integra el diagnóstico, establece plan de manejo integral y pronóstico del menor.
	16	Registra en los formatos del expediente clínico, los resultados del interrogatorio, examen físico, diagnóstico (que incluye los aspectos de la nutrición, crecimiento y desarrollo), tratamiento y pronóstico.
	17	Otorga orientación nutricional de acuerdo a la guía técnica para la nutrición del menor de 5 años.
	18	Realiza el control médico del niño con problemas de mala nutrición.
	19	Deriva, en caso necesario, al niño menor de 5 años con la Nutricionista – Dietista.
	20	Promueve y vigila la aplicación de esquemas completos de vacunación de acuerdo al grupo de edad.
	21	Refiere al menor con complicaciones al nivel correspondiente, de acuerdo a criterios zonales o delegacionales.
	22	Deriva a la Enfermera Materno Infantil a todos

ASISTENTE MEDICA DE LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL		los menores de 5 años, los de bajo riesgo para que continúen con la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo; los de alto riesgo para la educación para la salud, de acuerdo con los factores de riesgo identificados. Registra en la MF-6/93 (Notas Médicas) la prescripción de lácteos que proporcionará la Enfermera Materno Infantil.
	23	Orienta a la madre o responsable del niño para su atención integral.
	24	Proporciona capacitación específica a la madre o responsable del menor para el manejo domiciliario del caso.
	25	Promueve los beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses.
	26	Proporciona instrucciones específicas para la alimentación de acuerdo a la edad del niño y para el inicio de la ablactación al cuarto mes de vida.
	27	Entrega a la madre o familiar del niño la MF-11/93 "Solicitud de Servicios dentro de la Unidad", cuando derive al paciente a otro servicio.
	28	Registra las actividades en la forma 4-30-6/97, de acuerdo al instructivo vigente para el registro, codificación y captura de las actividades de vigilancia infantil.
	29	Otorga cita para la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo de acuerdo al siguiente esquema:
		<ul style="list-style-type: none"> • En el Recién Nacido, antes de los 7 días. • Menor de 1 año, cada 2 meses. • De 1 a 2 años, cada 3 meses. • De 2 a 3 años, cada 4 meses. • De 3 a 5 años, cada 6 meses.
	30	Deriva a Trabajo Social a la madre o familiar responsable del menor de 5 años, para el proceso educativo en salud.
31	Participa en actividades de educación médica	

(de no existir ésta, las funciones las realizará la Enfermera Materno Infantil)		continua, así como de orientación a la población.
	32	Orienta a la madre y familiar del niño a fin de que estos desarrollen conductas que favorezcan la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño.
	33	Promueve, de acuerdo a la edad del niño, acciones para la estimulación temprana.
	34	Actualiza diariamente el tarjetero de Vigilancia y Control de la asistencia a la cita médica.
	35	Registra en la tarjeta de citas y en la agenda la fecha y hora de la próxima cita.
	36	Solicita a la Asistente Médica del Médico Familiar que derivó al niño, a través del mensajero, los expedientes clínicos de los citados. En la consulta de primera vez también solicita la tarjeta de Vigilancia y Control de la Asistencia a las Citas.
	37	Conduce con la Enfermera Materno Infantil al niño y al familiar de éste.
ENFERMERA MATERNO INFANTIL	38	Recibe a los menores derivados por el Médico Familiar.
	39	Revisa la información contenida en el expediente clínico y cumple con las indicaciones del Médico Familiar.
	40	Identifica el estado de nutrición y crecimiento del niño, de acuerdo a las Tablas de Referencia para la Valoración del Crecimiento en el Menor de 5 años.
	41	Deriva al Médico Familiar al niño menor de 5 años, cuando identifique factores de riesgo por desnutrición o mala nutrición, o ante la presencia de signos y síntomas de alarma de algún padecimiento.
	42	Orienta y educa a la madre o familiar del menor en forma individual, para disminuir o controlar los factores de riesgo y para

		desarrollar conductas y hábitos favorables para el cuidado del niño.
	43	Verifica la técnica para la alimentación al seno materno, orienta a la madre o familiar para iniciar la ablactación del niño a los 4 meses de edad, de acuerdo a la indicaciones del Médico Familiar.
	44	Deriva a los niños al Estomatólogo para la aplicación de acciones preventivas de la cavidad bucal y orienta a la madre o familiar sobre técnicas de cepillado dental.
	45	Deriva a los menores de 5 años con el personal del Servicio de Medicina Preventiva para iniciar o completar el esquema básico de vacunación.
	46	Participa en las sesiones educativas grupales que coordina la Trabajadora Social.
	47	Entrega al familiar del niño el "Vale a Farmacias por Lácteos", de acuerdo a la prescripción del Médico Familiar.
	48	Registra en el expediente clínico en la MF-3/98 "Hoja de Vigilancia de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo" y en la MF-6/93 "Notas Médicas" los datos obtenidos de la condición de crecimiento, las actividades educativas realizadas y la expedición de "Vale a Farmacias por Lácteos".
	49	Solicita a la Asistente Médica otorgue cita subsecuente, o en su caso, comunique a la Coordinadora de Asistentes Médicas la insistencia del paciente.
	50	Cita al menor de acuerdo al siguiente esquema: <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 1 año, cada 2 meses. • De 1 a 2 años, cada 3 meses. • De 2 a 3 años, cada 4 meses. • De 3 a 5 años, cada 6 meses.
	51	Orienta a la madre o familiar del niño sobre el desarrollo o reforzamiento de conductas que

TRABAJADORA SOCIAL		favorezcan la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño.
	52	Promueve de acuerdo a la edad del niño acciones para la estimulación temprana y desarrollo psicomotor.
	53	Registra sus actividades en niños de bajo riesgo "control" y en niños de alto riesgo "educación y edad del menor."
	54	Apoya al Médico Familiar en la atención integral de la salud del niño, realizando la detección y manejo médico social y en caso necesario, la reconquista del niño.
	55	Informa y orienta a los familiares del niño que se presentan al servicio sobre las ventajas de la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño.
	56	Realiza actividades de promoción y educación para la salud a la madre o familiar del menor de 5 años.
	57	Entrevista a la madre o familiar del menor de 5 años derivado por el Médico Familiar, para identificar las condiciones socio-culturales de la familia y las necesidades de educación para la salud del menor y las incorpora a los grupos educativos específicos.
	58	Con base en los resultados de la entrevista, define las necesidades de educación para la salud, y continúa con entrevistas para su educación individual o lo integra al grupo educativo específico.
	59	Planea y coordina las sesiones educativas (dos mínimas) para el grupo de menores de 5 años, con base en el diagnóstico sobre necesidades de educación.
	60	En su caso, registra en la tarjeta de citas la fecha y hora del próximo evento educativo. Estimula a los familiares del niño para que acudan a la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.

	61	Imparte educación en sesiones grupales, conjuntamente con el equipo de salud, a los familiares de los niños o realiza consejería aplicando los criterios señalados en los instrumentos de bases generales para las actividades de educación.
	62	Registra en la libreta "Registro de Sesiones Educativas Grupales en Salud Reproductiva", sus datos con la identificación del niño y si es de alto o bajo riesgo.
	63	Recibe de la Jefe o Encargada de Trabajo Social Médico, de la Coordinadora de Asistentes Médicas o de la Asistente Médica, la notificación de los niños que no acudieron a su cita (remisos) con el Médico Familiar y Enfermera Materno Infantil.
	64	Realiza la reconquista de los niños, preferentemente de alto riesgo que le notifica la Coordinadora de Asistentes Médicas, la Jefe o Encargada de Trabajo Social o Asistente Médica.
	65	Investiga las causas de inasistencia a la cita médica de los pacientes remisos.
	66	Registra en la libreta (Control de Pacientes Remisos), los datos relacionados con la identificación y localización del familiar del niño, las fechas de los eventos relacionados con la inasistencia y las actividades de reconquista.
	67	Informa mensualmente a la Jefe o Encargada de Trabajo Social sobre actividades realizadas en la forma: "Concentrado Mensual de Acciones de Educación para la Salud Reproductiva".
	68	Elabora el estudio médico social de la familia del niño, a solicitud del Médico Familiar. • Registra datos requeridos en la forma 4-30-53/72 "Estudio Médico Social" y

NUTRICIONISTA DIETISTA (de existir este profesionista)	69	<p>realiza seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrega a la Asistente Médica para la glosa en el expediente clínico, la forma 4-30-53/72 y registra en la MF-6/93 el diagnóstico médico social, las recomendaciones efectuadas y la fecha del próximo evento.
	69	Participa en la aplicación, procesamiento y análisis de resultados de encuestas específicas.
	70	Recibe a los menores derivados por el Médico Familiar.
	71	Identifica factores de riesgo nutricio, de acuerdo a los criterios médicos establecidos.
	72	Realiza el estudio de alimentación, requisitando los formatos autorizados.
	73	Establece el plan dieto-terapéutico de acuerdo al diagnóstico nutricio.
	74	Proporciona capacitación específica a la madre o responsable del niño para el manejo del régimen dietético adecuado para su estado nutricional.
	75	Verifica que la madre o responsable del niño haya recibido correctamente la información para llevar a cabo el manejo dietético adecuadamente.
	76	Consigna en el expediente clínico el plan de manejo dieto-terapéutico.
	77	Informa al Médico Familiar la condición nutricional del niño, el plan dieto-terapéutico y su seguimiento.
78	Otorga cita a la madre o responsable del niño, de acuerdo al plan de manejo.	
79	Lleva al cabo el control nutricional del menor, hasta su total recuperación.	
80	Participa con el demás personal para la	

	81	<p>atención a la salud en las acciones de Educación para la Salud, proporcionando orientación higiénico-nutricional grupal a familiares del menor de 5 años.</p> <p>Participa en las actividades de capacitación continua para proporcionar atención integral a la salud del menor de 5 años.</p>
--	----	---

2.5.3 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES DE EVALUACION A NIVEL DELEGACIONAL

RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION
JEFE DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS	1	Diseña junto con el Coordinador Delegacional de Salud Reproductiva y Materno Infantil, de Atención Médica, de Educación Médica y de Investigación, los instrumentos de supervisión y evaluación operativa, de acuerdo a la normatividad vigente, para medir los resultados de la Vigilancia de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo para el Menor de 5 años.
COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL	2	Realiza la difusión y aplicación de los instrumentos de evaluación a los directivos de unidades de Medicina Familiar.
	3	Solicita a la unidad operativa información trimestral de los resultados del cumplimiento de las metas programadas para la atención integral del menor de 5 años.
	4	Analiza y evalúa los resultados obtenidos, identifica avances y desviaciones de tipo médico, técnico, administrativo y define las acciones de mejora pertinentes.
	5	Informa al Jefe Delegacional de Prestaciones Médicas de los resultados del análisis de la evaluación y de las acciones de mejora en forma trimestral.
	6	Diseña y programa en caso necesario, actividades de capacitación, con apoyo del

JEFE DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS	7	Coordinador de Educación Médica. Vigila la aplicación de los lineamientos generales y los procedimientos de operación.
	8	Retroinforma al Director de la Unidad los resultados de la evaluación.
	9	Analiza la información trimestral del grado de avance y resultados de las metas programáticas para la atención integral del menor de 5 Años.
	10	Determina e instrumenta las acciones de mejora para corregir las desviaciones encontradas en el cumplimiento de las metas.

2.5.4 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES DE EVALUACION A NIVEL DE UNIDAD OPERATIVA

RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION
DIRECTOR DE LA UNIDAD	1	Da a conocer al Cuerpo de Gobierno los instrumentos de supervisión y evaluación operativa para medir los resultados de la Vigilancia de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Menor de 5 años enviados por la Delegación.
	2	Da a conocer la periodicidad con que se analizan los instrumentos de medición y supervisión. <ul style="list-style-type: none"> •Productividad mensual (Sistema Unico de Información). •Satisfacción del Usuario: semestral. •Satisfacción del Prestador de Servicios: semestral. •Estrategia de seguimiento y evaluación operativa.
JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO	3	Aplica los instrumentos de supervisión y analiza los resultados.
	4	Identifica avances y desviaciones de tipo médico, técnico y administrativo y define las acciones de mejora pertinentes.

<p>JEFE DE ENFERMERAS DE UMF Y JEFE DE TRABAJO SOCIAL MEDICO</p> <p>DIRECTOR DE LA UNIDAD</p>	5	Retroinforma al personal a su cargo de los resultados de supervisión y evaluación y programa actividades de capacitación en caso necesario, con apoyo del área de Educación Médica de la Unidad.
	6	Define, en su caso, las acciones de mejora de acuerdo con los resultados de la supervisión y evaluación.
	7	Vigila la correcta aplicación de los lineamientos generales, los procedimientos de operación y las acciones de mejora.
	8	Participa en el proceso de supervisión, asesoría y evaluación operativo de la Vigilancia de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Menor de 5 años.
	9	Convoca mensualmente al Cuerpo de Gobierno, analiza y evalúa los resultados de la supervisión operativa y el cumplimiento de metas en la salud infantil.
	10	Informa mensualmente a las autoridades delegacionales de los resultados de la evaluación y de las acciones de mejora aplicadas.
	11	Identifica la problemática de operación del Programa institucional que rebasa la capacidad resolutive de la Unidad para su planteamiento, y solicita el apoyo correspondiente a las autoridades superiores.

2.5.5 RESPECTO A LA NOCION DE ORIENTACION A LOS USUARIOS

“...El proceso de valoración del desarrollo del menor de 5 años será responsabilidad del médico familiar. La enfermera materno infantil será quien mediante las acciones educativas proporcionará apoyo durante la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo. En la Guía de Valoración del Desarrollo Psicomotor del Menor de 5 años, se describen las conductas que presenta el menor en diferentes edades, en las cuatro áreas que son lenguaje, social, coordinación y motora. En cada área se describe en forma simplificada las

manifestaciones de estas conductas, las cuales muestran el grado de desarrollo del menor.

Para explorar en forma adecuada cada una de las áreas, se recomienda realizar las siguientes acciones:

Lenguaje: Constatar en cada niño la integridad de la función auditiva y fonética, explorando con sonidos o preguntas sencillas de acuerdo a la edad del paciente, esperando respuesta de búsqueda de la fuente de sonidos, a través de la emisión de sonidos en el lactante, con respuestas corporales y con la construcción de frases y oraciones en el niño mayor.

Social: Identificar conductas que reflejen seguridad, confianza o desconfianza hacia su interlocutor y su adaptabilidad del medio, observando sus reacciones, como por ejemplo: manifiesta temor, sonrío, platica espontáneamente; y preguntando a la madre o familiar responsable del cuidado del niño sobre sus comportamientos en el hogar, con otros niños y con personas extrañas.

Coordinación: Identificar la coordinación neuromuscular de acuerdo a las diferentes edades, desde la búsqueda con la mirada de objetos móviles en el recién nacido, hasta la construcción de torres con bloques y copiado de figuras geométricas en el preescolar. Es recomendable observar esto en la consulta o preguntando a los padres.

Motora: Valorar la respuesta al estimular los reflejos desde el nacimiento (pataleo, prensión, búsqueda) hasta la maduración de funciones expresadas con la sedestación, deambulación, subir escaleras o saltar en un pie, de acuerdo a la edad que se explora...⁹

Otro instrumento institucional de apoyo del personal para la orientación de la usuaria es la Guía "Desarrollo Psicomotor y Estimulación Temprana", diseñada para los grupos etáreos de:

- Recién Nacido.
- Niño de 2 - 3 meses.
- Niño de 4 - 5 meses.
- Niño de 6, 7 y 8 meses.
- Niño de 9 - 10 meses.
- Niño de 11 - 12 meses.
- Niño de 13 - 18 meses.
- Niño de 19 - 24 meses.
- Niño de 2 - 3 años.
- Niño de 3 - 4 años.
- Niño de 4 - 5 años.

⁹ IMSS. ob. cit., pp. 69-70.

En esta Guía se describen: en la primera columna, las conductas que se presentan y observan en los niños de acuerdo a la edad explorada; en la segunda columna, los procedimientos que se pueden realizar para corroborar la presencia de estas conductas que reflejan el grado de avance del desarrollo del menor y, por último en la tercera columna, se explica como enseñarle a la madre o familiar responsable del cuidado del niño la manera de estimular el desarrollo de sus potencialidades.

A continuación se ejemplifican sólo algunas columnas que permitan dar una idea del papel que juega la enfermera, el niño y la madre o acompañante del niño en cada una de las visitas, según la edad de los mismos.

OBSERVACION	REALIZACION Y ENTREVISTA	ORIENTACION Y ENSEÑANZA
Desarrollo Psicomotriz.	Procedimiento de comprobación de la enfermera.	Enseñanza a la madre. Estimulación temprana al niño.
A través del interrogatorio y la exploración física se podrá obtener lo siguiente:	Mediante la observación y la exploración física se comprueban, algunas manifestaciones.	La enfermera orienta a la madre en relación a estimular al niño, mediante ciertas actividades.
Piernas y brazos en flexión, puños cerrados. Al tocar la planta del pie o la mano, reacciona cerrando la mano o flexionando los dedos del pie. Realiza movimientos incoordinados.	Observa posición y movimientos del niño.	Durante el primer mes le dará la oportunidad de tener libres las manos y pies para ejercitarlos. Cambiar de posición al niño boca abajo, arriba y de cada lado, esto se inicia a partir de la 3ª. Semana; el cambio de posición se hará frecuente.

A continuación se presentan los criterios para evaluar el desarrollo en niños menores de 5 años establecido por la Organización Panamericana de la Salud, y la Organización Mundial de la Salud, en el "Resumen: Boletín Crecimiento y Desarrollo Perinatal" Vol.3 No. 11. 1991, con el siguiente esquema por áreas de desarrollo.

EDAD	AREA MOTORA	AREA DE COORDINACION	AREA SOCIAL	AREA DEL LENGUAJE
1 mes	Boca abajo, levanta 45° la cabeza.	Sigue con la mirada objetos móviles.	Mira la cara.	Llora, ríe.
2 meses	Mantiene erguida y firme la cabeza.	Busca con la mirada la fuente del sonido.	Sonríe espontáneamente.	Emite sonidos.
3 meses	Tracciona hasta sentarse.	Mueve la cabeza y los ojos en busca del sonido.	Atiende con interés el sonido.	Balbucea "Da-Da", "ma-ma".
4 meses	Eleva el tronco y la cabeza apoyándose en manos y antebrazos.	Intenta la prensión de objetos.		
5 meses	Se mantiene sentado con apoyo.	Prensión global a mano plena (barrido).	Encuentra objetos que se le ocultan bajo el pañal.	Lalea "da-da", "ma-ma" "ave", "agu", "ajo" utiliza consonantes.
6 meses	Se sienta solo sin apoyo.	Prensión entre el pulgar y el meñique.	Es inicialmente tímido con extraños.	
7 meses	Consigue pararse, apoyado en muebles.	Prensión entre el pulgar y la base del dedo índice.	Juega a "palmitas y tortitas".	
8 meses 9 meses	Gatea, camina apoyado en muebles.	Prensión en pinza fina. Opone el índice al pulgar.	Detiene la acción a la orden de ¡no!.	
10 meses 11 meses	Camina tomado de la mano.		Bebe de la taza.	
12 meses	Camina bien, solo sin ayuda.	Introduce objetos grandes en otros.	Juega solo.	Utiliza más palabras.
13 meses		Construye torres de dos cubos.	Se alimenta con cuchara, derramando parte del contenido.	
14 meses 16 meses	Sube escaleras gateando.	Introduce objetos pequeños en frascos o botellas. Construye torres de cubos.	Se viste con ayuda. Ayuda en tareas simples de la casa.	Señala alguna parte del cuerpo, cumple órdenes simples de

				la casa, nombra un dibujo.
18 meses	Sube escaleras con ayuda. Patea pelota.	Construye torres de 4 y 5 cubos.	Se lava y seca las manos, juega en paralelo.	
20 meses	Salta en el lugar. Lanza la pelota.	Construye torres de más de 5 cubos.	Se pone alguna ropa.	
22 meses	Sube escaleras tomado del pasamanos.			
24 meses	Sube escaleras sin apoyo.	Copia el círculo.	Controla esfínteres, se quita alguna ropa.	Construye frases. Usa verbos.
2.5 años	Pedalea el triciclo.	Copia la cruz.	Comparte juegos.	
3 años 3.5 años	Salta en un pie.	Copia el cuadrado.	Se viste sin ayuda.	Cumple órdenes completas.

Como se puede observar, los instrumentos de apoyo sólo son para los trabajadores y en este Programa, operativamente hablando, la Institución no prevee la participación de ningún otro profesional en la Estimulación Temprana más que la enfermera, ni existe un área encargada de la planeación de las actividades que deben promoverse en dicha área.

Otro instrumento de apoyo y de control, que utiliza el personal de salud son los registros que se realizan en el expediente clínico donde la enfermera materno infantil, mes con mes, va registrando los avances y/o problemas que se observan en el crecimiento y desarrollo del niño, no observándose apoyos educativos.

Entre otras tareas del Programa, registra los datos aportados por la madre respecto a la evolución del niño y detecta los datos básicos de crecimiento y desarrollo.

Orienta a las madres de los niños y en forma individual en cada visita y en grupos organizados por la trabajadora social respecto a:

- ♦ La nutrición a menores de un año, verificando la técnica para la alimentación al seno materno, las medidas higiénicas y la periodicidad de las tetadas.
- ♦ La manera de preparar papillas de frutas, verduras, cereales, etc..

Para el desarrollo de estas actividades es importante orientar a las madres y/o acompañante derechohabientes respecto a:

1. La fisiología del crecimiento y desarrollo del niño.
2. La higiene personal.
3. La salud de las personas que manejan al niño.
4. La importancia de las acciones médico preventivas.
5. El cuidado casero en caso de cólicos del lactante.
6. La prevención de accidentes en el hogar.
7. Las medidas preventivas respecto al brote dentario.
8. Las actividades recreativas que necesite el niño y la importancia que tiene para él la convivencia con otros niños.
9. Las medidas preventivas en el hogar para controlar fiebre y la deshidratación.
10. Las medidas preventivas para las enfermedades infectocontagiosas propias de la infancia.
11. Las complicaciones en el crecimiento y desarrollo del niño, los signos y síntomas de alarma.
12. La importancia del control médico bimestral en menores de un año y cuatrimestral entre los 2 y 5 años.
13. Derivar al médico familiar a los niños con cualquier signo y síntoma de alto riesgo y algunas otras medidas que favorezcan que los niños crezcan sanos.

2.5.6 RESPONSABILIDADES DE LOS USUARIOS EN EL PROGRAMA

En cada examen médico o visita de la madre para recibir la atención que le proporciona el personal en las unidades de medicina familiar, la madre debe:

Asistir con puntualidad de acuerdo a la cita programada de la siguiente manera:

- En recién nacidos antes de los 7 días.
- Menor de un año cada 2 meses.
- De 1 a 2 años cada 3 meses.
- De 2 a 3 años cada 4 meses.
- De 3 a 5 años cada 6 meses.

Considerar todas las observaciones, orientaciones y recomendaciones que la enfermera y el médico le indiquen.

Asistir a la unidad médica en caso de cualquier signo o síntoma diferente a las observaciones hechas por el personal del Programa.

Como se aprecia en la normatividad en salud infantil institucional, las responsabilidades que se establecen para las madres de los menores de 5 años, son exclusivamente de seguimiento de indicaciones y cumplimiento de su asistencia al Programa; sin embargo consideramos que de acuerdo con el papel que tiene la madre y la familia en la ejecución de acciones de Estimulación Temprana y cuidado de la salud del niño, debe reconocerse que su participación es y debe ser más dinámica, evitando asignarle el papel de receptor pasivo ya que

es a través de la orientación, de la comunicación cara a cara, del uso de apoyos didácticos atractivos, y de la retroalimentación que da con cada una de las consultas, como se puede promover que la madre realmente interiorice la información que está recibiendo, y se pueda responder efectivamente a las expectativas que puede tener para atender a su niño en su domicilio, creándose así una responsabilidad compartida entre la usuaria y el equipo de salud.

CAPITULO 3

IMPACTO SOCIO-EDUCATIVO DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y ATENCION DEL NIÑO SANO

3.1 DESCRIPCION DEL ESTUDIO REALIZADO

En el presente proyecto de investigación, se planteó como objetivo general: "Diseñar estrategias educativas alternativas al Programa de Atención y Vigilancia del Niño Sano, del IMSS, que permitan recuperar las necesidades específicas de las madres usuarias sobre Estimulación Temprana".

Fue a partir de este objetivo general que se derivaron los siguientes objetivos específicos:

a) Identificar la situación que prevalece en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, en el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano, con respecto a las acciones educativas dirigidas a las madres gestantes y / o con hijos de cero a cinco años.

b) Evaluar las características y la utilidad de los instrumentos de apoyo educativo que se utilizan como auxiliar para las madres en el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano, tanto en relación con los objetivos planteados en el mismo, como en función de las necesidades de las madres usuarias.

Con el logro de estos objetivos se permitirá la integración de las estrategias planteadas en el próximo capítulo. En este caso con el estudio de campo se obtuvo un diagnóstico que nos posibilita la adecuación de las acciones por emprender.

La hipótesis formulada para este proyecto fue: "Las estrategias e instrumentos de apoyo educativo utilizados en el Programa de Atención y Vigilancia del Niño Sano, dentro de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, son insuficientes para proporcionar a las madres usuarias los conocimientos sobre técnicas de Estimulación Temprana acordes con sus necesidades."

El estudio de campo, se llevó al cabo mediante la aplicación de una encuesta dirigida a las madres de los niños que acuden a las Unidades de Medicina Familiar de la Delegación 1 Noroeste del Distrito Federal. Para la encuesta se utilizó un cuestionario de tipo mixto que fue estructurado con veintiocho preguntas encaminadas a indagar:

a) **DATOS GENERALES DE LA MADRE.**- como edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, ocupación, escolaridad, número de hijos, edad de los hijos, personas que colaboran con ellas en el cuidado de sus hijos.

b) **ASISTENCIA AL PROGRAMA** ¹.- Tiempo que tiene de asistir, tiempo que tiene como derechohabiente del IMSS, número de hijos que lleva actualmente y que ha llevado al Programa, frecuencia con que asiste al mismo.

c) **CONOCIMIENTO ACERCA DEL PROGRAMA**.- Si conoce el Programa en general, si conoce sus objetivos, qué personal le proporciona la información referente al mismo, a través de qué medios recibe esa información, qué tipo de información ha recibido, qué tan útil considera la información recibida y frecuencia con que se le ha proporcionado, así como opinión y orientación en relación a los recursos didácticos recibidos.

d) **SUGERENCIAS DE LA MADRE EN RELACION AL PROGRAMA**.- Actividades e información que a la madre le gustaría se le proporcionaran; aspectos que desearía conocer con más amplitud, material de apoyo que requiere, etc.

e) **CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE RECIBE EN EL PROGRAMA**.- Cómo percibe la madre la actitud del niño hacia el Programa, cómo es la actitud del personal que le proporciona el servicio.

Para la aplicación de la encuesta se tomaron como sitio de estudio tres Unidades de Medicina Familiar (UMF) de la Delegación No. 1 Noroeste, D. F., del IMSS, las cuales fueron elegidas al azar y están ubicadas en la Delegación Política Gustavo A. Madero. Cabe indicar que el entorno en que se ubica cada una de estas Unidades tiene características socio-económicas y poblacionales particulares, como a continuación se describe.

La Unidad de Medicina Familiar No. 20, se encuentra en una zona predominantemente fabril y con una urbanización completa, donde existen todos los servicios, y donde la población es en su mayoría de obreros, localizándose en esta zona las colonias Industrial Vallejo, Panamericana, Progreso Nacional, San Lucas y Santa Rosa.

La Unidad de Medicina Familiar No. 41, está ubicada en una zona residencial de nivel medio alto, que cuenta además con mejores vías de comunicación, aquí se encuentra una proporción muy similar entre población obrera y de empleados, algunas de las colonias que la conforman son Lindavista, Zacatenco, Gabriel Hernández, La Presa, etc.

La Unidad de Medicina Familiar No. 44 se ubica en una zona compuesta por colonias poco urbanizadas, que padecen deficiencias en los servicios como la colonia Cuauhtepac Barrio Bajo, Cuauhtepac Barrio Alto, Ticomán y El Arbolillo y están situadas en su mayoría en el cerro. Cabe señalar que en esta UMF se acentúa notablemente el que la población que asiste al Programa es fundamentalmente de amas de casa.

¹ En adelante entenderemos por Programa, el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano del IMSS.

La población encuestada fue de 240 madres usuarias que asistieron al Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano, con la enfermera materno-infantil, quien es la responsable directa de la implementación del mismo. En cada Unidad de Medicina Familiar se aplicaron 80 cuestionarios, 40 en el turno matutino y 40 en el vespertino.

El muestreo fue por cuota, encontrando a la madre, tanto en el inicio de la consulta, como en el término de la misma, pues no se estableció un horario rígido para la aplicación del cuestionario.

El periodo de estudio abarcó los meses de julio y agosto de 1998, la encuesta fue aplicada directamente por las dos investigadoras, los cuestionarios fueron llenados en su mayoría por las madres usuarias; sólo se auxilió en esta tarea a las madres que llevaban a su hijo en brazos, en cuyo caso el cuestionario fue llenado por las investigadoras, al finalizar la consulta con la enfermera que atendió a las usuarias.

Como ya se indicó, el instrumento fue un cuestionario de tipo mixto (anexo II), con cuatro preguntas abiertas y con veintidós preguntas cerradas, en alguna de las cuales se solicitó a las encuestadas sólo marcar "sí" o "no" y especificar en su caso, cuál, quién, etc.; asimismo se incluyeron dos escalas estimativas, cuya escala de medición fue tanto nominal (sí-no, cálida, profesional, etc.), como ordinal (frecuente, ocasionalmente, rara vez, nunca, etc.).

La confiabilidad del instrumento se verificó mediante: a) Validez de expertos, ya que fue revisado tanto por el asesor de tesis, como por personal del Programa del IMSS siendo éstos el Coordinador Médico del Programa Materno Infantil, la Enfermera Coordinadora del mismo Programa y las propias enfermeras materno infantil; b) De contenido, para comprobar que el cuestionario fuera entendible por las usuarias, piloteándose con las mismas; y c) Validez de Constructo, diseñado con base a los objetivos y con semántica sencilla y clara para ser accesible a la comprensión de personas con diferentes niveles de conocimientos, y constituido de situaciones generales a particulares, tanto en lo referente a los datos de las encuestadas, como a las situaciones propias del Programa.

Para la presente investigación, se consideraron como criterios de inclusión, a las madres usuarias que asistieran con sus hijos al Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano, en las Unidades de Medicina Familiar Nos. 20, 41 y 44, de la Delegación 1 Noroeste del D. F. del IMSS.

A continuación se presentan los cuadros con la información obtenida en la investigación de campo descrita.

3.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA

CUADRO 1

EDAD DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA POR U.M.F.* (1998)

EDAD DE LA MADRE	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	TM*	TV*	TM*	TV*	TM*	TV*	TM*	TV*		
DE 15 A 19 AÑOS	5	1	2	3	W2	1	9	5	14	6
DE 20 A 24 AÑOS	16	12	12	9	15	18	43	39	82	34
DE 25 A 29 AÑOS	12	14	15	13	11	7	38	34	72	30
DE 30 A 34 AÑOS	6	12	9	12	8	12	23	36	59	25
DE 35 A 40 AÑOS	1	1	2	3	4	2	7	6	13	5
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100%

*TM= Turno Matutino.

*TV= Turno Vespertino.

La edad de las madres asistentes al Programa se concentra preponderantemente en el rango de los 20 a 29 años (64%), y se observa asimismo que una cuarta parte de la población encuestada se ubicó entre los 30 y 34 años. Las madres menores de 19 años y mayores de 35, constituyeron respectivamente, el 6% y 5% del grupo encuestado. No hubo madres menores de 15 años.

De acuerdo con lo anterior, se considera que las madres son población joven, ya que el 70% es menor de 30 años.

También es posible observar que existen diferencias en cuanto a la distribución de edades en las Unidades Médicas Familiares donde se efectuó el estudio; así por ejemplo, en la U.M.F. 44, se observa que es mayor el número de madres de 20 a 24 años y de 35 a 40 años; y que es menor el número de usuarias cuyas edades están entre los 15 y 19 años.

CUADRO 2

LUGAR DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA ACTUAL DE LAS MADRES USUARIAS DEL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)

MADRES QUE:	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F.44		TOTAL		PORCENTAJE	
	D.F.	EDOS.	D.F.	EDOS.	D.F.	EDOS.	D.F.	EDOS.	D.F.	EDOS.
NACIERON	61	19	64	16	61	19	186	54	78	22
RADICAN	72	8	58	22	79	1	209	31	87	13

El 78% de las madres usuarias atendidas en las unidades de medicina familiar donde se centra este estudio, son originarias del D.F. y el 22% nacieron en otros estados de la República Mexicana. En cuanto a su lugar de residencia se observó que el 13% vive en los municipios conurbados del Estado de México y el 87% en el D.F. Conforme a estos datos, puede señalarse que se refleja aquí la tendencia de la migración de población de provincia hacia la Ciudad de México.

Asimismo, en las tres unidades médicas existe similitud en la distribución de población que nace en el D.F. y en otros estados del interior de la República. No así en cuanto al lugar de residencia, ya que se observa que en la U.M.F. 41, el número de madres atendidas que radican en el Estado de México, es bastante mayor, en relación con las que acuden a las otras Unidades, pues aquí ese grupo constituye una quinta parte de la población, asimismo la población atendida en la Unidad Médica Familiar 41 que radica en el D.F., es menor.

CUADRO 3

ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)

NIVEL ESCOLAR COMPLETO	UMF 20		UMF 41		UMF 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0	0	1	0	2	0	3	3	1
PRIMARIA TERMINADA	6	11	4	7	12	6	22	24	46	19
SECUNDARIA	20	17	15	19	23	22	58	58	116	48
PREPARATORIA	9	6	12	9	5	6	26	21	47	20
TÉCNICO	2	2	3	0	0	2	5	4	9	4
PROFESIONAL	3	4	6	4	0	2	9	10	19	8
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

Es realmente mínimo el porcentaje de población encuestada que refiere no haber concluido la educación primaria; el 67% de las madres encuestadas cuenta con la educación básica (primaria y secundaria), el 24% cursó el nivel medio de educación, es decir, preparatoria y carreras técnicas, y únicamente el 8% cursó el nivel profesional.

En relación a las particularidades en las Unidades Médicas, en la U.M.F. 20, toda la población registra instrucción primaria completa o más; el mayor número que concluyó secundaria se ubica en la U.M.F. 44; y en la U.M.F. 41 se encuentra el mayor número de madres que cuenta con instrucción profesional.

Aquí es importante resaltar que existe una correlación entre el nivel de instrucción reportada en cada Unidad de Medicina Familiar y el nivel socio-económico de las colonias que atiende cada una de ellas, pues como ya se dijo, el entorno en que se sitúa cada una de estas Unidades tiene características particulares.

CUADRO 4

**OCUPACION DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA POR U.M.F.
(1998)**

OCUPACION	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
SOLO EL HOGAR	28	33	30	24	33	32	91	89	180	75
OTRA OCUPACION	12	7	10	16	7	8	29	31	60	25
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

Observamos que el 75% del total de madres usuarias encuestadas indicó que se dedica exclusivamente al hogar y el 25% que tiene además otra actividad.

Por otra parte, observando individualmente en cada Unidad Médica Familiar, la distribución de las madres que tiene un trabajo remunerado, los porcentajes se presentan como sigue: en la U.M.F. 44 el 18.75%; en la U.M.F. 20 el 23.75% y en la U.M.F. 41, 32.5%.

De esta forma en la Unidad de Medicina Familiar No. 44 es donde se encuentra el mayor porcentaje de amas de casa, que asiste al Programa ya que de las 80 usuarias encuestadas en la misma, el 81.25% dijo que sólo se dedica al hogar.

CUADRO 4.1

**ACTIVIDADES DE LAS MADRES QUE REPORTARON TENER OTRA
OCUPACION ADEMAS DEL HOGAR POR U.M.F. (1998)**

OCUPACION DE LA MADRE	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
EMPLEADA								
CAJERA	-	-	-	-	-	1	1	2
EMPLEADA	3	4	5	9	4	-	25	42
VENDEDORA	-	-	2	-	-	-	2	3
SUBTOTAL	3	4	7	9	4	1	28	47
OBRERA								
COSTURERA	-	-	-	1	-	-	1	2
OBRERA	2	1	-	2	2	4	11	18
SUBTOTAL	2	1	0	3	2	4	12	20
PROFESIONISTA								
CONTADORA	-	-	-	-	-	1	1	2
DENTISTA	-	-	1	-	-	-	1	2
EDUCADORA	-	-	1	-	-	1	2	3
MEDICO	-	-	-	-	-	1	1	2
PROFESORA	-	-	-	2	-	-	2	3
SUBTOTAL	0	0	2	2	0	3	7	12

OCUPACION DE LA MADRE	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
TECNICA								
CAPTURISTA	1	-	-	-	-	-	1	2
DIBUJANTE	-	-	-	1	-	-	1	2
SECRETARIA	2	-	1	1	-	-	4	6
SUBTOTAL	3	0	1	2	0	0	6	10
COMERCIANTE								
COMERCIANTE	1	2	-	-	1	-	4	6
SUBTOTAL	1	2	0	0	1	0	4	6
NO ESPECIFICO								
NO ESPECIFICO	3	-	-	-	-	-	3	5
SUBTOTAL	3	0	0	0	0	0	3	5
TOTAL	12	7	10	16	7	8	60	100

De las 60 madres usuarias del Programa que indicaron tener una ocupación adicional al hogar, 47% se desempeñan como empleadas, 20% como obreras, 12% ejercen alguna profesión, 10% son técnicas, 6% son comerciantes y el 5% no especificó su ocupación.

CUADRO 5

NUMERO DE HIJOS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA POR UNIDAD MEDICA FAMILIAR (1998)

NUMERO DE HIJOS	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
UNO	22	19	27	20	20	17	69	56	125	52
DOS	13	-	11	14	9	10	30	37	67	28
TRES	8	-	2	4	10	12	20	23	43	18
CUATRO	-	1	-	1	1	1	1	3	4	1.5
CINCO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MAS DE 5	-	-	-	1	-	-	-	1	1	0.5
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

El 52% de las usuarias que asisten al Programa tiene un solo hijo, 28% tiene dos, y 18% tiene tres. Sin embargo, es de señalar que todas ellas se encuentran aún en edad reproductiva, pues el 95% son menores de 35 años y 5% tienen entre 35 y 40 años.

Se observó que las usuarias que tienen cuatro o más de cinco hijos representan el 2% de la población encuestada.

En relación a las Unidades Médicas, la U.M.F. 41 tiene el mayor número de población con un hijo, lo cual podría hacer suponer que en esta Unidad, existe una mayor aceptación del Programa de Planificación Familiar; en cambio, en la U.M.F. 44 hay mayor población con 2, 3 y 4 hijos; y sólo se registró una madre de la U.M.F. 41 con más de cinco hijos.

Es notable que en una zona de menor recursos sigue concentrándose población con un número mayor de hijos.

CUADRO 6

FRECUENCIA DE HIJOS DE CINCO AÑOS O MENORES ENTRE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)

EDAD DE LOS HIJOS	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
UN AÑO	29	29	31	27	29	22	89	78	167	70
DOS AÑOS	10	11	9	13	10	15	29	39	68	28
TRES AÑOS	1	-	-	-	1	3	2	3	5	2
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

La mayoría de las usuarias (70%), tienen hijos de un año de edad, el 28% tienen hijos de dos años y el 2% tienen hijos de tres años, finalmente, ninguna usuaria indicó tener hijos de 4 o 5 años. Esta situación va en concordancia con la edad de las madres que son jóvenes en su mayoría. La U.M.F. 44 es la que tiene mayor número de usuarias con niños menores de un año y con niños de 2 y 3 años; además cabe indicar que en esta Unidad es donde existe mayor población derechohabiente beneficiaria en el Programa.

CUADRO 7

PERSONAS QUE COLABORAN EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)

QUIENES COLABORAN	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
SOLO LA MADRE	2	3	3	1	2	22	7	26	33	14
SU PAREJA	2	2	7	6	4	15	13	23	36	15
AMBOS	28	28	26	27	28	3	82	58	140	58
OTROS	8	7	4	6	6	-	18	13	31	13
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

El cuidado de los hijos de las asistentes al Programa es compartido en el 58% de los casos por ellas y su pareja; un 15% indicó que sólo el padre se hace cargo del mismo; en el 14% de los casos, sólo la madre cuida a los hijos; y en el 13% de los casos existe la participación de otros miembros de la familia.

Observándose que en la U.M.F. 44 es mayor el número de madres que se hacen cargo solas del cuidado del niño; de igual manera también aquí se encuentra el mayor número de padres que cuidan solos a sus hijos. Es en la U.M.F. 20 donde otros familiares colaboran en mayor medida para el cuidado de los hijos.

En la U.M.F. 44 se observa una mayor colaboración de la pareja en el cuidado de los hijos y probablemente exista también una mejor integración familiar, lo cual aunque es interesante, no es motivo de este estudio.

CUADRO 7.1

**OTRAS PERSONAS QUE ADEMAS DE LOS PADRES COLABORAN EN EL
CUIDADO DE LOS HIJOS DE LAS ASISTENTES POR U.M.F. (1998)**

OTRAS. PER- SONAS QUE COLABORAN	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	GRAL.	
ABUELOS	8	7	2	4	4	6	14	17	31	72
HERMANOS	1	1	-	1	1	-	2	2	4	9.3
TIAS	-	-	1	-	-	-	1	-	1	2.3
CUÑADOS	1	-	-	-	-	-	1	-	1	2.3
SOBRINAS	-	-	-	-	1	-	1	-	1	2.3
VECINAS	-	-	1	-	-	-	1	-	1	2.3
GUARDERIA	1	1	1	1	-	-	2	2	4	9.3
TOTAL *	11	9	5	6	6	6	22	21	43	100

- Aquí las usuarias podían indicar más de una respuesta, los totales y porcentajes están en función del número de respuestas que ellas aportaron que es el 13% equivalente a 31 usuarias (cuadro No. 7)

En cuanto a los familiares que además de la pareja participa en el cuidado de los hijos, se trata prioritariamente de los abuelos, ya que éstos participan en el 72% de los casos, así como los hermanos que colaboran en un 9.3% de los casos, en igual porcentaje 2.3%, colaboran tías, cuñados, sobrinas y vecinas. El 9.3% de las madres asistentes al Programa cuenta con el apoyo de un servicio de guardería para el cuidado de sus hijos.

CUADRO 8

**TIEMPO COMO DERECHOHABIENTE DEL I.M.S.S. QUE TIENEN LAS
MADRES USUARIAS DEL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)**

TIEMPO DE DERECHO- HABIENTE	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	GRAL.	
MENOS DE 1 AÑO	7	8	5	6	20	7	32	21	53	22
DE 1.1 A 3 AÑOS	8	9	17	16	14	8	39	33	72	30
DE 3.1 A 5 AÑOS	3	6	7	1	1	5	11	12	23	10
MAS DE 5 AÑOS	22	17	11	17	5	20	38	54	92	38
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

En lo relativo al tiempo que las usuarias encuestadas manifiestan de ser derechohabientes del IMSS, el 38% de las mismas tiene más de cinco años como derechohabiente, 10% tiene entre tres y cinco años de serlo, 30% tiene de uno a tres años y el 22% menos de un año.

El mayor número de asistentes al Programa (78%) ya han tenido un largo contacto con el IMSS, y un poco más de la quinta parte (22%) son derechohabientes de reciente ingreso al Instituto. Por lo anterior, puede decirse también que la mayoría cuenta con conocimiento de los servicios y programas que el mismo ofrece.

CUADRO 9

**TIEMPO QUE TIENE LA MADRE USUARIA DE ASISTIR AL PROGRAMA POR
U.M.F. (1998)**

TIEMPO DE ASISTIR	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
MENOS DE 1 AÑO	23	27	22	22	20	16	65	65	130	54
DE 1.1 A 3 AÑOS	6	6	12	12	14	13	32	31	63	26
DE 3.1 A 5 AÑOS	5	2	3	1	1	4	9	7	16	7
MAS DE 5 AÑOS	6	5	3	5	5	7	14	17	31	13
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

Puede observarse que más de la mitad de las usuarias ha tenido un contacto reciente con el Programa, pues participa en el mismo desde hace menos de un año; mientras que el 33% asiste al mismo en un lapso que va del año hasta los cinco años; y el 13% restante participa en el Programa desde hace más de cinco años. En relación a estos datos cabe señalar que son congruentes en que la mayoría de las madres encuestadas llevan a este Programa a sus hijos que cuentan con una edad de un año o menos y considerándose que a medida que los niños crecen, los padres pierden interés en la asistencia al Programa y/o el número de hijos disminuye.

CUADRO 10

**NUMERO DE HIJOS QUE CADA MADRE USUARIA LLEVA AL PROGRAMA
POR UNIDAD MEDICA FAMILIAR (1998)**

NUMERO DE HIJOS	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
UNO	26	29	34	31	34	31	94	91	185	77
DOS	13	10	6	8	5	9	24	27	51	21
TRES	1	1	-	-	1	-	2	1	3	1
CUATRO	-	-	-	1	-	-	-	1	1	1
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

El número de hijos que las madres usuarias llevan al Programa es de dos en el 21% de los casos y de uno en la gran mayoría 77%. Realmente es casi nulo el número de madres que llevan tres o cuatro hijos al Programa.

Se observa similitud en las Unidades en lo que respecta a las madres que llevan un solo hijo, asimismo, en la U.M.F. 20, el número de madres que llevan a dos niños, casi duplica al número de usuarias que asisten con hijos de esta edad en las otras dos Unidades de Medicina Familiar.

CUADRO 11

**NUMERO DE HIJOS DE LAS MADRES USUARIAS QUE HAN SIDO
ATENDIDOS EN EL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)**

HIJOS QUE HAN SIDO ATENDIDOS	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	GRAL.	
UNO	26	28	31	27	22	24	79	79	158	66
DOS	13	10	9	11	12	12	34	33	67	28
TRES	1	2	-	1	6	4	7	7	14	5
CUATRO	-	-	-	1	-	-	-	1	1	1
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

Asimismo, en la mayor parte de los casos 66%, sólo uno de los hijos de las usuarias ha sido atendido en el Programa, el 28% ha recibido atención para dos de sus hijos y 6% para más de dos de ellos.

En la U.M.F. 44 se ha atendido en su mayoría a dos o tres hijos de las usuarias y en menor medida a un solo hijo de las mismas.

CUADRO 12

**FRECUENCIA CON QUE TRAEN A SUS HIJOS A CONSULTA LAS MADRES
USUARIAS DEL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)**

FRECUENCIA	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	GRAL.	
SIEMPRE QUE SE LE CITA	35	36	38	36	34	37	107	109	216	90
CASI SIEMPRE	3	4	1	4	3	2	7	10	17	7
DE MANERA OCASIONAL	2	-	1	-	3	1	6	1	7	3
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

En cuanto al nivel en que cumplen con la asistencia al Programa, el 90% acude siempre a la consulta, el 7% lo hace casi siempre y el 3% ocasionalmente.

Existe una gran similitud en las tres Unidades Médicas de este estudio con respecto al porcentaje de asistencia de las usuarias y sólo la U.M.F. 44 tuvo un mayor número que asiste de manera ocasional. Por lo anterior, se puede señalar que existe una buena respuesta de las madres hacia la atención y vigilancia profesional de sus hijos, y que por la aceptación que existe hacia este Programa, el mismo constituye un espacio importante para fomentar el uso de Técnicas de Estimulación Temprana, en la población usuaria.

CUADRO 13

**PERSONAL QUE HA PROPORCIONADO INFORMACION A LA MADRE
USUARIA SOBRE EL PROGRAMA POR U.M.F. (1988)**

PERSONAL	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
MEDICO	20	18	29	26	17	19	66	63	129	39
ENFERMERA	23	23	18	36	23	28	64	87	151	45
TRABAJADORA SOCIAL	7	9	4	18	6	2	17	29	46	13
DIETISTA	-	-	1	-	-	-	1	-	1	1
OTRO	1	-	-	-	1	-	2	-	2	1
TOTAL*	51	50	52	80	47	49	150	179	329	100

*La suma total de respuestas es mayor al número de población encuestada, porque algunas usuarias señalaron más de una opción.

Con referencia al personal que proporciona información relativa al Programa a las usuarias, es en primer lugar, el personal médico 84% y de éste fundamentalmente la enfermera 45%; un 13% de las usuarias ha recibido la información por parte de los trabajadoras sociales y 2% mencionó a otro tipo de personal.

Aquí sobresale la participación del personal del turno vespertino de la U.M.F. 41 en ofertar más el servicio.

CUADRO 14

**CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA POR LAS MADRES
USUARIAS POR U.M.F. (1988)**

CONOCE LOS OBJETIVOS	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
SI	37	37	39	34	40	35	116	106	222	92.5
LO DESCONOCE	1	2	1	5	-	4	2	11	13	5.5
NO RESPONDIO	2	1	-	1	-	1	2	3	5	2.0
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

Como puede observarse, la mayoría de las madres usuarias señaló alguno de los objetivos del Programa y el 7.5% no mencionó ninguno de ellos, presumiendo que existe, en términos generales, buena comunicación entre el personal de Enfermería Materno Infantil con las usuarias.

CUADRO 14.1

**TEMATICA A QUE SE REFIEREN LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA
MENCIONADOS POR LAS USUARIAS POR U.M.F. (1998)**

TEMAS A QUE SE REFIEREN LOS OBJETIVOS	U.M.F. 20		U.M.F. 40		U.M.F. 41		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
CUIDADO DEL NIÑO	9	14	26	14	21	17	56	45	101	34.5
CRECIMIENTO DEL NIÑO	21	8	10	18	21	1	52	27	79	27
DESARROLLO DEL NIÑO	12	11	16	15	14	22	42	48	90	30.5
ORIENTACION A LA MADRE Y ESTIMULACION DEL NIÑO	4	7	7	-	-	1	8	8	16	6
OTROS OBJETIVOS	1	2	1	-	-	1	2	3	5	2
TOTAL	47	42	57	47	56	42	160	131	291	100

Por otra parte, las 222 usuarias que sí conocen los objetivos del Programa mencionaron uno o más de ellos, de los cuales el 34.5% fueron referentes al cuidado del niño, 27% al control de su crecimiento, 30% al desarrollo del niño, 6% a la orientación de la madre y estimulación del niño y 2% al apoyo que se proporciona a través de la dotación láctea.

La población que más objetivos mencionó (104) fue la atendida en la U.M.F. 41, lo cual es consecuente con lo observado en esta misma Unidad respecto a la participación de su personal en la información del Programa hacia las usuarias.

Los aspectos específicos que fueron mencionados por las usuarias en cada uno de los temas arriba indicados, se presentan en el Cuadro 14.2, cuyos totales y porcentajes están en función del número de respuestas otorgadas por las 222 usuarias que sí mencionaron los objetivos del Programa.

CUADRO 14.2

**OBJETIVOS DEL PROGRAMA QUE DIJERON CONOCER LAS MADRES
USUARIAS DEL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)**

OBJETIVOS MENCIONADOS	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
A SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO										
ALIMENTACION	3	4	3	4	8	5	14	13	27	9
LACTANCIA MATERNA	-	1	-	-	1	-	1	1	2	1
ATENDER AL NIÑO PARA SU BIENESTAR	0	0	0	1	3	0	3	1	4	1
PROPORCIONAR UN BUEN CUIDADO AL NIÑO SANO	6	8	-	-	3	12	9	20	29	10
VIGILAR LA SALUD DEL NIÑO	-	-	22	8	5	-	27	8	35	12
CONTROL DE LA SALUD DEL BEBE	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1
APLICARLE LAS VACUNAS	-	-	1	1	1	-	2	1	3	0.5

SUBTOTAL	9	14	26	14	21	17	56	45	101	34.5
B. SOBRE CRECIMIENTO DEL NIÑO										
CRECIMIENTO ADECUADO	15	4	-	10	13	1	28	15	43	15
CONTROL DE PESO	3	4	5	4	4	-	12	8	20	7
CONTROL DE ESTATURA	-	-	5	4	4	-	9	4	13	4
OBSERVAR QUE CREZCA SANO FISICA Y MENTALMENTE	3	-	-	-	-	-	3	-	3	1
SUBTOTAL	21	8	10	18	21	1	52	27	79	27
C. SOBRE DESARROLLO DEL NIÑO										
OBSERVAR EL DESARROLLO DEL NIÑO	9	9	13	8	12	14	34	31	65	22
DESARROLLO FISICO Y MENTAL	-	-	3	2	1	-	4	2	6	2
DESARROLLO PSICOMOTRIZ	3	-	-	2	-	8	3	10	13	4
VER LA EVOLUCION DE SUS REFLEJOS	-	1	-	-	-	-	-	1	1	0.5
EL DESARROLLO DEL LENGUAJE	-	1	-	1	1	-	1	2	3	1
CHECAR APRENDIZAJE	-	-	-	1	-	-	-	1	1	0.5
DETECTAR ANOMALIAS	-	-	-	1	-	-	-	1	1	0.5
SUBTOTAL	12	11	16	15	14	22	42	48	90	30.5
D. SOBRE ORIENTACION A LA MADRE Y ESTIMULACION DEL NIÑO										
ORIENTAR A LAS MADRES	4	2	4	-	-	-	8	2	10	3
ESTIMULACION CON EJERCICIOS	-	5	-	-	-	-	-	5	5	2
ORIENTACION DE JUEGOS	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1
SUBTOTAL	4	7	4	-	-	1	8	8	16	6
E. OTROS OBJETIVOS										
PROPORCIONAR DOTACION LACTEA	1	2	1	-	-	1	2	3	5	2
SUBTOTAL	1	2	1	-	-	1	2	3	5	2
TOTAL	47	42	57	47	56	42	160	131	291	100

Con referencia a los objetivos señalados por las usuarias, podemos afirmar que, a excepción de proporcionar la dotación láctea, éstos son congruentes con los objetivos y estrategias institucionales de este Programa.

Dichos objetivos son: Contribuir a la disminución de la morbilidad infantil (neonatal, infantil y preescolar); preservar la salud del menor de cinco años mediante acciones médico preventivas y de educación en salud a los niños; y reconocer y controlar los riesgos que ocasionan daños en la salud prenatal, infantil y preescolar.

Las dos estrategias formuladas para el cumplimiento de los objetivos mencionados son: garantizar la vigilancia continua del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años y reforzar las actividades médico-preventivas y de comunicación educativa a las madres de niños menores de cinco años, en relación de enfermedades infecciosas no prevenibles por vacunación.

CUADRO 15

**MEDIOS MEDIANTE LOS CUALES LAS USUARIAS RECIBEN INFORMACION
SOBRE EL PROGRAMA POR U.M.F. (1988)**

MEDIO UTILIZADO	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
PELICULAS	-	2	-	-	-	1	-	3	3	1
PLATICAS	39	38	40	39	32	37	111	114	225	82
CARTELES	3	2	2	4	5	7	10	13	23	8
ROTAFOOLIO	-	7	1	1	5	1	6	9	15	5
PERIÓDICO MURAL	-	-	3	1	3	-	6	1	7	3
OTROS*	-	-	-	-	2	1	2	1	3	1
TOTAL	42	49	46	45	47	47	135	141	276	100

*Se indicaron, en una ocasión, respectivamente folleto y diapositiva; además de que otro no se especificó.

En lo que corresponde a los medios a través de los cuales las madres usuarias reciben la información relativa al Programa, el 82% de las respuestas se refirieron a pláticas; 16% a medios escritos como: carteles 8%, rotafolio 5% y periódico mural 3%; y 2% de las usuarias indicó otros medios.

Resalta entonces la falta de medios impresos para uso personal y directo hacia la usuaria, así como para compartir con otros miembros de la familia que colaboran en el cuidado de los hijos; sin embargo, es importante que la información se apoye con auxiliares didácticos pero es de vital trascendencia la comunicación directa, personal de salud – usuarios y, en el caso particular de este estudio, la comunicación enfermera materno infantil – madre del niño, en el Programa.

CUADRO 16

**CONTENIDO DE LA INFORMACION QUE HAN RECIBIDO, A TRAVES DE
TODOS LOS MEDIOS SEÑALADOS POR U.M.F. (1988)**

TEMA A QUE SE REFIEREN	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
NUTRICION	39	40	38	38	40	40	117	118	235	8
VIGILANCIA DE TALLA Y PESO	40	40	38	39	39	40	117	119	236	8
CUIDADO Y ASEO PERSONAL	39	39	39	39	38	40	116	118	234	8
APLICACION DE VACUNAS	39	37	39	38	39	39	117	114	231	8
HACERLE CARICIAS, SONREIRLE	39	39	38	37	33	37	110	113	223	7.5
ALIMENTACION AL SEÑO MATERNO	37	38	36	36	38	36	111	110	221	7.5
SEGUIR OBJETOS CON LA MIRADA	36	36	38	36	34	39	108	111	219	7.5
CONVIVENCIA EN EL MEDIO FAMILIAR	38	38	32	38	31	40	101	116	217	7
EJERCICIOS FISICOS	32	38	33	36	36	36	101	110	211	7

APARICION DE DIENTES	DE	31	35	31	39	38	36	100	110	210	7
DESARROLLO DEL LENGUAJE	DEL	32	32	33	36	35	37	100	105	205	7
ARRULLAR MUSICA	CON	33	35	34	34	31	32	98	101	199	7
TOCAR DIFERENTES TEXTURAS		32	34	35	32	29	31	96	97	193	6.5
USO DE PAPEL Y LAPIZ		11	14	21	28	16	19	48	61	109	4
TOTAL		478	495	485	506	477	502	1440	1503	2943	100

El cuadro anterior muestra, ordenados de mayor a menor, el porcentaje de tipo de temática que las madres admiten se les ha proporcionado, destacando los aspectos referidos a crecimiento y desarrollo del niño; los aspectos relativos a estimulación temprana, fueron los menos mencionados.

El bajo porcentaje que se observa sobre el uso de papel y lápiz es explicable en función de las edades de los hijos de las usuarias encuestadas, ya que como se había señalado con anterioridad, sólo el 2% de ellas asiste con hijos de tres años y no se presenta ninguna con hijos de edad mayor.

CUADRO 17

OPINION DE LAS MADRES USUARIAS SOBRE LA INFORMACION QUE RECIBIERON POR U.M.F. (1998)

CONSIDERA LA INFORMACION	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
COMPLETA	20	32	28	21	33	26	81	79	160	66
SUFICIENTE	14	6	11	14	5	12	30	32	62	26
REGULAR	6	2	1	5	2	1	9	8	17	7
INSUFICIENTE	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

El 66% de las usuarias opinaron que el contenido de la información que se les ha proporcionado es completo, el 26% que es suficiente, el 7% que es regular y el 1% indicó que es insuficiente, infiriéndose la aceptación del Programa.

CUADRO 18

USUARIAS QUE HAN RECIBIDO MATERIAL IMPRESO CON INFORMACION RELATIVA AL PROGRAMA, POR U.M.F. (1998)

MATERIAL	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
FOLLETOS	8	13	14	11	22	11	44	35	79	33
CUADERNILLOS	1	2	1	-	1	-	3	2	5	2
VOLANTES	2	-	-	1	2	-	4	1	5	2
NINGUNO	29	25	25	27	11	29	65	81	146	61
OTRO*	-	-	-	1	4	-	4	1	5	2
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

*Como otro, dos madres usuarias mencionaron minirotafolios y tres, cepillos dentales.

Mientras que el 61% de las usuarias indicó que no le han proporcionado ningún material en el Programa, otro 37% dijo que ha recibido material impreso tal como: folletos, cuadernillos y volantes; y otro 2% ha recibido minirotafolios y cepillos dentales.

CUADRO 18.1

**MADRES USUARIAS QUE LEYERON EL MATERIAL QUE SE LES
PROPORCIONO EN EL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)**

LEYO EL MATERIAL	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
SI LO LEYO	10	15	15	12	23	10	48	37	85	95.5
NO LO LEYO	1	-	-	-	2	1	3	1	4	4.5
TOTAL	11	15	15	12	25	11	51	38	89	100

De acuerdo con las respuestas a la pregunta anterior, el 95.5% de las usuarias que dijo haber recibido algún tipo de material en el Programa, sí lo leyó, mientras que únicamente el 4.5% de quienes recibieron material no lo leyó.

Esto nos habla de que el material impreso que se proporciona a las usuarias sí es un medio efectivo de proporcionarles información, pues la gran mayoría lo lee, además de que este material puede hacerse extensivo al núcleo familiar.

CUADRO 18.2

**OPINION DE LAS MADRES USUARIAS SOBRE EL MATERIAL IMPRESO QUE
SE LES PROPORCIONO EN EL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)**

OPINION EXPRESADA	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
MADRES USUARIAS QUE OPINARON POSITIVAMENTE										
ES ENTENDIBLE	9	14	14	11	23	10	46	35	81	11
LES PARECIO CLARO	9	15	14	11	23	10	46	36	82	11.5
NO ES ABURRIDO	10	15	15	12	25	9	50	36	86	12
NO ES CONFUSO	10	15	15	11	25	11	50	37	87	12
LES OFRECE RECOMENDACIONES	10	15	13	11	22	9	45	35	80	11
RECOMENDACIONES DE UTILIDAD	10	15	14	11	23	9	47	35	82	11.5
SI LES GUSTO	9	15	14	12	23	9	46	36	82	11.5
SI LO APLICARIAN	10	15	14	11	23	9	47	35	82	11.5
TOTAL	77	119	113	90	187	76	377	285	662	92
MADRES USUARIAS QUE OPINARON NEGATIVAMENTE										
NO ES ENTENDIBLE	2	1	1	1	2	1	5	3	8	1
NO ES CLARO	2	-	1	1	2	1	5	2	7	1
ES ABURRIDO	1	-	-	-	-	2	1	2	3	0.5
ES CONFUSO	1	-	-	1	-	-	1	1	2	0.5
NO LES OFRECE RECOMENDACIONES	1	-	2	1	3	2	6	3	9	1
LAS RECOMENDACIONES NO SON DE UTILIDAD	1	-	1	1	2	2	4	3	7	1
NO LES GUSTO	2	-	1	-	2	2	5	2	7	1
NO LO APLICARIAN	1	-	1	1	2	2	4	3	7	2
TOTAL*	11	1	7	6	13	12	31	19	50	8

*Eligieron más de una respuesta.

El porcentaje está en función de las respuestas mencionadas por las usuarias, observándose en las opiniones positivas, una similitud en cada uno de los criterios preguntados.

CUADRO 18.3

COMPARATIVO DE NUMERO DE OPINIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS SOBRE EL MATERIAL QUE SE PROPORCIONA A LAS MADRES USUARIAS DEL PROGRAMA

OPINION	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
POSITIVA	77	119	113	90	187	76	377	285	662	92
NEGATIVA	11	1	7	6	13	12	31	19	50	8
TOTAL	88	120	120	96	200	88	408	304	712	100

Se observó que a pesar de que las madres usuarias manifestaron predominantemente opiniones a favor o positivas, y sólo el 8% tuvo opiniones negativas, con respecto al material impreso que se les proporcionó, ello implica que el material cubre las expectativas en cuanto a contenido, no así en cantidad de la población que asiste al Programa.

CUADRO 19

FRECUENCIA CON QUE SE LES PROPORCIONA EL MATERIAL A LAS MADRES USUARIAS DEL PROGRAMA

FRECUENCIA	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
SOLO UNA OCASION	6	3	-	-	-	-	6	3	9	4
EN CADA CONSULTA	3	7	5	4	11	5	19	16	35	15
CADA DOS CONSULTAS	2	-	2	1	4	1	8	2	10	4
CADA TRES CONSULTAS	2	6	8	7	10	5	20	18	38	16
NUNCA	27	24	25	28	15	29	67	81	148	62
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

En relación a la frecuencia con que a las usuarias se les proporciona material dentro del Programa, 62% dijo que nunca lo ha recibido, 16% que se lo han dado cada tres consultas, 15% que le ha sido entregado en cada consulta, 4% dijo que se lo dan cada dos consultas y otro 4% que lo ha recibido sólo en una ocasión. Cabe resaltar que pese a que pueda tratarse de un material muy bien sustentado, al no llegar a las usuarias pierde su vigencia en oportunidad, uso y consulta.

CUADRO 20

MADRES USUARIAS A LAS QUE LES PROPORCIONARON MATERIAL EL DIA DE LA ENCUESTA POR U.M. F. (1998)

HOY RECIBIO MATERIAL	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
SI	3	3	6	7	21	4	30	14	44	18
NO	37	37	34	33	19	36	90	106	196	82
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

En complemento a lo señalado en la información del cuadro anterior, 82% de las usuarias no recibió material el día de la encuesta, al asistir a su consulta; y el 18% que sí lo recibió, afirmó asimismo, haber sido orientado respecto al uso del mismo.

CUADRO 21

ACTIVIDADES QUE LES GUSTARIA REALIZAR A LAS USUARIAS COMO PARTE DEL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)

ACTIVIDADES	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
USUARIAS QUE MENCIONARON ACTIVIDADES RECREATIVAS										
JUEGOS	8	3	-	-	6	3	14	6	20	8
CONVIVENCIAS	3	6	2	5	-	-	5	12	17	7
RECREATIVAS	-	-	2	-	-	-	2	-	2	1
MANUALIDADES	-	-	-	1	-	-	-	1	1	0.5
TOTAL	11	9	4	6	6	4	21	19	40	16.5
USUARIAS QUE MENCIONARON ACTIVIDADES DEPORTIVAS										
EJERCICIOS	3	2	-	-	-	-	3	2	5	2
COMPETENCIAS	-	-	-	1	-	-	-	1	1	0.5
ACTIVIDAD DEPORTIVA	-	-	-	-	2	-	2	-	2	1
TOTAL	3	2	-	1	2	-	5	3	8	3.5
USUARIAS QUE MENCIONARON ACTIVIDADES INFORMATIVAS O DE DIFUSION										
ROTAFOLIOS EN LA SALA DE ESPERA	-	-	-	-	-	1	-	1	1	0.5
CONFERENCIAS	2	3	-	-	-	-	2	3	5	2
PROYECCIONES	1	-	-	-	-	-	1	-	1	0.5
MAS PLATICAS	-	2	7	2	1	1	8	5	13	5.5
VIDEOS EDUCATIVOS	-	-	-	-	-	1	-	1	1	0.5
TOTAL	3	7	7	2	1	3	11	10	21	9
USUARIAS QUE MENCIONARON TEMAS O ACTIVIDADES DE ESTIMULACION TEMPRANA										
TALLERES ELABORAR MATERIAL DIDACTICO	2	2	-	-	-	-	2	2	4	2
APOYOS DIDACTICOS	-	-	2	3	-	-	2	3	5	2
ACTIVIDADES PARA EL APRENDIZAJE	-	-	-	-	1	4	1	4	5	2
ACTIVIDADES DE DESARROLLO FISICO	-	-	-	-	-	1	-	1	1	0.5

JUEGOS DE APRENDIZAJE	-	-	6	9	-	-	6	9	15	6
ESTIMULACION EN EL CRECIMIENTO	-	-	-	-	2	-	2	-	2	1
DESARROLLO DEL NIÑO	2	3	-	-	-	-	2	3	5	2
CONDUCTA DEL NIÑO	-	-	-	-	3	-	3	-	3	1
DESARROLLO DEL LENGUAJE	-	-	-	-	1	-	1	-	1	0.5
ESTIMULACION TEMPRANA	-	4	2	1	-	-	2	5	7	3
ESCUELA PARA PADRES	-	-	-	-	1	4	1	4	5	2
ACTIVIDADES TIPO KINDER O GUARDERIA	1	-	-	-	2	4	3	4	7	3
TOTAL	5	9	10	13	10	13	25	35	60	25
USUARIAS QUE SOLICITARON INFORMACION SOBRE OTROS TEMAS										
TOTAL	-	-	-	2	9	3	9	5	14	6
USUARIAS QUE DIERON OPINIONES Y SUGERENCIAS SOBRE EL PROGRAMA										
TOTAL	5	-	3	1	-	-	8	1	9	4
USUARIAS QUE NO RESPONDIERON										
TOTAL	15	12	13	17	12	19	40	48	88	36
TOTAL GRAL.	---	---	---	---	---	---	---	---	240	100

Con relación al tipo de actividades que les gustaría realizar a las madres encuestadas como parte del Programa, el 25% de ellas mencionó actividades referidas a la estimulación temprana, 16.5% señaló actividades recreativas, 9% indicó actividades informativas o de difusión y 3.5% solicitó actividades deportivas.

Resalta aquí la necesidad expresada por las madres de contar con actividades de tipo lúdico y de estimulación temprana.

Asimismo un 6% dijo que le gustaría recibir información sobre temas no relativos al Programa, 4% emitió diversas opiniones sobre el mismo, pero no contestó al punto en cuestión y 36% no respondió a la pregunta.

CUADRO 22

TIPO DE ACTITUDES QUE PERCIEN LAS MADRES EN SUS HIJOS AL ASISTIR AL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)

ACTITUD DEL NIÑO	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
MADRES USUARIAS QUE REFIRIERON ACTITUDES TENDIENTES A LA DISPOSICION PARA ASISTIR										
LE GUSTA ASISTIR	31	38	38	32	37	38	106	108	214	22
NO SE MOLESTA CADA VEZ QUE ASISTE	36	36	38	35	38	39	112	110	222	23
NO SE ENOJA	34	38	38	34	39	37	111	109	220	23
LE GUSTA COMO LO TRATAN	38	36	37	32	35	39	110	107	217	23
TOTAL	139	148	151	133	149	153	439	434	873	91

MADRES USUARIAS QUE REFIRIERON ACTITUDES TENDIENTES A LA FALTA DE DISPOSICION PARA ASISTIR											
NO LE GUSTA ASISTIR	9	2	2	4	3	2	14	8	22	2	
SE MOLESTA CADA VEZ QUE ASISTE	4	4	2	1	2	1	8	6	14	1	
SE ENOJA	6	2	2	2	1	3	9	7	16	2	
NO LE GUSTA COMO LO TRATAN	2	4	3	4	5	1	10	9	19	2	
TOTAL	21	12	9	11	11	7	41	30	71	7	
MADRES USUARIAS QUE OMITIERON RESPONDER											
TOTAL	-	-	-	16	-	-	-	16	16	2	
TOTAL GENERAL											100

Con respecto a las actitudes que manifiesta el niño cuando tiene que asistir a consulta dentro de este Programa, el 91% de las madres refirió actitudes positivas; y el 7% mencionó que su hijo demuestra actitudes negativas. A esta parte de la encuesta, el 2% de las usuarias no contestó, considerándose, en general, que al niño le gusta asistir.

CUADRO 23

ASPECTOS QUE A LAS MADRES LES GUSTARIA CONOCER CON MAS AMPLITUD POR U.M.F. (1998)

ASPECTOS MENCIONADOS	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE &
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
USUARIAS QUE MENCIONARON ASPECTOS DE DESARROLLO PSICOLOGICO										
DESARROLLO PSICOLOGICO	1	1	3	-	5	2	9	3	12	5
ASPECTO PSICOLOGICO	2	2	-	-	-	-	2	2	4	2
CONDUCTA DEL NIÑO	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1
DESARROLLO PSICOMOTOR	-	-	-	1	-	-	-	1	1	0.5
DESARROLLO DE LENGUAJE	-	-	-	-	1	-	1	-	1	0.5
ETAPAS DE DESARROLLO DEL NIÑO	2	2	-	-	-	-	2	2	4	2
COMO AYUDARLO A TENER CONFIANZA	1	-	-	-	-	-	1	-	1	0.5
COMO COMPRENDER MAS AL NIÑO	-	-	-	-	-	1	-	1	1	0.5
TOTAL	6	5	3	1	7	4	16	10	26	12
USUARIAS QUE MENCIONARON ASPECTOS DE DESARROLLO FISICO										
APARICION DE DIENTES	1	-	-	-	-	-	1	-	1	0.5
DESARROLLO FISICO	-	-	3	-	5	2	8	2	10	4
TOTAL	1	-	3	-	5	2	9	2	11	4.5
USUARIAS QUE MENCIONARON ASPECTOS SOBRE CUIDADO DEL NIÑO										
ALIMENTACION	5	3	5	3	5	6	15	12	27	11
LACTANCIA	1	-	-	-	-	-	1	-	1	0.5
REACCION DE VACUNAS	1	-	-	-	-	-	1	-	1	0.5
PREVENCION DE ENFERMEDADES	-	2	-	-	-	-	-	2	2	1
CUIDADO DE LA SALUD	-	-	-	2	1	2	1	4	5	2

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

TOTAL	7	5	5	5	6	8	18	18	36	15
USUARIAS QUE MENCIONARON ASPECTOS DE ESTIMULACION TEMPRANA										
ESTIMULACION TEMPRANA	-	2	-	1	-	-	-	3	3	1
JUEGOS	-	-	-	1	-	-	-	1	1	0.5
CONVIVENCIA DEL TRINOMIO	-	1	-	-	1	1	1	2	3	1
TOTAL	-	3	-	2	1	1	1	6	7	2.5
USUARIAS QUE SOLICITARON INFORMACION SOBRE OTROS TEMAS										
TOTAL	2	2	-	1	8	2	10	5	15	6
USUARIAS QUE EXPRESARON SU OPINION FAVORABLE SOBRE EL PROGRAMA										
TOTAL	1	3	-	2	3	2	4	7	11	5
USUARIAS QUE DIERON SUGERENCIAS PARA EL PROGRAMA										
TOTAL	-	-	1	-	1	-	2	-	2	1
USUARIAS QUE NO CONTESTARON										
TOTAL	30	25	31	29	13	32	74	86	160	67
TOTAL GENERAL*									268	100

*Porcentaje en función del número de usuarias encuestadas.

Sólo el 34% de las usuarias hizo referencia a los aspectos del Programa que le gustaría conocer con más amplitud, siendo lo más solicitado lo relativo al cuidado del niño (15%) y al desarrollo psicológico del mismo (12%), y en mucho menor medida solicitaron información sobre el desarrollo físico (4.5%) y estimulación temprana (2.5%).

Destaca asimismo, que el 67% de las usuarias no contestó a esta pregunta, mientras que un 6% manifestó opiniones y sugerencias para el Programa; y otro 6% solicitó información sobre otros temas como: primeros auxilios, educación sexual y comunicación.

CUADRO 24

MADRES USUARIAS A LAS QUE LES GUSTARIA RECIBIR MAS MATERIAL DENTRO DEL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)

DESEAN RECIBIR MAS MATERIAL	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	GRAL.	
SI	37	37	31	38	34	35	102	110	212	88
NO	3	3	9	2	6	5	18	10	28	12
TOTAL	40	40	40	40	40	40	120	120	240	100

El 88% de las usuarias indicó que sí le gustaría recibir mayor información sobre el Programa y 12% dijo que no.

Cabe señalar que de las 212 usuarias que dijeron que sí les gustaría recibir más material dentro del Programa, sólo 97 de ellas especificaron el tipo de material que desearían recibir, tal como se indica en el cuadro siguiente. Situación tal que comprueba la hipótesis planteada en este proyecto en que los instrumentos de apoyo educativo son insuficientes.

CUADRO 25

**TIPO DE MATERIAL QUE LES GUSTARIA RECIBIR A LAS MADRES
USUARIAS DEL PROGRAMA POR U.M.F. (1998)**

MATERIAL	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL	PORCENTAJE
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
FOLLETOS	20	10	5	11	13	6	38	27	65	67
LIBRITOS	2	-	-	-	-	-	2	-	2	2
CUADERNILLOS	6	7	5	4	-	-	11	11	22	23
PELICULAS	2	1	1	1	-	-	3	2	5	5
CARTELES	2	-	-	-	-	-	2	-	2	2
JUGUETES	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1
TOTAL	32	19	11	16	13	6	56	41	97	100

El 92% de las usuarias dijo que le gustaría recibir material impreso, principalmente folletos (67%) y cuadernillos (23%); además de libritos (2%).

Sólo el 8% mencionó otro tipo de material, destacando entre éste las películas, los carteles y los juguetes.

CUADRO 26

**OPINION SOBRE LA ATENCION QUE SE LES BRINDA EN EL PROGRAMA A
LAS MADRES USUARIAS POR U.M.F. (1998)**

LA ATENCION EN EL PROGRAMA HA SIDO	U.M.F. 20		U.M.F. 41		U.M.F. 44		TOTAL		TOTAL GRAL.	PORCENTAJE &
	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.	T.M.	T.V.		
MADRES USUARIAS QUE EXPRESARON OPINIONES POSITIVAS										
CALIDA	24	14	27	35	21	33	72	82	154	64
AMABLE	32	31	35	39	31	38	98	108	206	86
INFORMADA	18	20	27	37	27	37	72	94	166	69
PROFESIONAL	21	21	31	37	26	38	78	96	174	72
OTRA	2	1	-	-	-	-	2	1	3	1
MADRES QUE EXPRESARON OPINIONES NEGATIVAS										
ES IMPERSONAL	1	4	3	3	4	2	8	9	17	7
NO ES AMABLE	1	3	3	3	1	1	5	7	12	5
ES DESINFORMADA	1	2	6	6	1	-	8	8	16	7
NO ES PROFESIONAL	1	2	4	4	2	-	7	6	13	5
OTRA	-	2	5	-	-	-	5	2	7	3
MADRES QUE OMITIERON SU OPINION										
NO CONTESTO	-	-	-	-	30	-	30	-	30	12.5

& El porcentaje está en función del número de usuarias encuestadas.

El 87.5% de las usuarias encuestadas opinaron de alguna forma (positiva o negativamente) con relación a la atención que se les da en el Programa y el 12.5% no contestó a esta pregunta.

Entre las opiniones positivas, el 86% indicó que la atención que se le brinda es amable, 72% que es profesional, 69% que es informada y 64% que es cálida.

Puede observarse que en términos generales, las madres tienen opinión favorable del personal que las atiende en los criterios de calidez, amabilidad, información y profesionalismo, por lo cual se considera que existe confianza hacia el personal.

Asimismo hubo, entre el 3 y 7% de las respuestas con opiniones negativas con respecto a la atención que reciben, principalmente que la atención es impersonal y desinformada (7%).

Las madres manifestaron una tendencia favorable para mantenerse en el Programa y aunque no pueden desconocerse las respuestas negativas, no descalifican las bondades del Programa, lo cual quiere decir que, hasta este momento el personal que las atiende cumple los requisitos de calidad en la atención.

3.3 ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO APLICADO AL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE MANEJA EL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y ATENCION DEL NIÑO SANO EN LA DELEGACION 1 NOROESTE DEL D.F. DEL IMSS

3.3.1 INTRODUCCIÓN

Como una inquietud de las observadoras, y dados los resultados en el apartado anterior, se decidió diseñar un cuestionario que nos permitiera conocer algunas particularidades del personal de enfermería que labora en las Unidades y que es el responsable directo de otorgar la atención de los niños menores de 5 años en un alto porcentaje de la población adscrita a estas unidades.

La cédula contiene:

I.- Datos generales como: nombre, unidad médica, turno, categoría, edad, antigüedad en el IMSS y tiempo en la participación del Programa.

II.- La formación académica básica y especializada de las trabajadoras.

III.- La capacitación que han tenido para el desarrollo de las funciones la cual se puede clasificar en dos modalidades: cursos de capacitación encaminados al manejo del niño y cursos de capacitación dirigidos a generar habilidades en el proceso educativo, tanto individual, como en técnicas grupales y las específicas en el área de la salud.

IV.- La intervención que ha tenido el personal para aportar modificaciones al Programa, sugerencias emitidas, actividades didácticas diseñadas y empleadas, así como la proyección de este Programa hacia la comunidad.

3.3.2 RESULTADOS

A) Se aplicaron un total de 10 cuestionarios de la siguiente manera: cuatro en la Unidad de Medicina Familiar número 20, de las cuales 2 fueron del turno matutino y 2 del vespertino; tres en la Unidad número 41, de ellas 1 del turno matutino y

2 del vespertino; y en la Unidad de Medicina Familiar número 44 se aplicaron tres, 2 en turno matutino y 1 en el turno vespertino.

B) En relación a la edad de las trabajadoras se observó lo siguiente:

- La de menor edad fue de 34 años
- La de mayor edad fue de 51 años
- El promedio de las 10 fue de 40 años
- Por grupos de edad

31 a 35 = 1
36 a 40 = 5
41 a 45 = 3
46 a 50 = 0
51 a 55 = 1

Por consiguiente, el personal que atiende a los niños son en su mayoría adultos mayores de 35 años.

C) En lo concerniente a la antigüedad que tiene el personal de enfermería laborando dentro de la Institución y que participa en el Programa se observó:

- La de menor antigüedad 13 años de servicio
- La de mayor antigüedad 25 años de servicio
- El promedio obtenido de las 10 enfermeras fue de 17.7 años
- Agrupados por antigüedad se tiene:

10 a 15 años = 3
16 a 20 años = 5
21 a 25 años = 2

El 50% del personal tiene una antigüedad de entre 16 y 20 años, que va en relación directa con una mayor experiencia.

D) El tiempo que tienen las encuestadas laborando en el Programa es el siguiente:

- La de menor tiempo laborando en el Programa: 1 año
- La de mayor tiempo laborando en el Programa: 15 años
- El promedio de tiempo fue de 9 años.
- Por grupos de edad de:

1 a 5 años = 2
6 a 10 años = 6
11 a 15 años = 2

E) Con relación a la formación académica, el personal refirió los siguientes datos:

Formación básica

Formación complementaria

Preparatoria completa - - - - 0 enf.

Postécnico en materno infantil - - 1 enf.

Enfermería básica - - - - - 9 enf. Diplomado en materno infantil - - - 5 enf.
 Licenciadas en enfermería- 1 enf. Diplomado en educación perinatal - 1 enf.

Observándose que existe una gran limitación en los marcos teóricos ya que sólo una enfermera de las 10 encuestadas tiene curso considerado como especialización en materno-infantil y 6 han tomado diplomados que bien pueden dar algunos sustentos teóricos pero no es lo ideal para el buen manejo del Programa de Vigilancia del Niño Menor de 5 años.

F) En cuanto a la capacitación recibida, el personal contestó haber asistido a los siguientes cursos monográficos considerándose éstos por norma en el Catálogo para Capacitación del Personal IMSS, con un mínimo de 40 horas a cubrir en un tiempo no mayor de 3 meses, los cuales no generan movimiento escalafonario.

- Capacitación encaminada a la atención directa del niño

Lactancia materna y alimentación natural	10
Manejo del niño sano	8
Crecimiento y desarrollo del niño	8
Estimulación temprana	9
Patologías más frecuentes en niños menores de 5 años	6
Programa de vacunación universal	5

- Capacitación encaminada a desarrollar habilidades para el proceso enseñanza aprendizaje

Técnicas de consejería	7
Didáctica general	3
Manejo de grupos	3
Tecnología educativa	1

G) La participación del personal en la modificaciones al Programa :

SI	NINGUNA PERSONA
NO	10 PERSONAS
PORQUE	NO SE HA PRESENTADO LA OPORTUNIDAD 6 PERSONAS

H) La participación del personal en las modificaciones al Programa, fue en su unidad o fuera de ella, las respuestas son las siguientes:

Dentro = 0 personas

Fuera = 0 personas

I) La oportunidad que ha tenido el personal para hacer sugerencias al Programa:

- Ninguna, 7 personas.
- Que se localicen a los niños remisos, 1 persona.
- Que se capacite al personal, 1 persona.
- Que se diseñen trípticos para proporcionar en el servicio, 1 persona.

J) Las actividades didácticas que ha realizado el personal de enfermería para operar el Programa:

- 2 personas realizan actividades didácticas verbales como: pláticas y charlas.
- 5 personas actividades de elaboración de material escrito como rotafolio, acetatos, periódico mural.
- 1 persona ha participado en la elaboración de película.
- 3 personas no han realizado ninguna actividad didáctica.

K) La opinión que tiene el personal sobre si su participación en el Programa tiene proyección hacia la comunidad, sus respuestas fueron las siguientes:

Sí hay proyección	10 personas
No hay proyección	0 personas

Esta proyección se observa a través de las pláticas a adolescentes, a grupos organizados en diferentes etapas de vida, por que las madres que acuden al Programa transmiten a otras personas lo aprendido, por que se da educación para la salud, y la motivación hacia la comunidad.

L) En el cuestionamiento sobre si realizan acciones domiciliarias que complementen este Programa las respuestas fueron:

SI realizan actividades domiciliarias	3
NO realizan actividades domiciliarias	7

Las causas por lo que no la realizan:

- No están contempladas
- No se han planeado
- Requieren tiempo extraordinario
- Requieren labor social

3.3.3 CONCLUSIONES

Al analizar los resultados de los cuestionarios aplicados se concluye que:

El personal de enfermería que atiende el Programa en un 80% oscila entre los 36 y 45 años.

El 50% del personal tiene una antigüedad institucional de entre los 16 a 20 años.

El mayor grupo de personal tiene laborando en este Programa entre 6 y 10 años.

Estas tres situaciones reflejan la concordancia de mayor antigüedad, mayor edad, más experiencia.

Solo una persona tiene preparación académica complementaria con marcos curriculares completos (materno-infantil) y sólo una de las diez, dentro de su preparación básica es licenciada, implicando esto la falta de marcos teóricos, metodológicos para llevar a cabo las funciones del Programa.

La capacitación que el personal ha tenido ha sido encaminada hacia dos vertientes: una al manejo y atención del niño sano y la otra al desarrollo de habilidades en el manejo del proceso educativo. Si estos dos fueran tomados por el personal suponemos que habría mejor manejo y mejores resultados del Programa, situación que no se presenta en este caso particular.

Llama la atención la nula participación que el personal ha tenido en la modificación al Programa, dentro y fuera de la unidad donde prestan sus servicios. Así mismo son notables las pocas sugerencias que pudieran aportar, señalando en todo caso, actividades que debieran realizar otros integrantes del equipo que también colaboran en el desarrollo del Programa.

En relación con las respuestas sobre las actividades didácticas que fueron de tipo verbal y escrito, 7 personas han participado y 3 no han realizado ninguna actividad, presumiéndose que es por la falta de conocimientos que tienen sobre estos aspectos y/o por los pocos materiales que se tienen para el desarrollo de recursos didácticos.

Es importante señalar que el personal no realiza acciones domiciliarias, tanto para comprobar las orientaciones dadas a la madre y/o familiar, como para adecuarlas ya que, este tipo de tareas no están contempladas, no se han planeado y requieren un consumo mayor de tiempo.

Puede concluirse que el Programa es fundamental para observar y aportar sugerencias en el manejo del niño sano, pero ha sido su instrumentación la que ha impedido en buena parte un mayor éxito, no sólo para las unidades médicas, sino para el propio Sector Salud, por lo que vale la pena reforzarlo.

3.4 COMENTARIOS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS AL PERSONAL COORDINADOR DE ENFERMERÍA SOBRE EL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y ATENCIÓN DEL NIÑO SANO

Como se mencionó en el punto 3.3 y para complemento del presente trabajo se llevaron a cabo tres entrevistas dirigidas al personal de enfermería (sujetos clave) que coordina y supervisa el Programa en las unidades operativas, con las siguientes características:

1er. persona: cargo Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva y Materno Infantil de la Delegación 1 Noroeste del D.F.

2da. persona: cargo Coordinadora de Enfermería Zona Insurgentes de la Delegación 1 Noroeste del D.F.

3er. persona: cargo Jefe de Enfermeras de la Unidad de Medicina Familiar No 40 en la Delegación 1 Noroeste del D.F. (ver anexo IV)

Para el desarrollo de las entrevistas se seleccionaron seis aspectos que el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano tiene en cuanto al personal y las madres usuarias, los cuales son:

- Operatividad,
- Impacto,
- Recursos,
- Contenidos formativos,
- Disposición de las madres y
- Disposición institucional.

Estos aspectos fueron incorporados en igualdad de circunstancias a los tres sujetos clave, y de sus respuestas y comentarios se estructuraron las siguientes percepciones:

- OPERATIVIDAD

El Programa permite la detección de signos y síntomas de alarma, conocer y controlar el peso, crecimiento y desarrollo de los niños; identificar el desarrollo del área psicomotriz; detectar algunas patologías en la primera infancia; el que exista retroinformación, comunicación y conocimientos de las madres y/o acompañantes; sin embargo sería de mayor beneficio a las madres y para el niño si estas actividades se realizaran de manera domiciliaria, ya que al ver el escenario real se favorecería la orientación y ésta iría acorde a las necesidades de cada niño en el hogar.

- IMPACTO

Este se dará a través de la estimulación aplicada para el desarrollo de las funciones del niño; en la disminución de enfermedades prevenibles por vacunación por medio de la cobertura completa en esquemas básicos, protección dentaria y detección de hipotiroidismo. Al existir la retroinformación, comunicación

y difusión de la información, las madres y/o acompañantes, conocerán las acciones y canales que debe seguir para identificar patologías y las estrategias básicas que permitan orientar el tratamiento de su hijo. Al adquirir una cultura de prevención y estimulación habrá mayor responsabilidad hacia el cuidado de sus hijos.

- RECURSOS

Para el desarrollo del Programa, las unidades cuentan con recursos técnicos entre los que se encuentran las normas con las funciones de los personajes que por estructura manejan el Programa; sin embargo, en ocasiones existe falta de presupuesto para adquirir apoyos didácticos. Asimismo, se cuenta con recursos humanos, en todas las unidades existen los profesionales para la realización de las actividades pero éstas no son cubiertas por ausentismo programado y no programado; así mismo no cubren las necesidades para el número de población derechohabiente.

- CONTENIDOS FORMATIVOS

El personal de enfermería tiene una formación básica, pero no siempre cuenta con la preparación específica, como por ejemplo, Cursos de Especialización en Materno Infantil y/o Pediatría; sin embargo por los años de servicio, tienen experiencia para manejar al niño sano menor de 5 años. Como una herramienta de apoyo, en las unidades tienen acceso a las guías técnicas y los lineamientos para la atención integral del niño menor de 5 años.

La formación académica especializada ayudaría al personal para estar acorde a los avances, identificar problemas y tomar decisiones acertadas para la conducción de la madre y que todas las Enfermeras Materno-Infantil unifiquen criterios para el manejo de los niños con casos que salen del rango normal.

- DISPOSICION DE LAS MADRES

Esta se identifica al recibir con agrado la consulta; al no dejar pasar la fecha programada; aunque refieren las entrevistadas que existen ausencias a las consultas por falta de recursos para transportarse a las unidades. De igual manera el Programa es un canal de comunicación con otros niños. Las madres no cuentan con guías auxiliares para realizar actividades en casa y continuar observando e incentivando a los niños en el hogar.

- DISPOSICIÓN INSTITUCIONAL

Esta se manifiesta al existir personal para realizar las funciones en el manejo del niño sano, con la existencia de material como rotafolios, tablas de percentiles y trípticos, pero sólo existen en cantidad y variedad para la mujer embarazada, no así para el manejo del niño sano y menos para el desarrollo de actividades en el hogar. De igual manera, el personal puede disponer del tiempo que no destina a la atención de las usuarias (se les dedica hasta un máximo de 6 horas y su horario

laboral es de 8 horas); otra disposición es contar con una estructura definida y multidisciplinaria (médico, enfermera, trabajadora social, dietista y asistente médica) aunque no existe una buena coordinación entre el personal que participa en la operacionalización del Programa. Habría una mejor disposición si todos los médicos valorarían los beneficios de que la Enfermera Materno-Infantil maneje a todos los niños menores de 5 años; así como a las mujeres embarazadas por la gran aceptación que tiene en las unidades médicas observadas.

Es un Programa de autoayuda y las generaciones que están asistiendo actualmente mejorarán en su nutrición, alimentación y desarrollo, ya que los primeros cinco años de vida del niño son básicos para el desarrollo del individuo.

A través de esta encuesta realizada al personal de enfermería y de las entrevistas llevadas a cabo con los sujetos clave, se pueden esquematizar los aspectos más importantes tanto de coincidencia como de desacuerdo existente en la operacionalización del Programa.

COINCIDENCIAS	DESACUERDOS
<p>Poca preparación académica. Capacitación incompleta, sobre todo en los aspectos del proceso de enseñanza aprendizaje. A mayor antigüedad, más experiencia. Existe proyección del Programa hacia la comunidad. Programa que ayuda a tener madres más capacitadas para la atención de los niños. Consultas que permiten al personal retroinformar, comunicar y difundir información a las madres de los niños.</p>	<p>En cuanto a la existencia de recursos para el desarrollo de materiales didácticos. Insuficiencia en el tiempo destinado para preparar material didáctico y otras actividades encaminadas a mejorar el Programa. Dificultades para realizar sugerencias al Programa. Divergencia para que se pueda llevar al cabo actividades domiciliarias. Poca participación en las modificaciones o sugerencias al Programa.</p>

3.5 EVALUACION DEL PROGRAMA

Como parte del Programa de Reforma del Sector Salud, se plantea la implementación de un sistema de evaluación y seguimiento, que pretende contar con la participación de las entidades federativas; a través de instancias como los comités estatales para la vigilancia epidemiológica, los comités estatales de informática y los grupos estatales interinstitucionales de información de salud, cuyos informes anuales deben constituir la base para llevar a cabo la programación y presupuestación de cada Programa; así como la definición de metas anuales en términos de resultados, enfatizándose de manera preponderante el aspecto presupuestal, pues se considera que al garantizar el

destino de los recursos a cada Programa se coadyuva a reducir el riesgo de afectación en el cumplimiento de las metas propuestas.

A pesar de que se reconoce que el sistema de evaluación y seguimiento debe abarcar tres momentos:

1.- El referente a la estructura y proceso, cuyo objetivo es la medición del nivel de equipamiento, capacitación del personal, cumplimiento de las plantillas de recursos humanos y el abasto de insumos.

2.- La evaluación operativa, a través de la cual se determinará el porcentaje en el cumplimiento de las metas trimestral y semestralmente.

3.- El correspondiente a la evaluación del impacto, para determinar la ampliación de la cobertura y de cada Programa y su impacto en algunos indicadores básicos de salud.

Estos tres momentos tienen la gran limitación de no considerar el impacto directo en la atención al usuario mediante la opinión del mismo sin dejar de reconocer la importancia de su utilidad dentro de la planeación estratégica en el Sector Salud.

Situación por la cual como parte de este estudio se incorpora un procedimiento de evaluación del Programa denominado Evaluación de Procesos, basado en las propuestas de autores como Briones, y en la cual se considera a los usuarios del Programa como parte fundamental del proceso.

Metodológicamente esta propuesta podría esquematizarse de la siguiente forma.

De inicio se señala que en el funcionamiento de un Programa existen dos tipos de procesos: los relacionados con el mantenimiento del Programa, y los que permiten y promueven procesos de cambio e innovación.

Los Procesos de Mantenimiento, llamados también de funcionamiento de programas, son conceptualizados como las acciones y el manejo de los recursos necesarios para poner en práctica la estrategia y la metodología del Programa; vale decir, los procedimientos instrumentales directamente relacionados con el logro de los objetivos.

Este se lleva al cabo guiado con preguntas como:

A. ¿Cómo está funcionando el Programa? ¿Por los resultados obtenidos?

B. ¿Hay factores que dificultan su funcionamiento? ¿Pueden controlarse?

C. ¿Hay factores que facilitan el funcionamiento? ¿Pueden manejarse mejor?

D. ¿Cuál es el costo del funcionamiento? ¿Cuál es su eficiencia?

Existen algunos objetos y variables para poder evaluar el funcionamiento de un programa y son desarrollados a través de un objeto general y un objeto específico o indicador, como se esquematiza a continuación:

OBJETO GENERAL	OBJETO ESPECIFICO O INDICADOR
A) Dirección del Programa	Actividad de: <ul style="list-style-type: none"> • Planificación y programación. • Coordinación. • Reclutamiento de personal. • Capacitación. • Financiamiento. • Supervisión. • Cumplimiento de funciones.
B) Funcionamiento administrativo.	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos. • Organización administrativa. • Cumplimiento de funciones.
C) Funcionamiento financiero.	<ul style="list-style-type: none"> • Fuente de recursos. • Estructura del presupuesto y los gastos. • Ejecución y control presupuestal. • Costo unitario.
D) Población usuaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Características demográficas. • Características socioeconómica. • Distribución por grupos: tamaño, homogeneidad, heterogeneidad, contexto físico de la interacción. • Formas de incorporación al Programa. • Asistencia a las sesiones. • Deserción o abandono. • Aportes al funcionamiento del Programa. • Participación en el funcionamiento del Programa. • Actitudes, opiniones, creencias, expectativas.
E) Grupo técnico (monitores, instructores).	<ul style="list-style-type: none"> • Características demográficas. • Características socioeconómicas. • Características profesionales.

- Niveles de calificación.
- Formas de reclutamiento (remunerados y voluntarios).
- Asistencia.
- Deserción, causas.
- Actitudes, opiniones, etc.
- Cumplimiento de funciones.

F) Canales de comunicación.

- Dirección de la comunicación.
 - Formas.
 - Contenidos.
 - Retroalimentación.

La evaluación del funcionamiento puede llevarse al cabo mediante el uso de indicadores objetivos y subjetivos.

La evaluación de los objetivos se puede efectuar a través de las tasas de asistencia, de deserción, montos de recursos, análisis de documentos (actas de reuniones, manual de funciones, etc.).

Para los indicadores subjetivos puede recurrirse a entrevistas dirigidas, evaluaciones grupales, informantes calificados, observaciones, técnica Delphi, etc.

CAPITULO 4

ELEMENTOS EDUCATIVOS Y DE EVALUACIÓN PARA LA ORIENTACION A MADRES USUARIAS Y TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD DEL IMSS, UNA PROPUESTA PEDAGOGICA

A partir del modelo seleccionado para la evaluación de este Programa y con base en los resultados obtenidos en las diferentes etapas de la investigación relativa al Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano del IMSS, se presenta la siguiente propuesta, donde se tomarán aquellos aspectos de los que se cuenta con información suficiente para establecer los indicadores necesarios de la evaluación y que se refieren a los siguientes objetos generales o áreas, cuyas principales características suelen considerarse en la evaluación del funcionamiento de un Programa:

- a) Dirección del Programa,
- b) Población usuaria,
- c) Grupo técnico y
- d) Canales de comunicación.

Para el análisis de estos objetos generales, se señalan los objetos específicos o indicadores detectados en la investigación, los cuales en este caso son de tipo subjetivo, pues se derivan de las opiniones y percepciones captadas a través de la encuesta y entrevistas que se aplicaron a nivel del personal directivo, técnico y de la población usuaria del Programa.

Los objetos generales y objetos específicos se presentan de manera esquemática, con la finalidad de orientar el diagnóstico de las condiciones actuales de operación del Programa; así como sistematizar la presentación de las propuestas específicas que, como profesionales del área de Pedagogía, planteamos para mejorar la calidad de la atención ofrecida a las madres usuarias del Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano del IMSS.

Los objetos generales y específicos que se presentan corresponden a diversas dimensiones de acción referidas a los ámbitos: administrativo, de comunicación, didáctico, curricular, psicosocial y de educación para adultos.

ESQUEMA No. 1

OBJETO GENERAL: DIRECCION DEL PROGRAMA

OBJETO ESPECÍFICO	DIAGNOSTICO	DIMENSION	PROPUESTA PEDAGOGICA
1.- Planificación y Programación.	Existe a nivel del diseño general del Programa y se canaliza para su aplicación a las unidades que conforman la estructura institucional, por lo que se cuenta con objetivos, metas, estrategias y líneas de acción para la operacionalización, cubriendo los aspectos necesarios en la planeación estratégica.	Administrativa.	<p>Se desconoce si para el diseño de los programas de salud, el Instituto emplea personal capacitado en educación. Consideramos de gran importancia que en el área normativa se cuente con pedagogos, para que los instrumentos administrativos de aplicación a la comunidad, sean elaborados bajo las reglas básicas requeridas en el diseño de planes y programas, cuyo contenido sea propio para los usuarios, y de acuerdo al nivel de competencia del personal que los va a operar, estableciendo a la vez con claridad, su aplicación y evaluación.</p> <p>El pedagogo podría coordinar las acciones educativas que realizan los diferentes miembros del equipo dentro de este Programa, promoviendo la planeación de actividades como parte de un plan de salud dirigido a la comunidad.</p>
2.- Coordinación.	Dentro del Programa está establecida esta actividad tanto para el personal operativo como para los directivos, sin embargo, durante la aplicación de encuestas a las usuarias, al	<p>Definir la coordinación escrita.</p> <p>Periodicidad de las comunicaciones.</p>	<p>Que se manejen por escrito los procedimientos de coordinación y se establezcan canales permanentes de comunicación entre el equipo multidisciplinario.</p> <p>Establecer calendarios que permitan reforzar la comunicación y coordinación en etapas claves del Programa; así como retroalimentar al personal sobre los resultados obtenidos.</p>

	<p>personal de enfermería y a los directivos de esta área, se observó que la coordinación no es la adecuada ni la más oportuna que se requiere para poder desarrollar el Programa de manera armoniosa por el equipo técnico que lo integra.</p>	<p>Contenido de la comunicación.</p> <p>Utilidad para la actividad diaria.</p> <p>Seguimiento y supervisión de acciones realizadas en la coordinación.</p> <p>Cobertura de la información.</p> <p>Definir la Coordinación Verbal. Oportunidad, congruencia y necesidades operativas.</p> <p>Capacidad de generar compromiso con la realización del Programa.</p> <p>Canales de comunicación.</p>	<p>Que se apegue a los objetivos del Programa, que sea congruente en tiempo, lugar y espacio y que se genere de manera clara, precisa y sencilla.</p> <p>Hacer reuniones periódicas que permitan la retroalimentación sobre la utilidad de estas comunicaciones en el trabajo diario del personal con la comunidad.</p> <p>Responsabilizar a uno de los integrantes del equipo para difundir los acuerdos y dar seguimiento a las acciones de coordinación formalizándolo en reportes, bitácoras, minutas, etc. que den constancia de su efectiva realización.</p> <p>Asegurar que la información de esos acuerdos se haga llegar a todos los integrantes del equipo que participan en el Programa.</p> <p>Que se dé en el momento que se requiere y al personal que tendrá que aplicarla directamente y que el contenido sea acorde con la normatividad y procedimientos específicos del Programa.</p> <p>Que la comunicación verbal sea cordial, instruyendo sobre esto a los niveles jerárquicos preexistentes en la Institución y asegurarse que la comunicación sea captada y aceptada por todos los integrantes del equipo multidisciplinario.</p>
<p>3.- Reclutamiento del personal.</p>	<p>Actualmente el reclutamiento del personal no es el más satisfactorio,</p>	<p>Los aspirantes al Programa presentan su propuesta de ingreso al mismo.</p>	<p>Verificar el historial académico y laboral del personal solicitante contenido en su expediente personal, integrando un banco de datos con esa información.</p>

	<p>observándose que sólo existe el perfil de enfermera general; sin embargo, es necesario que sean enfermeras especialistas, pues el manejo del Programa requiere de gente bien preparada académicamente que cuente con los fundamentos teóricos, metodológicos y prácticos acordes a los avances tecnológicos y a los problemas más relevantes que la población infantil presenta en esta etapa de la vida; además el manejo de la atención del niño tiene que estar unificado, sobre todo en los casos específicos en los que se requiere más conocimientos para orientar a la madre o acompañante sobre la Estimulación Temprana y/o programas especiales.</p>	<p>La Institución establece los requisitos mínimos necesarios en las áreas de conocimiento, habilidad y/o destreza para incorporarse al Programa.</p> <p>Los requisitos que debe reunir el plan de estudios o la curricula del aspirante deben ser adecuados.</p> <p>Control del reclutamiento a través de la supervisión del desarrollo, durante la etapa de inducción al personal que ingresa al Programa.</p> <p>Responsables de la retroinformación y certificación de esta etapa.</p> <p>Detección de las limitaciones operativas del personal, una</p>	<p>Los responsables del Programa deberán contar con el perfil del puesto y emitir una evaluación de los aspirantes, complementada con la evaluación escrita de los conocimientos mínimos con que deben contar para la atención de la mujer embarazada y del niño sano de 0 meses a 5 años.</p> <p>Definir parámetros para la selección del personal que desempeñará actividades en el Programa, ya que los aspirantes son egresados de diferentes centros educativos y por ende en su formación conllevan marcos conceptuales distintos.</p> <p>Aplicar las políticas de selección, con base en el conocimiento y análisis de la curricula vigente en las diferentes instituciones educativas, que realice el pedagogo.</p> <p>Diseñar instrumentos evaluativos que permitan conocer permanentemente los resultados de la inducción del personal seleccionado para canalizarlo a este Programa, y en su caso, plantear nuevas necesidades de capacitación y modificaciones al programa de inducción correspondiente. Para lo cual es necesaria la participación conjunta del pedagogo y el personal que maneja el Programa.</p> <p>Que el área responsable del control escalafonario verifique la validez de las evaluaciones y determine qué aspirante debe incorporarse al Programa por cumplir con los requisitos establecidos.</p> <p>Reportar a los responsables de la capacitación al personal, de las necesidades de capacitación</p>
--	---	--	--

<p>4.- Capacitación.</p>	<p>En este estudio se observó que la capacitación al personal de enfermería (por ser el más significativo en este estudio) no cubre los requisitos para la atención integral del niño y para que la orientación a las madres y familiares acompañantes sea la más adecuada a las necesidades particulares de cada niño.</p> <p>Además se requiere del manejo y aplicación de técnicas de enseñanza individuales y colectivas, así como de técnicas de consejería para la madre, que es la más conocedora del actuar y desarrollo del niño, la cual requiriere ser orientada conforme a los principios de enseñanza para adultos por lo que el personal</p>	<p>vez concluido el periodo de inducción.</p> <p>Instrumentos para la identificación de necesidades de capacitación.</p> <p>Responsables de la detección de necesidades de capacitación.</p> <p>Responsables de los programas de capacitación.</p> <p>La asistencia a la capacitación es voluntaria.</p>	<p>identificadas en esta etapa, para considerar o no la aceptación del personal al Programa.</p> <p>Que se unifique el diseño de los instrumentos a través de los cuales se identifican las necesidades de capacitación en las personas que intervienen en este Programa, generándose uno específico para cada uno de ellos y uno multidisciplinario para el intercambio de experiencias y delimitar funciones operativas.</p> <p>Contar dentro de la estructura con un pedagogo que realice la actividad de planear, presupuestar, controlar y evaluar el proceso educativo, pues este profesional contribuiría a interpretar las necesidades educacionales de la comunidad y del personal, sugiriendo la utilización de diversos medios que permitan conocer qué sabe la población de salud, cuáles son sus necesidades reales y qué intereses y creencias orientan su conducta.</p> <p>Reglamentar que dentro de la Institución la responsabilidad de capacitación al personal, sea asumida por pedagogos que manejen adecuadamente el proceso educativo en cualquiera de sus instancias.</p> <p>Definir un sistema de control que permita que el 100% del personal asista a cursos de capacitación obligatoriamente y en especial en este Programa, donde el personal capacitado debe de llevar al cabo el proceso de la comunicación cumpliendo con todos los requisitos para que ésta sea exitosa con la usuaria.</p>
--------------------------	--	--	---

	<p>multidisciplinario debe de contar con este tipo de capacitación específica y real.</p>	<p>La capacitación se desarrolla dentro de la unidad o en otro centro de trabajo.</p> <p>Verificación del desempeño posterior a la capacitación.</p> <p>Impacto de la capacitación en beneficio del personal.</p> <p>Impacto de la capacitación en la prestación del servicio.</p>	<p>Establecer coordinación con otras instituciones que lleven al cabo el Programa para que el personal del Instituto asista a capacitarse en ellas. Y ofertar a estas instituciones los programas de capacitación en la materia, del Instituto, dado que el intercambio favorecería la interacción con otros grupos que operan el Programa, enriqueciendo ampliamente su experiencia.</p> <p>Diseñar instrumentos evaluativos que permitan: conocer el avance del personal en las acciones realizadas con las usuarias embarazadas y con el menor de 5 años; identificar sus expectativas; valorar su trabajo; establecer diálogos que permitan observar el crecimiento individual de cada integrante del equipo de salud, con relación a las respuestas de la comunidad a la que otorgan el servicio.</p> <p>Realizar reuniones periódicas entre el propio personal y favorecer los círculos de calidad que lo mantengan a la vanguardia de los avances en los aspectos que maneja en el Programa.</p> <p>La Institución deberá auxiliarse de las herramientas administrativas y estadísticas que le permitan comprobar la aceptación del servicio, la persistencia del usuario, la disminución de consultas por patologías, y en sí, el control de su población usuaria por unidades médicas.</p> <p>Asimismo plantear la aplicación de cédulas de evaluación que permitan detectar el nivel de captación por parte de la usuaria de las técnicas y acciones recomendadas por el personal del Programa para la atención del niño y de la mujer</p>
--	---	--	--

<p>5.- Supervisión.</p>	<p>Dentro de la planificación y programación del Programa, se establecen las actividades de supervisión y control de los directivos hacia el personal operativo, pero sin embargo en la aplicación de encuestas no se observa la verificación de las acciones que debe realizar en el domicilio, la madre que maneja al niño sano, ni se identifican guías de observación, supervisión y control del desarrollo del niño, sólo existen gráficas de control de peso y talla, el resto de las funciones de relación, socialización, área psicomotriz y lenguaje, carecen de estas guías que auxilien a la madre en el hogar.</p>	<p>Instrumentos técnicos que se emplean para supervisar a: enfermeras, médicos, asistentes médicas, trabajadoras sociales, dietistas</p> <p>No está establecida la frecuencia de la aplicación de los mismos.</p> <p>Hay homogeneidad para aplicar los instrumentos técnicos.</p> <p>El personal conoce los resultados.</p> <p>Responsables de la aplicación y análisis de los resultados.</p> <p>Los resultados de la supervisión son utilizados para planear mejoras o mantener los procedimientos que generen buenos resultados.</p>	<p>embarazada, considerando para ello la participación del personal experto en otras áreas de la medicina que realizan funciones de orientación, validación de este y otros programas de salud.</p> <p>Que en cada nivel de la estructura se establezca un sistema periódico de supervisión operativa con fines diagnósticos para la retroalimentación y toma de decisiones respecto al desempeño del personal involucrado y medidas que favorezcan el cumplimiento de los objetivos del mismo.</p> <p>Establecer calendarios que especifiquen la frecuencia con que debe llevarse al cabo la supervisión para cada nivel.</p> <p>Que los resultados se den a conocer de manera individual a cada evaluado, para su retroalimentación.</p> <p>Deben ser los jefes inmediatos, con la participación del pedagogo responsable de capacitación, a fin de que éste determine la necesidades de capacitación por persona y puesto.</p> <p>Sistematizar los resultados a efecto de detectar las necesidades de cambio y el reforzamiento de las acciones específicas que hayan demostrado hacer más eficientes las acciones del Programa.</p>
-------------------------	--	---	---

<p>6.-Cumplimiento de funciones.</p>	<p>Se encuentran establecidas en las guías técnicas para el manejo del niño sano; sin embargo, no hay tramos de control bien establecidos en la práctica para verificar el cumplimiento de las funciones que el equipo multidisciplinario tiene y debe de realizar en este Programa; las madres refieren ser bien atendidas con amabilidad, profesionalismo, y cortesía; criterios que podrían ser la base para evaluar la calidad del Programa, aunado a ello está la gran aceptación de la enfermera por las</p>	<p>Instrumentos técnicos que emplea el personal para verificar la asimilación y respuesta de las usuarias.</p> <p>Mecanismos de evaluación del avance del niño entre una y otra consulta.</p> <p>Existe comprobación de las actividades realizadas por el grupo multidisciplinario, quién las comprueba, cada cuando.</p> <p>Fines de los registros del cumplimiento de funciones</p> <p>Se otorga poco material a la madre usuaria para ejercitarlo en el hogar y la información que se les aporta es principalmente de tipo verbal.</p>	<p>Implementar modelos de cuestionarios que con lenguaje sencillo permitan saber si la madre entiende y sabe como aplicar las indicaciones para el manejo del niño sano e identificar signos de retraso en su desarrollo.</p> <p>Completar las guías de observación del niño con campos para el registro de su avance en los aspectos de socialización, maduración, psicomotriz, lenguaje, etc.</p> <p>Es recomendable que para cada integrante del equipo se defina una evaluación del desempeño en las actividades Programadas y las realizadas con el manejo de la madre embarazada y el menor de 5 años.</p> <p>Establecer un control en las unidades de las acciones no cumplidas, verificar su causa y con base en esto retroalimentar a las trabajadoras para mejorar la calidad y eficacia del servicio que se otorga a las madres usuarias y por consecuencia, se coadyuve a una mejor atención de los niños en su proceso de desarrollo psicomotor, social y en general de su salud.</p> <p>Cada unidad médica deberá establecer su presupuesto para la adquisición de apoyos didácticos, diseñarlos cumpliendo con los requisitos establecidos por personal especializado; como el pedagogo, el diseñador gráfico, etc. que asesoraría al equipo en la selección y utilización de los medios de información, comunicación y acercamiento educativo más adecuado para la comunidad;</p>
--------------------------------------	--	---	---

	madres usuarias.		entregarlos a las madres en cada consulta según sea el caso, madre embarazada, o niño menor de 5 años.
--	------------------	--	--

ESQUEMA No. 2

OBJETO GENERAL: POBLACION USUARIA

OBJETO ESPECIFICO	DIAGNOSTICO	DIMENSION	PROPUESTA PEDAGOGICA
1. Características demográficas.	El 87% de la población usuaria radica en el D.F. y el 13 % en el Estado de México.	Un porcentaje aunque bajo de las madres de los niños tiene que desplazarse desde el Estado de México para asistir a su consulta.	Intentar que el Instituto reubique a este porcentaje de usuarias a la unidad médica más cercana a su domicilio, evitando con ello llegar fuera del horario de su cita, o que desista acudir a la unidad por la erogación de recursos económicos que esto representa. Ya que esto, no generaría problemas de continuidad, ya que en todas las unidades médicas de la República se lleva a cabo el Programa.
2. Características socioeconómicas.	<p>El 20% de las madres tiene preparación mínima de primaria, el 48% de secundaria, el 20% de preparatoria, 4% de técnico y sólo 8 % de profesionista.</p> <p>El 75% se dedica a las actividades del hogar y un 25% a otra ocupación, entre ellas, empleadas, obreras, técnicas, comerciantes y muy pocas profesionistas.</p>	La mayoría de las madres asistentes al Programa poseen sólo estudios de educación básica, por lo que su actividad productiva se ve reflejada sólo en el hogar.	<p>Diseñar y utilizar recursos didácticos, tanto económicos como de fácil comprensión y uso, facilitando la funcionalidad en la orientación a la madre y/o acompañante del niño, adecuándose al tipo de población que atiende, ya que son diferentes en cada unidad médica, su nivel educacional, sus centros de interés, sus creencias y sus costumbres.</p> <p>El personal tendrá que hacer uso de técnicas de consejería que permitan a la madre tomar la decisión más acertada de acuerdo a sus posibilidades en el domicilio y conociendo el desarrollo y habilidades de su hijo.</p> <p>Las actividades lúdicas empleadas para el aprendizaje deberán ser sencillas y económicas, contar con ellos en el consultorio, para que la madre</p>

<p>3.-Distribución por grupos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tamaño. - Homogeneidad. - Heterogeneidad. - Contexto físico de la interacción. 	<p>Las madres que asisten al Programa son un grupo heterogéneo, tanto en edad como en preparación y ocupación.</p>	<p>Debe tomarse en cuenta el nivel educativo de las madres para definir la forma en que la orientación se les puede proporcionar en el Programa</p>	<p>durante la consulta los use, exteriorice sus dudas y pueda aplicarlo en su domicilio; además ésta puede sustituir o transformar el recurso que pudiera emplear en casa y favorecer conjuntamente la motivación y creatividad de la madre y el desarrollo de los niños a través de la estimulación temprana.</p> <p>La orientación que se les otorgue a las madres debe cumplir los principios de la enseñanza para adultos y aplicar las bases pedagógicas establecidas para ella.</p> <p>Al ser un grupo heterogéneo, hay que organizar a los grupos, de tal manera que la educación que se imparta se asegure, tanto en grupos donde las madres cuenten con preparación básica, como en los que las madres tengan mayor nivel de preparación. Sin embargo esto no implica aislar un grupo de otro, también pueden organizarse reuniones con madres de diferentes niveles educativos, para llevar al cabo intercambios de ideas, de tácticas, de recursos, que pudieran ayudar a las madres a conocer y compartir diferentes enfoques.</p>
<p>4.- Formas de incorporación al Programa.</p>	<p>El Instituto tiene bien definida su población, siendo ésta cerrada, y específicamente en el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano, el médico familiar es el responsable del envío de la paciente embarazada y posteriormente del niño</p>	<p>El mejor control de las madres embarazadas, presupone disminución de riesgo en el trabajo de parto.</p> <p>Existe mayor acercamiento entre la madre usuaria y la Enfermera Materno-Infantil.</p>	<p>Precisar normas específicas para que en cada unidad médica se asegure que todas las mujeres embarazadas sean controladas y orientadas por la Enfermera Materno-Infantil, dada la aceptación que las madres manifiestan hacia este profesional.</p> <p>Establecer canales de comunicación que estrechen la armonía ente el grupo multidisciplinario y que cada uno de los prestadores de servicio se encuentre sensibilizado para que comprenda el alcance que tiene el Programa a nivel social.</p>

	<p>hacia la Enfermera Materno-Infantil quien operacionaliza el Programa.</p>	<p>El tiempo bien empleado en la atención de la usuaria, asegura cambios de conducta en la vigilancia de la salud tanto de la madre como del niño.</p>	<p>Emplear recursos alternos e incluso innovadores en el material impreso ya sea individual o grupal, para ser ofertado a las madres usuarias que favorezca que aprecien las ventajas de pertenecer y asistir al Programa.</p> <p>Considerar la importancia de programar actividades de convivencia y recreación para las madres usuarias, creando espacios para vivenciar la información, más que para recibirla, para el intercambio de experiencias y para recoger las opiniones, dudas y sugerencias de las usuarias con respecto al Programa en un ambiente más cálido, que les permita una expresión más libre y abierta.</p>
5.-Asistencia	<p>Una vez incorporadas las madres de los niños, las citas se van espaciando conforme el niño crece, perdiéndose un tiempo importante para identificar situaciones no normales en el niño y sobre todo el olvido de la madre a asistir a su cita ya que éstas se espacian entre 4 a 6 meses, tiempo suficiente para perder el interés.</p>	<p>Si la asistencia a las citas en el primer año de vida del niño es importante para controlar su desarrollo, no deja de serlo en el período en que inician otras funciones básicas, como la coordinación psicomotriz, la socialización, el desarrollo del lenguaje, entre otras.</p>	<p>Proponer esquemas de control de las madres a su cita, con llamadas telefónicas previas, mensajes alusivos en el área control, donde se les otorga su cita, mensajes en los carnet, entre otros.</p> <p>Reconsiderar de acuerdo a número de usuarias, el incremento en el número de citas de los niños en las edades de 3 a 5 años, dado el impacto que tiene la asistencia continua del niño al Programa.</p> <p>Programar y diseñar conjuntamente con la Enfermera Materno-Infantil actividades grupales con mamás de niños de edades homogéneas, en las cuales se aborden orientaciones específicas y diversas que puedan ejemplificarse, compartirse y compararse con los avances de un niño a otro.</p> <p>Diseñar un Programa de reconocimiento a las madres con mayor cumplimiento a su consulta.</p>

<p>6.-Deserción o abandono.</p>	<p>El 10% de las madres no asisten a su cita con regularidad, desconociéndose si abandonan el Programa.</p>	<p>La falta de interés y responsabilidad es un factor determinante para que las usuarias deserten del Programa.</p>	<p>Establecer estrategias para elevar la calidad de la atención a través de estudios de investigación, conjuntando esfuerzos con otras disciplinas que enriquezcan el Programa en beneficio de los niños de la propia Institución.</p> <p>El apoyo de la asistente médica y la trabajadora social es imprescindible para que las madres no abandonen el Programa, definiendo estrategias administrativas dentro de la unidad médica que hagan que la usuaria no pierdan sus citas para la vigilancia del niño, haciendo uso de la vía telefónica, visita al domicilio, telegramas, etc.</p>
<p>7.- Aportaciones al funcionamiento del Programa.</p>	<p>Hasta el día de la aplicación de las encuestas no aportan opiniones para el funcionamiento del Programa, ya que éste lo determinan las autoridades institucionales.</p>	<p>Escuchar a las usuarias es valioso para identificar sus necesidades reales, ya que continúan la atención del niño en el domicilio, su opinión sería sustanciosa como lo observamos en el cuadro no. 21 del estudio de campo realizado.</p>	<p>Establecer a las madres usuarias, un sistema de control estadístico confiable, para verificar quién inicia y concluye el control de su hijo, desde que es canalizado con la Enfermera Materno-Infantil, hasta que termina su periodo de estancia en el Programa.</p> <p>Instalar un sistema de control que permita recabar las opiniones de las madres sobre la funcionalidad del Programa, de cómo mejorarlo, enriquecerlo, y hacerlo más acorde a sus necesidades y las características de su entorno.</p> <p>Aplicar las "encuestas" con periodicidad, analizarlas y gestionar ante las autoridades los posibles cambios que las madres sugieren.</p> <p>Formalizar y calendarizar reuniones con el personal de las unidades médicas que participen en el Programa para analizar las "encuestas" y llevar al</p>

8.-Participación en el funcionamiento del Programa.	Las madres usuarias participan en el Programa y conocen los objetivos de manera general en un 92.5%.	La participación activa forma parte de la vigencia del Programa, la información recibida es diversa, pero se ve más aplicada a niños menores de 3 años, perdiéndose la participación de las madres con niños entre los 4 y 5 años de edad.	<p>cabo, en lo posible a corto plazo, los cambios sugeridos por las madres de los niños, identificando a largo plazo el impacto del Programa con la retroalimentación que la opinión de los usuarios pudiera estar marcando.</p> <p>Consolidar un sistema de difusión que asegure mantener y aumentar el porcentaje de participación de las madres.</p> <p>Incrementar el número de consultas de niños mayores de 3 años.</p> <p>Establecer acciones educativas, motivacionales y de interés a las madres para que participen activamente, ya que en esta edad en que la socialización es parte fundamental en el desarrollo del niño.</p>
9.- Actitudes, opiniones, creencias y expectativas.	La actitud de la madre y de los responsables de aplicar el Programa es aceptable, abundando en este estudio las opiniones de mejora para el Programa y poder cubrir las expectativas de las madres y/o acompañante del niño.	En un programa de salud, aplicado a la comunidad, son tan importantes las actitudes y expectativas de los usuarios, como las de los propios trabajadores, ya que son éstos quienes vinculan el Programa con la comunidad usuaria, por lo cual la actitud que ellos adopten en su relación con el usuario y la convicción personal que manifiesten respecto al Programa, puede determinar en gran medida la calidad e impacto del servicio en la población.	<p>Diseñar un proyecto de crecimiento profesional para los trabajadores, dando a conocer a ellos mismos los logros del Programa, para mantenerlos motivados e interesados en sus logros y haciendo notar a la vez sus limitaciones, mejorándolas con la enseñanza tutelar y/o con programas de capacitación dentro y fuera de la Institución.</p> <p>Supervisar y retroalimentar permanentemente el cumplimiento de las funciones de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario, sobre todo en cuanto a la forma en que comunican las orientaciones e información a los usuarios.</p>

ESQUEMA No. 3

OBJETO GENERAL: GRUPO TÉCNICO, MONITORES E INSTRUCTORES

OBJETO ESPECÍFICO	DIAGNÓSTICO	DIMENSIÓN	PROPUESTA PEDAGÓGICA
1.- Características demográficas.	El personal asignado al Programa y que labora en las unidades médicas corresponde al área metropolitana y rural, (el que nos ocupa en este estudio es de la zona metropolitana).	El domicilio donde vive el grupo técnico está cerca de su centro de trabajo. Distancia que recorre diariamente para asistir a su centro de trabajo.	En lo relacionado a la característica demográfica del grupo técnico es difícil aportar alguna propuesta, ya que la adscripción del trabajador es determinada por las instancias administrativas del propio Instituto y una medida para acercar al trabajador a su centro laboral no impacta de manera directa en la calidad de la prestación del servicio.
2.- Características socio-económicas.	Todo el grupo técnico es personal asalariado, cuenta con las ventajas de seguridad social y el prestigio de pertenecer a un grupo socialmente reconocido, no con ello se puede hablar de una satisfacción del grupo técnico al otorgar los servicios sino del aseguramiento económico que le da la pertenencia a una Institución.	El salario que percibe cubre sus necesidades básicas. Le satisface laborar en la Institución Siente que la Institución es bien vista por la comunidad Conoce y se identifica con los objetivos de la Institución Propuestas del personal para mejorar la imagen institucional.	Reforzar permanentemente la identificación del trabajador con la misión institucional y en específico con los objetivos de este Programa, a través de actividades programadas para la interacción del personal que a nivel de las unidades de medicina familiar opera el Programa y de intercambio de experiencias con el personal de otras unidades; así como la difusión de los avances y propuestas para la mejora de los mismos que se efectúen en cada centro de trabajo.
3.- Características profesionales.	Específicamente el personal de enfermería	Existen diferencias con el tipo y	Integrar una base de datos a nivel institucional de la

<p>4.- Niveles de calificación y certificación.</p>	<p>que labora en este Programa, cubre el perfil de técnico en enfermería, siendo el ideal, el de profesional especializado, ya que su desempeño es de gran trascendencia educativa, social y política.</p> <p>Se desconoce si la Institución cuenta con calificaciones que acrediten una certificación.</p>	<p>nivel de estudios del personal, así como en la participación de cursos de extensión específicos del área de Pediatría y Materno Infantil.</p> <p>Hay personal cuya formación básica se llevó a cabo hace mucho tiempo, por lo que los planes de estudio y contenidos cursados ya no son vigentes</p> <p>Se desconoce de la existencia de un inventario de recursos humanos.</p> <p>No existen sistemas de certificación como profesional, ni dentro ni fuera de la Institución, en el caso del personal de enfermería.</p> <p>No se cuenta con un seguimiento de la actuación que ha tenido el</p>	<p>formación y capacitación con que cuenta el personal adscrito a este Programa y diseñar las estrategias y acciones de capacitación y desarrollo, cuya estructura curricular sea acorde con los requerimientos del perfil del puesto que ocupan, lo cual repercutirá en los niveles de eficiencia del Programa.</p> <p>Adicionalmente a la preparación específica que debe tener este tipo de profesionales, por la función educativa que adopten en su participación en el Programa, es necesario que el pedagogo los apoye orientándolos y capacitándolos en el manejo de técnicas y recursos didácticos; así como en el manejo de grupos.</p> <p>Estructurar un inventario de recursos humanos, centrado en la determinación de conocimientos y habilidades requeridas, según el perfil del puesto, considerando los referidos aspectos de manejo del proceso educativo y comunicación con los usuarios, este inventario debería incluir la figura del pedagogo.</p> <p>Proponer la creación de un sistema de certificación para este profesional, diseñado y normado por el propio Sistema de Salud, que se difunda y promueva, desde los niveles de mandos intermedios hasta la base operativa, para contribuir a la profesionalización de este personal de enfermería.</p> <p>Considerar en el seguimiento de este personal, la opinión vertida por los usuarios, motivando a éstos</p>
---	---	---	--

<p>5.- Formas de reclutamiento.</p>	<p>Dentro de la Institución existe el reclutamiento para el personal de enfermería que cubre los requisitos de promoción para que ocupen las plazas de Enfermera Materno Infantil, sin embargo ya se mencionó que su perfil no es el adecuado para llevar a cabo las funciones del Programa.</p>	<p>personal en el tiempo que tiene de prestar sus servicios en este Programa.</p> <p>El reclutamiento es una fase muy importante del control administrativo del recurso humano.</p>	<p>para que se expresen al respecto.</p> <p>Proponer la creación de un sistema de registro que permita contar con el personal disponible que reúna el perfil para ocupar la plaza, y en su caso, incorporar dentro de la evaluación de ese perfil, el conocimiento didáctico y de estimulación temprana que pueda tener el solicitante.</p>
<p>6.- Asistencia.</p>	<p>En términos generales observamos en la aplicación de las encuestas a las madres usuarias que les gusta asistir a su consulta, posiblemente porque aparte de ser bien atendidas, no les suspenden la consulta, siempre se les da la atención aunque no sea siempre la misma enfermera ya que ésta se ausenta por el disfrute de sus</p>	<p>Asiste regularmente a sus labores.</p> <p>Frecuencia del ausentismo.</p> <p>Causas por las que se ausenta.</p> <p>Impacto del ausentismo en la economía del trabajador.</p> <p>Personal que suple las ausencias y atiende a las usuarias</p>	<p>Elaborar una propuesta por el propio personal de la Institución para evitar el ausentismo, estableciendo compromisos personales e institucionales a mediano y largo plazo.</p> <p>Dar a conocer al personal del Programa el impacto económico, social y educativo que causa su ausencia en la satisfacción del usuario y sobre todo en el desarrollo que pudiera observar en el niño menor de 5 años que se encuentra bajo su vigilancia y control.</p> <p>Es recomendable contar con personal capacitado en cada unidad médica para cubrir las ausencias y</p>

	prestaciones como son licencias, vacaciones, comisiones etc., o por otro motivo.	Eficacia de la atención a sus pacientes en su ausencia	establecer un sistema de pago adicional.
7.- Deserción, causas.	La deserción del grupo técnico no se da, ya que es personal de base, protegido por un contrato colectivo de trabajo.	Probables causas por la que el personal desertaría del Programa. Medios institucionales para evitar la deserción.	En cada unidad médica estructurar un inventario que permita conocer las causas que ocasionan las deserciones, analizarlas y establecer acciones que las eviten.
8.- Actitudes, opiniones.	El personal de enfermería asignado al Programa poco opina para llevar a cabo cambios, modificaciones o retroinformaciones ya que refieren que no se les invita y que existen otras instancias (autoridades) que son las indicadas para proponer y realizar dichos cambios.	La actitud del personal hacia las madres usuarias es atenta, profesional y ética; conoce lo que hace, se comunica con facilidad con las madres, se hace entender en sus recomendaciones.	Dada la buena aceptación del Programa por las usuarias, es recomendable que se conozcan los canales que han favorecido esta aceptación y continuar con su uso. Definir un sistema de retroalimentación sistemático, donde las madres externen sus opiniones de las actitudes que el personal tiene en su atención, del cómo desarrollan su trabajo y cómo le agradaría que fuera la interrelación enfermera-usuaria y usuaria-grupo multidisciplinario, verificando que ésta reúna las características de una relación pedagógica, es decir, desde un enfoque que explore la calidad y naturaleza del proceso educativo o sea, los mecanismos de transmisión educativa que se establecen entre el equipo multidisciplinario y el usuario, a través de los cuales se refuerza la aplicación de las orientaciones que para favorecer el desarrollo y salud del niño, se dan en el Programa a las madres usuarias, considerándose de trascendencia que el interrogatorio debe ser dirigido y de tribuna libre

<p>9.- Cumplimiento de funciones.</p>	<p>Dentro del Programa existe un tramo de control que permite evaluar el cumplimiento de funciones del personal operativo; sin embargo durante la aplicación de este estudio no se observó completo.</p>	<p>La planeación y organización de las funciones del personal permite el logro de objetivos y metas.</p>	<p>para que la actitud y opiniones de ambos sean lo más fluido posible.</p> <p>Que las autoridades responsables del Programa conozcan las opiniones de los monitores sobre su atención proporcionada, avances, limitaciones y evidentemente sus propuestas de mejora operativa del Programa.</p> <p>Que esta información se organice y sistematice</p> <p>Definir un instrumento de apoyo que permita identificar el número de acciones realizadas por cada integrante del equipo, comparar la productividad con las metas logradas, difundirlo al grupo y resaltar el impacto positivo y negativo que se tiene, separando acciones educativas de promoción, de prevención y tratamientos otorgados a la madre y al menor de 5 años y sobre todo el impacto de estas acciones en el núcleo familiar, en la comunidad y en el entorno social de cada unidad médica.</p> <p><i>Publicar los avances logrados por unidad.</i></p> <p>Realizar reuniones interinstitucionales para el intercambio de experiencias, enriqueciendo el Programa y considerar al recurso humano el eje central de todo Programa Educativo de Salud.</p>
---------------------------------------	--	--	---

ESQUEMA No. 4

OBJETO GENERAL: CANALES DE COMUNICACIÓN

OBJETO ESPECIFICO	DIAGNOSTICO	DIMENSION	PROPUESTA PEDAGOGICA
<p>1. Dirección de la comunicación: A) Formas</p>	<p>De manera general la forma de comunicación que se da en el Programa hacia los usuarios es de tipo verbal, a través de la entrevista personal dirigida.</p> <p>La escrita se da sólo en un 48%, y, de acuerdo con lo observado en el estudio, es a través de folletos, los cuales se otorgan de la siguiente manera: una sola vez el 4%; en cada consulta, 15%; cada 2 consultas, 4%; y cada 3 consultas, 16%. Específicamente el día en que se aplicó la encuesta el 82% de las usuarias encuestadas no recibió ningún apoyo escrito que pudiera servir de</p>	<p>La comunicación oral debe mejorarse para que el receptor capte la información como lo desea el emisor, siendo de mayor trascendencia si el mensaje se apoya con variedad de recursos didácticos.</p> <p>No existe de manera permanente el acceso a los pocos apoyos escritos que se han diseñado en el Programa para su entrega a la madre usuaria.</p> <p>Así mismo estos folletos carecen de uniformidad en cuanto diseño, criterios de información y forma en que ésta se presenta en los mismos.</p>	<p>Crear un proyecto de diseño específico de difusión, donde participe un grupo de especialistas como educadores, sociólogos, diseñadores gráficos, entre otros, que se apoyen con la experiencia del personal técnico para desarrollar un trabajo más sólido y de mayor utilidad para la madre.</p> <p>Gestionar el apoyo económico a la administración de la unidad médica para contar siempre con estos apoyos.</p> <p>Supervisar y valorar su funcionalidad con el usuario y por el propio equipo multidisciplinario, a través de una cédula que permita conocer los aciertos en los materiales diseñados y como han favorecido en las acciones que en las madres pudieran ejercer con los niños en su domicilio</p>

<p>B) Contenidos.</p>	<p>fuente de información para consultas posteriores.</p> <p>En las cédulas aplicadas en este estudio, las usuarias opinaron que los contenidos del material impreso que se les proporciona durante la consulta es positivo, sólo el 8% de las usuarias considera que el contenido no es entendible o claro, lo percibe como confuso y aburrido.</p>	<p>El contenido de la comunicación verbal y/o escrita debe ser accesible y atractiva para los usuarios.</p>	<p>Los integrantes que manejan el Programa, deben tener una amplia gama de conocimientos, que les permitan presentar la información de manera adecuada a las necesidades, de la población usuaria que es heterogénea.</p> <p>Ofrecer actividades alternativas, como talleres, donde la capacidad de observación, retroalimentación y empatía, sean el eje articular de su metodología, teniendo como resultado personal preparado para saber escuchar y comunicar adecuadamente a la población usuaria.</p> <p>El personal debe basar sus aportaciones y orientaciones en la identificación y jerarquización de las necesidades de cada usuario, para que éstas sean más acertadas.</p> <p>Si usan la comunicación escrita durante las orientaciones que puede ser a través de folletos, periódicos murales, rotafolios, etc., los contenidos deben ser estructurados con base a las necesidades de su población en la Unidad, requiriéndose contenidos con mensajes claros, sencillos, aplicables, económicos y de fácil reproducción, para lo cual debe intervenir el grupo especializado en el que debe contarse con pedagogos, diseñadores gráficos, sociólogos, etc.</p>
-----------------------	---	---	---

<p>C) Retroalimentación.</p>	<p>Existe poca retroalimentación en los diferentes niveles de la estructura y más entre los trabajadores responsables de aplicar el Programa hacia las usuarias.</p>	<p>La retroalimentación es un sensor insustituible que permite establecer la manera y forma en que se está aplicando un programa social como el que nos ocupa.</p>	<p>Crear un sistema de información y retroalimentación que opere en los siguientes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Interno <ul style="list-style-type: none"> Ω Usuaría Ω Enfermera Ω Médico Ω Trabajadora social Ω Asistente Médica Ω Dietista -Externo: <ul style="list-style-type: none"> Ω Investigadores. Ω Tesistas. Ω Prestadores del servicio social. <p>El papel de los participantes externos sería brindar un apoyo permanente que contribuya al conocimiento de la situación del programa y a su mejoría, a través del desarrollo de diversas propuestas.</p> <p>Dado que es un Programa diseñado para cubrir necesidades sociales y en particular el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano que trasciende culturalmente, comprobadas sus bondades en el estudio presentado durante su aplicación en las áreas operativas y con el personal que lo coordina en niveles superiores.</p> <p>La retroalimentación pudiera planearse mediante encuestas y otros indicadores de la calidad para evaluar el impacto, la eficacia y la trascendencia de un Programa Social.</p>
----------------------------------	--	--	--

			<p>Deberán diseñarse estudios de investigación con un enfoque para el usuario, los prestadores de servicio y desde luego dando a conocer los resultados al propio personal y las autoridades locales e institucionales y, a su vez, realizar las gestiones de información a nivel de la Secretaría de Salud, para los cambios que hubieran de hacerse a la norma oficial mexicana.</p> <p>La evaluación o retroalimentación tendrá que planearse de manera permanente y sistematizada para que la toma de decisiones requeridas sea con bases sólidas en bien de los programas y la población que hace usos de ellos.</p>
--	--	--	---

CONCLUSIONES

Es innegable que los Programas de Salud Pública en México han atravesado por momentos difíciles para la solución de problemas, dados por la falta de organización de las instituciones, falta de cohesión política que las norme e incluso la falta de participación de la propia población.

Los programas de salud se vieron obligados a cambiar radicalmente a partir de los años 40, en el que México entra a un desarrollo poblacional, de infraestructura y de mayor demanda de servicios de la sociedad, de tal manera que tuvo que incorporarse a instituciones internacionales dedicadas a normar y establecer los Programas de Salud Pública.

Actualmente en el Sistema de Salud existe aún una gran dispersión de esfuerzos y recursos y por ende una calidad y cobertura ineficiente, por lo que en el Plan Nacional de Desarrollo, se proponen cambios a través de estrategias dirigidas a asegurar la igualdad de oportunidades para el desarrollo equilibrado de la población y sobre todo para los grupos de mayor desventaja económica y social; así como del impulso de una política integral y descentralizada que ha logrado poco a poco los objetivos de salud, pero el cambio aún no está concluido hasta no observarse la aplicación real de la modernización en el Sistema de Salud.

La salud materna e infantil padecieron igualmente poco avance para lograr la salud, muestra de ello es la elevada tasa de morbimortalidad de ésta población sobre todo enfermedades propias de la infancia y las adquiridas durante la gestación como son la desnutrición intrauterina, la prematurez y no es hasta el momento en que se implantan medidas y controles epidemiológicos para el control de esta población, con avances significativos en la prevención de enfermedades por vacunación y orientación a la madre de medidas higiénico dietéticas con el fin de mejorar las condiciones nutricionales del binomio estos, pretendiendo que tengan una vida sana equitativa en oportunidades y se les garantice en el periodo gestacional verse protegidas en su equilibrio bio psico social, evitando con ello la disminución de enfermedades y de las tasas de mortalidad.

Para que en México se pueda contar con acciones promocionales de la salud es indispensable la educación para la salud, la capacitación y la participación social, que son los ejes que deben considerarse en cualquier programa de salud.

Evidentemente, el Programa Institucional de Vigilancia y Atención del Niño Sano es una opción de educación para la salud en la consulta externa, ya que permite desarrollar los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables que ayuden a mejorar y preservar la salud.

Como se pudo observar, la planeación del Programa tiene ventajas significativas y es trascendente por su contenido para la población usuaria; sin embargo no deja

de llamar la atención que su aplicación no es del todo completa, influyendo en éste la limitación de recursos financieros, la falta de orientación didáctica, de planeación educativa y evaluación que se tiene en la aplicación de cada una de las funciones de orientación que tiene que realizar el grupo multidisciplinario y en particular la Enfermera Materno Infantil. Es principalmente, la falta de estrategias de planeación educativa de parte del personal, lo que hace que los objetivos del Programa no se logren conforme a lo esperado.

Sin embargo el Programa no sólo es necesario sino indispensable ya que el atender y observar al niño en su primera etapa de vida en los aspectos de crecimiento, desarrollo físico, psicomotriz, de lenguaje, y de socialización, es posible identificar enfermedades a temprana edad; tener niños sanos y, como expectativa a largo plazo, adolescentes y adultos sanos, con buenos hábitos y con apertura para el autocuidado; lo cual favorece la salud a nivel social, para lo cual es indispensable el apoyo y participación activa de la madre y/o quien realiza la función de atender al niño en la familia.

El estudio realizado en tres Unidades de Medicina Familiar del IMSS, diseñado para identificar la situación que prevalece en el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano, con respecto a las acciones educativas dirigidas a las madres gestantes y/o con hijos de 0 a 5 años, nos permite evidenciar en una población de 240 usuarias, de los datos generales de las madres, que es una población joven, con residencia en Distrito Federal; en un alto porcentaje son madres con poca preparación educativa correspondiendo el 69% con instrucción básica, considerándose que a menor grado de estudios, menor ingreso de recursos económicos y menor oportunidad de ingreso al mercado de trabajo.

Sin embargo, el que estén las madres dedicadas al hogar, permite una mayor convivencia con sus hijos y un mayor acercamiento a los servicios que proporciona el IMSS y, en particular, a las acciones benéficas de los programas orientados al binomio madre-hijo.

Por lo anterior, es conveniente mencionar que existen aspectos de trascendencia en las acciones educativas que pueden emplear las madres en el hogar y el personal responsable del manejo del Programa dentro de las instalaciones de las Unidades de Medicina Familiar, esto permitirá que las usuarias tengan cambios de conducta que favorezcan su salud y la de los integrantes de su familia, cumpliéndose la hipótesis planteada en el estudio.

Igualmente el Programa debe ser observado por el personal como una alternativa de desarrollo profesional, ya que al ser promotor de salud en Programas sociales puede promover, prevenir y evitar las enfermedades en esta población, lo cual redundaría en su satisfacción personal. La vigencia de este Programa dependerá en gran medida de que se concreten las normas y acciones necesarias para considerar los requerimientos de las usuarias para retroalimentar el Programa y su operacionalización.

BIBLIOGRAFIA

Briones, Guillermo. Evaluación de Programas Sociales. Editorial Trillas, México, 1991.

Campero Cuenca, Lourdes. "Calidad de la Relación Pedagógica Médico-Paciente en la Consulta Externa; El Caso de Oaxaca, México." En Revista Salud Pública de México. Vol. 32, No. 2, Marzo, Abril, (19)

Cardona Pérez, Jorge Arturo. La Salud Reproductiva en la Seguridad Social. Un enfoque integral ante la Reforma del Sector Salud en México. Editorial Piensa, México, 1997.

Comisión Nacional de Acción a Favor de la Infancia. Programa Nacional de Acción a Favor de la Infancia 1995-2000. México, S.S.A., 1995.

Coplamar. Necesidades Esenciales en México. Situación actual y perspectiva al año 2000. Salud. Editorial Siglo XXI, México, 1987.

Cusmisky, Marcos. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Washington, OMS-OPS, 1986.

Freire, Paulo. ¿Extensión o comunicación?. La concientización en el medio rural. Editorial Siglo XXI. México, 1998.

Hernán, San Martín. Administración en Salud Pública. Editorial Prensa Médica. México ()

Higashida. Ciencias de la Salud. Editorial Mc Graw Hill. México, 1991

IMSS; Dirección de Prestaciones Médicas. Modelo de Educación para la Salud en Diabetes Mellitus con Enfoque Integral y Transformador. México, 1999.

IMSS, Subdirección General Médica. Apoyos para la Atención Materno-Infantil. Vol. I Colección de Normas para la Medicina Familiar. México, IMSS, 1987.

IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Normatividad en Salud Infantil. México, 1997.

Instituto Nacional de Perinatología. Programas de Educación para la Reproducción. Etapa Gestacional. México, 1983.

Marín Campos, Yolanda. "La investigación educativa como una estrategia para elevar la calidad de la formación del personal de salud". En Revista Facultad de Medicina de la UNAM 3, Julio-Agosto 1990.

Ley General de Salud. Editorial Porrúa. México, 1988.

López Acuña, Daniel. La Salud Desigual en México. Siglo XXI. México, 1980.

ONU. Human Rights Library: Convención Sobre los Derechos del Niño. Universidad de Minesota, 1990.

Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México, 1995.

Soberón, Guillermo. La Salud en México; Testimonios 1998. Tomo II, México, 1998.

UNICEF Hechos y Cifras 1996. Página de la UNICEF.

Viniegra, Velázquez Leonardo. "Los problemas de la educación permanente en la medicina. Revista Facultad de Medicina. UNAM, Vol. 32, No.5, Sept.-Oct. 1989.

W.H, Greene. Educación para la Salud. Editorial Interamericana. México, 1988.

Zedillo Ponce de León, Ernesto. Primer Informe de Gobierno. Tomo II, Desarrollo Social. Talleres Gráficos de México. México, 1996.

ANEXO Nº 1

TABLAS DE REFERENCIA PARA LA VALORACION DEL CRECIMIENTO DEL MENOR DE 5 AÑOS
PESO (KGS.) PARA LA EDAD
NIÑOS

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIA	+1 D.	+2 D.	+3 D.E.
0	2.0	2.4	2.9	3.3	3.8	4.3	4.8
1	2.2	2.9	3.6	4.3	5.0	5.6	6.3
2	2.6	3.5	4.3	5.2	6.0	6.8	7.6
3	3.1	4.1	5.0	6.0	6.9	7.7	8.6
4	3.7	4.7	5.7	6.7	7.6	8.5	9.4
5	4.3	5.3	6.3	7.3	8.2	9.2	10.1
6	4.9	5.9	6.9	7.8	8.8	9.8	10.8
7	5.4	6.4	7.4	8.3	9.3	10.3	11.3
8	5.9	6.9	7.8	8.8	9.8	10.8	11.8
9	6.3	7.2	8.2	9.2	10.2	11.3	12.3
10	6.6	7.6	8.6	9.5	10.6	11.7	12.7
11	6.9	7.9	8.9	9.9	10.9	12.0	13.1
12	7.1	8.1	9.1	10.2	11.3	12.4	13.5
13	7.3	8.3	9.4	10.4	11.5	12.7	13.8
14	7.5	8.5	9.6	10.7	11.8	13.0	14.1
15	7.6	8.7	9.8	10.9	12.0	13.2	14.4
16	7.7	8.8	10.0	11.1	12.3	13.5	14.7
17	7.8	9.0	10.1	11.3	12.5	13.7	14.9
18	7.9	9.1	10.3	11.5	12.7	13.9	15.2
19	8.0	9.2	10.5	11.7	12.9	14.1	15.4
20	8.1	9.4	10.6	11.8	13.1	14.4	15.6
21	8.3	9.5	10.8	12.0	13.3	14.6	15.8
22	8.4	9.7	10.9	12.2	13.5	14.8	16.0
23	8.5	9.8	11.1	12.4	13.7	15.0	16.3
AÑOS/MESES							
2/1	9.0	10.1	11.2	12.3	14.0	15.7	17.4
2/1	9.0	10.2	11.4	12.5	14.2	15.9	17.6
2/2	9.1	10.3	11.5	12.7	14.4	16.1	17.8
2/3	9.1	10.4	11.7	12.9	14.6	16.3	18.0
2/4	9.2	10.5	11.8	13.1	14.8	16.6	18.3
2/5	9.3	10.6	12.0	13.3	15.1	16.8	18.5
2/6	9.4	10.7	12.1	13.5	15.3	17.0	18.7
2/7	9.4	10.9	12.3	13.7	15.5	17.2	19.0
2/8	9.5	11.0	12.4	13.9	15.7	17.4	19.2
2/9	9.6	11.1	12.6	14.1	15.9	17.6	19.4
2/10	9.7	11.2	12.7	14.3	16.0	17.8	19.6
2/11	9.7	11.3	12.9	14.4	16.2	18.0	19.8
3/0	9.8	11.4	13.0	14.6	16.4	18.3	20.1
3/1	9.9	11.5	13.2	14.8	16.6	18.5	20.3
3/2	10.0	11.7	13.3	15.0	16.8	18.7	20.5
3/3	10.1	11.8	13.5	15.2	17.0	18.9	20.7
3/4	10.2	11.9	13.6	15.3	17.2	19.1	21.0
3/5	10.3	12.0	13.8	15.5	17.4	19.3	21.2
3/6	10.4	12.1	13.9	15.7	17.6	19.5	21.4
3/7	10.5	12.3	14.1	15.8	17.8	19.7	21.7
3/8	10.6	12.4	14.2	16.0	18.0	19.9	21.9
3/9	10.7	12.5	14.4	16.2	18.2	20.1	22.1
3/10	10.8	12.6	14.5	16.4	18.4	20.4	22.4
3/11	10.9	12.8	14.6	16.5	18.6	20.6	22.6
4/0	11.0	12.9	14.8	16.7	18.7	20.8	22.8
4/1	11.1	13.0	14.9	16.9	18.9	21.0	23.1
4/2	11.2	13.1	15.1	17.0	19.1	21.2	23.3
4/3	11.3	13.3	15.2	17.2	19.3	21.4	23.6
4/4	11.4	13.4	15.4	17.4	19.5	21.7	23.8
4/5	11.5	13.5	15.5	17.5	19.7	21.9	24.1
4/6	11.6	13.7	15.7	17.7	19.9	22.1	24.3
4/7	11.8	13.8	15.8	17.9	20.1	22.3	24.6
4/8	11.9	13.9	16.0	18.0	20.3	22.6	24.8
4/9	12.0	14.0	16.1	18.2	20.5	22.8	25.1
4/10	12.1	14.2	16.3	18.3	20.7	23.0	25.4
4/11	12.2	14.3	16.4	18.5	20.9	23.3	25.6

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.
Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years, 1977.

TABLAS DE REFERENCIA PARA LA VALORACION DEL CRECIMIENTO DEL MENOR DE 5 AÑOS
PESO (KGS.) PARA LA EDAD
NIÑAS

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIA	+1 D.	+2 D.	+3 D.E.
0	1.8	2.2	2.7	3.2	3.6	4.0	4.3
1	2.2	2.8	3.4	4.0	4.5	5.1	5.6
2	2.7	3.3	4.0	4.7	5.4	6.1	6.7
3	3.2	3.9	4.7	5.4	6.2	7.0	7.7
4	3.7	4.5	5.3	6.0	6.9	7.7	8.6
5	4.1	5.0	5.8	6.7	7.5	8.4	9.3
6	4.6	5.5	6.3	7.2	8.1	9.0	10.0
7	5.0	5.9	6.8	7.7	8.7	9.6	10.5
8	5.3	6.3	7.2	8.2	9.1	10.1	11.1
9	5.7	6.6	7.6	8.6	9.6	10.5	11.5
10	5.9	6.9	7.9	8.9	9.9	10.9	11.9
11	6.2	7.2	8.2	9.2	10.3	11.3	12.3
12	6.4	7.4	8.5	9.5	10.6	11.6	12.7
13	6.6	7.6	8.7	9.8	10.8	11.9	13.0
14	6.7	7.8	8.9	10.0	11.1	12.2	13.2
15	6.9	8.0	9.1	10.2	11.3	12.4	13.5
16	7.0	8.2	9.3	10.4	11.5	12.6	13.7
17	7.2	8.3	9.5	10.6	11.8	12.9	14.0
18	7.3	8.5	9.7	10.8	12.0	13.1	14.2
19	7.5	8.6	9.8	11.0	12.2	13.3	14.5
20	7.6	8.8	10.0	11.2	12.4	13.5	14.7
21	7.7	9.0	10.2	11.4	12.6	13.8	15.0
22	7.9	9.1	10.3	11.5	12.8	14.0	15.2
23	8.0	9.3	10.5	11.7	13.0	14.2	15.5
AÑOS/MESES							
2/1	8.3	9.4	10.6	11.8	13.2	14.6	16.0
2/1	8.4	9.6	10.8	12.0	13.5	14.9	16.4
2/2	8.5	9.8	11.0	12.2	13.7	15.2	16.8
2/3	8.6	9.9	11.2	12.4	14.0	15.6	17.1
2/4	8.8	10.1	11.3	12.6	14.2	15.9	17.5
2/5	8.9	10.2	11.5	12.8	14.5	16.1	17.8
2/6	9.0	10.3	11.7	13.0	14.7	16.4	18.1
2/7	9.1	10.5	11.9	13.2	15.0	16.7	18.5
2/8	9.2	10.6	12.0	13.4	15.2	17.0	18.8
2/9	9.4	10.8	12.2	13.6	15.4	17.2	19.1
2/10	9.5	10.9	12.3	13.8	15.6	17.5	19.4
2/11	9.6	11.0	12.5	13.9	15.8	17.8	19.7
3/0	9.7	11.2	12.6	14.1	16.1	18.0	20.0
3/1	9.8	11.3	12.8	14.3	16.3	18.3	20.2
3/2	9.9	11.4	12.9	14.4	16.5	18.5	20.5
3/3	10.0	11.5	13.1	14.6	16.7	18.7	20.8
3/4	10.1	11.6	13.2	14.8	16.9	19.0	21.1
3/5	10.2	11.8	13.3	14.9	17.0	19.2	21.3
3/6	10.3	11.9	13.5	15.1	17.2	19.4	21.6
3/7	10.4	12.0	13.6	15.2	17.4	19.6	21.8
3/8	10.5	12.1	13.7	15.4	17.6	19.8	22.1
3/9	10.6	12.2	13.9	15.5	17.8	20.1	22.3
3/10	10.7	12.3	14.0	15.7	18.0	20.3	22.6
3/11	10.8	12.4	14.1	15.8	18.1	20.5	22.8
4/0	10.9	12.6	14.3	16.0	18.3	20.7	23.1
4/1	10.9	12.7	14.4	16.1	18.5	20.9	23.3
4/2	11.0	12.8	14.5	16.2	18.7	21.1	23.5
4/3	11.1	12.9	14.6	16.4	18.9	21.3	23.8
4/4	11.2	13.0	14.8	16.5	19.0	21.5	24.0
4/5	11.3	13.1	14.9	16.7	19.2	21.7	24.3
4/6	11.4	13.2	15.0	16.8	19.4	21.9	24.5
4/7	11.5	13.3	15.1	17.0	19.6	22.2	24.8
4/8	11.5	13.4	15.2	17.1	19.7	22.4	25.0
4/9	11.6	13.5	15.4	17.2	19.9	22.6	25.3
4/10	11.7	13.6	15.5	17.4	20.1	22.8	25.5
4/11	11.8	13.7	15.6	17.5	20.3	23.0	25.8

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS. Ginebra, 1983.
Tornadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years, 1977.

TABLAS DE REFERENCIA PARA LA VALORACION DEL CRECIMIENTO DEL MENOR DE 5 AÑOS
TALLA (CMS.) PARA LA EDAD
NIÑOS

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIA	+1 D.	+2 D.	+3 D.E.
0	43.6	45.9	48.2	50.5	52.8	55.1	57.4
1	47.2	49.7	52.1	54.6	57.0	59.6	61.9
2	50.4	52.9	55.5	58.1	60.7	63.2	65.8
3	53.2	55.8	58.5	61.1	63.7	66.4	69.0
4	55.6	58.3	61.0	63.7	66.4	69.1	71.7
5	57.8	60.5	63.2	65.9	68.6	71.3	74.0
6	59.8	62.4	65.1	67.8	70.5	73.2	75.9
7	61.5	64.1	66.8	69.5	72.2	74.8	77.5
8	63.0	65.7	68.3	71.0	73.6	76.3	78.9
9	64.0	67.0	69.7	72.3	75.0	77.6	80.3
10	65.7	68.3	71.0	73.6	76.3	78.9	81.6
11	66.9	69.6	72.2	74.9	77.5	80.2	82.9
12	68.0	70.7	73.4	76.1	78.8	81.5	84.2
13	69.0	71.8	74.5	77.2	80.0	82.7	85.5
14	70.0	72.8	75.6	78.3	81.1	83.9	86.7
15	70.9	73.7	76.6	79.4	82.3	85.1	88.0
16	71.7	74.6	77.5	80.4	83.4	86.3	89.2
17	72.5	75.5	78.5	81.4	84.4	87.4	90.4
18	73.3	76.3	79.4	82.4	85.4	88.5	91.5
19	74.0	77.1	80.2	83.3	86.4	89.5	92.7
20	74.7	77.9	81.1	84.2	87.4	90.6	93.8
21	75.4	78.7	81.9	85.1	88.4	91.6	94.8
22	76.1	79.4	82.7	86.0	89.3	92.5	95.8
23	76.8	80.2	83.5	86.8	90.2	93.5	96.8
AÑOS/MESES							
2/0	76.0	79.2	82.4	85.6	88.8	92.0	95.2
2/1	76.7	79.9	83.2	86.4	89.7	92.9	96.2
2/2	77.3	80.6	83.9	87.2	90.6	93.9	97.2
2/3	78.0	81.3	84.7	88.1	91.4	94.8	98.1
2/4	78.6	82.0	85.4	88.9	92.3	95.7	99.1
2/5	79.2	82.7	86.2	89.7	93.1	96.6	100.1
2/6	79.9	83.4	86.9	90.4	94.0	97.5	101.0
2/7	80.5	84.1	87.6	91.2	94.8	98.3	101.9
2/8	81.1	84.7	88.3	92.0	95.6	99.2	102.8
2/9	81.7	85.4	89.0	92.7	96.4	100.1	103.7
2/10	82.3	86.0	89.7	93.5	97.2	100.9	104.6
2/11	82.9	86.7	90.4	94.2	98.0	101.7	105.5
3/0	83.5	87.3	91.1	94.9	98.7	102.5	106.3
3/1	84.1	87.9	91.8	95.6	99.5	103.0	107.2
3/2	84.7	88.6	92.4	96.3	100.2	104.1	108.0
3/3	85.2	89.2	93.1	97.0	101.0	104.9	108.8
3/4	85.8	89.8	93.8	97.7	101.7	105.7	109.7
3/5	86.4	90.4	94.4	98.4	102.4	106.4	110.5
3/6	86.9	91.0	95.0	99.1	103.1	107.2	111.2
3/7	87.5	91.6	95.7	99.7	103.8	107.9	112.0
3/8	88.0	92.1	96.3	100.4	104.5	108.7	112.8
3/9	88.6	92.7	96.9	101.0	105.2	109.4	113.5
3/10	89.1	93.3	97.5	101.7	105.9	110.1	114.3
3/11	89.6	93.9	98.1	102.3	106.6	110.8	115.0
4/0	90.2	94.4	98.7	102.9	107.2	111.5	115.7
4/1	90.7	95.0	99.3	103.6	107.9	112.2	116.5
4/2	91.2	95.5	99.9	104.2	108.5	112.8	117.2
4/3	91.7	96.1	100.4	104.8	109.1	113.5	117.8
4/4	92.2	96.6	101.0	105.4	109.8	114.2	118.5
4/5	92.7	97.1	101.6	106.0	110.4	114.8	119.2
4/6	93.2	97.7	102.1	106.6	111.0	115.4	119.9
4/7	93.7	98.2	102.7	107.1	111.6	116.1	120.5
4/8	94.2	98.7	103.2	107.7	112.2	116.7	121.2
4/9	94.7	99.2	103.7	108.3	112.8	117.3	121.8
4/10	95.2	99.7	104.3	108.8	113.4	117.9	122.5
4/11	95.7	100.2	104.8	109.4	114.0	118.5	123.1

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.
Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years, 1977.

TABLAS DE REFERENCIA PARA LA VALORACION DEL CRECIMIENTO DEL MENOR DE 5 AÑOS
TALLA (CMS.) PARA LA EDAD
NIÑAS

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIA	+1 D.	+2 D.	+3 D.E.
0	43.4	45.5	47.7	49.9	52.0	54.2	56.4
1	46.7	49.0	51.2	53.5	55.8	58.1	60.4
2	49.6	52.0	54.4	56.8	59.2	61.6	64.0
3	52.1	54.6	57.1	59.5	62.0	64.5	67.0
4	54.3	56.9	59.4	62.0	64.5	67.1	69.6
5	56.3	58.9	61.5	64.1	66.7	69.3	71.9
6	58.0	60.6	63.3	65.9	68.6	71.2	73.9
7	59.5	62.2	64.9	67.6	70.2	72.9	75.6
8	60.9	63.7	66.4	69.1	71.8	74.5	77.2
9	62.2	65.0	67.7	70.4	73.2	75.9	78.7
10	63.5	66.2	69.0	71.8	74.5	77.3	80.1
11	64.7	67.5	70.3	73.1	75.9	78.7	81.5
12	65.8	68.6	71.5	74.3	77.1	80.0	82.8
13	66.9	69.8	72.6	75.5	78.4	81.2	84.1
14	67.9	70.8	73.7	76.7	79.6	82.5	85.4
15	68.9	71.9	74.8	77.8	80.7	83.7	86.6
16	69.9	72.9	75.9	78.9	81.8	84.8	87.8
17	70.8	73.8	76.9	79.9	82.9	86.0	89.0
18	71.7	74.8	77.9	80.9	84.0	87.1	90.1
19	72.6	75.7	78.8	81.9	85.0	88.1	91.2
20	73.4	76.6	79.7	82.9	86.0	89.2	92.3
21	74.3	77.4	80.6	83.8	87.0	90.2	93.4
22	75.1	78.3	81.5	84.7	87.9	91.1	94.4
23	75.9	79.1	82.4	85.6	88.9	92.1	95.3
AÑOS/MESES							
2/0	74.9	78.1	81.3	84.5	87.7	90.9	94.1
2/1	75.6	78.8	82.1	85.4	88.6	91.9	95.1
2/2	76.3	79.6	82.9	86.2	89.5	92.8	96.2
2/3	77.0	80.3	83.7	87.0	90.4	93.8	97.1
2/4	77.6	81.0	84.5	87.9	91.3	94.7	98.1
2/5	78.3	81.8	85.2	88.7	92.1	95.6	99.0
2/6	79.0	82.5	86.0	89.5	93.0	96.5	100.0
2/7	79.6	83.2	86.7	90.2	93.8	97.3	100.9
2/8	80.3	83.8	87.4	91.0	94.6	98.2	101.7
2/9	80.9	84.5	88.1	91.7	95.4	99.0	102.6
2/10	81.5	85.2	88.8	92.5	96.1	99.8	103.4
2/11	82.1	85.8	89.5	93.2	96.9	100.6	104.3
3/0	82.8	86.5	90.2	93.9	97.6	101.4	105.1
3/1	83.4	87.1	90.9	94.6	98.4	102.1	105.9
3/2	84.0	87.7	91.5	95.3	99.1	102.9	106.6
3/3	84.5	88.4	92.2	96.0	99.8	103.6	107.4
3/4	85.1	89.0	92.8	96.6	100.5	104.3	108.2
3/5	85.7	89.6	93.4	97.3	101.2	105.0	108.9
3/6	86.3	90.2	94.0	97.9	101.8	105.7	109.6
3/7	86.8	90.7	94.7	98.6	102.5	106.4	110.3
3/8	87.4	91.3	95.3	99.2	103.1	107.1	111.0
3/9	87.9	91.9	95.8	99.8	103.8	107.8	111.7
3/10	88.4	92.4	96.4	100.4	104.4	108.4	112.4
3/11	89.0	93.0	97.0	101.0	105.1	109.1	113.1
4/0	89.5	93.5	97.6	101.6	105.7	109.7	113.8
4/1	90.0	94.1	98.1	102.2	106.3	110.4	114.4
4/2	90.5	94.6	98.7	102.8	106.9	111.0	115.1
4/3	91.0	95.1	99.3	103.4	107.5	111.6	115.8
4/4	91.5	95.6	99.8	104.0	108.1	112.3	116.4
4/5	92.0	96.1	100.3	104.5	108.7	112.9	117.1
4/6	92.4	96.7	100.9	105.1	109.3	113.5	117.7
4/7	92.9	97.1	101.4	105.6	109.9	114.1	118.4
4/8	93.4	97.6	101.9	106.2	110.5	114.8	119.0
4/9	93.8	98.1	102.4	106.7	111.1	115.4	119.7
4/10	94.3	98.6	102.9	107.3	111.6	116.0	120.3
4/11	94.7	99.1	103.5	107.8	112.2	116.6	121.0

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.
 Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years. 1977.

Anexo No. II

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ACATLAN

CUESTIONARIO A MADRES USUARIAS

Deseamos conocer su opinión acerca de la orientación que hasta la fecha se le ha brindado en el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano en ésta Unidad de Medicina Familiar.

Marque con una X su respuesta y complemente los espacios.

GRACIAS POR SU COLABORACION

Fecha _____

U.M.F. 20 41 44

1.- Edad de la madre _____ años.

2.- Lugar de nacimiento: México D.F. () Otro Estado de la República ()

3.- Lugar donde su ubica su domicilio: D. F. () Estado de México ()

4.- Marque el nivel escolar que haya cursado completo:

Primaria () Secundaria () Preparatoria () Profesional ()

5.- Se dedica exclusivamente al hogar:

Si ()

No () Qué otra actividad

realiza

6.- Número de hijos 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () más de 5 ()

7.- Tiene hijos de 5 años o menos: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

8.- Quién colabora en el cuidado de sus hijos: Solo usted ()

Su pareja ()

Ambos ()

Otros ()

Quién _____

9.- Tiempo que tiene como derechohabiente en el IMSS:

- de un año () de 1 a 3 años () de 3 a 5 años () + de 5 años ()

10.- Tiempo que tiene de asistir al Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano:

-de 1 año () 1 a 3 años () 3 a 5 años () +de 5 años ()

11.- Cuántos de sus hijos trae al Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano:

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

12.- Cuántos de sus hijos fueron atendidos en este Programa:

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

13.- Trae al niño a sus consultas:

Siempre () Casi siempre () De manera ocasional ()

14.- Quién le ha proporcionado información sobre este Programa:

Médico () Enfermera () Trabajadora Social () Dietista () Otro ()
Especifique: _____

15.- Cuáles son los objetivos del Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano, mencione al menos uno:

16.- A través de que medios le han proporcionado esta información:

Películas () Pláticas () Carteles () Rotafolio () Periódico mural ()
Otros () Especifique: _____

17.- Los contenidos de esta información se refiere a:

Cruce en la columna de la derecha su respuesta

a) Nutrición	SI	NO
b) Alimentación al seno materno	SI	NO
c) Vigilancia de talla y peso	SI	NO
d) Aplicación de vacunas	SI	NO
e) Aparición de dientes	SI	NO
f) Ejercicios Físicos	SI	NO
g) Desarrollo del lenguaje	SI	NO
h) Seguir con la mirada objetos	SI	NO
i) Arrullar con música	SI	NO
j) Tocar diferentes texturas	SI	NO
k) Hacerle caricias, sonreírle	SI	NO
l) Convivencia en el medio familiar	SI	NO
m) Cuidado y aseo personal del niño	SI	NO
n) Uso de papel y lápiz	SI	NO

18.- La información de los contenidos la considera:

Completa () Suficiente () Regular () Insuficiente ()

19.- Qué tipo de material le han proporcionado en el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano en esta Unidad:

Folletos () Cuadernillos () Volantes () Ningún material ()

Otro ()

Cuál _____

20.- El material que le proporcionaron:

- | | | |
|---|----|----|
| a) Lo leyó | SI | NO |
| b) Le entendió | SI | NO |
| c) Le pareció claro | SI | NO |
| d) Le pareció aburrido | SI | NO |
| e) Le pareció confuso | SI | NO |
| f) Le ofrece recomendaciones | SI | NO |
| g) Lo que le recomiendan es de utilidad | SI | NO |
| h) Le gustó | SI | NO |
| i) Lo aplicaría | SI | NO |

21.- Con qué frecuencia le otorgan este material:

En cada consulta () Cada 2 consultas () Cada 3 consultas () Nunca ()

22.- Al término de la sesión de hoy recibió material: Si () No ()

23.- Recibió orientación sobre su uso: Si () No ()

24.- ¿Qué tipo de actividades le gustaría que se realizaran en esta Unidad para que la atención de su hijo sea más provechosa?

25.- ¿Cómo percibe su hijo la atención que se le da en la Unidad?

- | | | |
|-------------------------------|----|----|
| a) Le gusta asistir | SI | NO |
| b) Se molesta cada que asiste | SI | NO |
| c) Se enoja | SI | NO |
| d) Le gusta como lo tratan. | SI | NO |

26.- De los materiales que ha recibido que información le gustaría conocer con más amplitud:

27.-¿Le gustaría recibir mas materiales de apoyo de los que hasta hoy le han proporcionado?

SI () Cuáles _____

NO ()

28.- La atención que ha recibido por parte del personal de la Unidad le parece:

a) Cálida SI NO

b) Amable SI NO

c) Informada SI NO

d) Profesional SI NO

Si alguna de sus respuestas es negativa aclare porqué

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS ACATLAN

ENCUESTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

- ◆ Objetivo: Identificar el perfil profesional y las necesidades de capacitación del personal que labora en el PROGRAMA DE VIGILANCIA Y ATENCION DEL NIÑO SANO.
- ◆ Indicaciones: Llene los espacios en blanco y marque con una X la respuesta que considere.

Nombre: _____ Fecha: _____

Unidad de Medicina Familiar No: _____ Turno: _____ Categoría: _____

Edad: _____ Antigüedad en el I.M.S.S. _____

Tiempo que tiene laborando en el Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano: _____

	SI	NO
Formación Académica: Preparatoria completa	_____	_____
Enfermería Básica (3 años)	_____	_____
Licenciatura en Enfermería	_____	_____
Postécnico en Pediatría	_____	_____
Postécnico en Salud Comunitaria	_____	_____
Otro, especifique	_____	_____

	SI	NO
Capacitación: 1. Curso de Lactancia Materna	_____	_____
2. Manejo del Niño Sano	_____	_____
3. Crecimiento y desarrollo del niño	_____	_____
4. Estimulación Temprana	_____	_____
5. Programa de Vacunación Universal	_____	_____
6. Patología más frecuentes en niños menores de 5 años	_____	_____
7. Técnicas de Consejería	_____	_____
8. Didáctica General	_____	_____
9. Manejo de Grupos	_____	_____
10. Tecnología Educativa	_____	_____
11.-Otros, especifique	_____	_____

¿Ha participado en modificaciones al Programa? SI ____ NO ____

¿ Por qué? _____

¿Su participación fue a nivel de su Unidad o fuera de ella? _____

¿Qué tipo de sugerencias ha aportado al Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano y otros Programas de Salud? _____

¿Qué actividades didácticas ha realizado para la operacionalización del Programa?

¿Considera que su función en este Programa tiene proyección hacia la comunidad? SI ____ NO ____

Cómo _____

Realiza algunas acciones extramuros de competencia en este Programa:

SI ____ NO ____ Porque _____

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo No. IV

GUIÓN PARA LA ENTREVISTA AL PERSONAL COORDINADOR

Preguntas que contempló la Entrevista aplicada al personal coordinador de enfermería.

1. ¿Qué ventajas observan del Programa de Vigilancia y Atención del Niño Sano?
2. Expectativas que espera de este Programa
3. ¿A que le atribuye la falta de acciones didácticas?
4. ¿Qué limitaciones identifica en el Programa?
5. ¿Qué opina de la formación académica que tiene el personal materno infantil?
6. ¿Cómo considera el desempeño de las enfermeras?
7. ¿Qué le parece la estructura actual del Programa y qué le agregaría?