

00662

3
2ei



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION
División de Estudios de Posgrado

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
DE LAS UNIDADES DE ATENCION MEDICA DEL
PRIMER NIVEL, DE LA SECRETARIA DE SALUD
EN EL DISTRITO FEDERAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ADMINISTRACION DE LA
ATENCION MEDICA Y DE HOSPITALES

P R E S E N T A :
ESTHER GUADALUPE LEIVA RUIZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. CARLOS MARTINEZ GUTIERREZ



MEXICO, D. F.

1986

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LAS UNIDADES DE ATENCION MEDICA DEL PRIMER NIVEL, DE LA SECRETARIA DE SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL.

I N D I C E

PAGINA

Prólogo

Introducción 1

Capítulo I.- "Antecedentes"

1.1 Marco Teórico de Referencia 6

1.2 Marco Conceptual 18

Capítulo II.- "Nociones Generales"

2.1 Los Centros de Salud Comunitarios 32

2.2 Planteamiento del Problema 38

2.3 Hipótesis de Trabajo 40

2.4 Metodología 41

Capítulo III.- "Recopilación de la Información"

3.1 Objetivos 43

3.2 Determinación del Universo 44

3.3 Determinación de la Muestra 48

3.4 Diseño de los Instrumentos de Trabajo 51

3.5 Prueba Piloto 55

3.6 Diseño del Cuestionario Definitivo 57

PAGINA

<u>Capítulo IV.- "Presentación y Discusión de</u> <u>Resultados"</u>	59
<u>Capítulo V.- "Conclusiones y Recomendaciones"</u>	83
Bibliografía	91
Anexos	93

Glosario de Términos

Prólogo.

Toda organización de Salud Pública, ya sea que exista un sector nacional de salud dirigido y manejado dentro de criterios, objetivos y procedimientos uniformes, o bien que existan subsectores institucionales responsables de funciones o de atención a grupos de población específicos, debe sustentarse en factores políticos, técnicos y administrativos que proporcione congruencia a su función, desarrollo y capacidad operativa.

Los recursos de salud, organizados dentro de un sistema, deben tener elementos que determinen la gama de sus servicios, la calidad en que éstos se deban prestar y las fórmulas básicas para su adecuada marcha y control técnico-administrativo.

En 1981 se creó el Programa de Atención a la Salud a población marginada en grandes urbes con el propósito de brindar una atención a nivel primario de la mejor calidad posible contando con personal capacitado para abatir las enfermedades prevenibles principalmente, para lo cual se crearon los Centros de Salud T-III, T-II y T-I.

Esta investigación hace un estudio desde el punto de vista organización de estos centros de atención primaria a la salud en el D.F. con el fin de analizar su estructura en relación con las funciones que desempeñan y los servicios para los que fueron creados, con el propósito de verificar si esta organización es la adecuada para el logro de sus objetivos.

I N T R O D U C C I O N

Entre los problemas básicos de nuestro país, destaca por su importancia, la satisfacción de esa necesidad vital que es la salud y que por decreto presidencial se ha dado a conocer en el Diario Oficial de Noviembre de 1982; "La Salud es un Derecho Social de todos los seres humanos", conscientes que el estado de salud es uno de los principales indicadores del grado de desarrollo de un país.

Lo anterior ha reforzado la aceptación universal del derecho a la salud, así como el desarrollo de Tareas y Trabajos de carácter sectorial cuya finalidad es llevar a la práctica las fórmulas que hagan accesibles los servicios de salud a todos los mexicanos, independientemente de su posición económica o social.

La Secretaría de Salud a través de la Dirección de Salud Pública en el Distrito Federal desde su fundación, ha tenido como máxima preocupación la salud de la población. Con este criterio en 1978 decidió ampliar la cobertura de sus servicios hacia las familias que se encuentran ubicadas en zonas carentes de servicios y de poca accesibilidad económica, cultural y política, formado para ello Centros de Salud Comunitarios, integrados por un grupo interdisciplinario de médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

Esta política de proporcionar acceso a los servicios de salud, especialmente a los grupos más expuestos a los daños, debe superar en la práctica numerosos obstáculos de fi-

nanciamiento y organización para lograr el establecimiento de un sistema de alcance nacional capaz de organizar servicios con diferente complejidad, que cuente con el personal idóneo, que facilite la administración y que, en general, funcione con la eficiencia necesaria para resolver problemas y contribuir realmente al bienestar global de la población del país.

En México existen diversas experiencias en el desarrollo de servicios de salud, tanto para el área urbana como en la rural; se han desarrollado programas de atención primaria y se han construido e instrumentado unidades de atención primaria, a menudo como resultado de promociones coyunturales por necesidades sentidas por grupos de usuarios y, muy frecuentemente por promociones de los prestatarios de los servicios. Estas acciones han tenido como finalidad resolver un problema existente; sin embargo, parece ser que han conformado una estructura carente de uniformidad y relación, dificultando su organización y control.

No obstante la importancia que tienen estas unidades de atención primaria, no se han realizado estudios para evaluar su funcionamiento en relación a su organización que muestren de una manera objetiva si están alcanzando los objetivos para los que fueron diseñadas.

Por lo anterior, la presente investigación, pretende dar respuesta a esta necesidad.

En el capítulo I, que trata los Antecedentes, se da

nanciamiento y organización para lograr el establecimiento de un sistema de alcance nacional capaz de organizar servicios con diferente complejidad, que cuente con el personal idóneo, que facilite la administración y que, en general, funcione con la eficiencia necesaria para resolver problemas y contribuir realmente al bienestar global de la población del país.

En México existen diversas experiencias en el desarrollo de servicios de salud, tanto para el área urbana como en la rural; se han desarrollado programas de atención primaria y se han construido e instrumentado unidades de atención primaria, a menudo como resultado de promociones coyunturales por necesidades sentidas por grupos de usuarios y, muy frecuentemente por promociones de los prestatarios de los servicios. Estas acciones han tenido como finalidad resolver un problema existente; sin embargo, parece ser que han conformado una estructura carente de uniformidad y relación, dificultando su organización y control.

No obstante la importancia que tienen estas unidades de atención primaria, no se han realizado estudios para evaluar su funcionamiento en relación a su organización que muestren de una manera objetiva si están alcanzando los objetivos para los que fueron diseñadas.

Por lo anterior, la presente investigación, pretende dar respuesta a esta necesidad.

En el capítulo I, que trata los Antecedentes, se da

un marco teórico de referencia del Tema en Cuestión, que es la Estructura Organizacional de los Servicios de Salud con énfasis en el primer nivel de atención. Así mismo se da un Marco Conceptual, a fin de ubicar y familiarizar al lector con los términos utilizados en la redacción del trabajo, tales como: Atención Médica, Salud, Niveles de Atención, Atención Primaria.

En el capítulo II se dan nociones generales de la investigación; como el planteamiento del problema a solucionar, las hipótesis de trabajo, la metodología que utilizó para -- aceptar o rechazar dichas hipótesis.

El capítulo III, titulado Recopilación de la Información, presenta los objetivos, la determinación del universo; la determinación de la muestra; el diseño de los instrumentos de trabajo; la prueba piloto y el diseño del cuestionario definitivo.

El capítulo IV presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, para lo cual se requirió no solo del criterio del autor de la presente investigación sino de la valiosa experiencia, juicio y observación del asesor y orientador de la presente, evitándose al máximo cualquier -- sesgo o parcialidad en la misma.

En el capítulo V Conclusiones y Recomendaciones, se da respuesta a las hipótesis planteadas al inicio de la investigación. Se hacen las recomendaciones en los puntos que -- así lo requieren planteando alternativas de solución posi---

bles de realizar.

Finalmente se incluye la bibliografía utilizada, así como los anexos que complementan e ilustran el tema.

CAPITULO I

Antecedentes.

1.1. Marco teórico de referencia

- . Evolución histórica de la atención médica y su problemática
- . El Plan Nacional de Desarrollo
- . El Programa Nacional de Salud

1.2 Marco Conceptual

- . Sistema de Servicios de Salud
- . Atención Primaria de Salud
- . Atención Médica
- . Niveles de Atención.

1.1. Marco Teórico de Referencia.

. Evolución histórica de la Atención Médica y su problema.

Dentro del concepto del sector salud está considerada la atención médica, o sea todas las acciones de salud relacionadas con la profesión médica, especialmente las que se refieren a promover, proteger, recuperar la salud y rehabilitar, y en términos generales puede decirse que el problema de salud ha dejado de ser un hecho individual o casual de relación entre el médico y el paciente y que se ha convertido en un concepto de solidaridad y colaboración nacional e internacional cuyo principal mecanismo de trabajo es la acción que realizan en la nación los diversos gobiernos de los países en relación; unos, con mecanismos sociales que no sólo prevén los riesgos de perder la salud, sino que comprenden los resultados económicos de esta pérdida a través, de indemnizaciones, pensiones, rehabilitación, etc., y otros simplemente considerando la responsabilidad social que tiene el estado moderno de garantizar un grado mínimo de salud a todos sus habitantes a través de mecanismos gubernamentales, cuyo objetivo principal es la atención médica.

La atención médica históricamente se había desarrollado considerando en forma independiente las acciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, y por otra parte, considerando las acciones tendientes a curar cuando se había presentado la enfermedad. Sin embargo, el concepto actual es-

el de considerar una atención médica, o medicina integral, o sea la reunión de las acciones tendientes a prevenir, curar y rehabilitar. Es más, su organización para atender colectividades es relativamente reciente, lo que ha originado que a veces se confunda la organización de la atención médica con la salud pública, máxime que estos dos campos integran el sector salud, y entre ellos existe solo una tenue frontera que es la medicina preventiva.

Debe entenderse que la atención médica está integrada por acciones de salud dirigidas a personas, en tanto que la salud pública se caracteriza por dirigir sus acciones de salud hacia las comunidades, el saneamiento ambiental y la educación higiénica son sus principales campos de actividad; sin embargo, es necesario tener presente que las acciones de salud de tipo individual repercuten indudablemente en beneficio de la comunidad y viceversa.

CONDICIONES OPTIMAS DE LA ATENCION MEDICA.

Los mecanismos sociales modernos requieren la planificación y administración de ambos campos; sin embargo, para que la atención médica sea eficaz, debe desarrollarse dentro de un plan general de administración, es decir, la sublimación de los recursos, dado que en la actualidad proteger la salud es un procedimiento costoso para cualquier tipo de sociedad. Un aspecto importante por considerar, dentro de las características de la atención médica en un país, es el que-

se refiere a que llene los siguientes requisitos:

Universal, es decir, que tenga la posibilidad de alcanzar a todos los habitantes de una nación, sin tener en cuenta su condición económica, social, racial o religiosa.

Suficiente, es decir, que contenga los recursos en la cantidad necesaria para cubrir las necesidades que demanda la colectividad, de manera que dicha demanda se satisfaga.

Eficaz, es decir, que tenga la calidad necesaria, y se proporcione con la oportunidad debida; esto significa utilizar los avances de la ciencia y de la técnica médica, y tener al alcance para proporcionarlos en el momento en que se requiera los auxilios de estas disciplinas para resolver los diversos problemas.

Integral, esto significa que debe comprender no sólo los aspectos de prevenir sino también de curar y de rehabilitar, tomando en cuenta que están íntimamente ligados los fenómenos físicos y los psíquicos al desarrollo de la personalidad de los individuos y su adaptación al medio.

Eficiente, es decir, debe costar lo que justamente valga, o bien, debe entenderse que los recursos empleados deben ser los mínimos, para obtener el máximo de resultados.

Justa, desde el punto de vista social; es decir, que penetre a los sectores más pobres de la población, con la misma calidad con que se imparte a los más privilegiados, y con la idea de que pague más el que tiene más, por el que su

fre más; y por último:

Humanística, es decir, debe considerarse al individuo con toda la dignidad que merece su categoría de ser humano, y especialmente si se toma en cuenta que en esos momentos está en posibilidad de sufrir o de morir.

Esto es lo que puede considerarse, en términos generales, una buena y eficiente atención médica.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE ORGANIZACION.

Entre los problemas importantes en relación con la dirección de programas de salud integral o de atención médica, hay que considerar la necesidad de contemplar diversas modalidades.

Primero. Que exista un comando único, es decir, que parta de una sola autoridad o de una junta directiva, o de una comisión de integración o de coordinación de servicios médicos, toda una política que comprenda programas, normas y supervisión, y que opere la descentralización de la autoridad y de la ejecución, con objeto de que esta autoridad se transmita y se delegue, en caso necesario, para producir los efectos que se desean.

Segundo. La delegación de la autoridad debe ser justamente proporcional a la responsabilidad, así pues, se deben delegar en forma nacional, regional o local una serie de funciones de decisión en relación con problemas específicos.

Tercero. Debe contar con la cooperación activa e informada de la comunidad, es decir, se debe tratar de que exis

ta un diálogo permanente entre los elementos que proporcionan la atención médica y los que reciben estos servicios.

Cuarto. Debe haber cooperación activa e informada de los funcionarios que recojan diferentes tipos de información, especificando la que tiene importancia local, la que debe servir en forma regional y por fin, la que debe concentrarse de manera nacional, con objeto de que la evaluación, el diagnóstico y las tendencias o modificaciones que se hagan del programa de salud puedan tomarse en función de bases objetivas.

Quinto. Que se establezca un eficiente sistema de información que permita la evaluación objetiva y la adecuada retroalimentación del sistema al repetir el ciclo.

PROBLEMAS MAS IMPORTANTES DE OPERACION.

Hay una serie de problemas en relación con la atención médica que es necesario señalar como los más importantes, independientemente de la organización interna de las unidades médicas, que originan los desfinanciamientos crónicos que repercuten en pérdida de horas de trabajo, en relación con el personal, o desperdicios y fugas, si se trata de materiales.

Se notan, por ejemplo, problemas en relación con sistemas poco eficaces de compra y abastecimientos, pues a veces no solo la compra es cara sino inapropiada y otras veces inoportuna.

En relación con las unidades médicas, hay que señalar problemas graves en cuanto al mantenimiento, por lo complejo-

de las instituciones médicas, en que existen diversos tipos de equipos, diferentes instrumentos, y diversos materiales de consumo, etc., y que a veces su reparación y reposición de refacciones son inadecuadas, sobre todo en lo que se refiere a mantenimiento preventivo, que generalmente no se contempla en muchos sistemas de atención médica, y sólo se realiza el mantenimiento correctivo, la restitución del equipo o la reconstrucción de los edificios.

También existen problemas graves en relación con la falta de eficiencia y preparación del personal, pues cada vez más la atención médica moderna requiere de técnicos en diversas actividades, no sólo médicas sino paramédicas y administrativas, relacionadas con la propia atención médica, y por excepción se encuentran programas de adiestramiento de todo tipo, no solo de los directivos sino de cuadros intermedios, o de trabajadores manuales; de esto se desprende que se observarán graves problemas hasta en el funcionamiento eficiente, en sistemas de aseo y de higiene ambiental, que son fundamentales, tratándose de atención médica.

También es de considerar la repercusión que puede originar la falta de instrucción en enfermos y familiares, en relación con la modificación favorable del ambiente en que viven estas personas, y estos son capítulos amplísimos que no solo se refieren a patrones culturales que tienen que ver con alimentación, vivienda, vestido, sino también recreación, educación general e higiénica, higiene industrial em-

pleo adecuado del tiempo libre, etc.

Existen también graves problemas en los sistemas de admisión y canalización correcta de los pacientes, en que muchas veces los pacientes se refieren demasiado tarde, y por tanto el tratamiento es más costoso.

Hay problemas graves en relación con el funcionamiento y capacidad de los locales, pues muchas veces estos no se aprovechan totalmente; otras veces las unidades fueron planeadas en forma defectuosa las de más allá, o bien han sido planeadas para poblaciones menores y por tanto son incapaces de desahogar la demanda, y en otras, por lo contrario, no se ha considerado la demanda y fueron planeadas en exceso; por tanto quedan los recursos ociosos, sin utilizarse en forma racional.

Existe también una multiplicación, a veces exagerada, de centros hospitalarios, correspondiendo a servicios similares o de diversos gremios, o multiplicación de elementos dentro de las unidades médicas, tales como laboratorios, salas de operaciones, salas de hospitalización, cocinas periféricas, instrumental, equipos, etc. y que vienen significando una sobreinversión muchas veces ruinosa, o lo inapropiado de equipos que no se han comprado en relación con las necesidades.

También hay organizaciones deficientes en las consultas externas y atenciones a domicilio, en las que se observan pérdida de tiempo, de recursos, o atención poco oportuna es común observar que la falta de servicios eficientes de consul

ta externa y atención domiciliaria aumenta innecesariamente - el promedio de estancias o de casos que no requieren hospitalización en los hospitales del sistema. Se observa desinterés de la clase médica, o de los estudiantes de medicina, por la falta de programas de docencia o de investigación clínica, y relaciones humanas precarias entre el personal y los pacientes.

Otro aspecto importante es la penetración de los sistemas de regionalización, pues en muchos casos éstos sólo retrasan la situación urbana y la atención se limita a niveles suburbanos, observándose debido a la falta de adecuado financiamiento, a mala comunicación, o a la dispersión de la población en que los sectores rurales sean los que carezcan de sistemas adecuados, de captación y resolución de sus necesidades.

Existen también problemas agudos en relación con la escasez de profesionales en las diversas técnicas de la salud, y esto se debe en primer lugar a que no se preparan en cantidad suficiente, y después a que una buena proporción del personal técnico se dedica a funciones administrativas, o deserta porque no está satisfecha con el ingreso o con las funciones técnicas a las cuales se dedica. Este déficit de recursos humanos no solo se observa entre el personal que se dedica a la profesión de la medicina, sino en las diversas ramas paramédicas, tales como enfermeras, dietistas, archivistas clínicos, farmacéuticos o funciones no médicas tales como con

tabilidad de unidades médicas, servicios de mantenimiento, -
de aprovisionamiento de personal, de intendencia, de lavandería
ría, etc.

EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

"El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 contempla entre sus objetivos fundamentales, el iniciar los cambios cualitativos que requiere el país para acceder a una sociedad igualitaria. Sociedad Igualitaria en todas sus dimensiones: igualdad en la economía, igualdad social e igualdad ante la justicia.

Dentro de las estrategias que será necesario instrumentar para consolidar esa sociedad igualitaria destaca la promoción decidida de la satisfacción de las necesidades de alimentación, salud, educación y vivienda". (1)

La Secretaría de Salud, en su carácter de coordinadora del Sector Salud, ha formulado el Programa Nacional de Salud 1984-1988, con la participación de las entidades públicas coordinadas orgánica y programáticamente, así como de los sectores social y privado participantes.

El Programa Nacional de Salud incorpora los propósitos que en la materia establece el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y se orienta al cumplimiento de las finalidades que contempla el derecho a la protección de la salud.

El propósito básico de este Programa es elevar el nivel de salud de la población, procurando tender a la plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención) y al mejoramiento de la calidad bá

(1) Lic. Miguel de la Madrid H. Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Boletín S.S.A./ extraordinario agosto 1984.

sica de éstos, así como a través de la protección social de los grupos vulnerables, todo ello mediante la consolidación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud racional y eficiente.

El Programa Nacional de Salud se compone de cuatro partes fundamentales:

- Diagnóstico general;
- Objetivos, metas y estrategias generales;
- Programa de Acción (lineamientos programáticos), y
- Proyectos, estrategias y vertientes de instrumentación.

En la primera parte, que comprende una revisión del estado actual de la salud de los mexicanos, se determinan los antecedentes institucionales y legislativos, así como las características, elementos orgánicos y problemas fundamentales que enfrentan los servicios de salud en las áreas de atención médica y salud pública.

En la segunda parte se definen los objetivos, las metas y las estrategias generales tanto sustantivas como instrumentales que permitirán su consecución. El propósito básico se desenvuelve en seis objetivos generales que orientarán las acciones de la Administración Pública y se fijan las principales metas de resultados y algunas metas operativas, seleccionadas estratégicamente por las propias instituciones.

Para el logro de los objetivos y metas, se identificaron cinco estrategias instrumentales que envuelven los pro

gramas de acción y los proyectos estratégicos y que son las mismas que harán posible la consolidación del Sistema Nacional de Salud:

- Sectorización;
- Modernización Administrativa;
- Descentralización;
- Coordinación intersectorial; y
- Participación de la comunidad.

En la tercera parte se identifican programas de acción (lineamientos programáticos) y cuatro programas de apoyo que, en suma, pretenden lograr: proporcionar atención médica a toda la población y mejorar su calidad básica; abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles y limitar -- las no trasmisibles; promover la salud de la población; coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y del medio ambiente; apoyar la disminución de los niveles de fecundidad; contribuir al bienestar social de la población por medio de la asistencia social a los grupos más vulnerables.

La última parte del Programa Nacional de Salud comprende los proyectos estratégicos y las acciones que el sector se propone efectuar relacionándolas con las vertientes de coordinación y cuya realización permitirá incidir en el mejoramiento del nivel de salud de la población, particularmente en áreas rurales y urbanas rezagadas; tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, sobre todo, -- del nivel primario.

1.2. Marco Conceptual.

El sistema de Servicios de Salud.

El sistema de servicios de salud es un conjunto de mecanismos debidamente seleccionados y organizados, a través de los cuales los recursos de infraestructura de salud y los recursos humanos se ordenan y estratifican por medio de un proceso administrativo y de la organización de la tecnología médica sanitaria, para ofrecer prestaciones de salud integral.

Se considera que para que estas prestaciones tengan impacto en el nivel de salud y bienestar deben ser accesibles a toda la comunidad, sin excepciones, tener calidad uniforme y proporcionarse en forma continua e integral, de acuerdo a las necesidades del ser humano.

El sistema, aunque diseñado para proporcionar servicios de salud a toda la población, debe contener los mecanismos de flexibilidad adecuados para: atender a grupos prioritarios; realizar subprogramas para resolver problemas de salud de carácter local o regional; contener fórmulas de infraestructura y de recursos humanos para atender las características variables de la población y su concentración demográfica.

Los puntos anteriores, que son evidentes para los trabajadores de salud pública, y en especial para los planificadores, de hecho establecen requisitos básicos para orga-

nizar la atención a la salud, al permitir que se desarrollen sólo los proyectos que se sustenten en personal con la preparación adecuada para proporcionar servicios de calidad uniforme, que sean aceptados por la comunidad y que tengan trascendencia en el nivel de la salud.

El sistema de servicios de salud se basa en los siguientes conceptos:

a) Los niveles de atención a la salud se traducen, en la práctica, en la agrupación estratificada de recursos para satisfacer necesidades determinadas, cuya organización debe dirigirse hacia la solución de problemas específicos y el logro de una máxima eficiencia en la producción y prestación de los servicios.

La organización de servicios de salud se basa en el conocimiento de la naturaleza del problema a solucionar, la condición o situación de salud que requiere atención y el contenido tecnológico para satisfacer esa necesidad; es decir, en la relación entre la situación de salud y la complejidad de servicios requeridos para atenderla.

Por lo tanto, el proceso de establecimiento de un sistema escalonado de servicios no consiste solamente en el proceso de catalogar unidades, sino que representa una serie de acciones de reorganización general, destinadas a desconcentrar la atención de la salud mediante un sistema de niveles accesibles para quienes necesiten dicha atención, a través de mecanismos de coordinación y apoyo entre dichos nive-

les. Dando preferencia a los servicios de atención primaria de tipo preventivo y ambulatorio, reservando la atención hospitalaria para quienes la necesitan en forma indispensable.

b) La administración Pública y la Atención Médica en el país conforman una serie de recursos legales, tecnológicos y de estructura sanitaria que, debidamente llevados a la comunidad a través de paquetes definidos de servicios permiten un mayor impacto en el nivel de salud y una óptima utilización de los recursos que a ella se destinan en el país

c) La Medicina Familiar, concepto ampliamente experimentado en nuestro país y base funcional del desarrollo de la atención médica, debe tener su expresión en el diseño del nivel de atención primaria; el objeto de esto es que sea un médico, sujeto a selección para su ingreso, y posteriormente objeto de un programa de educación continua, el responsable de un grupo determinado de familias.

A través de un programa de actividades y de procedimientos de trabajo definidos, se pretende lograr que el médico y el personal del equipo de atención primaria entren desde un principio en contacto con la familia, conozcan su integración, su vivienda, y su medio ambiente; y dentro del proceso de su atención sigan su historia y cambios en el nivel de salud, para estar en condiciones de establecer las medidas promocionales educativas y curativas que la familia requiera, y así, a través de un proceso de control y vigilancia permanente, ejerzan la medicina familiar, contando para-

ello con el apoyo institucional.

d) El equipo de salud a nivel primario, se integra por el médico familiar, la enfermera y el promotor de la salud, cada uno de ellos con un papel definido para la atención individual, familiar y comunitaria, con la finalidad de atender integralmente al ser humano y su medio ambiente.

Este equipo de salud tiene definidas sus acciones, precisadas sus metas con base en rendimientos promedio, y delineados sus procedimientos básicos de trabajo. Este planteamiento es un factor de trascendencia para el desarrollo de los servicios, constituye la esencia de la programación, la precisión de la cobertura y el instrumento de control de la marcha de los servicios por unidades, equipos y personas.

e) El papel de la comunidad ha sido un factor de trascendencia para el funcionamiento de los programas de salud; de la adecuada participación de ella depende en mucho el éxito de dichos programas, sin embargo, su incorporación ha sido un instrumento estratégico de difícil aplicación. Por ello el modelo del sistema comprende mecanismos para lograr la participación de la comunidad; uno de los más importantes es la inversión que se hace en recursos profesionales y tiempo necesarios para organizar a dicha comunidad, con la finalidad de que ésta intervenga en el manejo de los programas y emprenda y ejecute por sí misma obras de beneficio para su salud y para el mejoramiento de su medio ambiente.

f) El acceso a los Servicios, señalado como una de -

las características básicas del sistema, se lleva a cabo a través de la creación de unidades de servicios, tanto de atención primaria como de atención secundaria, en lugares estratégicamente ubicados y lo más cercanos que sea posible al lugar donde tales servicios se requieran. La accesibilidad a los servicios puede lograrse mediante diversas estrategias; no en todos los casos es necesaria la construcción de nuevas unidades, ni es costable crear unidades para cada grupo de población dispersa, ni las brigadas médicas móviles son capaces de proporcionar atención permanente, y tampoco es conveniente fraccionar las unidades hospitalarias para atender a poblaciones rurales; por lo tanto se han definido fórmulas para la creación de unidades de primer nivel y segundo que, ubicadas conforme a criterios de agrupación poblacional, permitan cumplir con la cobertura asignada, que se concentren los recursos en áreas donde su funcionamiento sea adecuado, y que se impulse el uso de medios de comunicación para la transportación de pacientes hacia las unidades.

g) El tipo de unidades se caracteriza, a nivel, primario, por unidades de consulta externa, denominados centros de salud comunitarios, que son dimensionados para albergar equipos de salud integrados por médico, enfermera y promotor, suficientes para atender a grupos de población residentes dentro de sus áreas de cobertura, y que se delimitan por tiempos máximos de traslado, generalmente a pie.

- Concepto de Atención Primaria de Salud: "Es una estrategia para lograr la extensión de la cobertura de servicios de salud. Comprende un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de las comunidades. Es parte de un enfoque que conjuga, a nivel de comunidad y en función de sus características socioeconómicas y culturales, los elementos necesarios para producir un efecto significativo en la salud y bienestar de sus miembros.

La estrategia de la atención primaria de salud se basa en:

- . La aceptación, el estudio y la adecuación de las acciones que tradicionalmente ha realizado la comunidad para atender a sus necesidades de salud. (Sistema Tradicional Comunitario).
- . La reorientación dentro del enfoque de desarrollo unificado, de las acciones del sector salud, fundamentalmente en el primer nivel de atención. Se entiende como Sector Salud el conjunto de instituciones públicas y de instituciones o personas privadas (Sistema Institucional).
- . El desarrollo de mecanismos de articulación que permitan la adecuada interrelación entre ambos sistemas y aseguren el acceso de la población a todos los niveles de atención del Sistema Institucional⁽²⁾.

(2) "Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad". IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington, D.C. 1977. OPS/OMS.

A nivel de atención secundaria, se dimensionan los hospitales, considerando el número de camas suficientes para atender eficaz y eficientemente a una población definida, residente dentro de su área de influencia y referida por los servicios de atención primaria.

Se ha definido que las unidades tengan características arquitectónicas que se reflejen en funcionalidad adecuada y presentación digna, plantillas tipo y cuadros básicos de equipo preestablecidos.

h) La Atención Médica, como acción organizada por el Estado, constituye una responsabilidad determinada por la demanda social de servicios, así como por las necesidades del desarrollo y se define como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de promover, sostener y restaurar su salud; es integral en tanto que considera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y comprende servicios preventivos curativos y de rehabilitación, los cuales se pueden proporcionar en el domicilio, la vía pública, el consultorio, la clínica y el hospital.

Las actividades básicas de la Atención Médica son:

- . Prevención de enfermedades y promoción de la salud del individuo, como parte de un programa específico o como complemento de las demás actividades de la atención médica.
- . Diagnóstico clínico cuya finalidad es caracterizar los problemas de salud de los individuos y el ámbito en que se desarrollan. Se suele apoyar en los

servicios auxiliares de diagnóstico, como el laboratorio, los estudios anatómicos patológicos y los de electrodiagnóstico.

.Tratamiento médico o quirúrgico que incluye la atención de urgencias.

.Rehabilitación física y mental

.Actividades derivadas de ciertos programas de salud pública dirigidos a la colectividad; pero donde sus miembros son individualmente considerados. Es el caso de los programas de vacunación, de atención materno-infantil y de planificación familiar, de control de paludismo y de algunas enfermedades infecciosas y de la detección de diversos padecimientos de orden biológico, o de tipo socioambiental, tales como el alcoholismo y las toxicomanías.

La Salud es uno de los valores fundamentales del individuo, y también lo es de la colectividad; sin una población sana es difícil obtener el desarrollo social y económico. En la actualidad se entiende por Salud: no sólo la ausencia de enfermedad, sino aquel estado de bienestar que se logra en un individuo o en una colectividad cuando existe la armonía de condiciones favorables de existencia biológica, psicológica y social.

El sistema de Servicios de Salud esta integrado por tres Niveles de Atención:

.El primero es responsable del tratamiento y seguimiento de patologías sencillas y de la promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente; se apoya en los niveles superiores adonde refiere tempo-

ralmente a pacientes o a los que señala problemas -- ambientales. En general, las actividades del primer nivel se enfocan primordialmente a preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos que se presentan con frecuencia, y cuya resolución es -- factible mediante una combinación de recursos simples y poco complejos.

Corresponden al segundo nivel las actividades dirigidas a la restauración de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad; los servicios que otorgan son proporcionados a pacientes derivados del primer nivel de atención y a los que se presentan espontáneamente con urgencia médico-quirúrgicas.

El tercer nivel es aquel que realiza actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento que han sido referidos por otros niveles de atención.

La integración del sistema que se describe a continuación tiene su expresión práctica en cada uno de los tres niveles de atención, a través de los siguientes puntos:

- Acciones a realizar y servicios a proporcionar.
- Tipo de unidades y dotación de los recursos físicos y humanos en las mismas.

Primer Nivel de Atención.- La infraestructura, recursos y organización de este nivel corresponden al hecho de -- que su finalidad es la atención de necesidades de salud simples, frecuentes y que requieren recursos combinados de poca complejidad, accesibles a la población dependiente y de corta duración en su utilización por el usuario.

Las acciones deben tener calidad uniforme, ser capaces de atender cuando menos el 85% de los problemas que se presenten, incluir la participación de la comunidad, y su -- costo no debe ser elevado.

Los elementos básicos de la organización operativa -- de este nivel son los siguientes:

- **Servicios.**- Las actividades que se traducen en los servi- cios básicos que caracterizan a este nivel, están dirigi- das no sólo a la atención de los problemas, sino también a a la modificación positiva de un estado de salud. En la ga- ma de dichos servicios y forma de proporcionarlos, la Orga- nización Mundial de la Salud reconoce que puede existir di- versas modalidades, según país, situación social, grado de desarrollo institucional, disponibilidad de recursos profe- sionales, etc.

Aun cuando las características básicas son la simpli- dad de los recursos, en la práctica la combinación de los- mismos puede no ser tan sencilla, y requerir de la conjuga- ción operativa de recursos médicos, de enfermería y de promo- ción social, para realizar tareas tales como la detección --

de enfermedades crónico-degenerativas, vigilancia epidemiológica y organización de la comunidad. Debe tener un conjunto de servicios y una compleja tarea organizacional, si se desea que la atención para ser aceptada por la comunidad sea uniforme y de buena calidad, y al mismo tiempo se tiene que garantizar la permanencia de las acciones.

Las actividades que deben desarrollar los equipos de atención primaria y que definen, asimismo, los servicios a proporcionar, son los siguientes:

- .Conocimiento del estado de salud individual, familiar y comunitario.
- .Orientación y capacitación de la población dependiente para el cuidado de su salud, mediante la formación de grupos de: adultos (comité de salud); grupos juveniles; embarazadas y madres de periodo de lactancia; mujeres en edad fértil; escolares.
- .Nutrición.- Orientación nutricional; alimentación complementaria a menores de cuatro años, embarazadas y madres en periodo de lactancia.
- .Promoción para el saneamiento. Apoyo a la vigilancia y control sanitario del medio ambiente.
- .Control de enfermedades prevenibles por vacunación:- vacunación a menores de 5 años contra la poliomielitis, sarampión, difteria, tos ferina y tétanos; a los menores de 14 años vacunación contra la tuberculosis, y aplicación del toxoide tetánico y antitifoí

dica a grupos expuestos a alto riesgo.

.Detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas.

.Control y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles.

.Consulta médica general por grupos de edad, que comprenden: a enfermos; a sanos; de planificación familiar; de control del embarazo; detección de incapacidades y referencia para su rehabilitación; atención y referencia de urgencias médico-quirúrgicas.

.Atención odontológica a grupos prioritarios y atención de urgencias.

.Capacitación y adiestramiento a personal auxiliar de la comunidad.

.Referencia.-De pacientes al hospital general; para estudios de laboratorio y gabinete al hospital general; para problemas de control sanitario y ambiental al centro jurisdiccional de administración en salud; para notificación y control epidemiológico al centro jurisdiccional.

Con el fin de mantener uniformidad en las acciones y beneficios, se pretende que las actividades mencionadas se proporcionen en forma constante en todo servicio de atención primaria; cualquier omisión puede significar un deterioro de la calidad; sin embargo, la intensidad, enfoque o prioridad con que se realicen deberán depender de un sistema de progra

mación que parta de un diagnóstico de la comunidad, del seguimiento de las acciones y de la aplicación de lineamientos operativos definidos por el nivel central.

CAPITULO II

NOCIONES GENERALES.

- 1.- Los Centros de Salud Comunitarios
- 2.- Planteamiento del Problema
- 3.- Hipótesis de Trabajo
- 4.- Metodología

1. Los Centros de Salud Comunitarios.

El Programa de Atención a la Salud con prioridad en la Medicina General Familiar de la Secretaría de Salubridad y - Asistencia, está sustentado en la política de accesibilidad de los Servicios de Salud Pública a toda la población y especialmente a los grupos que no han sido integrados al proceso de desarrollo del país, el Distrito Federal se ha dividido - en base a la distribución política y geográfica de las 16 jurisdicciones sanitarias para optimizar la utilización de los recursos. Se puede decir que la Jurisdicción Sanitaria es el término que califica a un conjunto de servicios operativos y sus elementos de enlace técnico administrativo para la atención de un núcleo demográfico residente en un área geográfica determinada, su adecuada integración y funcionamiento es de especial importancia para el buen desarrollo del Sistema de Salud.

La Jurisdicción Sanitaria representa un instrumento de organización de especial trascendencia para la prestación de servicios integrales de salud a la comunidad a través de las Unidades Aplicativas creadas para este fin las cuales han -- sido ubicadas de acuerdo a las necesidades de la población y son clasificados en Centros de Salud Comunitarios Tipo I para atender 500 familias, Tipo II para 3000 familias, Tipo -- III para 6000 familias y T III A para brindar atención a más de 6000 familias.

La población a atender puede encontrarse en áreas urba-

nas, en algunos casos densamente concentradas, ó bien dispersa en áreas rurales, ó en núcleos inmediatos a las manchas urbanas.

A medida que se vaya poniendo en práctica la atención primaria a base de módulos en poblaciones de escaso número de habitantes, será posible ubicar centros adecuados para la atención global de dichas comunidades. Sin embargo, existe una serie de comunidades de carácter rural cuyas dimensiones demográficas son inferiores al volumen requerido para otorgar un mínimo de servicios por equipo interdisciplinario; para estos casos se establece una forma de atención que permite proporcionar servicios mínimos a partir de una unidad física, ubicada estratégicamente, para lograr cobertura a varias comunidades con base en isócronas de traslado; para ello se ha diseñado el centro de salud comunitario rural, unidad de atención para población dispersa, atendida por un médico o pasante de medicina y un promotor, que son responsables de un grupo de comunidades a partir de una unidad funcionalmente central. Se ubica en localidades con población concentrada mínima de 2,500 habitantes y no mayor de 6,000 habitantes.

Un factor de organización operativa que se conserva estable, independientemente del tipo de unidad es la cobertura definida de 3,000 personas por equipo de atención primaria, que asegura la atención de calidad uniforme, de programación y de evaluación de las acciones; además se mantienen indica-

dores constantes de eficiencia operativa del programa.

Las unidades físicas de atención primaria son las siguientes:

- Centro de Salud Comunitario Rural
- Centro de Salud Comunitario Tipo I
- Centro de Salud Comunitario Tipo II
- Centro de Salud Comunitario Tipo III
- Centro de Salud Comunitario Tipo III-A

Esta investigación tiene como objeto de estudio los cuatro últimos centros arriba mencionados (Centros de Salud Comunitarios Tipo I, II, III y III-A), los cuales tienen las siguientes características:

- Centro de Salud Comunitario Tipo I.-

Se ubica en localidades urbanas y suburbanas. Tiene la responsabilidad de atender una población dependiente de 3,000 a 6,000 habitantes que resida dentro de un área geográfica limitada por una isócrona de 20 a 30 minutos de desplazamiento a pie.

En caso de población dependiente mixta (concentrada y dispersa), la isócrona será de una hora de desplazamiento utilizando los medios de transporte habituales.

Para su operación se integran hasta dos equipos interdisciplinarios, formados por:

- . Un médico general titulado
- . Un promotor en salud
- . Una enfermera general

y apoyados por:

- . un oficial administrativo.

Cada módulo atiende a 3,000 habitantes.

-- Centro de Salud Comunitario II.-

Se ubica en localidades urbanas y suburbanas, y es responsable de la salud de 6,001 a 18,000 habitantes que residen en un área geográfica de:

- . Población dependiente concentrada:

20 a 30 minutos de desplazamiento a pie.

- . Población dependiente dispersa:

Una hora de desplazamiento utilizando los medios habituales de transporte.

Para su operación se requiere de:

- . Tres a seis médicos generales
- . Tres a seis promotores de la salud
- . Tres a seis enfermeras

Manteniendo el sistema modular de equipos integrados -- por médico, enfermera y promotor por cada 3,000 habitantes, -- son apoyados por: un oficial administrativo y dos intendentes.

-- Centro de Salud Comunitario Tipo III.-

Tiene capacidad para atender de 18,001 a 36,000 habitantes, y se ubica en una población dependiente esencialmente urbana y agrupada, ó en la localidad de mayor concentración demográfica, en caso de que deba atender a población depen-

diente dispersa.

Es responsable de la salud de los habitantes que residen en un área geográfica con:

- . Población dependiente concentrada:

Cuyas isócronas de desplazamiento a pie hacia el centro comunitario sea de 20 a 30 min.

- . Y en el caso de población dependiente dispersa:

Una hora de desplazamiento por los medios de transporte habituales.

Para su operación dispone de los equipos de atención -- primaria de la salud que resulten necesarios, así como de un módulo de atención primaria de salud bucal, El personal requerido según los grupos de 3,000 habitantes a atender es -- de:

- . Seis a doce médicos generales
- . Seis a doce promotores de la salud
- . Tres odontólogos generales
- . Cuatro auxiliares de odontólogo
- . Seis a doce enfermeras
- . Cuatro oficiales administrativos

Son apoyados por: Tres intendentes y tres veladores.

- Centro de Salud Comunitario III-A.-

Tiene capacidad para atender a más de 36,000 habitantes, se ubica en una población dependiente esencialmente urbana y agrupada, ó en la localidad de mayor concentración demográfica

ca, en caso de que deba atender a población dependiente dispersa.

En cuanto a isócronas cuenta con las mismas que el centro de salud comunitario tipo III.

Para su operación dispone de los equipos de atención -- primaria de la salud que resulten necesarios, así como de -- dos módulos de atención primaria de salud bucal, cuenta además con servicios de laboratorio y Rayos X. El personal requerido según los grupos de 3,000 habitantes a atender es -- de:

- . Doce a veinte médicos generales
- . Seis a doce promotores de la salud
- . Tres a seis odontólogos generales
- . Cuatro a ocho auxiliares de odontólogo
- . Doce a veinticuatro enfermeras
- . Ocho oficiales administrativos

Son apoyados por seis intendentes y cuatro veladores.

2. Planteamiento del Problema.

Cuando estudiamos la historia es fácil identificar que todas las culturas han tenido una forma eficaz de relacionar los recursos con sus funciones para lograr sus propósitos, - es decir, de organizarse para satisfacer sus necesidades ya que no puede considerarse al ser humano como una entidad - - aislada, sino en constante interrelación con sus congéneres y con su medio ambiente.

El proceso administrativo se entiende como algo dinámico que consiste en: planear, organizar, dirigir y controlar. A partir de esta referencia podemos concluir que la organización es la etapa del proceso administrativo en la que se estructura las relaciones que deben existir entre funciones, - niveles y actividades, distribuyendo la autoridad y la responsabilidad y estableciendo los adecuados canales de comunicación, con el fin de facilitar el logro de los objetivos.

La importancia de realizar un análisis de la estructura organizacional estriba en la generación de conocimientos - - útiles e indispensables para fijar la autoridad y responsabilidad correspondiente a cada nivel; determinar como deben dividirse las grandes actividades especializadas, necesarias - para lograr un fin general y delimitar las obligaciones que tiene cada unidad de trabajo.

En el campo de la atención médica el proceso de organización promueve la búsqueda, solución y aplicación de los - -

procedimientos funcionales de tipo asistencial, administrativo, educativo y de investigación; con el objeto de utilizar los recursos de una manera eficiente en la provisión de servicios de salud individual y comunitaria.

A pesar de la importancia que tienen las unidades de Atención Médica del Primer Nivel de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal, no se han hecho estudios para evaluar el funcionamiento de éstas en lo que se refiere a su organización, si están alcanzando los objetivos para los que fueron diseñadas. Por tal motivo, la presente investigación pretende dar respuesta a esta carencia.

3. Hipótesis de Trabajo.

La presente investigación pretende comprobar ó refutarlo siguiente:

Las Unidades de Atención Médica del Primer Nivel de la Secretaría de Salud, en el Distrito Federal:

- a) No cuentan con una organización estructural perfectamente definida para el logro de sus objetivos.
- b) No hay una relación directa entre estructura organizacional y funciones desempeñadas.
- c) Al no existir un equilibrio entre estructura organizacional y funciones se genera una subutilización de recursos.

4. Metodología.

Con la finalidad de recabar la información necesaria para poder realizar el análisis de las Unidades de Atención Médica del primer nivel de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal, objeto de estudio de esta investigación.

Se seleccionó como instrumento de medición el cuestionario por considerarlo el más apropiado para llegar adecuadamente a los sujetos de estudio.

Así mismo se requirió del auxilio de entrevistas personales y observación directa, permitiéndose con ello profundizar en los puntos de mayor relevancia y lograr una imagen completa de la estructura organizacional y funcionamiento que priva los servicios de salud a nivel primario.

Los cuestionarios se aplicaron a los directivos de las diferentes unidades, previa solicitud de entrevista vía telefónica.

Debido al tamaño del universo se determinó una muestra que fuera representativa de la población, agilizando con ello la obtención de datos.

Una vez obtenida la información se tabuló, se diseñaron cuadros que ayudaron al análisis e interpretación de la misma, llegando a conclusiones y haciendo en los casos que así lo requerían sugerencias a las mismas.

CAPITULO III

RECOPIACION DE LA INFORMACION

- 1.- Objetivos**
- 2.- Determinación del Universo**
- 3.- Determinación de la Muestra**
- 4.- Diseño de instrumentos**
- 5.- Prueba Piloto**
- 6.- Diseño del Cuestionario Definitivo**

1. Objetivos.

GENERAL.-

Identificar, analizar y comparar la organización estructural y funcional de las unidades de atención médica del primer nivel de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal.

ESPECIFICOS.-

- a) Identificar las características de la etapa de organización en las unidades de atención médica del primer nivel.
- b) Identificar los principios básicos de la organización en la dinámica de las unidades de atención médica del primer nivel.
- c) Verificar la estructura organizacional y funcional de las unidades de atención médica del primer nivel.
- d) Analizar los resultados de operación de las unidades de atención médica del primer nivel, según su estructura organizacional.

2. Determinación del Universo.

El universo también conocido por población, se refiere a un grupo o conjunto de personas o cosas particulares, que constituyen el objeto de estudio de una investigación determinada y respecto a los cuales se planea generalizar.

Para obtener la información necesaria de esta investigación fue necesario acudir a consultar las siguientes fuentes de datos:

- a) La Dirección General de Salud Pública en el D.F., -
Departamento de Atención Médica
Oficina de Atención Primaria en Areas Marginadas.
- b) Las Jefaturas de las 16 Jurisdicciones Sanitarias -
que existen en el D.F., a continuación relaciona-
das:

I.	Gustavo A. Madero	II.	Azcapotzalco
III.	Iztacalco	IV.	Coyoacán
V.	Villa Alvaro Obregón	VI.	Magdalena Contre- ras
VII.	Cuajimalpa	VIII.	Tlalpan
IX.	Iztapalapa	X.	Xochimilco
XI.	Milpa Alta	XII.	Tlahuac
XIII.	Miguel Hidalgo	XIV.	Benito Juárez
XV.	Cuauhtémoc	XVI.	Venustiano Carran- za

De acuerdo a la información obtenida en estas fuentes de datos se determinó el tamaño del universo de la presente

investigación, encontrándose 215 Unidades de Atención Médica de Primer Nivel, distribuidas en cuatro zonas (ver cuadro 1)

CUADRO I:

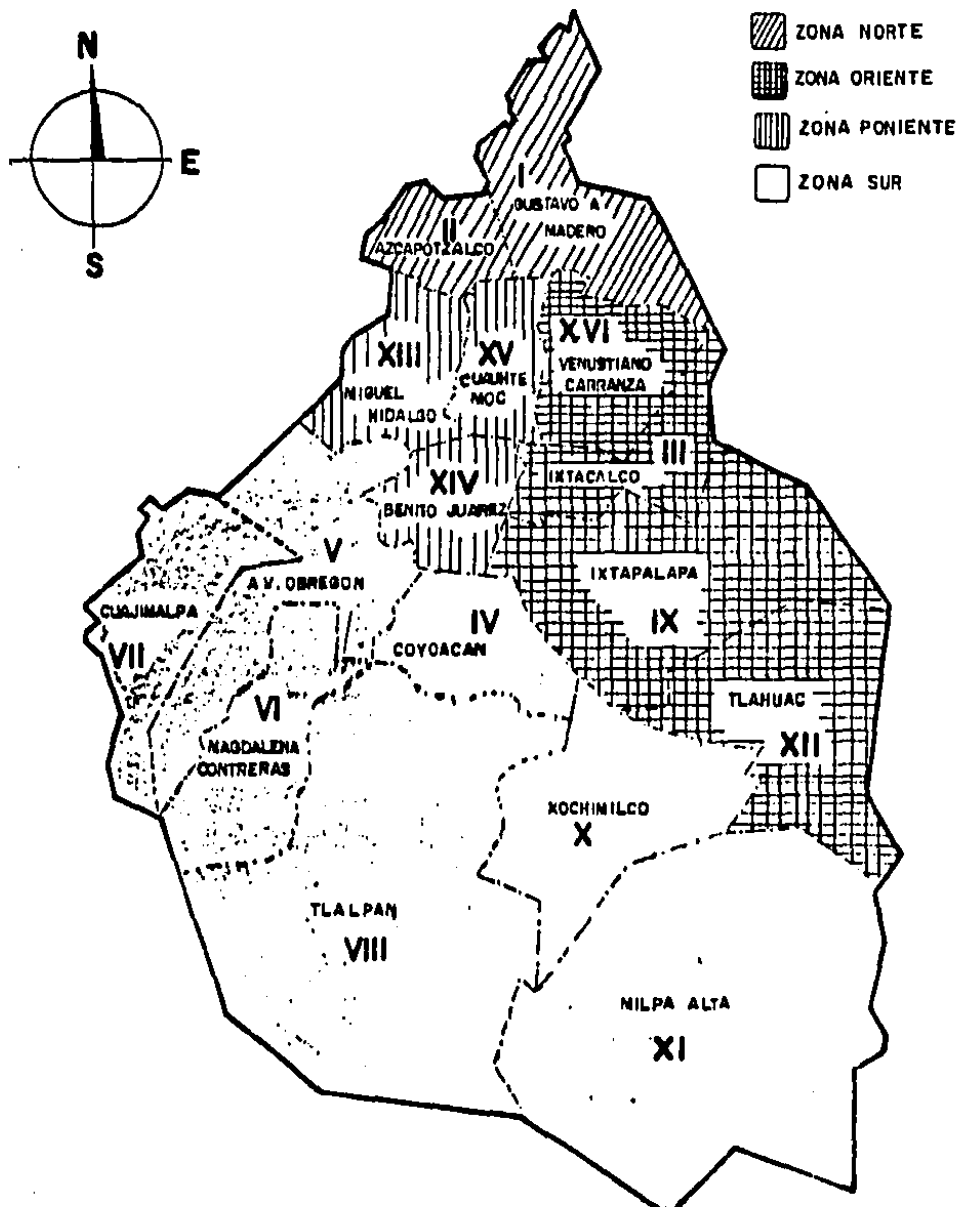
DISTRIBUCION POR ZONAS DE LAS UNIDADES
DE ATENCION MEDICA DE PRIMER NIVEL
EN EL DISTRITO FEDERAL.

1985

ZONAS	No de UNIDADES	%	NO DE JURIDICCIONES
I ZONA NORTE	48	22 %	2 JURIDICCIONES
II ZONA ORIENTE	59	28 %	4 "
III ZONA PONIENTE	18	8 %	3 "
IV ZONA SUR	90	42%	7 "
TOTAL:	215	100%	16 JURIDICCIONES

**FIG. I UBICACION DE LAS 16 JURISDICCIONES
SANITARIAS DEL D. F.**

...47



3. Determinación de la Muestra:

La muestra, es cierto número de unidades que son representativas de la población o universo, porque contiene todas las características que pueden inferir el comportamiento de todo el universo.

El universo de la presente investigación lo conforman 215 Unidades de Atención Médica de Primer Nivel.

El procedimiento utilizado para la determinación de la muestra fue el Muestreo Aleatorio Simple para poblaciones finitas, aplicando la siguiente fórmula:

①

$$\frac{t^2 pq}{d^2}$$

n =

$$1 + \left[\frac{1}{N} \left(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1 \right) \right]$$

En donde:

n = tamaño de la muestra

t = nivel de confianza

p = probabilidad de éxito

q = probabilidad de fracaso

d = error muestral máximo

N = tamaño de la población (Universo)

②

$$n_0 = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

6

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

En donde:

z = nivel de confianza

Dando los valores a cada literal, se tiene que:

$$t = 95\% - 1.96$$

$$p = .5$$

$$q = .5$$

$$d = .1$$

$$N = 215$$

Sustituyendo en la fórmula (1):

$$n = \frac{\frac{(1.96)^2 (.5) (.5)}{(.1)^2} + \frac{3.8416 (.25)}{.01}}{N = 1 + \left[\frac{1}{215} \left(\frac{(1.96)^2 (.5) (.5)}{(.1)^2} - 1 \right) \right] + \left[.004651 \left(\frac{3.8416 (.25) - 1}{.01} \right) \right]}$$

$$= \frac{96.04}{1 + (.004651) (95.04)} = \frac{96.04}{1.44203} = 66.60 = \boxed{67}$$

Aplicando la fórmula (2):

$$n_0 = \frac{z^2 pq}{d^2} = \frac{1.96^2 (.5) (.5)}{(.1)^2} = 96.04$$

$$n = \frac{n_0}{N} = \frac{96.04}{215} = 66.39 = \boxed{67}$$

$$\frac{1+n_0}{N} = \frac{1+96.04}{215}$$

Como se puede observar, aplicando cualquiera de las dos fórmulas propuestas se llega al mismo resultado, siendo en total 67 Unidades de Atención Médica de Primer Nivel las que conforman la muestra de la presente in-

investigación con un error muestral máximo del 10% y una probabilidad de éxito o fracaso del 50% respectivamente.

FUENTE: Abad y Servin "Introducción al Muestreo" Ed. Trillas
México 1982.

4. Diseño de Instrumentos.

Para llevar a cabo esta investigación, se elaboró un cuestionario que permitió recopilar la información acerca de la estructura organizacional de las unidades de atención médica del primer nivel de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal.

Se seleccionó como instrumento de medición al cuestionario por considerarlo el más apropiado para llegar a decuadamente a los niveles directivos, en virtud del poco tiempo de que disponen las personas ubicadas en estos puestos, en la mayoría de los casos, para otro tipo de actividades que no sean las propias de su función directiva.

Así mismo, se requirió del auxilio de entrevistas personales y observación directa, lo que sirvió para profundizar en los temas de mayor relevancia y obtener una imagen completa del funcionamiento de cada una de las unidades investigadas.

Dado las características de la información solicitada en el cuestionario se eligió el tipo de preguntas abiertas y cerradas. Las preguntas que se dejaron abiertas en el cuestionario fueron sobre todo con el fin de que los directivos hicieran observaciones y sugerencias para tratar de mejorar la organización de su unidad. Las preguntas cerradas se utilizaron pensando en:

- a) La facilidad y rapidez para su contestación.

b) Accesibilidad para su cuantificación.

El cuestionario se dividió en seis áreas, con el fin de visualizar más objetivamente los resultados para su presentación y análisis. Estas áreas fueron:

- a) Identificación de la Unidad
- b) Planta Física
- c) Recursos Humanos Disponibles
- d) Organización y Resultados
- e) Servicios de Apoyo
- f) Observaciones

A continuación se describe el propósito de cada una de estas áreas:

a) Identificación de la Unidad

Con el fin de obtener los datos generales de las unidades investigadas, tipo (T-I, T-II, etc.), nombre del centro, ubicación, región, jurisdicción, horario de servicio.

b) Planta Física

Identificar la capacidad y estructura física con que cuentan las unidades para otorgar sus servicios a la comunidad. Como número de consultorios de Medicina General, Número de Unidades de Odontología, Número y Capacidad de la (s) sala (s) de espera.

c) Recursos Humanos Disponibles.

Conocer el número total de los diferentes tipos

de recursos humanos con que al momento de aplicar el cuestionario contaban las unidades, así como el número de horas/día que laboran en las mismas. (Médicos generales, enfermeras, promotores de salud, trabajadoras sociales, etc.).

d) Organización y Resultados.

Detectar el tipo de organización que tienen las unidades en cuanto a su operatividad, el número de familias que deben atender teóricamente y -- las atendidas realmente, vigencia y funcionabilidad de sus organigramas y manuales administrativos y/o procedimientos. Saber si tienen actualizado el diagnóstico de salud del área de influencia de su unidad; el número de consultas - que se dan al año, cuantas de primera vez y - - cuantas subsecuentes.

e) Servicio de Apoyo.

Conocer aspectos relacionados con los servicios de laboratorio, Rayos X y dental para identificar sus resultados de operación. Saber si están siendo utilizados si son insuficientes ó existe subutilización de los mismos.

f) Observaciones.

Esta última área se aplicó con preguntas abiertas con el fin de obtener las observaciones y - sugerencias que los directivos encuestados pro

ponen para el mejoramiento de la organización -
de su unidad, con respecto a cada una de las --
áreas anteriormente tratadas en el cuestionario.

5. Prueba Piloto.

Antes de utilizar el cuestionario final hubo necesidad de realizar una prueba piloto; se seleccionaron al azar diez centros de salud (cuatro ubicados en la zona sur, dos en la zona norte, dos en la oriente y dos en la poniente), de los cuales tres fueron T-III; Tres T-III-A, dos T-II y dos T-I. El cuestionario se aplicó con entrevistas personales con el fin de aclarar en ese momento cualquier duda que se tuviera en relación con el propósito de las preguntas.

Las preguntas en las que hubo confusión fueron:

a) En cuanto a la planta física;

. Capacidad de la sala de espera. _____

En centros de salud como los T-III y T-III-A, existen varias salas por lo que hubo necesidad de dividir en dos partes la pregunta:

Número de salas de espera _____

Capacidad de la (s) salas (s) de espera _____

b) En cuanto a organización y resultados

¿ De qué manera esta organizado el sistema de atención médica por unidad ?

(Algunas respuestas "eran por dos turnos, matutino y vespertino"; "por expedientes familiares"; "de acuerdo al manual de organización"; "enfermera, médico y trabajadora social"). La pregunta que la sustituyó fué:

¿Cuál es el modelo de atención médica utilizado en su unidad ?

c) En cuanto a observaciones;

En el rubro Servicios de Apoyo

(respondían "hace falta mantenimiento"; "hace falta instrumental").

En este punto solo se complementó con un paréntesis quedando así:

Servicios de Apoyo (Paramédicos)

Cada una de estas preguntas ya replanteadas, se -- incluyeron en el cuestionario definitivo, mismo que se incluye en el presente trabajo (anexo 1).

6. Diseño del Cuestionario Definitivo.

En base a la aplicación del cuestionario en la prueba piloto, se hicieron las modificaciones de las preguntas -- que habían generado confusión, elaborandose el cuestionario definitivo para la realización de la presente investigación-- (anexo No. 1).

La cantidad de cuestionarios a aplicar en los diferentes centros fue determinada en función a la distribución -- que estos tienen según zona y jurisdicción a la que pertenecen. Como se puede apreciar en el cuadro No. 2, existen en total 215 Centros Comunitarios de Salud^(*) en el Distrito Federal de los cuales un 22% de ellos se encuentran ubicados en zona norte, un 28% en la zona oriente; un 8% en la zona poniente y el 42% restante en la zona sur.

Estos porcentajes se tomaron como base para determinar el número de cuestionarios que correspondería aplicar a cada zona, partiendo de la cantidad obtenida en el muestra -- (67 unidades de atención médica), además de la suma de centros T-I; T-II; T-III y T-III-A, que se encuentran ubicados en las diferentes zonas del D.F.

(*) Cabe señalar que para efectos del presente trabajo se --- utilizan como sinónimos. "Unidades de Atención Médica de Primer Nivel" y "Centros Comunitarios de Salud".

CUADRO No. 2.

DISTRIBUCION DE CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD EN EL D. F.
SEGUN ZONA Y JURIDICCION A LA QUE PERTENECEN (1985)

ZONA/JURIDICCION	T I	T II	T III	T IIIA	TOTAL	%
ZONA NORTE I						
G.A. MADERO	22	0	1	9	32	
AZCAPOTZALCO	11	0	2	3	16	
TOTAL :	33	0	3	12	48	22%
No de CUESTIONARIOS	10	0	1	4	15	
II ORIENTE						
IZTACALCO	5	0	1	3	9	
IZTAPALAPA	10	0	7	4	21	
TLAHUAC	7	3	1	1	12	
V. CARRANZA	8	0	6	3	17	
TOTAL :	30	3	15	11	59	28%
No.de CUESTIONARIOS	9	1	5	3	18	
III PONIENTE						
M. HIDALGO	1	0	0	5	6	
B. JUAREZ	4	0	0	2	6	
CUAUHTEMOC	0	0	0	6	6	
TOTAL :	5	0	0	13	18	8%
No de CUESTIONARIOS	2	0	0	4	6	
IV SUR						
COYOACAN	10	0	3	3	16	
A. OBREGON	10	0	5	3	18	
MAGO. CONTRERAS	7	0	1	1	9	
CUAJIMALPA	7	0	1	1	9	
TLALPAN	10	1	4	1	16	
XOCHIMILCO	4	2	2	2	10	
MILPA ALTA	7	4	0	1	12	
TOTAL :	55	7	16	12	90	42%
No de CUESTIONARIOS	17	2	5	4	28	
GRAN TOTAL :	123	10	34	46	215	100%
Total Cuestionarios	38	3	11	15	67	

CAPITULO IV

PRESENTACION Y DISCUSION

DE RESULTADOS

1. Presentación y Discusión de Resultados.

En este capítulo se presentan los resultados que se obtuvieron en la investigación, para lo cual se tomaron como base las seis áreas identificadas en el cuestionario que se aplicó para recabar la información, estas son:

- I.- Identificación
- II.- Planta Física
- III.- Recursos Humanos disponibles
- IV.- Organización y resultados
- V.- Servicios de apoyo (Paramédicos)
- VI.- Observaciones

Así mismo, en la elaboración de los cuadros se tomó en consideración los diferentes tipos de unidad para lograr un enfoque comparativo global.

I. IDENTIFICACION

TABLA No 1.1

DISTRIBUCION DE LAS DIFERENTES CENTROS ENCUESTADOS POR TIPO Y ZONA EN EL D. F (1985)

ZONA DE CENTRO	TIPO	T-I	T-II	T-III	T-III-A	TOTAL
ZONA NORTE		10	0	1	4	15
ZONA ORIENTE		9	1	9	3	18
ZONA PONIENTE		2	0	0	4	6
ZONA SUR		17	2	5	4	28
TOTAL :		38(57%)	3(5%)	11(16%)	15(22%)	67

De los 67 centros comunitarios de salud que fueron encuestados casi un 60%, (más de la mitad) corresponden al tipo T-I, un poco más de la quinta parte son del tipo T-III-A; mientras que al tipo T-III le corresponde un 16% y sólo una mínima cantidad (3%) son del tipo T-II.

Lo anterior fue un resultado congruente a lo esperado. (ver cuadro No.2)

I. IDENTIFICACION

TABLA No.1.2

**CLASIFICACION DE HORARIOS POR TIPO DE CENTRO
1985.**

TIPO DE CENTRO / HORARIO	7-20 hrs. (%)	8-15 hrs. (%)	8-19 hrs. (%)	8-20 hrs. (%)	8-21 hrs. (%)
T-I	-	100	-	-	-
T-II	-	-	-	67	33
T-III	-	-	9	73	18
T-III-A.	7	7	27	13	47

Este cuadro muestra que el total de los centros de salud T-I entrevistados tienen un horario de 8 a 15 Hrs., -- mientras que las dos terceras partes de los centros tipos -- T-II laboran de 8 a 20 Hrs. sólo una tercera parte manifiesta trabajar de 8 a 21 Hrs.

Casi las tres cuartas partes de los centros de salud tipo T-III mencionan tener un horario de 8 a 20 Hrs., la otra cuarta parte restantes dice tener un horario de 8 a 15-Hrs., 6 de 8 a 21 Hrs., en un nueve y dieciocho por ciento -- respectivamente.

En los centros de salud tipo T-III-A se aprecia -- una dispersión de criterios en los horarios ya que dos quintas partes de los centros investigados reportan trabajar con

un horario de 8 a 21 Hrs., un poco más de la quinta parte refiere hacerlo de 8 a 19 Hrs.; casi otra quinta parte (13%) - trabaja de 8 a 20 Hrs., y los centros restantes, en una mínima parte (7%) trabajan de 7 a 20 Hrs., 6 de 8 a 15 Hrs.

II. PLANTA FISICA

TABLA N.º2

ALGUNOS ASPECTOS DE LA PLANTA FISICA DE LAS UNIDADES DE ATENCION MEDICA DEL PRIMER NIVEL EN EL D.F (1985)

CONCEPTO / TIPO DE CENTRO	T-I \bar{x}	T-II \bar{x}	T-III \bar{x}	T-III-A \bar{x}
Nº DE CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL.	1	2	5	6
Nº DE MÓDULOS DE MEDICINA GENERAL	-	-	8	8
Nº DE UNIDADES DE ODONTOLOGIA.	-	-	1	3
CAPACIDAD DE LA SALA DE ESPERA	13	10	82	104

El cuadro presenta algunos aspectos relacionados con la planta física de las unidades investigadas. El número de consultorios de Medicina General que tienen, en promedio, los centros de salud T-III-A es de seis (teniendo como mínimo tres y un máximo de doce).

El número de Módulos de Medicina General es, en promedio, de ocho (teniendo como mínimo cuatro y como máximo doce).

El número de Unidades de Odontología es, en promedio, de tres, existiendo muy poca variación entre ellas, ya que

el centro con menos unidades contaba con dos.

En cuanto a la capacidad de la sala de espera, el promedio de personas que caben cómodamente sentadas en este tipo de centros es de 184, (teniendo una capacidad mínima de sesenta y una máxima de quinientos). Es decir, que por cada cubículo hay un promedio de 11 lugares de espera.

Los centros de salud T-III cuentan con un promedio de número de consultorios de Medicina General de cinco (con un mínimo de tres y un máximo de once).

El número de Módulos de Medicina General, en promedio, es igual al de los T-III-A (ocho) teniendo como mínimo tres y un máximo de diez.

En lo que se refiere a unidades de Odontología los centros de salud T-III entrevistados reportan tener solo una.

La capacidad de la sala de espera, en promedio es para ochenta y dos personas, (reportando como mínimo sesenta y máximo de noventa). Es decir que cada cubículo cuenta en promedio con 6 lugares de espera.

Los centros de salud tipo T-II y T-I, no cuentan con Módulos de Medicina General ni con unidades de Odontología, los primeros tienen dos consultorios de Medicina General y, en promedio, capacidad para diez personas en su sala de espera. (cinco lugares de espera para cada consultorio).

Los de tipo T-I todos tienen un consultorio de Medicina General, y un promedio de trece personas caben en su sala de espera, es decir, un poco más del doble de lugares con que

cuentan los centros de salud tipo T-II por consultorio.

III RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES

TABLA No. 3.1

NUMERO PROMEDIO DE ALGUNOS RECURSOS HUMANOS
SEGUN TIPO DE CENTRO (1985)

RECURSO HUMANO	TIPO DE CENTRO	T-I	T-II	T-III	T-III-A
MEDICOS GENERALES		1	3	10	17
MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL		0	0	0	0
ENFERMERAS		1	6	3	6
AUXILIARES DE ENFERMERIA		0	3	8	23
PROMOTORES DE SALUD		11	4	7	20
TRABAJADORAS SOCIALES		1	4	6	6
TRAB. SOC. EN SERVICIO SOCIAL		0	0	0	0
TECNICOS LABORATORISTAS		0	0	0	4
TECNICOS RADIOLOGOS		0	0	0	2
ODONTOLOGOS		0	0	3	5
ODONTOLOGOS EN SERVICIO SOCIAL		0	0	0	1
PSICOLOGOS		0	0	0	1
MAESTROS EN SALUD PUBLICA		0	0	0	0
ADMINISTRADORES		0	0	1	1
EPIDEMIOLOGOS		0	0	-	1
ESTADIGRAFOS		0	0	1	1
SECRETARIAS		0	0	1	10
PERSONAL DE INTENDENCIA		0	1	4	8

El recurso más numeroso en todos los tipos de centros de salud son los médicos generales y en segundo término los promotores de salud aunque a este respecto cabe hacer la aclaración de que en un ochenta por ciento estos son voluntarios, es decir, no forman parte de la plantilla de Recursos-

Humanos - le siguen las auxiliares de enfermería.

Es importante señalar que en los centros de salud tipo T-I no existe personal de intendencia, los directores de los mismos comentaron que esto se ha resuelto con la participación de la comunidad en algunos casos, y en otros el mismo personal existente en ellos, (médico, enfermeras ó trabajadora social) tiene que abocarse a esta tarea.

En ninguno de los diferentes tipos de centros se reportan médicos ni trabajadoras sociales realizando su servicio social; los directivos comentaron que esto se debía a que en las fechas en que se aplicó la encuesta (enero y febrero de 1986) coincidía con el término de este servicio social y estaban en espera de los nuevos pasantes.

En el renglón de "otro tipo de recurso humano", seguido al cuadro anterior, únicamente los centros de salud T-III y T-III-A le dieron respuesta. Sin embargo las respuestas fueron muy heterogéneas en algunos casos coincidieron en personal administrativo como vigilantes, cajeros auxiliares de farmacia, choferes, veladores y encargados del módulo de orientación, información y quejas. En otros refería tener un químico biólogo parasitólogo y/o un oftalmólogo, dermatólogo y algunos más un psiquiatra.

Motivo por el cual no se tomó en consideración para presentar estos resultados en el cuadro.

III RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES

TABLA N.º 3.2

**NUMERO PROMEDIO DE HORAS DIARIAS QUE LABORAN
LOS DIFERENTES RECURSOS HUMANOS SEGUN TIPO DE
CENTRO (1985)**

RECURSOS HUMANOS	TIPO DE CENTRO	T-I	T-II	T-III	T-III-A	TOTAL
MEDICOS GENERALES		7	7	6.3	6	6.6
MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL		-	-	-	-	-
ENFERMERAS		7	7	7	7	7
AUXILIARES DE ENFERMERIA		-	7	7	7	7
PROMOTORES DE SALUD		7	7	7	7	7
TRABAJADORAS SOCIALES		7	7	7	6.5	6.9
TRAB. SOC. EN SERVICIO SOCIAL		-	-	-	-	-
TECNICOS LABORATORISTAS		-	-	-	7	7
TECNICOS RADIOLOGOS		-	-	-	5	5
ODONTOLOGOS		-	-	6	4.8	5.2
ODONTOLOGOS EN SERVICIO SOCIAL		-	-	-	3	3
PSICOLOGOS		-	-	-	5	5
MAESTROS EN SALUD PUBLICA		-	-	-	-	-
ADMINISTRADORES		-	-	7	7	7
EPIDEMIOLOGOS		-	-	-	4.7	4.7
ESTADIGRAFOS		-	-	7	7	7
SECRETARIAS		-	-	7	7	7
PERSONAL DE INTENDENCIA		-	7	7	7	7

En este cuadro se observa que la mayoría de los recursos humanos disponibles en los diferentes centros de salud laboran un promedio siete horas. Los técnicos radiólogos (ubicados únicamente en los T-III-A) trabajan en promedio cinco horas al día, el número de horas promedio que trabajan

los odontólogos es muy similar al de los radiólogos (5.2), - en la misma situación se encuentran los psicólogos con 5 Hrs.

El tipo de recurso humano que, en promedio, menor número de horas trabaja en los centros de salud tipo T-III-A - es el epidemiólogo (4.7 Hrs.)

IV ORGANIZACION Y RESULTADOS

TABLA No. 4.1

ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ORGANIZACION SEGUN TIPO DE CENTRO (1985)

VARIABLES CONSIDERADAS	TIPO DE CENTRO			
	T- I %	T- II %	T- III %	T-III-A %
CUENTA CON ORGANIGRAMA	21	33	82	100
TIENE EL Dr. DE SALUD AC- TUALIZADO A 1985.	82	67	91	100
CUENTA CON MANUALES DE ORGANIZACION Y/O PROCEDI- MIENTOS.	92	67	90	100
ORGANIZADO POR MODULOS DE MEDICINA GENERAL	90	100	100	94

Solo una quinta parte de los centros de salud tipo T-I manifestaron contar con organigrama cuya fecha de elaboración está entre los años de 1981 o 1983 debiendo hacer mención que un noventa por ciento de éstos no lo tenían a la vista. Las cuatro quintas partes restantes sólo comentaron haberlo visto en la jurisdicción de la que dependían. Una gran mayoría respondió tener actualizado su diagnóstico de salud (82%). Casi el total de este tipo de centros respondió tener manuales de organización y/o procedimientos con una fecha de elaboración de 1981 mismo que tenían guardado en una especie de "archivo-muerto".

En los centros de salud tipo T-II sólo una tercera parte respondió tener organigramas pero no pudieron dar la fecha exacta de elaboración de este por no tener anotado este dato en el mismo. Las otras dos terceras partes dijeron no tenerlo por que estaba en la jurisdicción de la cual dependían.

En lo que respecta al Diagnóstico de salud, casi un setenta por ciento de estos centros informó tenerlo actualizado a 1985.

Los manuales de organización y/o procedimientos no los tenían en las unidades, sin embargo respondieron que si contaban con ellos y podían consultarlos en las jurisdicciones.

Los centros de salud tipo T-III contestaron, en poco más de las cuatro quintas partes, contar con organigramas y la fecha de elaboración de los mismos estaba entre 1984 y 1985. Casi el cien por ciento tiene su diagnóstico de salud actualizado a 1985 y refiere tener manuales de organización y/o procedimientos, aunque la fecha de elaboración de los mismos está entre 1980 y 1981 debiendo hacer el comentario que en ninguno de estos tipos de centros estaba el manual en las oficinas de la dirección.

En los centros de salud tipo T-III-A el cien por ciento cuenta con organigrama con fecha de elaboración entre 1981 y 1986, aunque en un sesenta por ciento de estos no estaba colocado en las oficinas de la dirección.

Todos estos centros de salud manifestaron tener su diagnóstico de salud actualizado a 1985. También el cien por

ciento reportó contar con manuales de organización y/o procedimientos, con una fecha de elaboración que estaba entre - - 1980 y 1984 y en un ochenta por ciento estos manuales no se encontraban en las oficinas del director.

Por último, en lo que respecta al modelo de atención médica utilizado en cada tipo de centro, casi el cien por -- ciento respondió estar organizado por módulos de Medicina General (T-I, 90%; T-II y T-III, 100%; y T-III-A, 94%)

Como se puede apreciar en las gráficas No. 4.1 y 4.2 el total de consultas que se dieron en 1985 en los Centros de - Salud tipo T-I fué de 3253, de las cuáles el treinta y siete por ciento (1208) fueron de primera vez y un poco más de la mitad (2045) subsecuentes.

En lo que se refiere a la cobertura, este tipo de Cen - tros cubren un promedio de 436 familias lo cuál representa - el 87% de la cobertura teórica.

En este mismo año, en los Centros tipo T-II, se pro-- porcionaron 12,185 consultas de las cuáles el treinta y seis por ciento (4387) fueron de primera vez y el sesenta y cua-- tro por ciento restante (7798) subsecuentes.

Este Centro cubre un promedio de 1835 familias lo que representa el 61% de la cobertura teórica.

Los Centros de Salud tipo T-III reportaron 31,100 con - sultas en este año de las cuáles 10,574 (34%) fueron de pri - mera vez y 20,526 (66%) subsecuentes. En cuanto a la cobertu

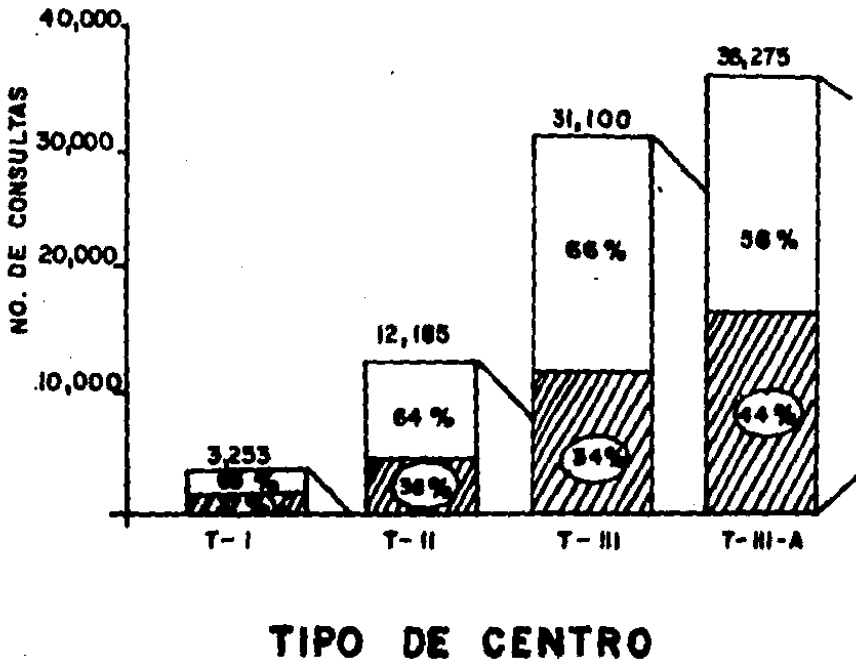
ra estos Centros atienden en promedio 4365 familias lo que -
representa el 73% de la cobertura teórica.

Por último en los Centros de Salud tipo T-III-A se --
otorgaron 36,275 consultas al año, de las cuáles 16,093 (44%)
fueron de primera vez y la diferencia 20,182 (56%) subsecuentes.
El número de familias que cubren en promedio este tipo-
de Centros es de 4012 representando el 67% de la cobertura -
teórica.

IV. ORGANIZACION Y RESULTADOS

GRAFICA 4.1

ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS RESULTADOS (CONSULTAS) SEGUN TIPO DE CENTRO 1985.



CONSULTAS 1a. VEZ.

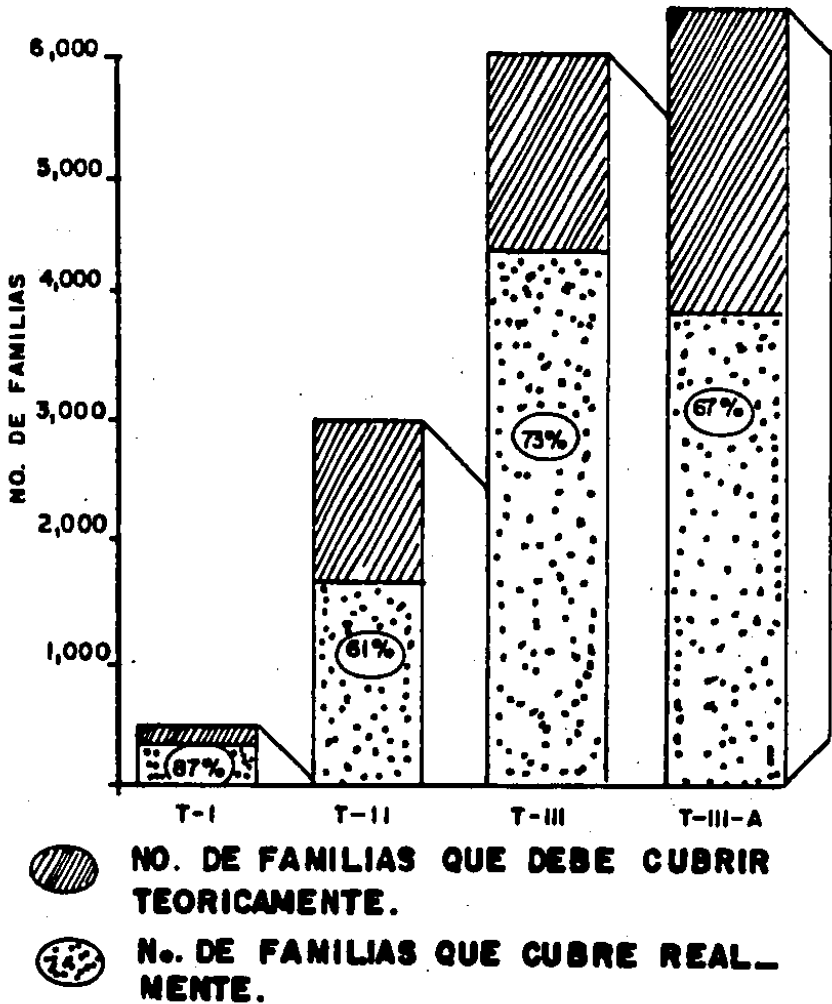


CONSULTAS SUBSECUENTES

IV ORGANIZACION Y RESULTADOS

GRAFICA 4.2

ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS RESULTADOS (COBERTURA) SEGUN TIPO DE CENTRO 1985..



V. Servicios de Apoyo.

En relación a Servicios de Apoyo se estudiaron aspectos relacionados con los servicios de laboratorio, dental y rayos X.

Los centros de salud tipo T-I y T-II no cuentan con este tipo de servicios; los de tipo T-III disponen de servicio dental, atendiendo en promedio a 220 pacientes al mes, es decir, 2640 consultas al año. (0.44 consultas por familia).

Únicamente los centros de salud T-III-A disponen de servicio de laboratorio, dental y rayos X, reportando un promedio de 3150 estudios de laboratorio al mes, o sea 37,800 al año. (6.3 estudios por familia).

El número de estudios radiológicos promedio al mes -- que se realizan en este tipo de unidades es de 410, es decir, 4920 estudios al año. (0.82 estudios por familia). Y el número de pacientes que reciben atención odontológica en promedio al mes es de 522, o sea 6,264 pacientes al año. (1.04 -- consultas por familia).

VI. Observaciones.

Esta última área del cuestionario se incluyó con el fin de que los sujetos de estudio de la presente investigación, hicieran comentarios y/o sugerencias en busca de mejorar la organización de su centro. A pesar de los sesgos que pueda tener el análisis de información de este tipo, nos permite tener una panorámica de los que a juicio de los directivos de las unidades son los principales problemas en relación a la organización de los centros que dirigen.

Es necesario señalar que los problemas presentados en el cuadro, no son todos los señalados por los directivos, -- sin embargo la selección se hizo en base al número de ocasiones con que se presentaban en los diferentes tipos de centros, de tal manera solo se consideraron aquellos problemas que rebasaban el cincuenta por ciento en sus frecuencias relativas.

Como se puede observar en la Tabla 6.1 en cuanto a Recursos Humanos: el 66% de los centros de salud T-I encuestados requieren personal de enfermería (auxiliares y/o tituladas) ya que, según los directivos una enfermera no es suficiente para la cantidad de funciones que desempeñan durante su jornada laboral. Las cuatro quintas partes del total de los centros encuestados refieren tener una falta de personal en general (médicos, trabajadoras sociales, administrativo, técnico, etc.) es importante señalar que el cien por - -

ciento de los centros T-II, T-III y T-III-A entrevistados reportan este problema. Casi el cien por ciento de los centros de salud tipo T-I mencionan como problema tener una subutilización de sus recursos en cuanto a su capacidad profesional ya que tienen enfermeras generales, Licenciados en enfermería o pasantes de medicina con funciones de auxiliares, también especialistas en psicología como trabajadoras sociales o promotoras de salud; este mismo problema se presenta en los centros T-III y T-III-A. La ausencia de incentivos al personal es un problema que se presenta en todos los tipos de centros alcanzando las tres cuartas partes del universo, este tipo de incentivos no solo los refieren de tipo económico, sino también que no hay programas para el desarrollo del personal ni capacitación continua. Otro problema referido en este rubro es el que no existe personal médico y administrativo suficiente en el turno vespertino para los centros T-III y T-III-A; así como una deficiente distribución de horarios para las jornadas laborales, coincidiendo en ello casi el cien por ciento de estos tipos de centros; en algunos casos mencionaban por ejemplo que un médico general puede entrar dos horas antes de que termine la jornada del que va a sustituir ocasionando con esto tiempos muertos ya que mientras no se desocupe su consultorio no podrá atender a los pacientes.

Organización de la Atención Médica.

En este renglón casi las cuatro quintas partes 79% de los centros de salud tipo T-I sugieren llevar el control de las consultas por expedientes familiares; también casi todos 92% mencionan carecer de un manual de organización específico para ellos ya que los que existen sólo están hechos pensando en los T-III ó T-III-A.

Servicios de Apoyo.-

En cuanto a este punto todos los tipos de centros reportan tener como principal problema no recibir con oportunidad los exámenes de laboratorio que solicitan, existiendo el mayor número de quejas en los de tipo T-I y T-II (84% y 100% respectivamente) otro problema es el que no existe un sistema de retroalimentación para los médicos especialistas cuando se refieren a pacientes, sobre todo de los T-I hacia los T-III-A casi las tres cuartas partes de los centros T-I coincidieron en ello. Es muy importante señalar que el cien por ciento de los centros T-I, T-II y casi todos los T-III mencionaron que los pacientes no son atendidos adecuadamente en las unidades a donde se refieren solicitando servicios de apoyo (ya sea a un centro T-III-A ó a un segundo nivel de atención).

Otros.-

En este último renglón el cien por ciento de los directivos de los centros de salud tipo T-I, respondieron care

cer de personal de intendencia; casi el cien por ciento no tener servicios de mantenimiento; deficiente abastecimiento de materiales y medicamentos, es de llamar la atención que casi las tres cuartas partes de este tipo de centros soliciten supervisión, para que se enteren de cómo están llevando a cabo sus funciones ya que sólo reportan a las jurisdicciones de que dependen pero casi nunca reciben retroalimentación ni hay una comunicación directa. El cien por ciento de estos centros reportan no tener suficiente apoyo en cuanto a equipo de oficina y papelería; también el 95% refiere no contar con una área física de trabajo suficientemente amplia -- para el desempeño de sus tareas, así como la necesidad de remodelar y reestructurar dicha área física. Coincidiendo en esto casi la mitad de los centros tipo T-III y T-III-A encuestados.

VI OBSERVACIONES

TABLA No. 6.1

PRINCIPALES PROBLEMAS REFERIDOS SEGUN TIPO DE UNIDAD Y CAPITULO QUE SE SEÑALA (1985)

CAPITULO	PROBLEMA	No. DE UNIDADES SEGUN TIPO					
		T-I (38)	T-II (3)	T-III (11)	T-III-A (15)	SUMA 67	%
RECURSOS HUMANOS	• HACE FALTA PERSONAL (MEDICO, ENFERMERAS, ADMINISTRATIVO, TECNICO, INTENDENCIA, TRABAJADORAS SOCIALES),	23(66%)	3(100%)	11(100%)	15(100%)	54	81
	• SUB-UTILIZACION DE LA CAPACIDAD PROFESIONAL DE LOS RECURSOS	36(95%)		3(27%)	8(53%)	47	70
	• AUSENCIA DE INCENTIVOS AL PERSONAL	29(78%)	2(67%)	8(73%)	8(73%)	40	75
	• NO HAY SUFICIENTE PERSONAL MEDICO Y ADMINISTRATIVO EN TURNO VESPERTINO			9(82%)	10(67%)	19	28
	• DEFICIENTE DISTRIBUCION DE HORARIOS AL PERSONAL.			8(73%)	13(67%)	21	31
ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA	• SE SUGIERE LLEVAR CONTROL POR EXPEDIENTE FAMILIAR	30(79%)				30	45
	• AUSENCIA DE UN MANUAL DE ORGANIZACION ESPECIFICO PARA LOS CENTROS T-I	33(87%)				33	52
SERVICIOS DE APOYO	• NO HAY OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO DE LABORATORIO	32(84%)	3(100%)	7(64%)	2(13%)	44	68
	• NO HAY CONTRAREFERENCIA DE MEDICOS ESPECIALISTAS (CUANDO SE REFEREN PACIENTES),	28(74%)				28	42
	• LOS PACIENTES NO SON ATENDIDOS ADECUADAMENTE EN LAS UNIDADES A DONDE SE REFIEREN	36(100%)	3(100%)	10(91%)		51	78
OTROS	• CARECEN DE PERSONAL DE INTENDENCIA	36(100%)				36	57
	• NO TIENEN SERVICIO DE MANTENIMIENTO	36(95%)				36	54
	• SE SOLICITA SUPERVISION	28(74%)				28	42
	• DEFICIENTE ABASTECIMIENTO DE MATERIALES Y MEDICAMENTOS	25(66%)				25	37
	• NO ES SUFICIENTE EL APOYO DE EQUIPO DE OFICINA Y PAPELERIA	36(100%)	3(33%)	7(64%)		46	69
	• EL AREA FISICA DE TRABAJO ES INSUFICIENTE	38(95%)				38	54
• HACE FALTA REMODELACION REESTRUCTURACION DEL AREA FISICA	33(84%)		6(55%)	7(47%)	26	39	

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

De acuerdo al análisis de la información presentada en los capítulos anteriores, y en atención a los objetivos que persiguió la presente investigación señalados en el capítulo III, se desprenden las siguientes conclusiones:

- 1) Los diferentes tipos de unidades (C.S.C. T-I; T-II; T-III y T-III-A) no se encuentran distribuidas en forma sistematizada dentro de la población a la que sirven. Se observa una clara tendencia al predominio de los tipos T-I, T-III, T-III-A y escasez de T-II. El total de las cuales es diez (Cuadro No. 2). Esto permite inferir fallas en la planeación de los recursos para satisfacer el primer nivel de la atención médica.
- 2) La organización funcional que se presenta en cada uno de los diferentes centros no obedece a un patrón definido, reflejándose esto fundamentalmente en los centros T-III-A, en los cuales el horario de servicio a la población es en algunos de 7 horas y en otros de 13 Hrs., presentando con ello diferentes estructuras organizacionales en una misma clasificación de centro. (Tabla No. 1.2)
- 3) En los centros de salud T-III y T-III-A, se cuenta con diferentes instalaciones y planta física para la realización de las funciones y logro de sus objeti-

vos, a pesar de que debiera existir una cierta uniformidad con ello, partiendo de que la población a atender en cada uno de ellos es similar.

Por ejemplo, en la Tabla No. 2, aún cuando se señala el promedio de consultorios hay unidades de hasta doce consultorios y otras solamente con tres.

- 4) La función de promoción de la salud en este tipo de centros esta fuertemente apoyada por personal voluntario (el ochenta por ciento del total de los recursos humanos con esta función pertenece a la comunidad).

(Tabla No. 3.1.)

- 5) No existe coordinación y apoyo de los centros T-III-A hacia los centros T-I sobre todo en los servicios de laboratorio y R.X.; tampoco hay un sistema de contra-referencia con los médicos especialistas de estos centros. (Tabla No. 6.1.)

- 6) Se confirman las hipótesis de trabajo, al comprobarse que las unidades de atención médica del primer nivel de la Secretaría de Salud, en el Distrito Federal:

- a) No cuentan con una organización estructural perfectamente definida para el logro de sus objetivos, agudizándose ésto en los centros de salud tipo T-I y T-II, en las cuales no se cuenta, en la mayoría de los casos, con un organigrama ni con manuales de organización vigentes y adecuados a sus funcio-

nes, (Tabla No. 4.1.). En casi todos los centros de salud tipo T-III y T-III-A refieren tener organigrama, sin embargo, este no se encontró en un lugar visible. Los manuales de organización en este tipo de centros tienen una fecha de elaboración entre 1980 y 1981 y en ningún caso se encontró algún manual en las oficinas de la dirección.

- b) Existe una subutilización de recursos humanos, sobre todo en los centros de salud tipo T-II y ---- T-III-A, ya que apenas cubren un poco más del sesenta por ciento de las familias que deben cubrirteóricamente, con una jornada de trabajo de hasta 13 Hrs. al día, en comparación con los centros tipo T-I, que cubren casi el noventa por ciento, laborando solo siete horas diarias. (Gráfica No. -- 4.1.).

RECOMENDACIONES:

- 1) Actualizar el estudio de la población existente en las diferentes Zonas Geográficas del Distrito Federal. Con el propósito de hacer un replanteamiento en la clasificación de los diferentes centros de atención médica del primer nivel, estudiando la posibilidad de incorporar los centros de salud tipo T-II a los T-I, evitando la subutilización de recursos por parte de los primeros y ampliando la cobertura de los segundos.
- 2) Diseñar lineamientos básicos para elaborar o actualizar los manuales de organización y procedimientos de cada uno de los diferentes tipos de centros, de tal manera que contengan las normas y políticas generales para que cada responsable de las unidades elabore sus propios procedimientos atendiendo a las necesidades, recursos y situaciones particulares del centro.
- 3) Distribuir oportunamente estos lineamientos a los directivos de los centros, para que de ser posible, mediante acción participativa de sus colaboradores procedan a elaborar sus propios manuales y posteriormente los den a conocer a sus empleados colocándolos en un lugar visible y accesible para cualquier consulta.
- 4) Brindar un programa permanente de adiestramiento a --

las personas que realizan la función de promoción de la salud en calidad de voluntarios, evitándose con ello la improvisación en uno de los objetivos más -- importantes del primer nivel de atención.

- 5) Con el propósito de llevar un adecuado seguimiento y control del paciente, diseñar un sistema de referencia y contrareferencia que funcione en todos los tipos de centros y con los otros niveles de la atención médica, haciendo énfasis en los centros de salud tipo T-III-A.

- 6) Crear estrategias de organización tendientes a ---- lograr un sistema verdaderamente integrado entre los diversos tipos de centros de salud apoyado fundamentalmente por supervisión, coordinación y apoyo logístico entre ellos.

- 7) Finalmente, se recomienda que el presente estudio -- sea tomado como una investigación de aproximación al problema, ya que un análisis mas detallado permitirá orientar al conocimiento de una problemática mas específica de cada uno de los diferentes tipos de Unidades estudiadas; permitiendo profundizar en aque---

llos puntos que, de acuerdo a intereses particulares, sean considerados de mayor relevancia.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA.

- ARIAS GALICIA, Fernando. Introducción a la Técnica de Investigación en Ciencias de la Administración y del Comportamiento. Edit. Trillas, Mex. 1980.
- BARQUIN C. Manuel. "Dirección y Administración de Hospitales". Edit. Internamericana, 1972.
- CAMPBELL, Donal y Julian Stanley. Diseños experimentales y -- Cuasi-Experimentales. Edit. Amorrortu, Buenos Aires. 1979.
- CORDERA A. Bobenrieth M. Administración de Sistemas de Salud - I y II. Cordera A. Editor, Mex. 1983.
- GARZA MERCADO, Ario. Manual de Técnicas de Investigación. El Colegio de México, Mex. 1980.
- KOONTS H. Y O'DONNEL, C. Curso de Administración Moderna. Un -- Análisis de Sistemas y Contingencias de las -- Funciones Administrativas. Edit. Mc. Graw Hill. Mex. 1981.
- LARIS CASILLAS, F.J. Administración Integral. Edit. CECSA. -- Mex. 1979.
- PANNENBORG O. Ch., Et Al Reorienting Health Services, Application of a Systems Approach. Edit. Plenum. - - U.S.A. 1984
- REYES PONCE, A. Administración de Empresas. Teoría y Práctica. Edit. Limusa. Mex. 1980.

SILVERMAN, David. Teoría de las Organizaciones. Edit. Nueva
visión. Buenos Aires. 1975.

SOBERON G. Y Cols. Hacia un Sistema Nacional de Salud. Coor
dinación de los Servicios de Salud, Mex. --
1983.

TERRY, G.R. Principios de Administración. Edit. CECSA., --
Mex. 1981.

A N E X O S

ANEXO 1

CUESTIONARIO

I. Identificación

- Tipo de Unidad:
 T-I T-II T-III T-III-A
- Nombre del Centro: _____
- Domicilio: _____
_____ Tel. _____
- Jurisdicción Sanitaria No.: _____
- Region a donde pertenece:
 Norte Oriente Poniente Sur
- Horario de Servicio del Centro: _____

II. Planta Física

- Número de consultorios de Medicina General _____
- Número de módulos de Medicina General _____
- Número de unidades de Odontología _____
- Número de Salas de Espera _____
- Capacidad de la (s) sala (s) de espera _____

III. Recursos Humanos Disponibles. (Según función que desempeña)

	NUMERO	HORAS/DIA
Médicos generales		
Médicos en servicio social		
Enfermeras		
Auxiliares de enfermería		
Promotores de salud		
Trabajadoras sociales		
Trab. Soc. en servicio social		
Técnicos laboratoristas		
Técnicos radiólogos		
Odontólogos		
Odontólogos en servicio social		

	NUMERO	HORAS/DIA
<u>Psicólogos</u>		
<u>Maestros en Salud Pública</u>		
<u>Administradores</u>		
<u>Epidemiólogos</u>		
<u>Estadígrafos</u>		
<u>Secretarias</u>		
<u>Personal de intendencia</u>		
Otro tipo de recurso humano (especifique)		

IV. Organización y Resultados

- Cuanta el Centro con Organograma SI () NO ()
Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de elaboración del mismo? _____
- ¿ Tiene el diagnóstico de salud del área de influencia de su unidad, actualizada a 1985?
SI () NO ()
- No. total de consultas en 1985. _____
- No. de consultas de la. vez. _____
- No. de consultas subsecuentes _____
- ¿Cuál es el número de familias que debe cubrir teóricamente? _____
Lo desconoce ()
- ¿Cuál es el número de familias que cubre realmente? _____
Lo desconoce ()
- ¿Cuál es el modelo de atención médica utilizado en su unidad? _____
- ¿Cuenta la unidad con manuales de organización y/o procedimientos? SI () NO ()
Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál es la fecha de

elaboración de los mismos? _____

V. Servicios de Apoyo.

Si su unidad cuenta con los siguientes servicios, favor de contestar las preguntas contenidas en la columna de la derecha.

. Laboratorio	No. de Estudios por mes _____
. R.X.	No. de Estudios por mes _____
. Dental	No. de pacientes atendidos al mes _____

VI. Observaciones.

Agradeceremos sus observaciones y sugerencias para tratar de mejorar la organización de su Centro, con respecto a cada uno de los capítulos siguientes:

Recursos Humanos: _____

Organización de la atención médica: _____

Servicios de apoyo: (Paramédicos) _____

Otros: _____

NOMBRE Y PUESTO DE LA PERSONA QUE LO ELABORO:

FECHA: _____

ANEXO 2

GLOSARIO DE TERMINOS

AUTORIDAD.- Es el derecho oficial y legal de ordenar acción por otros y de hacerla cumplir.

COBERTURA.- Area de influencia de las unidades institucionales por la capacidad de sus recursos, por el derecho adquirido de solicitar servicio y por el número de personas atendidas anualmente en los establecimientos.

CONTROL.- Función administrativa que se encarga de la medición y corrección en el desempeño de las actividades para asegurar que se alcancen los objetivos proyectados por la organización.

COORDINACION.- La disposición ordenada de un grupo para lograr unidad de acción, base necesaria para cumplir el objetivo perseguido.

DELEGAR.- Conceder o conferir la autoridad.

DEPARTAMENTALIZACION.- Agrupación de actividades y personas en una organización para aumentar su ámbito de control.

DIRECCION.- Es la parte del proceso administrativo que define curso de acción, armoniza la ejecución para el logro de los objetivos por medio de ejercicio de la autoridad, toma de decisiones y la coordinación de esfuerzos.

DISTRIBUCION DE LOS SERVICIOS.- Se realiza de acuerdo al nivel de preparación o bien aprovechando los recursos

existentes capaces de cumplir con funciones asignadas.

DIVISION DE TRABAJO.- Cuando más se divide el trabajo, dedicando a cada empleado a una actividad más limitada y concreta, se obtiene de suyo mayor eficiencia, precisión y destreza.

EQUILIBRIO.- Es la acción para precisar el grado de responsabilidad que corresponde a cada nivel jerárquico, estableciendo la autoridad correspondiente.

ESTRUCTURA.- Es la disposición de las partes dentro de un todo.

FUNCION.- Grupo de actividades afines y coordinadas - necesarias para alcanzar los objetivos de la organización.

NIVEL JERARQUICO.- Es el puesto que ocupa la persona dentro de una institución.

ORGANIZACION.- Estructuración técnica de las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los elementos materiales y humanos de un organismo social.

PROCESO.- Conjunto o serie de etapas para alcanzar un fin.

RESPONSABILIDAD.- Es la obligación de un individuo -- para cumplir con las actividades asignadas con lo mejor de su habilidad.

UNIDAD DE MANDO.- Para lograr mayor eficiencia establece su coordinación a través de un solo jefe que fije el objetivo común y dirija a todos a lograrlo.