

RESUMEN

El proyecto de intervención implementación del un sistema de reconocimientos al personal destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco se basó en el Diagnóstico de Salud Integral 2006 del mismo municipio, el que se realizó mediante un diseño de estudio observacional, del tipo transversal y descriptivo.

En el Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco 2006 se reportó una tasa de mortalidad general de 362.52 defunciones por cada 100,000 habitantes, menor a la tasa estatal la cual es de 479.08 defunciones por cada 100,000 habitantes, donde las enfermedades no transmisibles como las crónico degenerativas son las primeras causas, mientras que las defunciones causadas por enfermedades transmisibles son provocadas por enfermedades infecciosas intestinales e infecciones respiratorias agudas.

En éste municipio las enfermedades infecciosas ocupan las primeras causas de morbilidad diagnosticada en consultas de primera vez reportadas en el Sistema de Información en Salud (SIS), en coincidencia con las enfermedades notificadas en el Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) en el período 2004-2006, siendo las infecciones vías respiratorias agudas, infecciones intestinales y las infecciones de vías urinarias. Seguidas de otras enfermedades y las enfermedades crónico degenerativas.

A partir de la información generada y para efectos de identificación de los problemas prioritarios de salud se utilizó el método de Hanlon aplicado a la morbilidad y mortalidad reportada.

Para efectos de ésta intervención se seleccionó a la tuberculosis respiratoria como una prioridad del salud en el Municipio de Tlaquepaque Jalisco ya puede ser sujeta de intervención, debido a que se tiene información sobre su comportamiento y distribución en la población, se conocen además sus factores determinantes; por lo que se tienen los elementos necesarios para la

adecuada planeación, diseño y ejecución de una intervención dirigida y modificar su comportamiento.

En el estado de Jalisco, la tuberculosis es un viejo problema de salud pública, presenta una incidencia anual que alcanza a 13 de 100 mil habitantes, y una mortalidad de casi 2 para cada 100 mil habitantes. La Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque esta integrada por cinco municipios a saber, Tlajomulco de Zúñiga, Acatlán de Juárez, Villa Corona, Ixtlahuacán de los Membrillos y Tlaquepaque, en este último es donde en los últimos cinco años se registró el mayor número de casos de tuberculosis pulmonar con un promedio de 22.33 pacientes por año, lo que representa el 55.43% de todos los casos pulmonares de la región.

Se expusieron tres diferentes alternativas de solución para hacer frente al problema central, la más innovadora y viable de ser realizada fue la que tuvo por objetivo implementar un sistema de estímulos al personal de salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco, para mejorar el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar durante el período abril a julio del 2008.

Se considera que el recurso humano es lo más valioso de las instituciones por lo que deben ser motivados y reconocidos de manera equitativa, independientemente de su categoría laboral, tomando en cuenta que sus necesidades son influidas por sus experiencias previas y necesidades de realización, necesidades de afiliación, necesidades de estimación, de independencia, de poder y de seguridad.

Los médicos y enfermeras de atención primaria son una de las fuentes más importantes para la detección y notificación de casos. Son pieza clave en el proceso de cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis pulmonar al corroborar la curación a través de un adecuado control bacteriológico y clínico.

Las variables de estructura, proceso y resultado del modelo de ordenamiento lógico fueron las utilizadas en la elaboración del diseño de base para la

realización de la intervención y para el modelo de evaluación construyendo indicadores del impacto inmediato, del resultado a mediano y largo plazo.

Como resultado del diseño e implementación de un modelo de un sistema de estímulos para el personal médico y de enfermería caracterizado por ser público, informado, transparente y basado en equidad, se obtuvo el fortalecimiento de los registros médicos y de enfermería con un índice del 66.42%, comparado con el 20.5% previo, logrando la curación de los afectados por tuberculosis pulmonar en un 98% en relación al 69.71% conseguido en el período 2005-2007. Siendo acreedores aquellos que llevaron acorde a la normatividad el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar, mostrando un personal estimulado y participativo que labora en las 13 unidades y 3 módulos de salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco y la participación de autoridades estatales, jurisdiccionales y responsables de área.

Con el propósito de dar continuidad a la implementación del sistema de reconocimientos al personal destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar se propone transferir el modelo al área de Desarrollo Institucional regional, dar seguimiento al compromiso establecido por la Directora General del Salud Pública de la Secretaría de Salud Jalisco de implementarlo a nivel estatal, integrar a los responsables de las áreas que conforman la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque en el comité evaluador, garantizar que exista en las unidades y módulos de salud un espacio físico para tener tarjetero de tuberculosis, lo que permitirá tener acceso a información y localización de expedientes además de propiciar la integración de las actividades del médico con las del personal de enfermería par lograr brindar una atención con calidad a los usuarios.

1. Introducción

El diagnóstico integral de salud de la población del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco 2006 se realizó en base a un protocolo de investigación elaborado de septiembre 2006 a febrero 2007; en el municipio de Tlaquepaque, Jalisco no se disponía de un diagnóstico de salud integral, se realizaba por direcciones de área, siendo necesario la elaboración de uno municipal para identificar el estado de salud de la población y plantear intervenciones que solucionen los problemas identificados.

A partir de la realización del Diagnóstico Integral del Salud de la Población del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco 2006 durante los meses de febrero-agosto del 2007, en el cual se identificaron los principales daños a la salud, sus factores determinantes y los recursos y servicios con los que cuenta la población residente en éste municipio para enfrentar sus principales problemas y necesidades de salud. Los problemas de salud del municipio actualmente identificados por tratarse de enfermedades transmisibles pueden ser prevenibles y curables con acciones de promoción, educación, tratamiento oportuno y adecuado.

Para efectos de identificación de problemas prioritarios de salud se utilizó el método de Hanlon aplicado a la morbilidad, reconociendo como problema prioritario a la tuberculosis pulmonar. Diseñándose y ejecutándose la intervención de diciembre 2007-agosto 2008, planteándose tres alternativas de solución, identificando la que tiene por objetivo la implementación de un sistema de reconocimientos al personal de salud en el seguimiento del tratamiento primario de pacientes afectados por tuberculosis pulmonar en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco, siendo la más innovadora y viable de ser realizada.

Gracias a los esfuerzos del personal de salud es que se logran avances en salud, por lo que se hace necesario estimularlos para que perciban los resultados de trabajar en beneficio de los demás. Por lo que un sistema de reconocimientos dirigido a todos los médicos y enfermeras de las unidades de

salud del primer nivel del municipio de Tlaquepaque, Jalisco contribuirá a mejorar el seguimiento clínico y bacteriológico de los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Los propósitos de la evaluación de éste proyecto fueron: Determinar si los objetivos del mismo se han alcanzado midiendo el nivel del logro como la forma de ejecutarlo, examinar la calidad y efectividad del proyecto de acuerdo al modelo de ordenamiento lógico, identificar áreas de oportunidad y fortalecer las debilidades identificadas durante el desarrollo del actual proyecto, además de, desarrollar nuevos enfoques y procedimientos para dar continuidad a la implementación de éste programa de estímulos.

2. Antecedentes

2.1 Diagnóstico de salud

2.1.1 Marco teórico

La definición clásica de Salud Pública descrita en 1920 , la precisa como una ciencia para prevenir enfermedades , prolongar la vida y promover la salud física por medio de los esfuerzos comunitarios organizados para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades infecciosas, la educación de los individuos en los principios de la higiene personal, en la organización de los servicios médicos y de enfermería, para el diagnóstico oportuno y tratamiento de la enfermedad y en el desarrollo social, que asegure que todo individuo en la comunidad tenga un estándar de vida adecuado para mantener su salud.

Esta definición debe ampliarse con la búsqueda de lograr la libertad del individuo, la autoridad del estado y el balance entre los individuos y las responsabilidades colectivas, para prevenir la enfermedad, conservar y mantener la salud y la eficiencia en una relación compartida y responsable entre el trabajador de la salud y la comunidad. Aquí los individuos se desvanecen, pierden su individualidad –o acaso la ceden- para dejar el

escenario a una figura indivisible, que rebasa la simple suma de las partes: la comunidad que se convierte al mismo tiempo en su objeto mismo. ¹

Malagon describe que la salud pública representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, a mejorarle la convivencia y la calidad de vida; que a su vez representa el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico, psicológico y social, básico para la vida de la persona desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es un proceso dinámico en el que intervienen la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, las condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo cultural, productivo, científico y tecnológico. ²

Por lo tanto la salud pública es la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de la salud en poblaciones humanas. Cuyas funciones esenciales en la región de la Américas son:

1. Monitoreo y análisis de la situación de la población
2. Vigilancia de Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud
4. Participación social e empoderamiento de la ciudadanos en salud
5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen a los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional
6. Regulación y fiscalización en salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. ³

La salud según la OMS, la salud “no solo es la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad” esta definición evita el tema de quien define lo que es bienestar, salud y población, esta universalidad es apolítica y ahistórica, concepto que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual, evita, pues el problema epistemológico del poder. ⁴

Sin embargo recientemente se han postulado definiciones holísticas como la de Payne y Hahn quienes la definen como la capacidad del ser humano para utilizar los recursos intrínsecos y extrínsecos dentro de cada dimensión de la salud en relación a la óptima participación en las actividades que contribuyen al crecimiento y desarrollo durante cada etapa del ciclo de vida. ⁵

La salud tiene dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo es el bienestar (sentirse bien en diferentes grados), el aspecto objetivo es la capacidad de funcionar (funcionamiento en diferentes grados).

La enfermedad tiene también dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo, el aspecto subjetivo es el malestar (sentirse mal en diferentes grados). El aspecto objetivo es el que afecta a la capacidad de funcionar (limitación del funcionamiento en diferentes grados).

Terris propone modificar la definición de la OMS y definir a la salud como un “estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es una definición operativa. La definición dinámica de la salud es aplicable tanto a los individuos como a las colectividades. Definiéndose como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”.

La separación de la salud y la enfermedad no es absoluta ya que muchas veces no es posible distinguir lo normal de lo patológico. ⁶

Tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciados por el contexto social y político que les rodea. ⁴

Entonces si la salud pública trata sobre el estudio de los fenómenos de la salud en poblaciones humanas, requiere apoyarse en varias disciplinas y una de ellas es la epidemiología que es la disciplina que estudia la distribución de frecuencia de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de esta distribución. Trata de explicar el problema de la enfermedad como un proceso, como una secuencia de etapas que no se encuentran demarcadas en un sentido estricto sino que están interrelacionadas entre si y a la vez enmarcadas dentro del contexto social del área determinada.

Se requiere de la investigación epidemiológica para describir la distribución de las enfermedades y eventos de salud en poblaciones humanas y, por otro, contribuir al descubrimiento y caracterización de las leyes que gobiernan o influyen estas condiciones y es la epidemiología la rama de la salud pública quien tiene como principal objetivo desarrollar conocimiento de aplicación a nivel poblacional.

De lo anterior se concluye que la epidemiología es el estudio de la frecuencia, distribución y determinantes de salud y enfermedad en poblaciones específicas e incluye las aplicaciones a la promoción de la salud y a la prevención y control de riesgos y problemas de salud. Cuyos principales usos son:

1. Medir la naturaleza y magnitud de los problemas causados por las enfermedades en la comunidad, lo mismo que la variación de la patología según tiempo y lugar.
2. Aclarar el enfoque clínico de la enfermedad, estudiándola a través de su historia natural y social.

3. Estudiar la etiología de la enfermedad, estimando el riesgo de enfermar de acuerdo con ciertos factores ambientales a los cuales se expone el individuo en la comunidad.
4. Predecir el curso de las enfermedades tanto a nivel comunitario como a nivel individual mediante el enfoque probabilístico.
5. Obtener una comprensión más profunda de los procesos biológicos.
6. Identificar nuevos síndromes.
7. Planear el estudio etiológico de los eventos de salud.
8. Vigilar la patología de un área y los programas instaurados por los organismos sanitarios, y contribuir a los aspectos de planificación en salud para su evaluación.
9. Evaluar los procedimientos diagnósticos clínicos y paraclínicos, lo mismo que los terapéuticos. ^{7, 8, 9, 10}

El aspecto de salud y enfermedad está relacionado y determinado por fenómenos culturales, ambientales y genéticos dentro de los grupos sociales, que pueden ser responsables de las modificaciones en las condiciones de salud de una comunidad.

Se pueden encontrar unas diferencias en la frecuencia de las enfermedades de acuerdo con la edad, sexo, la ocupación, el estado civil, la religión, la educación, el grupo étnico, el nivel socioeconómico, el aspecto climático, la altura del nivel del mar, las condiciones del terreno, la contaminación atmosférica, el estado de la vías, las redes de alcantarillado, de acueducto de conexión eléctrica.

Se puede definir como causa de una enfermedad a todo acontecimiento, condición o característica que tiene un papel esencial en producir su ocurrencia. La causalidad es un concepto relativo que sólo puede ser entendido en relación con alternativas concebibles. ¹¹

Estos conceptos permitirán recordar que la realidad social y los aspectos culturales, ambientales y genéticos condicionan el desarrollo de la enfermedad en el hombre constituyéndose, así en un proceso dinámico y flexible que

pueden ser responsables de las modificaciones en las condiciones de salud de una comunidad.

Se puede decir que para el establecimiento de la enfermedad se necesitan condiciones apropiadas para el individuo, en su grupo social y en el ambiente externo, en asociación con factores desencadenantes de la enfermedad.

Se supone entonces que el conocimiento de los factores y de las condiciones de desarrollo de una patología sea uno de los fines de la epidemiología en la búsqueda de los factores causales, predisponentes o condicionantes de la enfermedad.⁷

Por lo que se puede definir como una condición, elemento o actividad que puede afectar de modo adverso a la salud de un individuo. Se asocia de modo consistente con una mayor probabilidad de desarrollo de una enfermedad.¹²

Así pues la distribución de la enfermedad en la población depende de la interacción entre la exposición y la susceptibilidad de los individuos y grupos de la población a los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de una enfermedad; además toda causa precede a su efecto.

La enfermedad en población:

- No ocurre al azar
- No se distribuye homogéneamente

Los factores asociados tienen que cumplir ciertos criterios para ser considerados como causales: relación temporal, fuerza de asociación, consistencia, especificidad, dosis respuesta y plausibilidad biológica.¹³

A pesar de su participación directa en el progreso de las naciones, el componente social dentro de la salud pública siempre ha estado obligado a enfrentar una lucha dispareja con el enfoque biomédico. En esencia se reduce a un enfoque donde la causalidad de los problemas de salud se traduce en la identificación de un agente infeccioso, un marcador genético, un factor de

riesgo definido o la exposición a otros agentes biológicos y químicos, sin tomar en cuenta el contexto en el que los individuos afectados se desenvuelven y viven. ¹⁴

Por lo que es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos sino que también incluya el ruido, la fatiga, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, los conflictos sexuales, como factores perniciosos a la salud. ¹⁵ Además el ambiente social es una causa que afecta positiva o negativamente la salud y por ello que se expresa en inequidades sociales en los niveles de salud. El dilema sobre el que giran algunas reflexiones es que la salud selecciona a los individuos en diferentes condiciones sociales o que son las condiciones sociales las que determinan el nivel de salud de un grupo o población, así pues no puede ser la mala salud la que lleva al individuo a una posición social de marginación, un empleo mal remunerado y con bajas posibilidades de control sobre sus condiciones de trabajo, un mayor riesgo de desempleo, inseguridad laboral, una vivienda en malas condiciones, una dieta deficiente, mayores conductas adictivas o de riesgo y estar expuesto a mayores niveles de contaminación y pocas redes sociales de apoyo que a su vez provocan un desajuste entre las condiciones de salud de la población y se perfila claramente que el poder adquisitivo de la población y su pertenencia a la economía formal, son dos variables determinantes para garantizar el poder de utilización de servicios por parte de la población. ¹⁶

Además los factores condicionantes de índole socioeconómica están relacionados con el estilo de vida (dieta, consumo de sustancias nocivas, la conducta social incluidos los actos de violencia y los accidentes, las barreras en el acceso a los servicios de salud), el ingreso y la ocupación ya que ciertas ocupaciones, más que otras, exponen a los trabajadores a riesgos para la salud y les ofrecen menor cobertura de salud o de seguridad social y niveles de ingresos que restringen la posibilidad de asumir costos de bolsillo o financiamiento privado. En cuando al lugar de residencia, la segregación relega a segmentos de la población de menos recursos a barrios con un mal ambiente humano y físico. El acceso a la educación esta condicionado por la ubicación

de la vivienda que se vincula con el acceso a las escuelas públicas, pero también existe un vínculo entre la concentración de la pobreza y la composición racial de las escuelas. La situación de la educación tiene un gran impacto, no solo porque influye en la equidad en el mercado de trabajo y en la perpetuación de la situación de la pobreza, sino también por sus consecuencias en salud.¹⁷

Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables:

- La biología humana (genética, envejecimiento)
- El medio ambiente (contaminación física, química, biológica y psicosocial y sociocultural).
- El estilo de vida (conductas de salud)
- El sistema de asistencia sanitaria.

De estas cuatro variables, una no se puede modificar, la biología humana; las otras tres sí son susceptibles de alteración. Todos estos factores están muy influenciados por factores sociales por lo que la salud y la enfermedad están desigualmente distribuidas entre la población.

Se ha confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados, la distribución de los recursos que estos países destinan al sector salud esta extraordinariamente sesgada a favor de la asistencia sanitaria, la cual se lleva la mayoría de los recursos.⁶

El profesional de la salud pública usa el método científico de descripción y análisis epidemiológico para el diagnóstico de salud, para la planeación de programas de prevención y control de enfermedades, así como la promoción de la salud en la población.

Los objetivos son:

- a. Identificar los factores causales que incrementan los riesgos de enfermedad en poblaciones humanas.
- b. Determinar la frecuencia de la enfermedad en la población.

- c. Estudiar la historia natural y pronóstico de la enfermedad.
- d. Evaluar nuevos métodos de diagnóstico, prevención y tratamiento.
- e. Aportar información para el desarrollo de políticas y programas de salud, entre ellos los aplicados a los riesgos sanitarios. ¹³

El instrumento metodológico de investigación en Salud Pública es el diagnóstico, la precisión en éste es tan necesaria para el tratamiento de salud de una comunidad como para el tratamiento de un individuo, así mismo, una de las etapas fundamentales y tal vez determinante de la calidad del proceso de programación es el diagnóstico ¹⁸

Se define al diagnóstico de la situación de salud como la investigación en Salud Pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles para la solución de los problemas detectados. De hecho se le considera la investigación operativa por excelencia en Salud Pública, siendo el punto de partida de todo proceso programático en salud. Para que sea útil deberá ser realizado con rigurosidad metodológica y bajo un enfoque de integralidad y funcionalidad de tal manera que la información obtenida del mismo permita establecer criterios para la adecuada toma de decisiones de salud. Debe contener tres aspectos fundamentales:

1. Daños a la salud
2. Factores determinantes
3. Recursos y servicios ¹⁹

El Diagnóstico de Salud Integral es un procedimiento de investigación que permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población, con el fin de identificar problemas y necesidades de salud, determinar los factores causales como parte de un proceso que no debe concluir hasta la solución o control de los problemas que se hayan detectado.

20, 21

En 1992 la OPS propuso para los estudios de vigilancia de la situación de salud un nuevo término Análisis de la Situación de Salud (ASIS), que incluye un enfoque más integral, resaltando la necesidad de estudiar las desigualdades e inequidades de grupos particulares de población en relación con los factores causales, de las condiciones de vida. Dicha propuesta sugiere como reflejo de la crisis económica que se dio en ese momento en la mayor parte de los países de la región de las Américas y el consecuente deterioro de los niveles de salud y los sistemas de servicios de atención a la salud. ⁹

Mario Testa refiere que la planificación tradicional no ha considerado lo ideológico ni lo estratégico como una cuestión metodológica ni operacional correspondiente a su campo de estudios sino como perteneciente a sus fundamentos. El diagnóstico administrativo es el diagnóstico clásico de la planificación normativa: mide recursos, cuantifica metas, relaciona unos y otros mediante procedimientos que se aproximan a alguna forma de evaluación. Su enfoque es básicamente funcional, objetivo, traduciéndose en una práctica teórica que elimina lo social. El diagnóstico estratégico se construye sobre la identificación de la estructura de poder existente en el sector salud. Esta enmarcado en la lógica de la programación, guiado por la intención de producir cambios y resolver conflictos que aparecen en las diversas fuerzas sociales. Se basa en el análisis de los flujos financieros desde el punto de vista social. El diagnóstico ideológico proporciona el nexo entre las fuerzas sociales estructuradas en torno a la salud y la totalidad social, en el proceso de legitimación es permanente para cualquier decisión o propuesta que se realice desde el Estado, en un intento de hacer legítima, es decir, no solo legal sino también válida –favorable, positiva- la propuesta que se realice o la decisión que se toma y también el sistema social en el que se realiza la propuesta o se toma la decisión. La legitimación de una decisión o propuesta es el proceso mediante el cual se logra que la misma sea aceptada como legal y válida para el conjunto de la sociedad. ⁵

La determinación de necesidades de una población va más allá de la identificación de los problemas de salud; requiere también un análisis de los

servicios y de los recursos disponibles, para hacerlo hay que hacer una evaluación, es decir, la estimación de las necesidades.

Una necesidad nace cuando se constata una diferencia entre una situación entre una situación considerada como óptima y la situación observada en la actualidad, diferencia que se desea reducir.

Problema y necesidad son nociones conexas, la necesidad es, de algún modo, la traducción del problema en términos más operacionales. Necesidad es lo que hace falta para que la situación problemática (el estado de salud actual) se convierta en la situación deseada (el estado de salud objetivo).

La taxonomía de la necesidad de Bradshaw, ilustra las diferentes perspectivas según las cuales puede definirse necesidad, clasifica las necesidades según cuatro tipos:

1. La necesidad normativa: es la que define el experto, el profesional, el administrador, en relación a una norma deseable u óptima.
2. La necesidad sentida: es la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud o lo que desean como servicios de salud.
3. La necesidad expresada: equivale a la demanda de cuidados y de servicios, a la necesidad sentida que finaliza en un proceso de búsqueda de servicios.
4. La necesidad comparativa: necesidad que un individuo o un grupo debería tener puesto que presenta las mismas características que otro individuo o un grupo al que se ha identificado una necesidad.

El estado de salud puede ser descrito también a partir de los diferentes códigos de morbilidad. Cuando la morbilidad corresponde a la definición dada por el individuo a partir de la percepción de síntomas o molestias, hablamos de morbilidad sentida. Cuando la morbilidad sentida es objeto de un diagnóstico, hablamos de morbilidad diagnosticable, los conocimientos actuales dejan en la sombra algunas enfermedades cuya historia natural es mal conocida. La

morbilidad diagnosticada y diagnosticable representa la visión que tiene el profesional sobre el problema o sobre el estado de salud del individuo; esta noción corresponde a la descripción normativa de la necesidad. La morbilidad diagnosticada y diagnosticable rebasa la morbilidad que puede sentir un individuo y, evidentemente, a la que ha podido expresar. La noción de morbilidad real, que corresponde al verdadero estado de morbilidad, engloba la morbilidad sentida, la morbilidad diagnosticada y diagnosticable, así como los estados mórbidos no sentidos, sean o no diagnosticados o diagnosticables. ²²

Una herramienta para identificar los daños a la salud es la encuesta en donde la confidencialidad de los datos suministrados por los participantes es una preocupación primordial de todas las organizaciones respetables que hacen encuestas. En el Negociado del Censo de los Estados Unidos, por ejemplo, los datos recogidos están protegidos por ley (Título 13 del Código Legal de Estados Unidos). En Canadá, la Ley de Estadísticas garantiza la confidencialidad de los datos recogidos por Statistics Canadá, y otros países tienen salvaguardas similares.

Varias organizaciones profesionales que tienen que ver con métodos de encuestas tienen un código de ética (como la Asociación Estadística Americana) que establecen reglas para mantener la confidencialidad de las respuestas en encuestas. La política recomendada para que las organizaciones de encuestas salvaguarden la confidencialidad incluye:

- Usar códigos numéricos para vincular al participante con su cuestionario y guardar la información sobre el vínculo nombre-código en un lugar aparte.
- Negarse a proveer los nombres y direcciones de los participantes en la encuesta a cualquier persona fuera de la organización de encuestas, incluyendo a sus clientes.
- Destruir cuestionarios e información que pueda servir para identificar los participantes luego que sus respuestas se hayan entrado a la computadora
- Omitir los nombres y direcciones de los participantes en la encuesta de los archivos de computadora usados para análisis.

- Presentar tabulaciones estadísticas usando categorías amplias para que los participantes individuales no puedan ser identificados.

Las encuestas recogen información de una porción (muestra) de la población de interés dependiendo el tamaño de la muestra en el propósito del estudio. En una encuesta bona fide, la muestra no es seleccionada caprichosamente o sólo de personas que se ofrecen como voluntarios para participar. La muestra es seleccionada científicamente de manera que cada persona en la población tenga una oportunidad medible de ser seleccionada. De esta manera los resultados pueden ser proyectados con seguridad de la muestra a la población mayor. La información es recogida usando procedimientos estandarizados de manera que a cada individuo se le hacen las mismas preguntas en mas o menos la misma manera. La intención de la encuesta no es describir los individuos particulares quienes, por azar, son parte de la muestra sino obtener un perfil compuesto de la población.

Las encuestas proveen una fuente importante de conocimiento científico básico²³ y son un instrumento que nos permite conocer la determinación de necesidades es la encuesta en hogares ya que es la fuente de información que proporcionan los residentes habituales del mismo, teniendo disponibilidad de información precisa, válida y actualizada que permita dar cuenta de la magnitud de los problemas, su distribución geográfica, por edad u otra condición relevante, es de suma importancia en el momento de definir acciones.²⁴

Sin embargo es necesario echar mano de la investigación cualitativa para complementar el uso de técnicas cuantitativas. Ambas son importantes e iluminan diferentes aspectos del problema. La investigación cualitativa explora las experiencias de la gente en su vida cotidiana, mira más allá de las cifras y de las estructuras, busca tratar de interpretar los fenómenos sociales en términos del significado que las personas otorgan a dichos fenómenos, a las interacciones y a las conductas. Es primordialmente inductiva, involucra probar una hipótesis en un marco preexistente.

Dentro de la investigación cualitativa existen estrategias para la recolección de datos, una de ellas es la entrevista la cual genera la oportunidad para

comprender los puntos de vista de los participantes en la investigación a cerca de sus mundos tal como son descritos en sus propias palabras. La aproximación semiestructurada recolecta datos de los individuos participantes a través de un conjunto de preguntas abiertas formuladas en un orden específico. Se enfoca sobre una serie de preguntas que el investigador hace a cada participante. Se usa cuando el investigador sabe algo a cerca del área de interés, por ejemplo desde la revisión de la literatura, pero no lo suficiente como para responder a las preguntas que se ha formulado. Aunque las preguntas están ordenadas, los participantes pueden responder libremente en contraste con un cuestionario de preguntas cerradas en el que respuestas predeterminadas deben ser elegidas.

Idealmente, cada entrevista es audio grabada y transcrita para fines de análisis. Además de audio grabar las entrevistas, uno ha de tomar notas para capturar puntos del relato hacia los cuales uno querrá regresar posteriormente en la entrevista o para localizarlos en la audio cinta después de la entrevista. En situación ideal, se entrevista a cada participante por separado.^{25 26}

La determinación de necesidades va más allá de la identificación de problemas. Permite mejorar el proceso de solución de problemas en la medida en que el interés del planificador se centra sobre lo que hay que hacer, con el fin de remediar las deficiencias del estado de salud del estado de salud previamente identificadas.²²

La planificación es una intervención estratégica y necesaria para la factibilidad, viabilidad y ejecución de políticas, para orientar la intervención regulatoria y para, junto a la orientación de política de recursos humanos, definir marcos para la gestión de recursos humanos en las jurisdicciones descentralizadas y organizaciones de salud.

A pesar de la escasa vigencia de la planificación de recursos humanos en América Latina durante la última década, a diferencia de otros países de mayor desarrollo relativo que sí la usaron, la situación tiende a cambiar, en la medida en que las cuestiones de recursos humanos cobran mayor relevancia en las

agendas de cambio sectorial. Esta planificación de recursos humanos debe de asegurar objetivos de calidad, productividad y efectividad de la atención, asegure también buenas condiciones de trabajo. ²⁷

2.1.2 Ubicación del área de estudio

El municipio de Tlaquepaque forma parte de la Zona Metropolitana de Guadalajara, se localiza al centro oriente del estado de Jalisco, limita al norte con los municipios de Tonalá, Guadalajara y Zapopan, al Sur con el Salto y Tlajomulco de Zúñiga, al oeste con Tlajomulco de Zúñiga y al este con Tonalá, con una extensión territorial de 270.88 km². (Anexo 1). Cuenta con 44 localidades siendo las más importantes San Pedro Tlaquepaque que es la cabecera municipal, Santa Anita, La Calerilla, Valle de la Misericordia, La Loma y Pomas.

Según el conteo 2005 del INEGI la población total del municipio es de 561,693 habitantes (Anexo 2), representando el 8.34% del total de la población del estado de Jalisco. La población que reside en la cabecera municipal es de 458,674 habitantes es decir el, 81.4% respecto a la población total del municipio, seguida de San Martín de la Flores, Santa Anita y Toluquilla. La densidad poblacional del municipio es de 2,078.43 habitantes por km²; la pirámide poblacional tiene una base ancha ya que el grupo de edad con más habitantes es de 0-15 años representando un 35.48% de la población total. La tasa media anual de crecimiento en el período 1990-2000 fue de 3.4%. La edad media es de 23 años, con una relación hombre-mujer de .96:1.

2.1.3 Metodología

Diseño de estudio

El diagnóstico de salud integral del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco 2006 se realizó mediante un diseño de estudio observacional, del tipo transversal y descriptivo.

Se considera observacional pues no se asignaron intervenciones sino que solo se limitó a medir las variables definidas en el estudio, se le denominó además

transversal ya que su principal característica es que tanto la exposición como el evento se midieron al mismo tiempo en un punto del mismo. La población en estudio se seleccionó sin tomar en cuenta la exposición o el evento como criterios de inicio del estudio. Solo se hizo una medición en el tiempo en cada sujeto de estudio. Por lo anterior proporcionó una representación de las necesidades sanitarias de la población del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco y posteriormente permitirá hacer planeaciones de los servicios de salud y saber el estado de salud o carga de enfermedad de la población en estudio durante el 2006.

Población de estudio

La población objetivo fueron los 563,006 habitantes del Municipio del Tlaquepaque, Jalisco según el conteo INEGI 2005, la información necesaria para captar los daños a la salud, los factores condicionantes, los servicios de salud y recursos para la salud, incluyeron aspectos no captados en los informes del sector salud, por lo que fue necesario recurrir a la aplicación de una encuesta a la población.

Selección de la muestra

Debido a que no fue posible estudiar a la totalidad de la población se realizó un muestreo que es una herramienta de la investigación científica cuya función es determinar que parte de la realidad en estudio (población o universo) debe examinarse con la finalidad de hacer inferencias sobre dicha población. Fue necesario que la muestra fuera *representativa* es decir, que permitiera la realización de una adecuada inferencia estadística de los resultados obtenidos en ella al universo del que se extrajo la muestra. Por lo que extrajo de las 154 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) que conforman las 120 colonias del municipio.

Dado que se pretendió contar con información en el corto plazo que permitiera contribuir a la toma de decisiones sobre alternativas de prevención, puesto que los problemas de salud del municipio actualmente identificados son enfermedades transmisibles se selecciono una muestra de sujetos de una población definida N, utilizando el muestreo probabilístico, ya que se extrajo

una muestra al azar a partir del número de viviendas habitadas según el Sistema para Consulta de Información Censal 2000 (SCINCE 2000) del INEGI localizadas por cada Área Geoestadística Básica (AGEB) dentro de la población del Municipio de Tlaquepaque. Este tipo de muestreo fue muy útil pues la población esta muy dispersa y resultaría poco práctico y muy costoso confeccionar una lista de todos sus elementos.

La unidad de análisis fueron las familias residentes en las viviendas seleccionadas y la población a encuestar fueron las familias seleccionadas a partir de la muestra calculada.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó una fórmula adecuada para estudios con variables cualitativas para un estudio de una sola proporción. Se manejará un grado de confianza del 95% que da un valor de “z” de 1.96, y un porcentaje a favor de que ocurra un evento del 50%, permitiendo a la vez que cada elemento de la población tenga la misma probabilidad de ser seleccionado. La fórmula que se utilizó para obtener la muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{(z)^2 [(p)(q)]}{d^2}$$

n= Tamaño de la muestra (cuando el tamaño de la población es mayor a 10,000)

z= Desviación en relación a la distribución normal estándar que para el nivel de confianza del 95% es de 1.96.

p= Proporción de la población que se estima que tiene una característica determinada y que para éste estudio se aplicará el 50% (0.50)

q= Determina el grado de éxito (1.0-p)

d= Grado de precisión el cual para fines de este estudio se eligió el 0.50

d²= EEP (error estándar de una proporción)= 0.025

Por lo que el tamaño de la muestra será:

$$n = \frac{(1.96)^2 [(0.50)(0.50)]}{(0.025)^2} = 384$$

Considerando el tipo de estudio y la aplicación de la encuesta en áreas urbanas similares se considerará un 10% de no respuesta que son 38.4 encuestas, que redondeando resulta un total de 38 encuestas adicionales; la suma total será de 422 viviendas a encuestar en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.

n= 422

- **Unidades de muestreo:** Sólo aquellos domicilios en los que habiten familias, entendiendo como hogar al grupo de personas que se sostienen de un gasto común para comer. Se excluyeron aquellos domicilios que figuren como escuelas, casas deshabitadas, comercios, fábricas y otras actividades.
- **Criterios de inclusión:** Familias residentes durante todo el año 2006 en el municipio de Tlaquepaque, Jalisco y que aceptaron participar en el estudio aportando la información solicitada.
- **Criterios de exclusión:** Familias que no hayan vivido durante todo el año 2006 en el municipio de Tlaquepaque, Jalisco, además de las familias en que la persona entrevistada no desea participar.
- **Unidades de observación:** fueron los integrantes de las familias que residen en las viviendas seleccionadas.

Selección de las unidades de muestreo

En virtud de que se pretendió lograr una amplia cobertura de la población residente del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco, se utilizó el método de muestreo probabilístico, polietápico, por conglomerados, en las etapas:

Primera etapa: Se enlistaron con números progresivos los 154 AGEB, representando éstos la unidad de muestreo, y por medio de una lista de números aleatorios se asignó al primero, posteriormente uno de cada 10 AGEB, pues fueron 10 días hábiles para el levantamiento de la información, en los 15 AGEB seleccionados el 81% de los mismos se eligieron de la cabecera municipal pues es ahí donde se concentró en ese porcentaje la población y el 19% restante en el resto de las localidades.

Segunda etapa: Los AGEB seleccionados se dividieron en conglomerados, de 8 manzanas cada uno, que en esta etapa son la unidad de muestreo; enumerándolos de izquierda a derecha según estuvieron esquematizados en el croquis y eligiendo dos al azar por cada AGEB previamente seleccionado.

Tercera etapa: La elección de las viviendas a encuestar, que en esta etapa son la unidad de muestreo, se tomaron de las manzanas también numeradas de izquierda a derecha en relación con la impresión del croquis y elegidas cuatro al azar de los conglomerados elegidos de la misma forma. Ya en la localidad se realizó un recorrido de la manzana elegida identificando y contando el número de viviendas habitadas por familias, el total obtenido se dividió entre el número de encuestas que se requirieron lo que permitió obtener el rango para seleccionar aquellas viviendas a encuestar. En caso de no encontrar a los habitantes de la casa seleccionada se reemplazaron por la siguiente vivienda.

Procedimiento para la selección de la muestra

En la primera etapa se identificaron las áreas en las que está dividido el Municipio de Tlaquepaque, con la población y número de AGEB correspondientes a cada una de ellas. Ordenándose de mayor a menor respecto a la población. (Tabla 1)

TABLA 1
Áreas y número de AGEB del municipio de Tlaquepaque, Jalisco. 2007

AREAS	No. AGEB	No. ENCUESTAS
Buenos Aires	4	98
Las Juntas	2	52
Cerro Del Cuatro	2	52
Las Pintas	1	26
Toluquilla	1	26
Rosales	2	52
San Pedrito	2	52
San Martín De Las Flores	1	26
Total	15	384

FUENTE: SCINCE 2000

Debido a que se programaron 15 días para recabar la información, se eligieron 15 AGEB para levantar la información de las 384 encuestas. De las 5 primeras áreas más pobladas se eligieron de manera aleatoria el 80% de los AGEB, correspondiendo a 12 y del resto de las áreas el 20% resultando 3. (Tabla 2)

TABLA 2
Áreas y AGEBS seleccionados para la aplicación de las encuestas en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco. 2007

	AREAS	POBLACION	%	No. AGEBS
1	Buenos Aires	92,515	19.62	25
2	Rosales	81,447	17.27	18
3	San Pedrito	65,669	13.92	14
4	Cerro Del Cuatro	52,176	11.06	18
5	Las Juntas	40,665	8.62	6
6	Duraznera	25,759	5.46	15
7	Pintas De Abajo	23,882	5.06	8
8	Santa Rosalía	16,685	3.53	4
9	San Martín De Las Flores	15,145	3.21	8
10	Sta. Ma. Tequepexpan	14,929	3.16	10
11	Tateposco	12,980	2.75	8
12	Santa Anita	12,842	2.72	7
13	López Cotilla	8,749	1.85	6
14	Toluquilla	8,073	1.71	7
	TOTAL	471,516	100	154

FUENTE: SCINCE 2000

En la segunda etapa, cada uno de los AGEB seleccionados se dividió en conglomerados de 8 manzanas cada uno, de manera aleatoria simple se eligieron 2 conglomerados por AGEB y de éstos, también aleatoriamente 4 manzanas a modo que por cada conglomerado se aplicarían 13 encuestas: (Tabla 3)

TABLA 3
Distribución de encuestas por manzana seleccionada en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco. 2007

AREAS	No. AGEB	No. conglomerados	No. manzanas	No. encuestas por manzana	Total encuestas
Buenos Aires	4	8	32	3.06	98
Las Juntas	2	4	16	3.25	52
Cerro Del Cuatro	2	4	16	3.25	52
Las Pintas	1	2	8	3.25	26
Toluquilla	1	2	8	3.25	26
Rosales	2	4	8	3.25	52
San Pedrito	2	4	16	3.25	52
San Martín de Las Flores	1	2	8	3.25	26
Total	15	30	112	3.22	384

FUENTE: SCINCE 2000

Durante la tercera etapa, una vez en la comunidad se procedió a contar el número de viviendas habitadas, dividiendo entre el número de encuestas asignadas por manzana obteniendo el rango de las viviendas a encuestar. La calidad del total de las encuestas fue revisada después de terminar cada AGEB para asegurar su adecuado llenado.

Prueba piloto

Previo a llevar la encuesta a la fase de ejecución se llevó a cabo una prueba piloto del cuestionario en la localidad del Zapote del Valle, Municipio de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, el día 13 de abril del 2007, estimando para ésta un 10% del tamaño de la muestra calculada, se aplicaron 38 encuestas donde se detecto la disponibilidad de las personas entrevistadas para participar, con aceptación para responder la totalidad de las preguntas. El tiempo promedio de aplicación de la encuesta fue de 10 minutos. Lo que permitió inferir que el

tiempo para el levantamiento de la información programado previamente era suficiente.

Recolección de la información

El levantamiento de la información se hizo durante 10 días hábiles comprendidos entre el 16 al 27 de abril del 2007, realizando esta actividad el investigador principal y dos pasantes de la licenciatura en enfermería. Las encuestas aplicadas por día fueron en promedio 38.5, es decir 12.8 encuestas por encuestador por cada jornada de 4 horas.

Variables

Con el propósito de describir los daños a la salud, los factores condicionantes, los servicios de salud y recursos para la salud de la población del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco se estudiaron las siguientes variables de las cuales se realizaron tablas de operacionalización para su análisis descriptivo.

- a. daños a la salud: morbilidad diagnosticada, enfermedades de notificación obligatoria, morbilidad sentida, mortalidad general por sexo, mortalidad perinatal, mortalidad infantil, mortalidad en adolescentes, mortalidad materna, mortalidad del adulto mayor (Anexo 3)
- b. factores condicionantes de salud: edad, sexo, estado civil, ocupación, adicciones, nivel educativo, derechohabiencia, ocupación del (los) jefe(s) de familia disponibilidad de agua entubada, drenaje, electricidad y recolección de basura, material del piso de la vivienda, cloración del agua en la vivienda, rastros, mercados, tiraderos de basura, fábricas, estilo de vida saludable (Anexo 4)
- c. Recursos y servicios: recursos disponibles, número y características, utilización de los servicios de salud (motivo de la atención, tipo de personal que otorgo la atención, tipo de institución que brindó la atención), tiempo de espera y traslado, gastos de bolsillo. (Anexo 5)

Fuentes de información

Utilizando el método de investigación mediante encuesta como fuente primaria de información para la mayoría de las variables de los factores condicionantes de salud y recursos y servicios, diseñándose con tal propósito un cuestionario especial denominado Cuestionario vivienda. (Anexo 6)

La información sobre daños a la salud se obtuvo de fuentes secundarias o documentales; se revisaron los registros del Sistema de Información en Salud (SIS), Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), Hoja diaria del médico, Censo 2005 del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), Censos de Regulación Sanitaria, Padrón de Licencias Municipales, Indicadores INDICA, lo anterior del año 2006 y correspondientes al Municipio de Tlaquepaque, Jalisco. (Tabla 4)

TABLA 4
Fuentes secundarias y variable estudiada para realizar el Diagnóstico de Salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco. 2006

FUENTE SECUNDARIA	VARIABLE	CATEGORIA
Sistema de información en salud (SIS)	Morbilidad diagnosticada	Daños a la salud
Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE)	Enfermedades de notificación obligatoria	Daños a la salud
Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)	Mortalidad	Daños a la salud
Hoja diaria del médico	Morbilidad diagnosticada	Daños a la salud
Censo 2005, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)	Población del municipio	Factores condicionantes de salud
Censos de regulación sanitaria	Cloración de agua	Factores condicionantes de salud
Padrón de licencias municipales	Mercados, rastros y fábricas	Factores condicionantes de salud
Indicadores de Calidad (INDICA)	Tiempos de espera	Recursos y servicios

Plan de análisis

El procesamiento de la información de la fuente primaria se realizó en una base de datos creada a propósito para este fin en el programa Epi-Info 6. Posteriormente se obtuvo el análisis estadístico de cada una de las variables y se elaboraron tablas y gráficos.

La información de fuentes secundarias se capturó en hojas de cálculo para tabular los datos de cada una de las variables con números enteros, posteriormente se estimó su frecuencia en porcentajes, medias y tasas, para finalmente elaborar gráficos y tablas.

2.1.4 Daños a la salud

La tasa de mortalidad general en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco durante el 2006 es de 362.52 defunciones por cada 100,000 habitantes, siendo menor que la tasa estatal la cual es de 479.08 defunciones durante el mismo periodo. La tasa de mortalidad general por sexos, es 322.5 defunciones por cada 100,000 habitantes mujeres y de 403.41 defunciones por cada 100,000 habitantes hombres, con una distribución similar a la del estado de Jalisco. (Anexo 7)

Las tasas de mortalidad general tienen una distribución análoga a la del país, donde las enfermedades no transmisibles como las crónicas degenerativas son las primeras causas, mientras que las defunciones causadas por enfermedades transmisibles son provocadas por enfermedades infecciosas intestinales e infecciones respiratorias agudas.

En éste municipio las enfermedades infecciosas como las infecciones de vías respiratorias agudas, infecciones intestinales y las infecciones de vías urinarias son las primeras causas de morbilidad diagnosticada en consultas de primera vez reportadas en el Sistema de Información en Salud (SIS), en coincidencia

con las enfermedades notificadas en el Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) tanto jurisdiccional como estatal en el período 2004-2006, además en coincidencia con la morbilidad identificada en la hojas diaria del médico (SIS-SS-01P), seguidas de otras enfermedades, y enfermedades crónico degenerativas, para estas últimas la hipertensión arterial ocupa el décimo tercer lugar de enfermedades notificadas en SUIVE con un total de 291 casos representando el 0.68% del total de casos notificados, la diabetes mellitus insulino dependiente y no insulino dependiente representa el 0.66% con 286 casos. (Anexo 8)

El municipio de Tlaquepaque atraviesa por una transición demográfica y epidemiológica polarizada manifestada por una disminución de la tasa de natalidad, incremento en el porcentaje de adultos y de adultos mayores, en comparación con la población de 1970; siendo los principales daños a la salud las enfermedades crónicas degenerativas en adultos y por causas infecciosas y violentas en la población joven.

2.1.5 Factores determinantes

El conteo INEGI 2005 para el municipio de Tlaquepaque, Jalisco, arrojó que el 51.04% de la población total fueron mujeres y 48.6% hombres. La distribución por sexos de la población de la muestra estudiada fue de 52% para el sexo femenino y del 48% para el sexo masculino, similar al resultado ya descrito.

La primaria incompleta es la escolaridad que registra el 25% de la población de la muestra estudiada, seguida de la primaria completa y la secundaria. Con un 4.39% de analfabetas, los cuales se encuentran en mayor proporción en adultos mayores de 40 años, durante el año 2000 a nivel estatal el porcentaje de analfabetas fue del 6.45% y en 2005 a nivel nacional del 8.4%; en el grupo de adultos de 20 a 24 el 32% cursó hasta secundaria y en el grupo 45 a 49 el 30 % con primaria incompleta. Datos similares a los reportados a nivel estatal y nacional. Lo anterior hace evidente el rezago en materia de educación que vive aún el municipio.

La derechohabiencia encontrada es similar a la reportada por SIS, al Estudio de Regionalización Operativa (ERO) 2007, encabezada por el IMSS (49.4%), sin ningún tipo de seguridad social y atendidas por la SSJ (37.4%), ISSSTE (4.4%), y solo el 3% son beneficiarias del Seguro Popular. Se ha incrementado el número de familias que solicitan consulta en las unidades de primer nivel de atención afiliados al Seguro Popular de 4,655 familias durante 2005 a 11, 407 familias durante 2006.

Los servicios públicos en las viviendas se ha incrementado en los últimos 5 años, datos del estado reportan disposición de energía eléctrica de 97.5% a 97.8%, acceso a agua potable de 89.2% a 92.6% y drenaje conectado a la red pública de 83.7 a 88.3%. Así mismo 49.1% de las viviendas tienen piso de cemento o firme, y el 2.6% de tierra, el resto de mosaico. Aún cuando persiste la carencia de servicios públicos en un pequeño porcentaje de las viviendas es evidente la mejora cualitativa en las mismas, ya que a nivel estatal el 4.8% tienen piso de tierra.

Siendo este municipio uno de los principales centros alfareros del país no se dispone de un censo de fábricas, industrias y talleres en el municipio, además que no existe una clara regulación sobre la disposición y manejo de residuos contaminantes al suelo y aire.

2.1.6 Recursos y servicios

De acuerdo a la información obtenida en el Municipio de Tlaquepaque a cada médico que labora en la SSJ le corresponde dar cobertura para la salud a 4,179 habitantes sin ningún tipo de derechohabiencia, a diferencia del IMSS donde por cada médico corresponde brindar atención a 1,886 habitantes.

La morbilidad sentida de la población captada mediante el cuestionario vivienda fue por enfermedad en un 95.7% y en el resto por accidentes y parto. Un 3.2% refirieron no haber solicitado atención médica por recibir mal trato por parte del personal de salud. Un 60% de los usuarios de servicios de instituciones públicas refirieron haber recibido una atención satisfactoria, lo cual no es congruente con lo reportado en el Sistema de Información, Evaluación y

Medición para la Gestión de Calidad en el apartado de Trato digno en el primer nivel; en el punto de satisfacción por el trato recibido el cual al cierre 2006 es de 82.30 (amarillo), es necesario explorar a mayor detalle, ya que la satisfacción del usuario es un factor determinante para acudir a solicitar atención.

Un 90.05% de las personas que solicitaron atención, esta fue otorgada por médicos, seguidos de personal de salud tradicional, sin embargo el 92.98% de los médicos fueron del medio privado y el 2.92% respectivamente del IMSS y SSJ.

Las condiciones de vida de esta población considerada como urbana y suburbana distan de ser las óptimas para preservar la salud, debido a las condiciones de la vivienda y servicios públicos, al nivel de escolaridad y a la subutilización de los servicios médicos con que se cuenta.

2.2 Priorización

A partir de la información generada del Diagnóstico de Salud Integral de la Población del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco durante el 2006 y para efectos de identificación de los problemas prioritarios de salud se utilizó el método de Hanlon aplicado a morbilidad y mortalidad reportada.

El método de Hanlon permitió ordenar los problemas asignados, asignando un valor a cada uno de ellos, según los resultados obtenidos en la siguiente fórmula:

Puntuación de prioridad: $(A+B) \times C \times D$

A: Magnitud del problema

B: Severidad del problema

C: Eficacia de la solución

D: Factibilidad de la intervención

Resultando que los tres problemas destacados como los más importantes son las infecciones de vías respiratorias agudas con una puntuación de 150, intoxicación por picadura de alacrán con 120 puntos y tuberculosis respiratoria con 115.5 puntos.

Para efectos de ésta investigación se seleccionó a la tuberculosis respiratoria como una prioridad de salud para el municipio de Tlaquepaque, Jalisco que puede ser sujeta de intervención, debido a que se tiene información sobre su comportamiento y distribución en la población, se conocen además sus factores determinantes; por lo tanto se tienen los elementos necesarios para la adecuada planeación, diseño y ejecución de una intervención dirigida y modificar su comportamiento. (Tabla 5)

Tabla 5

Priorización de la morbimortalidad de la población del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco 2006 por medio del método de Hanlon

	MORBIMORTALIDAD	TASA POR 100,000	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD	PUNTUACIÓN
1	Infección de vías respiratorias agudas	68835.48	10	20	1	5	150
2	Intoxicación por picadura de alacrán	2337.92	6	18	1	5	120
3	Tuberculosis respiratoria	128.59	4	7	1.5	5	115.5
4	Displasia cervical leve y moderada	2211.68	6	17	1	5	115
5	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	5683.49	8	19	1	4	108
6	Mordedura por perro	549.41	6	12	1	5	90
7	Desnutrición leve	350.69	4	11	1	4	60
8	Hipertensión arterial	680.34	6	15	0.5	3	52.5
9	Diabetes mellitus no insulino dependiente	626.56	6	14	0.5	3	50
10	Diabetes mellitus	124.33	4	6	1	3	30
11	Otras helmintiasis	1243.78	6	16	1	1	22
12	Desnutrición calórico protéica	69.27	4	3	1	3	21
13	Diabetes mellitus	593.24	6	13	0.5	2	19
14	Tumor maligno de la mama	56.84	4	2	1	1	6
15	Enfermedades hipertensivas	124.33	4	5	0.5	1	4.5
16	VIH/SIDA	56.84	4	1	0.5	1	2.5
17	Enfermedades isquémicas del corazón	285.96	4	10	0.5	0	0
18	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	140.32	4	9	0.5	0	0
19	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	136.77	4	8	0.5	0	0
20	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	117.23	4	4	0.5	0	0

FUENTE: Indirecta. Diagnóstico Integral de Salud de la Población del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.

2.3 Conclusiones

El Municipio de Tlaquepaque, Jalisco tiene una población de 563,006 habitantes, con un 51.4% de mujeres y 48.6% de hombres. El gran grupo de edad donde se concentra la población es en el de 5 a 35 años, es decir, niños, adolescentes y adultos jóvenes. Siendo la distribución de la población similar a la del Estado de Jalisco.

Las tasas de mortalidad general tienen una distribución análoga a la del país, donde las enfermedades no transmisibles como las crónicas degenerativas son las primeras causas, mientras que las defunciones causadas por enfermedades transmisibles son provocadas por enfermedades infecciosas intestinales e infecciones respiratorias agudas.

Los suicidios y homicidios ocupan el primero y segundo de causa de muerte en adolescentes, dentro de los factores determinantes de salud para este punto se identifican el nivel de escolaridad de primaria incompleta que predomina en la población además de las adicciones referidas en el 28% de los habitantes de la muestra estudiada.

Seguidas por las enfermedades hipertensivas, las cuales fueron causadas por insuficiencia renal, pero debido al mal llenado del certificado y codificación inadecuada del mismo aparecen con dicho diagnóstico.

Existe congruencia entre las enfermedades infecciosas (infecciones de vías respiratorias agudas, infecciones intestinales y las infecciones de vías urinarias) reportadas en SUIVE, SIS, Hoja diaria del médico y con la morbilidad sentida recabada durante la recolección de información en campo. La incidencia de estas enfermedades puede estar determinada por las características de la vivienda como son el porcentaje de ellas con piso de cemento o firme y tierra (51.7%), la no adecuada disposición de basura, debido a que la periodicidad con que se recolecta es irregular y al conducta de la población a depositarla al aire libre, además las determinaciones de cloro libre residual en el agua de las viviendas solo esta dentro de norma en el 74.20% de

las mismas. Además de las condiciones deficientes de estructura e higiene en las instalaciones de los rastros y el proceso de manejo de sus productos.

Las enfermedades no transmisibles reportadas por fuentes oficiales y referidas por la población son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, presentándose en hombres y mujeres de 25 años y más.

La cobertura de servicios de salud a la población municipio de Tlaquepaque, Jalisco es buena, ya que dos terceras partes son derechohabientes del IMSS y un 14.23% de las familias que carecían de seguridad social están afiliadas al Seguro Popular.

Los servicios de salud disponibles son suficientes (1 médico por cada 4,179 personas de población abierta), accesibles (los tiempos promedio de traslado de los pacientes a las unidades es de 31 a 45 minutos), pero con utilización mínima, pues en caso de estar enfermos prefieren acudir con médicos particulares, las causas de este patrón pueden ser la mala calidad en la atención y los tiempos de espera, según los referidos por la población estudiada.

El municipio de Tlaquepaque atraviesa por una transición demográfica y epidemiológica polarizada manifestada por una disminución de la tasa de natalidad, incremento en el número de adultos y de adultos mayores, proyectándose para el 2030 que continuará la disminución en el porcentaje relativo de niños y jóvenes y aumento en el porcentaje de gente mayor a 65 años; siendo los principales daños a la salud las enfermedades crónico-degenerativas en adultos y por causas infecciosas y violentas en la población joven.

Las condiciones de vida de esta población considerada como urbana y suburbana distan de ser las óptimas para preservar la salud, debido a las condiciones de la vivienda y servicios públicos, al nivel de escolaridad y a la subutilización de los servicios médicos con que se cuenta.

3. Planteamiento del problema

3.1 Problema central

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, crónica, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* el cual se compone por: *m. tuberculosis*, *m. bovis*, *m. africanum*, *m. microti* y *m. canetti*, se adquiere por vía aérea principalmente. Es una enfermedad sistémica que afecta mayoritariamente al sistema respiratorio.

Fue Robert Koch, en 1882, al utilizar una nueva técnica de tinción, el primero que por fin pudo ver al "enemigo oculto". En el año 1895 Wilhelm Konrad von Rontgen descubre la radiación que lleva su nombre, con lo que la evolución de la enfermedad podía ser observada.^{28 29}

Historia natural de la tuberculosis pulmonar:

A. Periodo prepatogénico: Interacción de los factores responsables de la enfermedad

Agente: *Mycobacterium tuberculosis*, con sus variantes *Hominis*, causa más del 90%, *bovis* (5% aproximadamente) y atípicas. Con distribución mundial, viabilidad en esputo hasta 30 horas expuesto al sol y hasta 9 meses en la sombra. En el organismo se desarrolla en sitios con alta tensión de oxígeno.

Las vías de transmisión son la directa a través de las gotitas de *pflüge*, la indirecta a través de la leche y derivados, polvo muy fino.

Las puertas de salida son la respiratoria en un 96%, secreción láctea, cutánea y otras.

Las fuentes de infección son principalmente adultos humanos infectados (93%) y bovinos enfermos (7%).

Patogenicidad: Tiene relación con el número de bacilos activos.

Virulencia: Está dada por factores bioquímicos internos del bacilo.

Huésped: Infecciones y formas generalizadas en menores (riesgo de 1 a 2%). Formas clínicas localizadas en adultos.

Sexo: En general la incidencia es mayor en hombres pero se ha encontrado mayor incidencia en mujeres que en hombres pertenecientes al grupo de 45 y más años.

Grupos étnicos: Susceptibilidad relacionada con la experiencia de los grupos.

Estado inmunológico: La primoinfección deja inmunidad incompleta.

Herencia: Al parecer existe susceptibilidad familiar.

Hábitos y costumbres: Alcoholismo, adicciones, personalidad aprehensiva, ingestión de lácteos crudos, labores fatigantes, minería, personal médico y paramédico.

Estados patológicos previos: diabetes mellitus, VIH-SIDA, desnutrición, adicciones, terapia inmunosupresora, pacientes transplantados, bronquitis crónica, silicosis, linfoma.

Ambiente: Aumenta la susceptibilidad en zona urbana que favorece el hacinamiento, condiciones de poca ventilación, condiciones laborales con polvo, hospitales y clínicas con tuberculosos activos. Zonas ganaderas infectadas en los últimos 30 años.

Tabla 6
Historia natural de la tuberculosis pulmonar

Prevención primaria	
Promoción de la salud	Protección específica
<p>Mejoramiento del ingreso económico, de la vivienda, de las condiciones laborales, de la distribución del gasto familiar, de la nutrición. Ejercicio físico, adecuada distribución de los recursos médicos asistenciales, fomento de los hábitos higiénicos, activación de clínicas del niño sano, adulto sano, campañas permanentes contra la tuberculosis, recreación.</p> <p>Educación para la salud</p> <p>Educación básica y médica elemental general sobre tuberculosis y la responsabilidad de la comunidad. Educación médica a grupos específicos sobre tuberculosis y responsabilidad profesional. Educación médica continua de post-grado sobre tuberculosis y responsabilidad del especialista.</p>	<p>Aplicación de BCG a menores de 15 años, adecuado control clínico y bacteriológico de casos. Control clínico de contactos, quimioprofilaxis, registro de casos en la plataforma única del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.</p>
Primer nivel	Segundo nivel

B. Periodo patogénico:

- a. Periodo prealérgico: Llegada, implantación y desarrollo del bacilo de Koch, proceso inflamatorio inespecífico, proceso inflamatorio típico o atípico (complejo de Rank), foco inactivo que pasa a formar el chancro de Gohn y curación. Signos y síntomas insidiosos (estado catarral, febrícula, tos) con lesiones detenidas (foco de Simón) que lleva a curación o reactivación de lesiones.
- b. Horizonte clínico: Signos y síntomas clásicos (pérdida de peso, tos, hemoptisis, derrame pleural) que puede evolucionar a lesiones detenidas y curación o lesiones detenidas y reactivación. Formas agudas (neumonía tuberculosis y meningitis tuberculosa). Formas Crónicas (pulmonar, renal y suprarrenal). Complicaciones focales y generales (tuberculosis miliar y ósea). Muerte.

Prevención secundaria	
Diagnóstico precoz	Terapia adecuada
<p>Tener en mente el padecimiento, considerar que el 3% de la población mayor de 15 años es tosedora crónica, que el 6% de los tosedores crónicos son tuberculosos bacilíferos, que mediante la microscopia el 85% de los bacilíferos pueden ser detectados y que el resto solo puede ser diagnosticado mediante cultivo.</p> <p>La radiografía detecta los casos una vez establecidas las lesiones microscópicas; encuestas baciloscópicas en tosedores crónicos mayores de 15 años.</p> <p>Catastro torácico en grupos especiales.</p> <p>PPD sugestivos.</p> <p>Diagnóstico diferencial con: tumoraciones, infecciones de otra índole, sarcoidosis, enfermedades autoinmunes.</p>	<p>Tratamiento epidemiológico.</p> <p>Tratamiento médico ambulatorio.</p> <p>Notificación oportuna a la SSA.</p> <p>Servicio asistencial gratuito.</p> <p>Control de tratamiento (92% de casos nuevos negativos en menos de 6 meses)</p> <p>Cita mensual durante los 6 meses de tratamiento con baciloscopia.</p> <p>Adoptar Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado para cada caso.</p>
Tercer nivel	
Prevención terciaria	Rehabilitación
Limitación del daño	Rehabilitación
<p>Tratamiento hospitalario.</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <p>Prevención de complicaciones pulmonares y extrapulmonares.</p>	<p>Recuperar función respiratoria.</p> <p>Adaptación psicosocial del incapacitado.</p> <p>Terapia sustitutiva en ciertos casos.</p> <p>Educación del público y empresas para aceptar al incapacitado.</p> <p>Clubes educacionales.</p> <p>Prótesis.</p>
Cuarto nivel	Quinto nivel

En México el Programa de Acción de Tuberculosis tiene como prioridad focalizar y reforzar las acciones necesarias para la detección, prevención y tratamiento adecuado.

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la atención primaria a la salud se basa en la vacunación con BCG al nacimiento, el diagnóstico a través de baciloscopia y el tratamiento acortado estrictamente supervisado.³¹

En nuestro estado la tuberculosis es un viejo problema de salud pública. Presenta una incidencia anual que alcanza a 13 de cada 100 mil habitantes, y una mortalidad de casi 2 por cada 100 mil habitantes, siendo más acentuado en las áreas con mayor movilidad poblacional y en las de mayor concentración como son: la zona norte de Mezquitic, Puerto Vallarta, Cihuatlán y la Zona Metropolitana de Guadalajara de la que forma parte el Municipio de Tlaquepaque.³²

El estado de Jalisco durante el 2005 se situó en el lugar número 22 a nivel nacional en cuanto al índice de desempeño del programa de tuberculosis.

La Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque esta integrada por cinco municipios a saber, Tlajomulco de Zúñiga, Acatlán de Juárez, Villa Corona, Ixtlahuacán de los Membrillos y Tlaquepaque, en este último es donde en los últimos 5 años se registró el mayor numero de casos de tuberculosis pulmonar con un promedio de 22.33 pacientes por año, lo que representa el 55.43% de todos los casos pulmonares de la región.

En la tabla 7 se muestra el comportamiento de los casos nuevos de tuberculosis pulmonar en las unidades de salud de la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque y en el Municipio de Tlaquepaque, Jal., durante los últimos 6 años.

TABLA 7

Incidencia de casos de tuberculosis en todas sus formas en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco. 2001-2006

AÑO	TOTAL CASOS NUEVOS TBP	TOTAL CASOS NUEVOS TBP-TLAQ.	PORCENTAJE
2001	34	20	58.82
2002	42	18	42.86
2003	33	23	69.70
2004	35	22	62.86
2005	50	31	62.00
2006	55	20	36.36
PROMEDIO			55.43

FUENTE: Indirecta. Programa Nacional de Salud. Registro y seguimiento de casos

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa de la cual se ha podido documentar su estrecha relación con la historia de la humanidad. A 120 años del descubrimiento del *Mycobacterium tuberculosis*, y a más de cincuenta de la aparición del primer fármaco antituberculoso, aún en nuestros días, sigue siendo un problema de salud difícil de resolver, en México, al igual que en otros países, el problema del VIH-SIDA, la diabetes mellitus, la desnutrición y las adicciones a sustancias tóxicas, son condiciones que han venido a complicar la situación de esta patología, siendo considerada entonces como una prioridad y un problema de salud pública.³³

3.2 Problemas secundarios o colaterales

El problema central que nos ocupa y los problemas secundarios como la farmacorresistencia, fibrosis pulmonar, insuficiencia respiratoria, bronquiectasias, atelectasias, derrame pleural derivan en la incapacidad para laborar que lleva a la pérdida del poder adquisitivo familiar o bien la interrupción de estudios; la diseminación de la enfermedad, cronicidad de la misma con discapacidad respiratoria, disminución de la calidad de vida y aumento de la dependencia familiar, casos nuevos farmacorresistentes con el obvio incremento de los costos por concepto de tratamientos individualizados y

estudios de control. Incremento del gasto hospitalario por complicaciones con mayores costos para fines diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, además de muertes en edad productiva.

3.3 Causas

La tuberculosis pulmonar como problema central, es el resultado de factores endógenos como la susceptibilidad inmunológica, además de factores ambientales tales como la pobreza, el hacinamiento, hábitos higiénico dietéticos deficientes, en conjunción con aquellos derivados del estilo de vida como la diabetes mellitus, VIH-SIDA, adicciones, terapia inmunosupresora, desnutrición, neoplasias y finalmente los propios de los sistemas y servicios de salud como la ineficiencia de la promoción y educación para la salud, sobre todo la educación médica elemental sobre tuberculosis y la responsabilidad comunitaria.

Los problemas secundarios son resultado de la interacción de:

- Factores endógenos o biológicos tales como la virulencia y factores bioquímicos de la bacteria, proceso de cicatrización, disminución del tejido pulmonar funcional, fibrosis bronquial con colapso de segmentos pulmonares secundarios a obstrucción por granulomas y reacción inflamatoria irritativa inflamatoria de las pleuras.
- Factores derivados del estilo de vida como abandonos, pobre adherencia terapéutica, tratamientos no apegados a la normatividad vigente, diagnósticos y tratamientos tardíos.
- Factores propios de los sistemas de salud son la relación médico-paciente deteriorada, falla de las estrategias de educación, promoción y comunicación para la salud, es decir, sin impacto. Además de bajas coberturas de detección, diagnósticos tardíos y tratamientos no supervisados.

3.4 Consecuencias

Incapacidad para laborar que lleva a la pérdida del poder adquisitivo familiar o bien la interrupción de estudios; la diseminación de la enfermedad, cronicidad

de la misma con discapacidad respiratoria, disminución de la calidad de vida y aumento de la dependencia familiar, casos nuevos farmacorresistentes con el obvio incremento de los costos por concepto de tratamientos individualizados y estudios de control. Incremento del gasto hospitalario por complicaciones con mayores costos para fines diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, además de muertes en edad productiva.

3.5 Justificación del problema central

La tuberculosis supone un auténtico problema de salud pública, tanto a nivel nacional como mundial, por lo que quizá merezca la pena detenerse a analizar su situación epidemiológica actual, tan importante para comprender correctamente esta enfermedad en su globalidad.

M. tuberculosis causa la muerte de más personas que cualquier otro agente infeccioso. Las defunciones por tuberculosis representan el 25% de toda la mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95% de los casos y el 98% de los fallecimientos causados por esta enfermedad; el 75% se sitúa en el grupo de edad económicamente productivo (15-50 años).

Los médicos de atención primaria son una de las fuentes más importantes para la detección y notificación de casos. El personal de salud es pieza clave en el proceso de cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis pulmonar, al corroborar la curación a través de un adecuado control bacteriológico y clínico. Lo cual garantizaría la curación del 98% de los casos nuevos durante los seis meses de tratamiento en los pacientes nuevos de tuberculosis pulmonar en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.

Las percepciones y prácticas de los pacientes sobre la tuberculosis intervienen en todo el proceso de salud enfermedad y aquí juegan un papel muy importante los servicios de salud, en el que se refleja la falta de comunicación del personal médico y paramédico con el paciente para transmitir la información necesaria acerca de la enfermedad y su tratamiento y como consecuencia la falta de adherencia al tratamiento.³⁴

Esta falta de adherencia al tratamiento lleva a brotes de enfermedad resistente a fármacos y al consecuente cambio de patrones epidemiológicos de la tuberculosis, aumento de la demanda de los servicios de salud por complicaciones agudas como insuficiencia respiratoria, derrame pleural, infecciones agregadas, sangrados y crónicas fibrosis pulmonar, disminuyendo los recursos destinados a otras áreas.

3.6 Definición de la imagen objetivo acorde con las políticas y planes de la institución.

A pesar de que se han tenido logros importantes en los puntos de detección oportuna y seguimiento adecuado, aún falta que el personal de salud se convenza de la importancia y trascendencia de estos puntos, sin embargo, sus actividades y participación no son reconocidas en el programa de tuberculosis.

Así pues, la labor que desempeña el personal de salud en las unidades aplicativas, es fundamental para cumplir los objetivos y alcanzar las metas del Plan Nacional de Salud 2007-2012 y el Programa de Acción Tuberculosis; así sea en los de orden de detección o en los destinados al control del tratamiento y por ende de la enfermedad.

Gracias a los esfuerzos del personal de salud es que se logan avances en salud, por lo que se hace necesario estimularlos para que sientan que los resultados de trabajar por el beneficio de los demás, también impactan en ellos.

Por lo que un sistema de reconocimientos dirigido a médicos y enfermeras de las unidades de salud de primer nivel del municipio de Tlaquepaque contribuirá a mejorar el seguimiento clínico y bacteriológico de los pacientes con tuberculosis pulmonar.

4. Alternativas de solución

A continuación se exponen tres diferentes alternativas de solución para hacer frente al problema central, incluyendo para cada una, un análisis de los beneficios potenciales, los elementos favorables para su implementación y los obstáculos que pudiera enfrentar.

- A. Sistema de estímulos al personal de salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco para mejorar el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar. Cuyos beneficios potenciales serían el adecuado control clínico y bacteriológico de dichos pacientes, lo cual se vería favorecido porque se cuenta con los insumos necesarios para dicho tratamiento, existiendo la NOM-006-SSA2 que norma éste aspecto. Los obstáculos a enfrentar sería la negativa del personal de salud para realizar actividades de control bacteriológico y registro en el expediente clínico, tarjeta de registro y control de caso de tuberculosis. Alternativa que se esquematiza por medio de un diagrama causa efecto. (Anexo 9)

- B. Detecciones semestrales en pacientes diabéticos de los Grupos de Ayuda Mutua, se lograría realizar detecciones a éste grupo de riesgo, ya que la diabetes mellitus es en nuestro estado la enfermedad con mayor asociación a tuberculosis pulmonar en un 15%; pudiendo realizar diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos. Se cuenta con los insumos suficientes para actividades de detección. Se tiene que enfrentar la resistencia del personal médico y de enfermería para realizar detecciones y la inexistencia de Grupos de Ayuda Mutua en 12 (66%) de las 18 unidades de salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.

- C. Estudio bacteriológico al 100% de los contactos intra y extradomiciliarios, al inicio, durante y final del tratamiento de un caso índice. Con lo anterior se lograría la detección y tratamiento oportuno, rompiendo la cadena de transmisión de la enfermedad, lo cual sería posible por contar con el material necesario para dichas actividades, sin

embargo, el insuficiente personal para realizar extramuros sería el mayor obstáculo a enfrentar, no contamos con un laboratorio regional, la dificultad geográfica y horarios no compatibles de los contactos para acudir a las unidades de salud o poder recibir al personal de salud en sus domicilios. Datos falsos proporcionados por el paciente para la localización de los contactos.

5. Justificación

De las alternativas de solución planteadas la más innovadora y viable de realizarse es la implementación de un sistema de estímulos al personal de salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco para mejorar el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.

La alternativa seleccionada fue por motivos académicos y de tiempo. También debido a los beneficios potenciales como tener personal estimulado y participativo que lleve un adecuado control clínico y bacteriológico de pacientes afectados por tuberculosis pulmonar que los conducirá a la curación. Asimismo se cuenta con elementos favorables para su implementación como es el contar con el tratamiento y la NOM-006-SSA2 que norma el control del tratamiento primario de tuberculosis.

5.1 Importancia relativa

Este modelo pretende ser una herramienta que potencialice el desarrollo de las conductas laborales deseadas y esperadas a través de un mecanismo educativo e instruccional personalizado por parte de las jefaturas o actores involucrados en el mismo procedimiento de calificación del rendimiento, con el objeto de que pueda lograrse con facilidad los objetivos y metas de funcionalidad organizacional tanto de la organización completa como de las necesidades de cada jefatura y/o unidad respectiva en particular.

Por lo que en nuestra institución se debe de promover y facilitar la transformación de su organización tomada desde un punto de vista o de una tecnología. El modo de lograrlo es por medio de lo que se ha llamado desarrollo organizacional, es decir, los conceptos de orientación humanista conciben a la organización como un medio en que los individuos hallarán estímulo en su trabajo, para formarse, para desarrollarse y ser mucho más dueños de sí mismos de lo que les era posible con los sistemas burocráticos tradicionales.

Las nuevas realidades exigen cooperación en vez de competir. Cada ser humano es un asociado, un colaborador creativo y responsable que se auto renueva y aprende continuamente, pero que se ve limitado por una serie de interferencias creadas en las organizaciones, que por falta de imaginación y exceso de intolerancia y desconfianza, han limitado la vida a normas, objetivos y evaluaciones.³⁶

Las dimensiones de la calidad del proceso de atención: técnica, humana y “amenidades” establecidas por Donabedian pueden ser valoradas por los consumidores sanitarios. En el caso del componente técnico, la apreciación de los usuarios carece de capacidad evaluativo, pues es el resultado del proceso productivo, debido a su carácter de solución técnica con respecto a un problema de salud y por la asimetría en la información existente entre prestador y prestatario. Para mejorar o mantener en nivel de salud de la población, un factor determinante es la calidad con que se brinda la atención y la calidad no es un lujo, ni una asignatura más, más bien es una herramienta poderosa para garantizar la supervivencia feliz de las organizaciones de salud progresistas.^{37, 38,39}

Una empresa de salud aumenta su capacidad para satisfacer necesidades y deseos de sus clientes externos (consumidores, usuarios, aseguradoras), si satisface previamente la de sus clientes internos (trabajadores, profesionales).⁵

La labor que desempeña el personal de salud en las unidades aplicativas es fundamental para cumplir los objetivos y alcanzar las metas del programa de tuberculosis, así sea en el orden de detección o en los destinados al control del tratamiento y por ende de la enfermedad. Por otro lado las percepciones y prácticas de los pacientes sobre la tuberculosis intervienen en todo el proceso de salud enfermedad y aquí juegan un papel muy importante los servicios de salud, en el que se refleja la falta de comunicación del personal de salud y paramédico con el paciente para transmitir la información necesaria acerca de la enfermedad y su tratamiento y como consecuencia la falta de adherencia al tratamiento.⁷

Siendo fundamental brindar calidad en la atención de los pacientes afectados por tuberculosis, los cuales son atendidos tanto por personal de base como de contrato, siendo sobre todo estos últimos excluidos de todo estímulo, lo que les genera la carencia de un sentido de identidad, entendida esta como el sentimiento de que uno pertenece a la compañía y es un miembro valioso de un equipo de trabajo. En general la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización.⁹

En general en las instituciones existe un interés permanente de incentivar la productividad y el alcance de metas, anulando el todo estímulo para que los trabajadores se formen, desarrollen y se sientan parte esencial de las mismas, como seres creativos y productivos.

De lo anterior se desprende la necesidad de contar con un modelo de estímulos, implementado por autoridades líderes para alcanzar la visión de la institución, con el que se logrará la motivación e inspiración: consiguiendo que las personas avancen en la dirección adecuada, a pesar de los grandes obstáculos que dificulten el cambio, apelando a las necesidades, emociones y valores humanos básicos, que tantas veces se desaprovechan. Cuando se ha hecho todo esto, el trabajo se convierte en algo motivador por sí mismo.⁴⁰

La motivación adecuada asegura la energía necesaria para superar los obstáculos. Engloba tanto los impulsos conscientes como inconscientes. Cuando hablamos de conducta motivada la estamos diferenciando claramente de la conducta instintiva. En el ambiente laboral la conducta motivada requiere un motivo por el cual ponerse en marcha a desempeñar. ⁹

Este proyecto apela a lograr la motivación intrínseca, entendida ésta como la disposición de actuar de una determinada manera, movido fundamentalmente por la satisfacción personal que ello conlleva, incluso en ausencia de controles o incentivos extremos a la persona, como podrían ser la supervisión del directivo o el dinero. ⁴¹

El recurso humano es lo más valioso de las instituciones por lo que deben ser motivados y reconocidos de manera equitativa, tomando en cuenta que sus necesidades son influidas por sus experiencias previas y necesidades de realización, necesidades de afiliación, necesidades de estimación, de independencia, de poder, de seguridad. ⁴²

El modelo de estímulos propuesto se fundamenta en la teoría de las expectativas de Víctor Vroom, la que se ocupa de la motivación y la gestión, asume que el comportamiento es el resultado de opciones conscientes entre alternativas. Sostiene que los individuos como seres pensantes y razonables, tienen creencias y abrigan esperanzas y expectativas respecto a eventos futuros de sus vidas. Establece que las personas toman decisiones a partir de lo que esperan como recompensa al esfuerzo realizado. En el ámbito del trabajo significa que prefieren dar un rendimiento que produzca el mayor beneficio o ganancia posible. Por esta razón motivarlos a realizar una tarea laboral ayuda a que se efectúe con mayor eficiencia y rapidez.

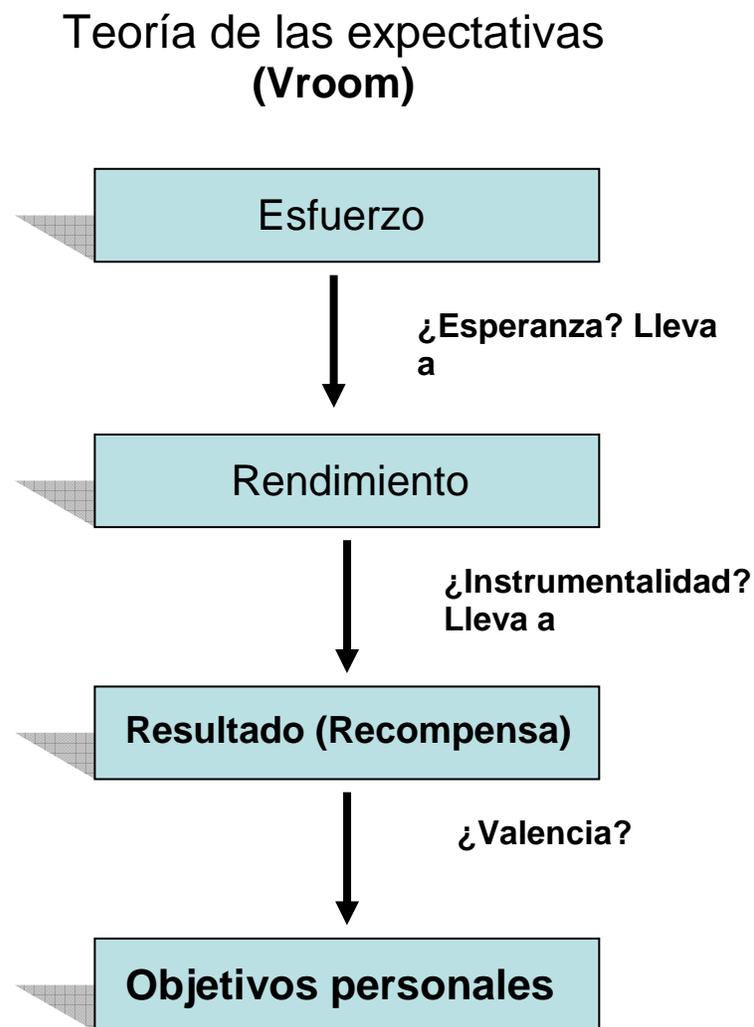
- Hay una correlación positiva entre los esfuerzos y el desempeño.
- El desempeño favorable dará lugar a una recompensa deseable.
- La recompensa satisficará una necesidad importante.

- El deseo de satisfacer la necesidad es bastante fuerte como para hacer el esfuerzo de mérito.

Este modelo ha sido probado y aceptado ampliamente porque parece coincidir con las experiencias personales y el sentido común: cuanto más confiamos en recibir determinada recompensa o satisfacción, más nos esforzamos. (Figura 1) ^{9, 43}

Se basa en los siguientes conceptos:

Figura 1



FUENTE: www.12manage.com/methods_vroom_expectancy_thory_es.html

Valencia: Orientaciones emocionales que la gente tiene con respecto a los resultados (recompensas), extrínsecas como dinero, promoción, tiempo libre, ventajas, o intrínsecas (satisfacción). La administración debe descubrir lo que aprecian los empleados.

Expectativa: Los empleados tienen diversas expectativas y niveles de confianza sobre lo que son capaces de hacer. La administración debe descubrir lo que aprecian los empleados.

Instrumentalidad: La percepción de los empleados de que realmente van a recibir lo prometido por la gerencia. La gestión debe asegurarse de que las promesas de recompensas estén satisfechas y de que los empleados estén enterados de esto.

Buscando motivar al personal operativo involucrado en el manejo de pacientes con tuberculosis pulmonar, y hacerlos sentir satisfechos, lo que los hará más creativos, comprometidos y propositivos. Además de establecer líneas de colaboración sólidas. Con los resultados de la presente investigación se pretende sensibilizar a las autoridades de salud estatal, jurisdiccional y local y poder otorgar reconocimientos al personal destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.

Al mejorar el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar se garantizará la curación en aquellos que logren concluirlo; la curación del enfermo adulto ocurre muy frecuentemente con persistencia de lesiones cicatriciales, evidentes en la radiografía de tórax, por lo que el control debe basarse en la evaluación clínica y bacteriológica. ⁴

5.2 Ubicación sectorial y localización física

La implementación del proyecto de un sistema de estímulos al personal destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar se considera de tipo social, ubicado en el sector salud, participando el personal médico y de

enfermería de las unidades de salud de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria XII Centro Tlaquepaque de la Secretaría de Salud Jalisco, independientemente si son de base o contrato.

5.3 Relación con políticas, planes, programas y proyectos.

La Ley General de Salud, en su título tercero Prestación de los servicios de salud, Capítulo I Disposiciones comunes y artículo 25 refiere “Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables” como lo son los pacientes con tuberculosis pulmonar, lo anterior se complementa con el capítulo II Atención médica, artículo 32 “Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionarán al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. ⁴⁴

El Programa Nacional de Salud (PRONASA 2007-2012) que para efectos de definir los contenidos del Sistema Nacional de Calidad en Salud (SICALIDAD), que establece dentro del objetivo 1.1 mejorar la calidad técnica y la seguridad de paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de efectos adversos y la medicina basada en evidencias. ⁴⁵

Y para lograr esta la calidad, entendida esta como los elementos del proceso en la prestación de servicios de salud tendientes a la mejoría de sus procesos, la Ley General de Salud determina la necesidad de acreditar a los Establecimientos que desean ingresar a la red de prestadores que atenderá a los beneficiarios, concibiendo a la Acreditación como un elemento de Garantía de Calidad, en sus componentes de la Capacidad, Seguridad y Calidad, dirigida a garantizar los servicios que integran el Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. ⁴⁶

En la Secretaría de Salud a nivel nacional anualmente se convoca a participar solo a personal de base en el premio de Estímulo a la calidad con el propósito de establecer un sistema integral de estímulos a la calidad del desempeño del

personal médico, de enfermería y odontología, inducir a un proceso de mejoramiento continuo del desempeño, la productividad y la superación del personal, contribuir a mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios y prestadores de los servicios de salud, impulsar el reconocimiento institucional al personal de salud y estimular su participación en el mejoramiento de los servicios de salud, el Comité Nacional de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal Médico, de Enfermería y Odontología, de acuerdo al Modelo de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, con base en la Norma emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. ⁴⁷

Así mismo la propia Secretaría de Salud, tiene establecidos tres programas de estímulos económicos dirigidos al personal de salud:

- Programa de estímulo basado en la asistencia y productividad.
- Programa de estímulo basado en la productividad y asistencia perfecta.
- Programa de estímulo basado en la calidad del trabajo.

Todos estos programas, tienen como beneficiarios al personal de salud con plaza estable y ofrecen algún bono económico complementario al salario regular.

El Plan de Acción: Tuberculosis 2001-2006 menciona “Se contará con un programa permanente de incentivos, reconocimientos y aprobación entre los prestadores de servicios, a fin de motivarlos y asegurar la calidad de las acciones que desempeñan”. ⁴⁸

Aspecto que no se ha cumplido, por lo que es necesario desarrollar un sistema de estímulos para fortalecer e institucionalizar un sistema de incentivos no monetarios, dirigido todo el personal de salud que apoya las actividades del Programa de Micobacteriosis, con lo que se logrará mejorar su desempeño a través del incremento de la eficiencia y eficacia, contribuyendo al fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAES, a través del reconocimiento de todo aquel personal de salud involucrado en las acciones de tuberculosis.

6. Identificación del producto

Con los resultados del presente proyecto de tipo social, ubicado en el sector salud, se pretende sensibilizar a las autoridades de salud estatal, jurisdiccional y local y lograr implementar un sistema de estímulos al personal médico y de enfermería que se destaquen en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar y otorgar reconocimientos con las siguientes características:

- Reconocimiento público: Que el incentivo sea otorgado por las autoridades y consistirá en un diploma y mención honorífica, difundiendo los resultados en órganos como el Boletín Epidemiológico Estatal o el Periódico Mensual Saludando de la Secretaría de Salud Jalisco.
- Informado. El incentivo debe ser otorgado con conocimiento del personal de salud y autoridades
- Transparente: Otorgado con bases establecidas a criterios de justicia, honestidad y legalidad
- Medible: Realizado mediante un sistema de evaluación estandarizado.
- Equitativo: Inclusión de todo personal médico y de enfermería que participan en las actividades del Programa de Tuberculosis, independientemente si es personal de contrato o base de las unidades de salud de primer nivel de la Secretaría de Salud del municipio de Tlaquepaque, Jalisco.

Además de que el sistema de cálculo de los estímulos debe de ser sencillo con el fin de facilitar la evaluación.

7. Objetivos y metas

Objetivo general:

1. Implementar un sistema de reconocimientos al desempeño durante el seguimiento del tratamiento primario de los pacientes de tuberculosis pulmonar en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco durante el período abril a julio del 2008.

Objetivos específicos

1.1 Diseñar el modelo de reconocimientos para los médicos y enfermeras destacados en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.

1.2 Aplicar los criterios y procedimientos para la evaluación y dictaminación del reconocimiento público al personal destacado.

1.3 Evaluar el impacto inmediato de la implementación del sistema de estímulos.

Al término del proyecto se deberán haber alcanzado las siguientes metas:

1. Obtener un modelo de un sistema de reconocimientos para médicos y enfermeras destacados en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.
2. Difundir en el 100% de las unidades de salud de primer nivel del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco de la Secretaría de Salud el curso de capacitación-motivación.
3. Lograr la asistencia al curso de capacitación-motivación del 85% del personal convocado.
4. Realizar una monitoria mensual durante los 6 meses de tratamiento del paciente al personal médico y de enfermería responsables del caso.
5. Otorgar reconocimiento público al 100% del personal que se destaque en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.
6. Notificar los resultados a los 100% de directivos estatales del área de Salud Pública de la Secretaria de Salud Jalisco, jurisdiccionales y de las unidades del municipio, además de todo el personal participante.
7. Difundir los resultados en por lo menos una publicación de circulación estatal de la Secretaría de Salud Jalisco.
8. Lograr el 90% de expedientes con registros mensuales, tarjeta de control y registro de caso de tuberculosis actualizada, además del control bacteriológico mensual.
9. Evaluar el 100% del seguimiento de los pacientes seleccionados.

8. Estrategias

Para el logro de los objetivos planteados se llevaron a cabo el siguiente conjunto de estrategias:

1. Elaboración de un modelo de sistema de reconocimientos
2. Difusión de una convocatoria dirigida a médicos y enfermeras para asistir al curso de capacitación-motivación.
3. Curso de motivación-capacitación dirigido al personal médico y de enfermería.
4. Monitoria mensual a cada uno de los participantes en el proyecto, aplicando una lista de verificación a la nota médica, tarjeta de registro y control de caso de tuberculosis y a la tarjeta de asistencia del personal.
5. Dictamen del personal al que se le otorgará el reconocimiento público al haberse destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.
6. Entrega de reconocimiento público al personal destacado en el control del tratamiento primario de la tuberculosis pulmonar.
7. Sensibilización a las autoridades de la Jurisdicción XII Centro Tlaquepaque y estatales para que se comprometan con el sistema de reconocimientos.
8. Difusión de los resultados para que las autoridades consideren la posibilidad de hacer permanente el sistema de estímulos al personal destacado.
9. Evaluación a corto plazo del impacto en la mejora de la calidad del control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.

9. Límites

La implementación del proyecto de un sistema de estímulos al personal destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar iniciará en el mes de abril del 2008, para concluirse durante el mes de julio del mismo año, se convocará a participar al personal médico y de enfermería de las 13 unidades de salud y los tres módulos de salud de la Jurisdicción Sanitaria XII Centro Tlaquepaque de la Secretaria de Salud Jalisco.

10. Metodología para la realización de la intervención

El proceso metodológico que nos permitió medir y analizar el cumplimiento de las estrategias de acuerdo con los objetivos formulados y que existiera coherencia de las acciones planteadas se realizó por el alumno de la Maestría en Salud Pública en Servicio y Coordinador General del Proyecto.

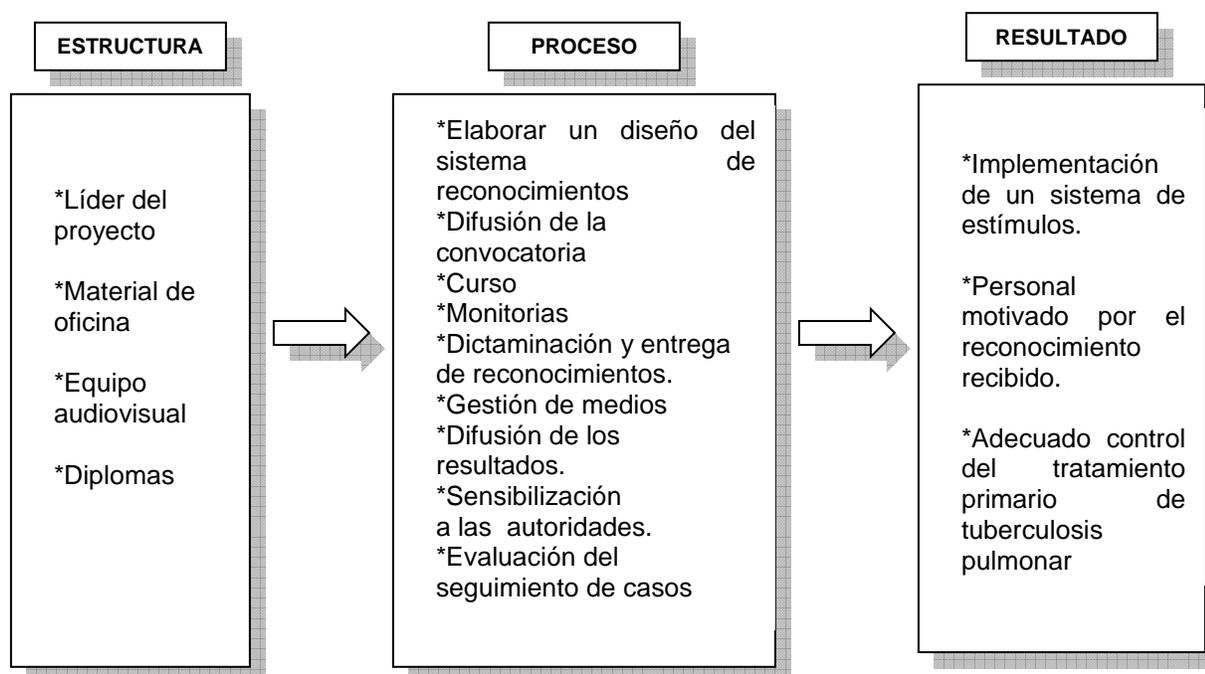
Las variables de estructura, proceso y resultado del modelo de ordenamiento lógico fueron las utilizadas en la elaboración del diseño base para la realización de la intervención y para el modelo de evaluación.

10.1 Componentes y actividades

Para lograr el objetivo del presente proyecto será necesario realizar las siguientes actividades generales para cada una de las estrategias, en las cuales se identifican los recursos humanos, materiales, equipo y financieros. (Figura 2)

Figura 2

Componentes y actividades generales del proyecto



Estrategia 1: Elaboración de un modelo de reconocimientos.

- a. Diseñar el modelo de reconocimientos con los siguientes elementos: insumos, actividades, responsable y resultados esperados. Siendo el alumno de la Maestría en Salud Pública en Servicio el responsable de esta actividad.

Estrategia 2: Difusión de una convocatoria dirigida a médicos, enfermeras para asistir al curso de capacitación motivación:

- a. Elaborar y difundir un cartel que contenga la convocatoria para asistir al curso de capacitación-motivación.

Estrategia 3: Curso de motivación-capacitación dirigido al personal médico y de enfermería.

- a. Realización de un curso de capacitación motivación dirigido al personal médico y de enfermería del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco, con duración de 6.5 horas, en el cual se manejara los aspectos del control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar y un tema motivacional; para la cual será necesario rentar un salón con capacidad para 50 personas, disponer de equipo de computo, proyección y sonido, carpetas, plumas, NOM-006-SSA2 Para la prevención y control de la tuberculosis pulmonar en la atención primaria a la salud y la participación de 6 ponentes, 5 de ellos del área médica y un motivador profesional.

Estrategia 4: Monitoria mensual a cada uno de los participantes en el proyecto.

- a. Monitorias mensuales a cada uno de los médicos y enfermeras, aplicando la lista de verificación para la nota médica del expediente clínico, la tarjeta de registro y control de caso de tuberculosis y la tarjeta de asistencia del personal. Realizadas por el Responsable del Programa de Micobacteriosis y Responsable del Equipo de Supervisión Regional, requiriendo de un vehículo, gasolina y listas de verificación.

Estrategia 5: Dictamen del personal al que se le otorgará el reconocimiento público al haberse destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.

- a. Dictaminación del personal destacado a cargo del Responsable del Proyecto y los dos colaboradores.

Estrategia 6: Entrega de reconocimiento público al personal destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.

- a. Entrega de reconocimientos en ceremonia pública al personal destacado. Para llevar a cabo lo anterior se rentará un salón, se elaborarán los diplomas y menciones honoríficas, estando a cargo el alumno (Responsable del Programa de Micobacteriosis), requiriendo de un equipo de cómputo, hojas blancas y de opalina.

Estrategia 7: Sensibilización de las autoridades de la Jurisdicción XII Centro Tlaquepaque y estatales del área de Salud Pública para que se comprometan con el sistema de reconocimientos.

- a. Presentación de los resultados del proyecto de intervención a cargo del responsable del proyecto a autoridades jurisdiccionales y estatales, tomando como referencia el documento “Redacción del informe final del proyecto de intervención” y síntesis ejecutiva.

Estrategia 8: Difusión de los resultados para que las autoridades consideren la posibilidad de hacer permanente el sistema de estímulos al personal destacado.

- a. Elaboración y envío de boletín de prensa a la Dirección de Difusión y Diseño de la Secretaría de Salud Jalisco, para su publicación en periódico mensual “Saludando”.
- b. Entregar el periódico mensual Saludando de la Secretaría de Salud Jalisco y/o el boletín epidemiológico en el que se difundirán los resultados al personal y directivos de las unidades de salud participantes, así como al director jurisdiccional. La distribución de aproximadamente 200 periódicos y/o boletines estará a cargo del responsable del proyecto, responsable del

equipo de supervisión, siendo necesaria la utilización de un vehículo y combustible.

Estrategia 9: Evaluación a corto plazo del impacto en la mejora de la calidad del control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.

- a. Evaluar al término del seguimiento de los casos si se realizó el control acorde a la normatividad.

La totalidad del recurso financiero para la realización de ésta investigación será otorgado a través de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en respuesta a la convocatoria 2006, para investigación operativa en tuberculosis en la cual el presente proyecto fue seleccionado por traducirse en un beneficio social tangible para la población que justifica, impulsa y permitirá evaluar los resultados alcanzados.

11. Estudio de factibilidad

11.1 Factibilidad de mercado

El personal médico y de enfermería de base son los únicos con la posibilidad de participar en el premio de Estímulo a la calidad con la finalidad de inducir a un proceso de mejoramiento continuo del desempeño, la productividad y la superación del personal, contribuir a mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios y prestadores de los servicios de salud, impulsar el reconocimiento institucional al personal de salud y estimular su participación en el mejoramiento de los servicios de salud, sin embargo, el 40% de médicos y enfermeras del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco están contratados bajo el régimen de Oportunidades, Servicios Jaliscienses y Seguro Popular, quienes no tienen la posibilidad de participar en dicho premio. Lo anterior aunado a que la Comisión Nacional Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Secretaría de Salud

quien expide el “Manual para Prevenir y Disminuir Riesgos de Trabajo e Indicar el Otorgamiento de Derechos Adicionales” en el capítulo V, sección primera del listado de puestos, refiere que a los trabajadores de base son a quienes se les deben otorgar derechos adicionales, situación que excluye al personal de contrato e incluso a las auxiliares de enfermería quienes también se involucran en actividades de control de los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Al ser el personal de salud una pieza clave en el éxito terapéutico de los pacientes con tuberculosis pulmonar, se considera que un sistema de estímulos al personal médico y de enfermería que logren el control del tratamiento primario como la marca la normatividad hará que cada vez el mayor número de pacientes nuevos de tuberculosis pulmonar en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco, logren una adecuada adherencia terapéutica no abandonando el tratamiento y en consecuencia logren la curación, contribuyendo así a romper la cadena de transmisión de la enfermedad.

Como elemento obstaculizador se tendría principalmente la no disponibilidad del personal convocado a participar, sin embargo la motivación y el convencimiento al dar a conocer el panorama epidemiológico de la tuberculosis y el beneficio que se obtendrá a nivel poblacional y personal ayudaría a vencer esta situación.

El segmento de la población beneficiada será todo el personal médico y de enfermería de cada una de las unidades de salud del municipio quienes se convocarán para que asistan al curso de capacitación-motivación, se otorgarán las facilidades administrativas para que una de sus jornadas laborales sea destinada para asistir al curso.

Se correrá el riesgo que el personal de salud involucrado abandone el proyecto por falta de interés, motivación, empoderamiento del mismo y por cambio de adscripción.

El estudio de mercado del presente proyecto corresponde a una oferta oligopólica (el bien será proporcionado por la Secretaria de Salud), combinada (pues será dado por el proyecto y la norma oficial), con una demanda concentrada (solo serán beneficiarios los médicos y enfermeras de las unidades de salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco) e interna (solo se dará seguimiento supervisado mensual a los registros en el expediente clínico, tarjeta de control y registro de caso de tuberculosis y toma de baciloscopia a los pacientes del programa de tuberculosis del municipio de Tlaquepaque, Jalisco).

11.2 Factibilidad técnica

Se convocará a los 52 médicos y 58 enfermeras que laboran en las 13 unidades de salud y los 3 módulos de salud del Municipio de Tlaquepaque, el número puede variar por factores administrativos, como no dar continuidad a los contratos del personal que labora bajo esta modalidad.

Se lanzará una convocatoria dirigida a médicos y enfermeras de las unidades de salud del Municipio de Tlaquepaque de la Secretaria de Salud Jalisco; los participantes se dividirán en dos grupos de 50 individuos cada uno aproximadamente.

A cada uno de los grupos se les dará una sesión de capacitación conforme a la NOM-006-SSA2-1993 sobre el control de tratamiento primario de tuberculosis pulmonar, misma que será evaluada a través de un cuestionario de opción múltiple. Además de la participación de un motivador profesional, lo anterior con una duración de 6.5 horas y para reforzar esta motivación se hará entrega de batas blancas a los médicos y de filipinas a las enfermeras que los identificará y protegerá durante sus actividades en campo y en la unidad de salud, además de un termo de uso exclusivo para el transporte y conservación de muestras de tuberculosis y sus respectivos congelantes.

Se diseñará una estrategia para la implementación de un sistema de estímulos al desempeño de las personas destacadas en el seguimiento adecuado del tratamiento de tuberculosis pulmonar. Esta servirá de base para otorgar reconocimientos a médicos y enfermeras que realizaron el control del tratamiento como lo marca la normatividad.

Los requerimientos para la implementación del proyecto serán la NOM-006-SSA2-1993 sobre el control de tratamiento primario de tuberculosis pulmonar, trípticos, además de material de oficina hojas blancas, plumas, carpetas, cédulas de supervisión, archivero, paquete estadístico Excel, batas, filipinas, termos y congelantes.

La organización general del proyecto estará a cargo del responsable jurisdiccional del Programa de Micobacteriosis, quien es alumno de la Maestría en Salud Pública en Servicio el cual compartirá la responsabilidad con dos colaboradores a saber: coordinadora del equipo jurisdiccional de supervisión así como la supervisora jurisdiccional de promoción de la salud participación social quienes participarán en la capacitación, aplicarán las listas de supervisión, validarán la información, evaluarán y en caso de encontrar desviaciones rectificaran para cumplir el objetivo del proyecto.

Se iniciará con la capacitación- motivación la primera semana del mes de abril del 2008.

Los integrantes del equipo de monitoria acudirán una vez por mes a cada una de las unidades de salud (Tabla 8) para la aplicación de la cedula de seguimiento del control clínico y bacteriológico. Dicha información se verterá en la base de datos creada para este fin. Además de documentar las asistencias del personal de salud.

Tabla 8
Unidades de salud de primer nivel del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco
Región Sanitaria XII Centro-Tlaquepaque.

CLAVE CLUES	AREA ROSALES	TIPO DE UNIDAD
JCSSA006004	Rosales	T2
JCSSA006045	Santa Rosalía	T2
	AREA SAN PEDRITO	T2
JCSSA006016	San Pedrito	T2
JCSSA005992	Santa Martín de las Flores	T2
JCSSA005951	San José Tateposco	T2
JCSSA005934	La Duraznera	T2
	Modulo el Tapatio	
	AREA SANTA ANITA	
JCSSA006050	Santa Anita	T2
JCSSA006963	Santa María Tequepexpan	T2
JCSSA006033	Buenos Aires	T2
	Módulo Francisco I. Madero	
	AREA LAS JUNTAS	
JCSSA006021	Las Juntas	T2
JCSSA005980	Las Pintas	T2
JCSSA005975	Toluquilla	T2
JCSSA005975	López Cotilla	T2
JCSSA005922	Cerro del Cuatro	T2
	Módulo Cerro del Cuatro	

FUENTE: SINERHIAS

En base a los resultados anteriores se programará una sesión de entrega de reconocimientos y la posterior difusión de los resultados.

Estas actividades se esquematizan en el siguiente cronograma (Tabla 9)

Tabla 9
Cronograma.
Actividades generales para la Implementación del sistema de reconocimientos.

ACTIVIDADES GENERALES	2007																2008															
	DIC.				ENERO				FEB.				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Redacción del proyecto	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Convocatoria para médicos y enfermeras																	■															
Curso de capacitación-motivación grupo A																																
Curso de capacitación-motivación grupo B																																
Selección de pacientes	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																				
Seguimiento de pacientes													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Dictamen del comité evaluador																																■
Entrega de reconocimientos																																■
Presentación de resultados a las autoridades																																■
Difusión de los resultados																																■
Evaluación del control del tratamiento primario																																■
Programado																																

El presente proyecto se caracteriza por contar con los requerimientos técnicos para la implementación del sistema de estímulos al desempeño del personal destacado en el seguimiento adecuado del tratamiento de tuberculosis pulmonar.

Factibilidad financiera

Para la ejecución y operación del proyecto se estima que el monto será de una suma total de \$67,999.20, la que será ejercida en los conceptos de renta de salón, viáticos, batas, congelantes, termos, papelería, contrato de ponente y compra de placas conmemorativas.

La fuente de financiamiento será externa por medio de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en respuesta a la convocatoria 2006, para investigación operativa en tuberculosis en la cual el presente proyecto fue seleccionado por traducirse en un beneficio social tangible para la población que justificará, impulsará y permitirá evaluar los resultados alcanzados. El ejercicio del presupuesto será conforme al siguiente presupuesto.

Los productos de esta evaluación financiera nos permitieron identificar la aproximación del total del presupuesto requerido y la fuente de financiamiento que aseguran la realización del mismo.

Factibilidad económica

La inversión del proyecto será de \$67,999.20, dicho costo será bajo aún después de haber verificado todas las variables, ya que el beneficio social y en salud será elevado; debido a que un control adecuado del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar garantizará la curación con evidencia clínica y bacteriológica, interrupción de la cadena de transmisión de la enfermedad y consecuentemente la reducción del gasto por concepto de retratamientos y tratamientos individualizados debido a la drogorresistencia, también se disminuirían los costos por atención hospitalaria secundaria a las complicaciones de esta patología.

El costo por resultado para la quimioterapia acortada ambulatoria representa 19-41% del tratamiento prolongado con dos meses de hospitalización. Los ahorros en costos para los países que ejecutan DOTS pueden ser sustanciales. La OMS en 1996 calculó que una inversión adicional de 200 millones de dólares por año produciría un retorno anual de 750 millones de dólares por medio de la reducción de la prevalencia de la enfermedad, las muertes evitadas y la liberación de camas hospitalarias.⁴⁹

El beneficio directo tangible del presente proyecto será el personal motivado a realizar el registro del seguimiento adecuado del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar, mientras que los intangibles serán la mejora de la autoestima del personal médico y de enfermería involucrados en el control del paciente con tuberculosis pulmonar al sentirse reconocidos por su participación en esta actividad. Se tendrán beneficios indirectos tangibles como un mayor índice de curación clínica y bacteriológica, dentro de los intangibles la mejora de la relación del equipo de salud con el paciente.

Factibilidad política

Los grupos de poder que pueden *obstaculizar* el logro de los objetivos del proyecto son los derivados de las características del personal de salud:

- Negación del personal de salud a involucrarse en las actividades concernientes a tuberculosis.
- Indiferencia para asistir a las capacitaciones y hacerlo solo por no acudir a su unidad de trabajo.
- Débil cultura del trabajo en equipo.
- Dependencia total del presente proyecto del responsable del Programa de Micobacteriosis.
- Personal de salud que no acepta los objetivos del proyecto por motivos y actitudes personales.
- El proyecto demanda disponibilidad y compromiso institucional.

Por lo que respecta a los factores propios de los sistemas y servicios de salud son:

- No estimulación para este tipo de actividades de manera equitativa.
- Capacitaciones monótonas y repetitivas.
- El proyecto ofrece un sistema de estímulos, siendo totalmente dependiente de la voluntad política, del apoyo administrativo y económico.

Como resultado del presente proyecto se pretende mejorar el seguimiento del tratamiento primario por medio de un sistema de estímulos que reforzaría de

manera positiva este punto que se marca en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Tuberculosis, la cual es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional y para todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

El intervenir en este aspecto, es el resultado de un ejercicio de priorización de los datos obtenidos del Diagnóstico de Salud Integral de la Salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco, 2006 y del análisis del problema identificado.

Definitivamente el mayor obstáculo político que potencialmente pudiera obstaculizar el proyecto es la intervención sindical que apoya y promueve la posición del personal de salud que se muestra renuente a realizar actividades de control y detección de tuberculosis.

Secundariamente serían los responsables de área y administradores si eventualmente no permitieran la asistencia del personal bajo su responsabilidad a las sesión de capacitación – motivación.

Sin duda, juega un papel muy importante el Director y Administrador Jurisdiccional, pues será su voluntad política la que de apoyo a la presente intervención, además de los Responsables de Área del Municipio.

De lograrse resultados satisfactorios de este proyecto de intervención, se deducirá que las autoridades tomaron una decisión acertada al estimular a su personal y probablemente se logrará que este Sistema de Estímulos sea adoptado de manera permanente a nivel regional, lo cual hará que todo el personal médico se comprometa y trabaje para lograr la excelencia, siendo en beneficio de la salud de la población.

Al obtener el apoyo de las autoridades Jurisdiccionales, los procesos de organización, gestión y financiación para realizar el proyecto se concretarán y

éste será el medio para ayudar al personal médico de estas unidades a responsabilizarse de su actividad y llevar con éxito a cada paciente tratado.

El estudio de factibilidad de este proyecto tiene el objetivo de disminuir los riesgos durante su ejecución y minimizar la incertidumbre para lograr los resultados esperados.

Factibilidad social

Para poder lograr el control del tratamiento primario de tuberculosis es fundamental conciliar al personal de salud de las unidades del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco sobre la importancia de la comunicación con el paciente y la calidad de sus registros, además de estar convencidos que el control bacteriológico mensual es básico para determinar el pronóstico del paciente y confirmar su curación. Estas actividades están marcadas en la NOM-006-SSA2 1993 mod. Sin embargo la influencia sindical que incentiva a la no participación es un factor negativo que se pretende eliminar.

Para que el personal incorpore el concepto de control adecuado del tratamiento es necesario que reconozcan que su participación en este proceso debe de ser de manera activa, comprometidos con el trabajo en equipo, es decir, movilizar el potencial creador en términos de confianza en sí mismos, en su imaginación, iniciativa, cooperación y receptividad a ideas innovadoras.

Las técnicas más importantes para mejorar la calidad hacen hincapié en cuestiones de recursos humanos: motivar a los empleados, cambiar la cultura de la empresa y educar al personal. Siendo la motivación el eje principal de este proyecto.

Los médicos y enfermeras en el Municipio de Tlaquepaque seguramente acudirán a la convocatoria que se les hace para participar; en experiencias previas como los cursos anuales de capacitación se ha visto que el reforzamiento positivo a su labor podrá incrementar la posibilidad de tener éxito en este proyecto.

Factibilidad legal

La Ley General de Salud, El Programa Nacional de Salud (PRONASA 2007-2012) y el Sistema Nacional de Calidad en Salud (SICALIDAD), apoyan el objetivo del presente proyecto y sumados al Plan de Acción: Tuberculosis 2001-2006 que menciona “Se contará con un programa permanente de incentivos, reconocimientos y aprobación entre los prestadores de servicios, a fin de motivarlos y asegurar la calidad de las acciones que desempeñan”, conforman el marco legal que da sustento a este punto del estudio de factibilidad.

Además el premio anual de Estímulo de Calidad, convocado por la Secretaria de Salud, el cual se encuentra regido por el Comité Nacional de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal Médico, de Enfermería y Odontología, de acuerdo al Modelo de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, con base en la Norma emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Así mismo la propia Secretaria de Salud, tiene establecidos tres programas de estímulos económicos dirigidos al personal de salud:

- Programa de estímulo basado en la asistencia y productividad.
- Programa de estímulo basado en la productividad y asistencia perfecta.
- Programa de estímulo basado en la calidad del trabajo.

Todos estos programas, tienen como beneficiarios al personal de salud con plaza estable y ofrecen algún bono económico complementario al salario regular.

Apoyado en los sistemas descritos se conforma el marco jurídico que da sustento al establecimiento de un sistema de estímulos que incluya a todos los médicos y enfermeras de la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque, que contribuya a conciliar a estos servidores sobre la importancia de realizar con calidad su actividad diaria en el Programa de Tuberculosis.

12. Plan detallado de ejecución

12.1 Programa de actividades

Para llevar a cabo el proyecto de intervención sobre la implementación de un sistema de reconocimientos al desempeño a médicos y enfermeras de las unidades de salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco para mejorar el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar acorde a la normatividad vigente se requirió realizar un plan detallado como el que se muestra a continuación:

12.2 Programación detallada

Se presenta el desglose pormenorizado de las actividades que permitirán alcanzar las estrategias que nos llevarán al logro del objetivo general del proyecto consistente en implementar un sistema de reconocimientos al desempeño durante el seguimiento del tratamiento primario de los pacientes de tuberculosis pulmonar en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco, durante el período abril a julio del 2008. (Tablas 10, 11 y 12)

TABLA 10
Estructura detallada para la realización del proyecto de intervención
Objetivo específico 1.1: Diseñar el modelo de reconocimientos para médicos
y enfermeras destacados en el control del tratamiento primario de
tuberculosis pulmonar.

OBJETIVO ESPECIFICO	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
1.1 Diseñar el modelo de reconocimientos para médicos y enfermeras destacados en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar	<i>1. Elaboración de modelo de reconocimientos.</i>	1.1 Diseñar el modelo de reconocimientos representándolo por medio de diagrama de flujo
	<i>2. Difusión de una convocatoria</i>	2.1 Elaborar y difundir un cartel que contenga la convocatoria
	<i>3. Realización de curso de motivación-capacitación dirigido al personal médico y de enfermería.</i>	3.1 Elaboración de carta descriptiva.
		3.2 Elaboración de lista de asistencia.
		3.3 Elaboración de lista para entrega de viáticos.
		3.4 Elaboración de lista para entrega de termos, congelantes y batas.
		3.5 Elaboración de evaluación
		3.6 Solicitar tres presupuestos de cada compra a realizar Compra de carpetas, hojas, blancas, plumas, cartuchos para impresora, termos, congelantes y batas
		3.7 Selección de 6 ponentes, 5 del área médica y 1 motivador profesional.
		3.8 Renta de salón con capacidad para 50 asistentes, que cuente con adecuada iluminación y ventilación, además de equipo de sonido.
		3.9 Solicitar préstamo de equipo de proyección y cómputo.
3.10 Reunión de motivación y capacitación con duración de 6.5 hrs.		
3.11 Evaluación por medio de un cuestionario de opción múltiple.		

TABLA 11

**Estructura detallada para la realización del proyecto de intervención
Objetivo específico 1.2: Aplicar los criterios y procedimientos para la
evaluación y dictaminación del reconocimiento público al personal
destacado.**

OBJETIVO ESPECIFICO	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
<p>1.2 Aplicar los criterios y procedimientos para la evaluación y dictaminación del reconocimiento público al personal destacado</p>	<p>1. <i>Monitoria mensual a cada una de los participantes en el proyecto.</i></p>	<p>1.1 Elaborar listas de verificación para nota médica, tarjeta de registro y control de caso de tuberculosis y control de la asistencia del personal.</p> <p>1.2 Monitorias mensuales a cada uno de los médicos y enfermeras, aplicando las listas de verificación.</p>
	<p>2. <i>Dictamen del personal</i></p>	<p>2.1 Formación del Comité Evaluador</p> <p>2.2 Evaluación de las monitorias para obtener resultados</p>
	<p>3. <i>Entrega de reconocimiento público al personal destacado en el control del tratamiento primario de la tuberculosis pulmonar.</i></p>	<p>3.1 Elaboración del formato del reconocimiento</p>
		<p>3.2 Elaboración el documento de felicitación (mención honorífica)</p>
		<p>3.3 Licitación de diplomas, reconocimientos y salón para la ceremonia de entrega de reconocimientos.</p>
		<p>3.4 Invitación a autoridades estatales, jurisdiccionales y personal de salud.</p>
		<p>3.5 Ceremonia de entrega de reconocimientos al personal destacado.</p>

TABLA 12
Estructura detallada para la realización del proyecto de intervención
Objetivo específico 1.3: Evaluar el impacto inmediato de la implementación
del sistema de estímulos.

OBJETIVO ESPECIFICO	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
1.3 Evaluar el impacto inmediato de la implementación del sistema de estímulos	1. <i>Sensibilización a las autoridades</i>	1.1 Presentación de los resultados del proyecto de intervención a autoridades jurisdiccionales y estatales (director general de Salud Pública)
	2. <i>Difusión de los resultados para que las autoridades consideren la posibilidad de hacer permanente el sistema de estímulos al personal destacado.</i>	2.1 Elaboración y envío de boletín de prensa a la Dirección de Difusión y Diseño de la SSJ.
		2.2 Entregar periódico mensual Saludando y/o boletín epidemiológico al personal y directivos de las unidades de salud que participaron en el proyecto.
	3. <i>Evaluación a corto plazo del impacto en la mejora de la calidad del control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.</i>	3.1 Evaluación al término del seguimiento del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar acorde a la normatividad.

La difusión de la convocatoria se realizará de manera personalizada, es decir el responsable del proyecto y los colaboradores acudirán a las 18 unidades del salud del municipio de Tlaquepaque para informar a médicos y enfermeras además de colocar dicho cartel en un lugar visible de la unidad.

Los administradores y directores de área otorgarán las facilidades administrativas para que el personal acuda durante una jornada laboral al curso de capacitación motivación.

El seguimiento se realizará a los casos nuevos de tuberculosis pulmonar que hayan ingresado durante los meses de diciembre 2007 y enero-febrero del 2008.

El control clínico se llevará a cabo cada mes, o en menor lapso cuando la evolución del paciente lo requiera, con revisión del estado general del enfermo, evolución de los síntomas, sobre todo en niños y niñas, verificación de ingesta, tolerancia y deglución del fármaco. ⁴ Deberá ser registrado por medio de una nota médica mensual y la actualización de la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Tuberculosis.

Se utilizará una cedula de verificación al expediente clínico y a la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Tuberculosis de los pacientes en control que se aplicará al final de cada mes de tratamiento de cada paciente ingresado, la cual contendrá:

- Una ficha de identificación,
- Apartado para evaluar la nota médica mensual
- Apartado para evaluar el llenado adecuado de la Tarjeta Registro y control del Tratamiento.
- Apartado con los días laborables y las asistencias mensuales. (Anexo 10)

El apartado correspondiente a la evaluación de la nota médica mensual consta de 8 reactivos a los cuales se les otorgó un porcentaje de ponderación. (Tabla 13)

TABLA 13
Ponderación para la lista de verificación de la nota médica de evolución

APARTADO	PONDERACION
Fecha y hora de atención	20%
Signos vitales completos	20%
Utiliza método SOAP	20%
Letra legible y sin tachaduras	20%
Nombre y firma	20%
Total	100%

FUENTE: Directa. Lista de verificación de la nota médica de evolución

El apartado para evaluar la tarjeta de registro y control de caso de tuberculosis (SIS-SS-P20) esta integrado por 49 reactivos, los que se agruparon en 6 apartados con su respectiva ponderación. (Tabla 14)

TABLA 14
Ponderación para la lista de verificación de la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Tuberculosis (SIS-SS-P20)

APARTADO	PONDERACION
Datos generales, datos de identificación, diagnóstico.	5%
Tratamiento	5%
Control	50%
Examen de contactos	20%
Visitas domiciliarias	10%
Clasificación	10%
Total	100%

FUENTE: Directa. Lista de verificación de la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Tuberculosis

Se diseñará base de datos en el paquete estadístico de Excel en la cual se realizará la captura de los datos obtenidos, el comité evaluador validará la información y se realizará el dictamen, siendo candidatos a recibir el reconocimiento público aquellos con 80 puntos y más.

Con base en las actividades anteriores, se diseñó el cronograma con las actividades generales a realizar en durante la implementación del presente proyecto. (Tabla 15)

TABLA 15
Cronograma
Plan detallado del proyecto para implementar un sistema de estímulos

ACTIVIDADES	2007				2008																															
	DIC.				ENERO				FEB.				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Diseño del modelo de reconocimientos																																				
Elaboración y difusión de convocatoria																																				
Elaboración de la carta descriptiva y resto de formatos																																				
Selección de ponentes																																				
Cotización de los costos de renta de salón y papelería																																				
Renta de salón para el curso y compra de material																																				
Invitación al personal para que asista al curso																																				
Reunión de capacitación-motivación																																				
Selección de pacientes																																				
Monitorías mensuales																																				
Evaluación de las monitorías																																				
Dictamen del personal ganador																																				
Elaboración y envío de boletín de prensa																																				
Ceremonia de reconocimientos																																				
Presentación de resultados																																				
Difusión de resultados																																				
Evaluación del impacto inmediato																																				

Programado

Es importante determinar quienes serán los responsables de la ejecución de cada actividad y revelar la interdependencia entre éstas para estructurar jerarquías y ejecutar exitosamente el proyecto. El alumno de la Maestría en Salud Pública en Servicio y Coordinador del Programa de Micobacteriosis, será el responsable de todas las actividades colocándolo en el papel de coordinador general, los colaboradores serán la Responsable del equipo de supervisión regional y el Supervisor del Promoción de la Salud y Participación Social quienes como miembro del equipo serán responsables de las actividades propias de la realización de curso de motivación-capacitación dirigido al personal médico y de enfermería. Monitoria mensual a cada una de los participantes en el proyecto y dictamen del personal.

El director jurisdiccional que representa a la autoridad estuvo enterado de todas las actividades descritas.

Estimación de recursos

Los recursos humanos que se requieren para el desarrollo del presente proyecto son el Director Jurisdiccional quien con su voluntad política determinó la realización de éste proyecto. Además del Responsable del Programa de Micobacteriosis quien fue el encargado de reclutar a dos colaboradores, la Responsable del equipo de supervisión y el Supervisor de Promoción de la Salud y Participación Social.

A éstos colaboradores se les presentó el objetivo del proyecto, capacitándolos sobre el control del tratamiento primario, dándoles a conocer las listas de verificación, como ventaja conocen el área física del Municipio y del personal que labora en él. Previamente se identificó que las relaciones entre los miembros de éste equipo de trabajo fueran cordiales y de respeto, además de ser trabajadores comprometidos con si mismos para satisfacer sus necesidades de

autorrealización, la participación en este proyecto les brinda la oportunidad de satisfacer esa necesidad.

Para poder adquirir los recursos materiales y ejercer el presupuesto asignado, fue necesario realizar tres presupuestos de cada uno de los insumos solicitados a fin de elegir el de mejor calidad y menor costo, posteriormente se realizó la compra, siendo necesario mantenerlo en resguardo en el almacén regional hasta su distribución durante el curso de capacitación-motivación, además de que parte del mismo se utilizó durante el curso de capacitación-motivación, que se impartió en un salón con capacidad para 50 personas, el cual contó con buena iluminación, equipo de sonido y pantalla de proyección.

Para la ejecución y operación del proyecto se estimó que el monto será de una suma total de \$67,999.20, la que será ejercida en los conceptos de renta de salón, viáticos, batas, congelantes, termos, papelería y contrato de ponente.

La fuente de financiamiento fue externa por medio de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en respuesta a la convocatoria 2006, para investigación operativa en tuberculosis en la cual el presente proyecto fue seleccionado por traducirse en un beneficio social tangible para la población que justificará, impulsará y permitirá evaluar los resultados alcanzados.

El ejercicio del presupuesto será conforme al siguiente presupuesto (Tabla 16)

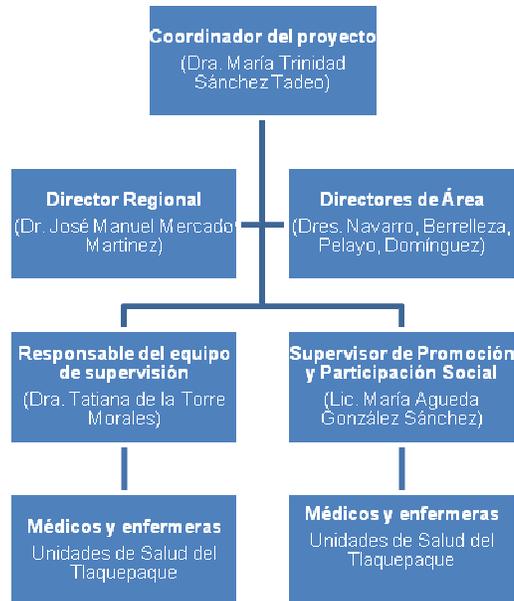
Tabla 16
Presupuesto para la implementación del sistema del sistema de reconocimientos

Capítulo	Concepto	Partida	Concepto del gasto	Costo unitario	Importe
2000	2100	2101	5000 hojas blancas	0.32	\$420.00
2000	2100	2101	4 cartuchos de tinta 2 a color y 2 blanco y negro para impresora	691.63	\$2,766.53
2000	2100	2101	Papelería (plumas, archivero plástico, carpetas)	7,430.00	\$7,430.00
5000	5400	5402	20 Termos	136.38	\$2,727.67
5000	5400	5402	100 Congelantes	24.75	\$2,475.00
2000	2700	2701	100 Batas	200.00	\$20,000.00
3000	3800	3814	Viáticos para visitas de recolección datos (gasolina, alimentos) para 4 personas	250.00	\$4,000.00
3000	3800	3814	Traslado de personal salud a la capacitación (100 personas)	50.00	\$5,000.00
3000	3800	3805	Renta de salón para tres reuniones.	4,500	\$13,500.00
3000	3800	3805	Asesora/ponente	7,475.00	\$7,475.00
3000	3300	3301	Reconocimientos	220.50	\$2,205.00
			TOTAL		\$67,999.20

Organización interna para la ejecución

Se diseñó un organigrama funcional que establecerá una estructura formal de autoridad y responsabilidad, para definir, disponer y coordinar las actividades necesarias para el logro de la implementación de un sistema de reconocimientos al desempeño durante el seguimiento del tratamiento primario de los pacientes de tuberculosis pulmonar en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco (Figura 3).

Figura 3
Organigrama



Además la organización es un esfuerzo que se vale de todas las habilidades del recurso humano a fin de hacer creíble, sostenible y funcional a organización al proyecto en el tiempo de la implementación del mismo. Dinamiza los procesos, crea un estilo y señala una dirección desde la institucionalidad. Su finalidad es que dar un sello distintivo de hacer las cosas con excelencia a partir de nuestros propios procesos.

Sistema de control de la ejecución

El sistema de control es el componente clave para el seguimiento de las actividades, el uso de los recursos y el logro de los objetivos del presente proyecto, permitiendo detectar las desviaciones y emitir las medidas correctivas para corregirlas oportunamente. (Tabla 17) ⁵⁰

Tabla 17
Tablero general del control del proyecto de intervención

AREA CRITICA	VARIABLE A CONTROLAR	TECNICAS E INSTRUMENTOS	PERIODICIDAD DEL CONTROL
Actividades	1. Tiempo	1.1 Gráfica de Gantt 1.2 Bitácora de actividades	Semanal
	2. Procedimientos	2.1 Inspección, supervisión	Mensual
	3. Cumplimiento	3.1 Tabla de responsabilidades	Mensual
Recursos humanos	1. Desempeño	1.1 Encuesta de opinión	Mensual
Recursos financieros	1. Costo	Presupuesto asignado	Bimestral
	2. Utilización	2.1 Facturas/Flujo de efectivo	Mensual
	3. Asignación	3.1 Auditoria interna	Trimestral
Recursos materiales	1. Disponibilidad	1.1 Modelos de inventario	Bimestral
Objetivos y logros	1. Efectividad 2. Eficacia 3. Eficiencia	1.1 # pacientes con control del tratamiento primario. 1.2 # médicos y/o enfermeras acreedores al estímulo. 1.3 # médicos y/o enfermeras capacitados	Mensual

La estructura necesaria para el control del proyecto será formal, encabezada por el Responsable Regional del Programa de Micobacteriosis, quien será el encargado de realizar monitorias mensuales y llevar el control de las actividades de los colaboradores que también realizarán las monitorias al personal médico y de enfermería de las unidades del salud del Municipio de Tlaquepaque. Una vez recolectada la información será revisada por el responsable en conjunto con los colaboradores.

Como parte del diseño del sistema de control se considera necesario elaborar el siguiente sistema de información. (Tabla 18)

Tabla 18
Sistema de información. Evidencia documental por área crítica.

AREA CRITICA	EVIDENCIA DOCUMENTAL
Actividades	
Diseño modelo	Guía del modelo (anexo 11)
Difusión de la convocatoria	Acuse de entrega de carteles y convocatoria
Curso capacitación motivación	Carta descriptiva Lista de asistencia Fotografías Lista de recepción de viáticos Lista de recepción de batas/filipinas Lista de recepción de termos/congelantes Evaluación de los participantes
Monitorias mensuales	Lista de verificación
Evaluación monitorias	Cédula de evaluación
Dictamen	Concentrado de resultados
Entrega de reconocimientos	Fotografías
Presentación de resultados	Informe técnico
Evaluación del impacto inmediato	Indicador: curación
Recursos humanos	
Selección de colaboradores	Matriz de selección de personal (anexo 12)
Desempeño	Encuesta de opinión (anexo 13)
Recursos financieros	
Fuente de financiamiento	Carta aceptación del proyecto
Ejercicio del presupuesto	Facturas/Flujo de efectivo
Recursos materiales	
Compra de material de oficina	Presupuestos y facturas
Compra de batas	Presupuestos y facturas
Compra de termos-congelantes	Presupuestos y facturas

Durante el diseño del sistema de control del actual proyecto se identificaron las áreas críticas o áreas de control, para cada una de ellas se describen las

actividades generales, el instrumento y la periodicidad con que se verificarán. (Tablas 19, 20, 21 y 22).

Tabla 19
Tablero de control del curso capacitación-motivación

ACTIVIDAD	INSTRUMENTO	PERIODICIDAD
Asistencia del personal acorde a la convocatoria	Lista de asistencia	Única
Entrega de viáticos	Lista de recepción de viáticos	Única
Entrega de batas/filipinas	Lista de recepción de batas/filipinas	Única
Entrega de termos/congelantes	Lista de recepción de termos/congelantes	Única

Tabla 20
Tablero de control de monitorias mensuales

ACTIVIDAD	INSTRUMENTO	PERIODICIDAD
Número de pacientes por unidad	Listado nominal	Mensual
Número de médicos participantes por unidad	Listado nominal	Mensual
Número de enfermeras participantes por unidad	Listado nominal	Mensual
Asistencia del personal	Lista de verificación	Mensual
Registro de la nota médica	Lista de verificación	Mensual
Registro y actualización de la Tarjeta de registro y control de caso de Tuberculosis	Lista de verificación	Mensual

Tabla 21
Tablero de control del ejercicio del presupuesto

ACTIVIDAD	INSTRUMENTO	PERIODICIDAD
Compras	Facturas	Bimensual

Tabla 22
Tablero de control de la entrega de reconocimientos

ACTIVIDAD	INSTRUMENTO	PERIODICIDAD
Dictamen	Concentrado de resultados	Única
Ceremonia de entrega de reconocimientos	Lista de asistencia	Única

13. Reporte de ejecución

13.1 Comparativo con lo planeado

A continuación se presenta el reporte de los logros alcanzados durante el desarrollo del proyecto, comparando lo realizado respecto a lo planeado. Considerando objetivos y metas, productos esperados y obtenidos, así como, los ajustes realizados a la organización.

La implementación del proyecto de un sistema de estímulos al personal destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar inició en el mes de abril del 2008, concluyendo en el mes de agosto del mismo año. A continuación se presentan el grado de alcance los objetivos y metas (Tablas 23, 24).

Tabla 23
Objetivos y Metas
Proyecto: Implementación de un sistema de reconocimientos.

Objetivo general: Implementar un sistema de reconocimientos al desempeño durante el tratamiento primario de los pacientes de tuberculosis pulmonar en el Municipio de Tlaquepaque, Jalisco durante el período abril a julio del 2008.	
Objetivos específicos	Metas
1.1 Diseñar el modelo de reconocimientos para los médicos y enfermeras destacados en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.	<p>1. Obtener un modelo de un sistema de reconocimientos para médicos y enfermeras destacados en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.</p> <p>2. Difundir en las 13 unidades de salud y 3 módulos de salud de primer nivel del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco el curso de capacitación motivación.</p> <p>3. Lograr la asistencia al curso de capacitación motivación del 85% del personal convocado.</p>
1.2 Aplicar los criterios y procedimientos para la evaluación y dictaminación del reconocimiento público al personal destacado.	<p>1. Realizar una monitoria mensual durante los cuatro meses del seguimiento de pacientes al personal médico y de enfermería.</p> <p>2. Otorgar el reconocimiento al 100% del personal que se destaque en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.</p>
1.3 Evaluar el impacto inmediato de la implementación del sistema de reconocimientos.	<p>1. Notificar los resultados al Director General de Salud Pública, al Director Regional, a los responsables de las cuatro áreas que conforman el municipio y a la totalidad de los participantes.</p> <p>2. Difundir los resultados en por lo menos una publicación de circulación estatal de la Secretaria de Salud Jalisco.</p> <p>3. Lograr el 90% de los expedientes con registros mensuales, tarjeta de control y registro de caso de tuberculosis actualizada, además del control bacteriológico mensual.</p> <p>4. Evaluar el 100% del seguimiento de los pacientes seleccionados.</p>

FUENTE: Directa. Proyecto de intervención

Tabla 24

Metas	Productos esperados	Productos obtenidos
Obtener un modelo de un sistema de reconocimientos para médicos y	Modelo de un sistema de reconocimientos para médicos y	Modelo de un sistema de reconocimientos para médicos y enfermeras destacados en el control

Grado de alcance de los objetivos y metas

enfermeras destacados en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar	enfermeras destacados en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar	del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar
Difundir en las 13 unidades de salud y 3 módulos de salud de primer nivel del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco el curso de capacitación motivación.	Difusión en las 13 unidades de salud y 3 módulos de salud de primer nivel del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco el curso de capacitación motivación.	Difusión en las 13 unidades de salud y 3 módulos de salud de primer nivel del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco el curso de capacitación motivación
Lograr la asistencia al curso de capacitación motivación del 85% del personal convocado.	Asistencia al curso de capacitación motivación del 85% del personal convocado.	Asistencia al curso de capacitación motivación del 87.27% del personal convocado
Realizar una monitoria mensual durante los cuatro meses del seguimiento de pacientes al personal médico y de enfermería.	Realización de 56 monitorias mensuales durante los cuatro meses del seguimiento de pacientes al personal médico y de enfermería.	Realización de 53 (94.64%) monitorias mensuales durante los cuatro meses del seguimiento de pacientes al personal médico y de enfermería.
Otorgar el reconocimiento al 100% del personal que se destaque en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.	Otorgar el reconocimiento al 100% del personal que se destaque en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.	Se otorgó el reconocimiento al 100% del personal que se destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.
Notificar los resultados al 100% de directivos estatales, jurisdiccionales y de las unidades del municipio, además de la totalidad de los participantes.	Notificar los resultados a la Directora General de Salud Pública, Director de Prevención y Control de enfermedades, Jefe del Departamento de Medicina Preventiva, Coordinador Estatal de Micobacterias, Jefe de Enseñanza, Jefa del Departamento Estatal de Investigación, Director Región XII, Coordinadora de Desarrollo Insitucional Jurisdiccional, cuatro directores de área del municipio de Tlaquepaque, Jalisco, además de la totalidad de los participantes.	Notificación de los resultados a la Directora General de Salud Pública, Director de Prevención y Control de enfermedades, Jefe del Departamento de Medicina Preventiva, Coordinador Estatal de Micobacterias, Jefe de Enseñanza, Jefa del Departamento Estatal de Investigación, Director Región XII, Coordinadora de Desarrollo Insitucional Jurisdiccional, cuatro directores de área del municipio de Tlaquepaque, Jalisco, además de la totalidad de los participantes.
Difundir los resultados en por lo menos una publicación de circulación estatal de la Secretaria de Salud Jalisco.	Difusión de los resultados en por lo menos una publicación de circulación estatal de la Secretaria de Salud Jalisco.	Difusión de los resultados en medios masivos de comunicación como radio, televisión, periódicos y en una publicación de circulación estatal de la Secretaria de Salud Jalisco.
Lograr el 90% de los expedientes con registros mensuales, tarjeta de control y registro de caso de tuberculosis actualizada, además del control bacteriológico mensual.	Lograr el 90% de los expedientes con registros mensuales, tarjeta de control y registro de caso de tuberculosis actualizada, además del control bacteriológico mensual.	El 100% (14) de los expedientes con registros mensuales, tarjeta de control y registro de caso de tuberculosis actualizada, además del control bacteriológico mensual.
Evaluar el 100% del seguimiento de los pacientes seleccionados.	Evaluación del seguimiento de los 14 pacientes seleccionados	Evaluación del seguimiento de los 14 pacientes seleccionados

FUENTE: DIRECTA. Proyecto de intervención
FUENTE: DIRECTA. Proyecto de intervención

13.2 Actividades realizadas

La implementación del sistema de estímulos al personal destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar inició en el mes de abril del

2008, concluyendo en el mes de agosto del mismo año, las actividades planeadas y realizadas se esquematizan en el siguiente cronograma. (Tabla 25)

Tabla 25
Cronograma de actividades. Implementación del sistema de reconocimientos.

ACTIVIDADES GENERALES	2007																2008																						
	DIC.				ENERO			FEB.				MARZO					ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO						
	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Redacción del proyecto	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Convocatoria para médicos y enfermeras																																							
Curso de capacitación-motivación grupo A																																							
Curso de capacitación-motivación grupo B																																							
Selección de pacientes	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Seguimiento de pacientes												1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dictamen del comité evaluador																																							
Entrega de reconocimientos																																							
Presentación de resultados a las autoridades																																							
Difusión de los resultados																																							
Evaluación del control del tratamiento primario																																							

Programado
Realizado

Para definir, disponer y coordinar las actividades necesarias para el logro de la implementación del sistema de reconocimientos se propuso un organigrama funcional (Figura 3), siendo necesario realizar modificaciones en el curso de la ejecución del mismo. (Figura 4).

Figura 3
Organigrama inicialmente propuesto

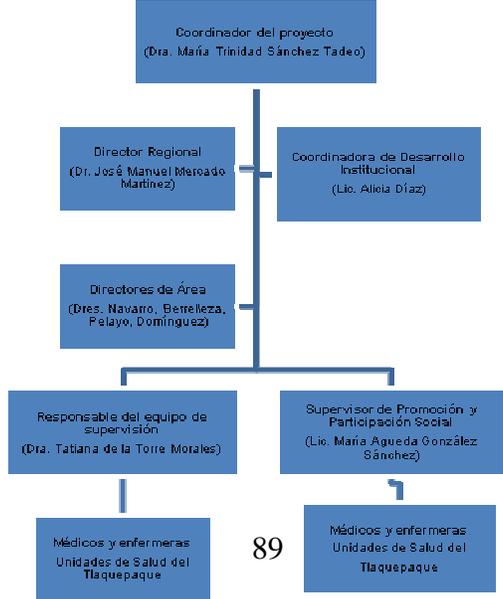
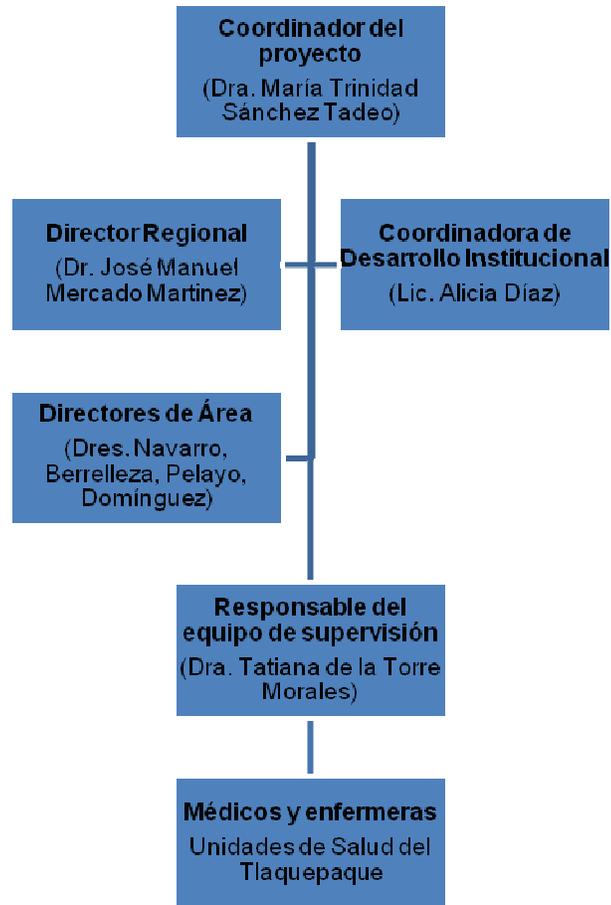


Figura 4
Organigrama definitivo



La cuadrícula de selección de los miembros del equipo se aplicó a las dos colaboradoras que apoyarían en la realización de las monitorias, en donde se consideraron los siguientes puntos:

- Conocimiento del tema
- Grado de afectación del problema
- Comprensión del panorama completo
- Nivel de compromiso del individuo
- Cantidad de tiempo disponible
- Cercanía al cliente

Obteniendo ambas colaboradoras escalas de media, alta y muy alta en porcentajes del 33.33% respectivamente.

Capítulo	Concepto	Partida	Concepto del gasto	Costo unitario	Presupuesto estimado	Presupuesto ejercido
----------	----------	---------	--------------------	----------------	----------------------	----------------------

Por motivos de tiempo no se aplicaron las encuestas de opinión consideradas para aplicarse mensualmente.

Para la ejecución y operación del proyecto se estimó que el monto sería de una suma total de \$67,999.20, misma que se ejerció al 100% en los conceptos establecidos en el presupuesto planeado (Tabla 26).

La fuente de financiamiento fue externa por medio de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en respuesta a la convocatoria 2006, para investigación operativa en tuberculosis en la cual el presente proyecto fue seleccionado por traducirse en un beneficio social tangible para la población que justificó, impulsó y permitió evaluar los resultados alcanzados.

Tabla 26

Presupuesto ejercido durante la implementación del sistema de estímulos

2000	2100	2101	5000 hojas blancas	0.32	\$420.00	\$420.00
2000	2100	2101	4 cartuchos de tinta 2 a color y 2 blanco y negro para impresora	691.63	\$2,766.53	\$2,766.53
2000	2100	2101	Papelería (plumas, archivero plástico, carpetas, plumones)	4,000.00	\$4,000.00	\$4,000.00
2000	2500	2501	20 Termos	136.38	\$2,727.67	\$2,727.67
2000	2500	2501	100 Congelantes de gel	24.75	\$2,475.00	\$2,475.00
2000	2700	2701	100 Batas	200.00	\$20,000.00	\$20,000.00
2000	2600	2603	Viáticos para visitas de recolección datos (gasolina, alimentos) para 4 personas	250.00	\$4,000.00	\$4,000.00
Subtotal					\$36,389.20	\$36,389.20
3000	3800	3814	Traslado de personal salud a la capacitación (100 personas)	50.00	\$5,000.00	\$5,000.00
3000	3200	3201	2 Rentas de salón para capacitación	4,500.00	\$9,000.00	\$9,000.00
3000	3300	3301	Asesora/ponente	7,475.00	\$7,475.00	\$7,475.00
3000	3300	3301	Reconocimientos al personal de salud destacado (Renta de salón, diplomas, presente-alimentos)	7,430	\$7,430.00	\$7,430.00
Subtotal					\$28,905.00	\$28,905.00
Total					\$67,999.20	\$67,999.20

FUENTE: Directa. Proyecto de intervención

Como parte del sistema de control de los recursos financieros se llevó estricta comprobación de gastos mediante la entrega de facturas a la encargada de recursos financieros de la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque.

Para dar cumplimiento al objetivo sobre diseñar el modelo de reconocimientos para médicos y enfermeras destacados en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar, se llevaron a cabo las actividades definidas en el plan detallado de ejecución.

Se diseñó un modelo de reconocimientos representado mediante un diagrama de flujo (Anexo 11) en el periodo de diciembre 2007 a marzo 2008, el cual se implementó al 100%.

Previo a la realización de curso de capacitación-motivación se solicitaron tres presupuestos de cada compra y contratación a realizar. El equipo de proyección y cómputo se pidió en calidad de préstamo al Coordinador Estatal de Micobacteriosis. (Anexo 14).

Una vez realizadas las compras y contrataciones se procedió a realizar invitaciones vía oficio a los ponentes del curso y contratar a un experto en comunicación para impartir el tema de motivación “Mi vida un reto en mis manos”

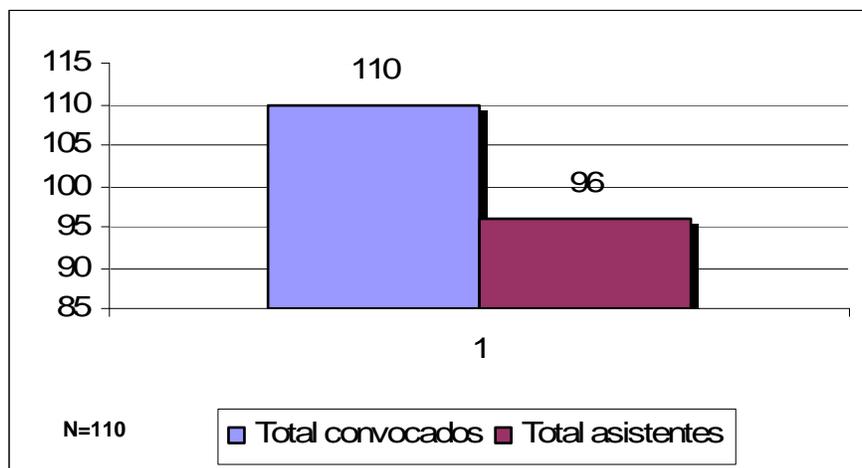
Para difundir la primera actividad que marca el sistema de estímulos se procedió a la elaboración de un cartel que contiene la convocatoria dirigida a médicos y enfermeras para que asistieran al curso de capacitación motivación. (Anexo 15) Distribuida una semana previa a la fecha del curso en el 100% de las 16 unidades de salud del municipio de Tlaquepaque, Jalisco, donde laboran 52 médicos y 58 enfermeras. (Anexo 16)

Dicha difusión se realizó de manera personalizada, es decir la responsable del proyecto y dos colaboradoras acudieron para informar a médicos y enfermeras, además de colocar dicho cartel en un lugar visible de la unidad.

Los administradores y directores de las diversas áreas del municipio otorgaron las facilidades administrativas para que el personal acudiera durante una jornada laboral al curso de capacitación motivación sobre el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.

El personal de salud se dividió en dos grupos, con el fin de no descuidar la atención a los usuarios, asistiendo el día 3 de abril el grupo A y el día 4 el grupo B. (Anexo 17) (Grafica 1)

Grafica 1
Médicos y enfermeras del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco que
asistieron al curso de capacitación motivación.

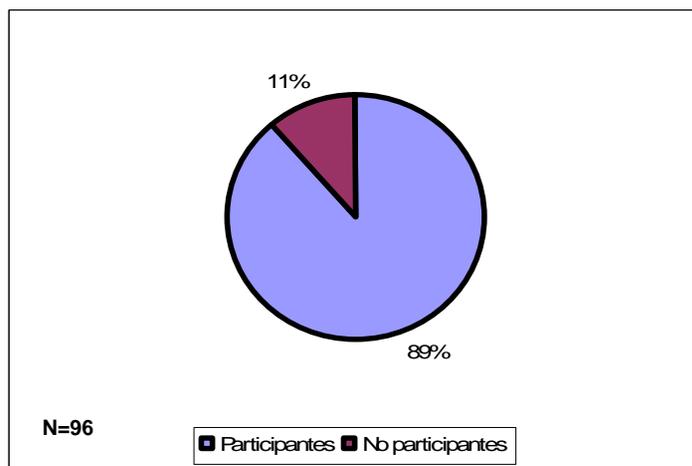


FUENTE: Directa. Plantilla del personal por unidad. RH. J-XII. Lista de asistencia curso capacitación

Asistieron en total 96 personas, es decir el 87.27% del personal convocado, de los cuales solo el 88.54% (85) acepto participar para hacerse acreedor a recibir el estímulo (Gráfica 2), a los que se les realizó una la evaluación mediante un cuestionario de opción múltiple, acreditando el 78.82% (67) (Gráfica 3), siendo 42 (62.68%) médicos y 25 (37.31%) enfermeras. Considerando como acreditados todos aquellos con calificación de 80 o más. (Gráfica 4)

Grafica 2

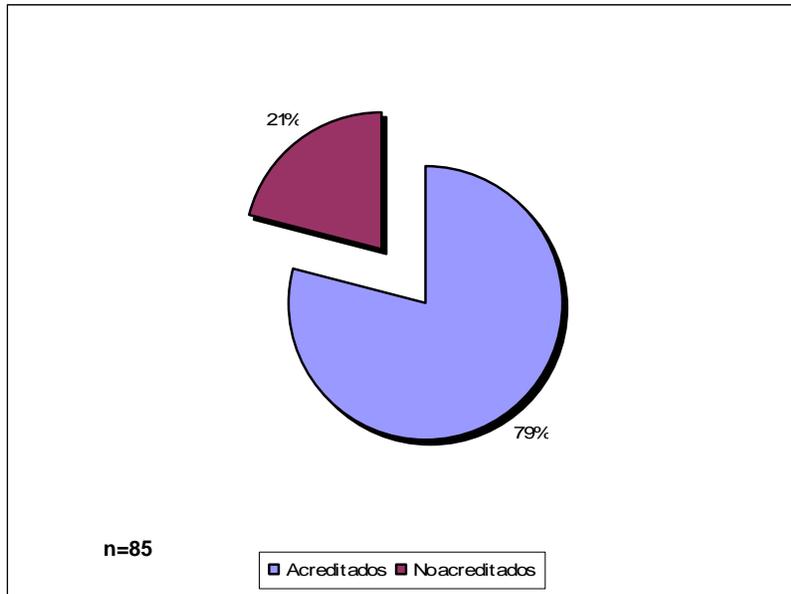
Personal asistente que acepto participar en el proyecto. Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.



FUENTE: Directa. Lista de asistencia curso capacitación

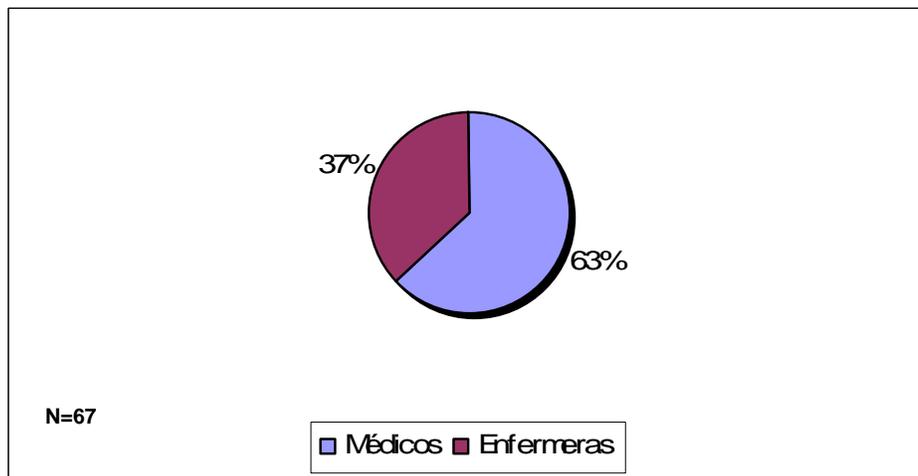
Grafica 3

Personal participante acreditado para participar en el proyecto. Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.



FUENTE: Directa. Cuestionario de evaluación del curso de capacitación.

Grafica 4
Personal participante por categoría laboral.
Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.



FUENTE: Directa. Cuestionario de evaluación del curso de capacitación.

Cada curso tuvo una duración de 8 horas (Anexo 18), durante el mismo se entregó la cantidad de \$50.00 por concepto de gastos de traslado (Anexo 19). Además de carpeta plastificada, hojas blancas, pluma y lapicera.

La semana del 14 al 18 de abril se acudió a las unidades para hacer entrega de batas blancas a los médicos y filipinas al personal de enfermería, un termo para uso exclusivo del transporte y conservación de muestras de expectoración, con sus respectivos congelantes (Anexo 20). A la totalidad de asistentes se les otorgó una constancia que acredita su asistencia al curso (Anexo 21).

Se dio cumplimiento a las siguientes actividades para lograr aplicar los criterios y procedimientos para la evaluación y dictamen del reconocimiento público al personal destacado.

Elaboración de dos listas de verificación, una para la nota médica con 8 reactivos y la segunda para la tarjeta de registro y control con 49 reactivos, con los siguientes apartados a los cuales se les asignó un porcentaje de ponderación. (Tabla 27, 28)

Tabla 27
Ponderación para la lista de verificación de la nota médica de evolución

APARTADO	PONDERACION
Fecha y hora de atención	20%
Signos vitales completos	20%
Utiliza método SOAP	20%
Letra legible y sin tachaduras	20%
Nombre y firma	20%
Total	100%

FUENTE: Directa. Lista de verificación de la nota médica de evolución

Tabla 28
Ponderación para la lista de verificación de la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Tuberculosis

APARTADO	PONDERACION
Datos generales, datos de identificación, diagnóstico.	5%
Tratamiento	5%
Control	50%
Examen de contactos	20%
Visitas domiciliarias	10%
Clasificación	10%
Total	100%

FUENTE: Directa. Lista de verificación de la Tarjeta de Registro y Control de Caso de Tuberculosis

Originalmente se formuló una lista de verificación para registrar las asistencias del personal y cumplir con el criterio de no ausentarse por más de 30 días hábiles de la unidad, debido a que las monitorias se realizaron durante la última o primera semana de cada mes, por organización administrativa, las tarjetas de control de asistencias ya no se encontraban en la unidad, por lo que se solicitó a cada administrador de área las incidencias del personal participante durante los meses de abril a julio, no encontrando ausencias que excedieran los 8 días hábiles.

Durante los meses de diciembre 2007, enero y febrero del 2008 un total de 14 casos nuevos de tuberculosis pulmonar se seleccionados para dar seguimiento al control del tratamiento primario acorde a la normatividad vigente. (Tabla 29)

Tabla 29
Pacientes seleccionados para su seguimiento en el proyecto de implementación de un modelo de reconocimientos.

UNIDAD	No. PACIENTES
Rosales	1
San Pedrito	1
San Martín de las Flores	3
Tateposco	2
Duraznera	1
El Tapatio	2
Santa María Tequepexpan	1
Las Juntas	2
Las Pintas	1
TOTAL	14

FUENTE: SUAVER. Mpio. Tlaquepaque, dic. 2007-feb 2008

Se realizaron 36 visitas a cada una de las unidades donde se estuvieron tratando a los pacientes afectados por tuberculosis pulmonar, solicitando el expediente y la tarjeta de registro y control de caso. Además a cada administrador de área se pidió el control de asistencias mensuales.

Se efectuaron un total de 53 (94.64%) monitorias de las 56 programadas, debido a que un paciente falleció después de su primer mes de tratamiento. Del total de monitorias realizadas, 50 (94.33%) fueron hechas por el responsable del proyecto y 3 (5.66%) por la responsable del equipo de supervisión jurisdiccional.

En el plan detallado de ejecución se planteo que se contaría con dos colaboradoras para la realización de las monitorias mensuales, sin embargo, una de ellas no continuó por tener un cambio de adscripción, como consecuencia la carga de actividades de monitorias se incrementó para la responsable del proyecto y la colaboradora que continuó activa.

Durante las mismas se tuvo la oportunidad de otorgar asesoría en servicio y resolver dudas, además de establecer empatía con el personal de las unidades;

personal como pasantes de enfermería y promotoras de salud que no estaban participando en el proyecto se involucraron activamente en el seguimiento de los pacientes.

El control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar de los 14 pacientes seleccionados estuvo a cargo de 14 participantes, 10 médicos (71.42%) y 4 (28.57%) enfermeras, del total 7 (50%) de base y 7 (50%) de contrato. Pero durante el segundo mes de seguimiento debido al fallecimiento de un paciente, se excluye a un médico.

Por lo tanto, el personal participante queda conformado por 9 médicos y 4 enfermeras, de los cuales 46.15% es personal de base y 53.85% de contrato. (Tabla 30)

Tabla 30
Personal participante por categoría y situación laboral en el proyecto de implementación de un sistema de reconocimientos.

Categoría	Situación laboral	Total	Porcentaje
Médicos	Base	5	38.46%
Enfermeras (os)	Base	1	7.69%
Médicos	Contrato	4	30.76%
Enfermeras (os)	Contrato	3	23.07%
Total		13	100%

FUENTE: Directa. Plantilla de personal de las unidades de salud. Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque.

De acuerdo a lo establecido en el plan detallado de ejecución y a fin de realizar el dictamen del personal, se integró un comité evaluador, conformado por la responsable del proyecto y la coordinadora de desarrollo institucional. Una vez reunida la información de las 13 listas de verificación se aplicaron los instrumentos diseñados específicamente para este fin, alimentando la base de datos realizada en el paquete estadístico Excel, conteniendo los diferentes apartados, con sus respectivas ponderaciones (Anexo 22). La captura estuvo a cargo de la

responsable del proyecto. Se realizaron dos sesiones para validar que los datos capturados sean los mismos registrados en las listas de verificación.

En cuanto a la categoría, la evaluación de los 9 médicos, reveló que 6 (66.66%) fueron seleccionados para recibir el reconocimiento. De las 4 enfermeras (os) 3 (75%) fueron también acreedoras a reconocimiento público. De la totalidad de participantes 9 (69.23%) recibieron un reconocimiento, 5 (55.55%) de contrato y 4 (44.44%) de base. Los rangos máximo y mínimo de calificación observados entre los participantes fueron de 96.75 a 41.7 puntos.

A continuación se presenta el puntaje obtenido por el personal participante, según categoría y situación laboral. Siendo candidatos a recibir el reconocimiento aquellos con 80 puntos y más. (Tabla 31)

Tabla 31
Puntaje obtenido por el personal de salud participante, según categoría y situación laboral

Número	Categoría	Situación laboral	Calificación
1	Médico	Base	96.75
2	Médico	Base	93.76
3	Médico	Base	90.85
4	Médico	Contrato	88.3
5	Enfermera	Contrato	88.3
6	Médico	Contrato	81
7	Enfermera	Base	80.27
8	Médico	Contrato	80
9	Enfermera	Contrato	80
10	Médico	Contrato	72.21
11	Médico	Base	57.11
12	Enfermera	Contrato	57.11
13	Médico	Base	41.7

FUENTE: Directa. Base de datos Excel

Una vez obtenidos los resultados se diseñó el formato del reconocimiento, sometiéndolo a revisión junto con el Director Regional y la Coordinadora de

Desarrollo Institucional, una vez definida la versión final se procedió a cotizar el costo de 9 reconocimientos y la renta del salón con capacidad para 60 personas, donde tendría lugar la ceremonia de premiación, programada para el día 28 de agosto del 2008.

En la semana comprendida 11 al 15 de agosto se realizaron las gestiones necesarias para elaborar las placas conmemorativas y las constancias con valor curricular (Anexo 23)

Se acudió a oficinas centrales para realizar la invitación al Director General de Salud Pública, Director Prevención y Control de Enfermedades, Jefe del Departamento de Medicina Preventiva, Coordinador Estatal de Micobacteriosis, Jefe de Enseñanza, Jefa del Departamento Estatal de Investigación, quienes con el Director Regional, la Coordinadora de Desarrollo Institucional Jurisdiccional y la Coordinadora del Programa de Micobacteriosis integrarían el presidium durante la ceremonia de entrega de reconocimientos.

Durante la misma visita se contacto a la Directora de Comunicación Social de la Secretaria de Salud Jalisco, para solicitar apoyo para la cobertura del evento, elaboración de la escenografía (logos, leyenda, personificadotes) y difusión de los resultados en el periódico Saludable, además de presentarle el proyecto y hacerle entrega de una nota informativa. (Anexo 24).

La ceremonia de premiación tuvo lugar el miércoles 28 de agosto, de las nueve autoridades convocadas, se contó con la presencia de solo cuatro de ellos: Directora General de Salud Pública, Director General de la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque, Coordinador Estatal del Programa de Micobacteriosis y la Coordinadora Regional del Programa de Micobacteriosis.

En este evento se contó con un total de 43 asistentes, entre los que se encontraban 24 (55.81%) médicos, 17 (39.53%) enfermeras y 2 (4.65%) promotoras de salud. (Anexo 25)

Al personal asistente y a los miembros del presidium se les entregó un documento con los resultados del proyecto para cumplir con la actividad de difusión de los resultados y poner de manifiesto la transparencia que caracteriza al reconocimiento.

El reconocimiento consistió en la entrega pública de manos de autoridades estatales y jurisdiccionales de una placa conmemorativa a 6 médicos y 3 enfermeras en la que se reconoció el destacado desempeño durante el tratamiento primario de tuberculosis pulmonar (Anexo 26). Debido al sobresaliente apoyo de dos promotoras de salud y dos pasantes de enfermería se hizo entrega de una placa por este motivo a pesar de no ser participantes del sistema de estímulos. Además se les otorgó constancia con valor curricular de 8 hrs. (Anexo 27) Con esto se cumplen las características de carácter público, informado, transparente, medible y equitativo del sistema de estímulos propuesto.

A los médicos y enfermeras participantes que no tuvieron la oportunidad de manejar pacientes se les hizo entrega de una constancia por su asistencia al curso de capacitación con valor curricular de 8 hrs.

El evento fue cubierto por la prensa escrita, de radio y televisión cuyo público es la población de todo el estado de Jalisco. Fueron cuatro televisoras (Televisa, TV Azteca, Canal C7, TV 8), cuatro radiodifusoras (Notisistema, Radio Universidad, W, Noticieros DK) y seis periódicos (Mural, El Occidental, El Informador, 8 Columnas, La Jornada, Milenio). (Anexo 28)

Además en tres páginas electrónicas: página del Gobierno del Estado de Jalisco, página de la Secretaria de Salud Jalisco y en la página <http://senderodelpeje.com/sdp/contenido/2008/08/27/408>.

En el ejemplar del mes de septiembre del periódico Saludable de la Secretaria de Salud Jalisco se publicó un artículo con los resultados del presente proyecto. (Anexo 29)

13.3 Obstáculos

La ausencia de integración del binomio médico-enfermera en la atención de los pacientes afectados por tuberculosis pulmonar, lleva a pérdida de la integración de la información en el registro de la tarjeta de registro y control de caso.

Al no existir archivos únicos en las unidades, ni tarjeteros, se dificultó localizar los expedientes durante las monitorias.

13.4 Condiciones que favorecieron la ejecución

- a. Estudio de factibilidad apegado a la realidad.
- b. Tener un presupuesto asignado
- c. Contar con la aprobación de las autoridades jurisdiccionales.
- d. Participación comprometida de los colaboradores.
- e. Existencia de un marco legal que da sustento al presente proyecto en el Programa Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Calidad en Salud.

14. Resultados y conclusiones

Como respuesta a la convocatoria realizada a las 13 unidades y 3 módulos de salud del Municipio de Tlaquepaque, se tuvo una asistencia del 87.27% (96) del total del personal convocado, del cual sólo el 88.54% acepto participar y el 78.82% (67) acreditaron la evaluación.

Del personal acreditado fueron 42 (62.8%) médicos y 25 (37.31%), enfermeras.

Se captaron 14 pacientes nuevos de tuberculosis pulmonar, dando seguimiento al 92.85% (13) de ellos, cumpliendo con la totalidad de las monitorias mensuales programadas.

El personal que estuvo a cargo del control del tratamiento primario de estos pacientes fueron 9 médicos y 4 enfermeras, de los cuales solo 6 médicos (66.6%) y 3 (75%) cumplieron el seguimiento acorde a normatividad.

Respecto a la categoría laboral el 55.5% del personal que recibió el reconocimiento son trabajadores de contrato y 44.5% son trabajadores de base.

Se logró obtener el producto principal esperado, consistente en la implementación de un modelo de estímulos caracterizado por ser público, informado, transparente y basado en la equidad, representando una herramienta que condujo a motivar al personal de salud de las unidades de primer nivel del Municipio de Tlaquepaque para que sus pacientes tuvieran una adherencia terapéutica del 100%, adecuado control bacteriológico, es decir, 6 baciloscopías al final del tratamiento y clínico, reflejado en el fortalecimiento de los registros médicos y de enfermería con un índice del 66.42%, logrando la curación de los afectados por tuberculosis pulmonar en un 98%.

Por otro lado el personal médico y de enfermería aumentó su capacidad para satisfacer necesidades y deseos de sus clientes externos (pacientes), satisfaciendo su propia necesidad de ser reconocidos, motivados y recompensados.

14.1 Productos principales, secundarios y no esperados

Como resultado del cumplimiento de los objetivos planteados, se obtuvieron los siguientes productos:

Principales

- a. Diseño e implementación de un modelo de un sistema de estímulos para personal médico y de enfermería caracterizado por ser público, informado, transparente y basado en equidad, siendo acreedores todos aquellos que llevaron acorde a la normatividad el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.

- b. Personal estimulado y participativo que labora en las 13 unidades y 3 módulos de salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.
- c. Participación de autoridades estatales, jurisdiccionales y responsables de área del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.

Secundarios

- a. Disminución del estigma y la discriminación por parte del personal de salud hacia los pacientes afectados por tuberculosis pulmonar.
- b. Oportunidad de capacitación a 12 médicos y 16 enfermeras de contrato.
- c. Asesoría en servicio a 8 médicos, 5 enfermeras y dos promotoras de salud.
- d. Incremento de la adherencia terapéutica en los 13 pacientes afectados por tuberculosis pulmonar.
- e. No se clasificó a ningún paciente como abandono.
- f. Adecuado control bacteriológico, es decir, se contó con tres o más baciloscopias de control durante el seguimiento.
- g. Índice de mejoría del 66.42% en registros médicos y de enfermería.
- h. Porcentaje de curación en el 98% de los pacientes tratados.
- i. Participación de personal de base y contrato en un 50% respectivamente.

No esperados

- a. Activa participación de promotoras de salud y pasantes de enfermería aún sin ser candidatos a recibir el reconocimiento por su trabajo.
- b. Establecimiento de empatía con el personal de salud de las unidades de primer nivel del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.
- c. Apoyo durante la logística de la ceremonia de entrega de reconocimientos por parte de la Dirección de Comunicación Social de la Secretaría de Salud Jalisco.
- d. Cobertura y difusión del evento a nivel estatal por medios masivos de comunicación como radio, televisión, periódicos y páginas de internet.

Además de informar a la población del estado de Jalisco sobre las principales manifestaciones clínicas de la tuberculosis pulmonar.

14.2 Población beneficiada directa e indirectamente

Población beneficiada directamente

- a. 50 médicos, 46 enfermeras de base y contrato
- b. 2 promotoras de salud que se involucraron, aún sin recibir un reconocimiento público.
- c. 14 pacientes afectados por tuberculosis pulmonar.

Población beneficiada indirectamente

- a. 65 contactos intradomiciliarios de los pacientes afectados.
- b. 2 Promotores de salud y 4 pasantes de enfermería.
- c. Director de la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque.
- d. Coordinador estatal del Programa de Micobacteriosis.
- e. Responsable del proyecto.

15. Modelo de evaluación

Para evaluar la implementación de un sistema de reconocimientos al personal de salud en el seguimiento del tratamiento primario de pacientes afectados por tuberculosis pulmonar en el municipio de Tlaquepaque, Jalisco 2008 se propone evaluar el desarrollo del mismo, el impacto inmediato, el resultado a mediano y largo plazo.

Considerando dicha evaluación como un proceso que permite la emisión de juicios, resultando de la comparación sistemática de eventos que habrán de suceder con un modelo que contiene los eventos tal y como deberían de haber sucedido.

Los propósitos de la evaluación de éste proyecto fueron:

1. Determinar si los objetivos del mismo se han alcanzado midiendo el nivel del logro como la forma de ejecutarlo.
2. Examinar la calidad y efectividad del proyecto de acuerdo al Modelo de ordenamiento lógico que sigue la clasificación sugerida por Donabedian, Suchman, Echeverri et al.⁵¹
3. Identificar áreas de oportunidad y fortalecer las debilidades identificadas durante el desarrollo del actual proyecto.
4. Desarrollar nuevos enfoques y procedimientos para dar continuidad a la implementación de éste programa de estímulos.

El modelo de evaluación se sustentó en el modelo de ordenamiento lógico, donde las variables de estructura, proceso y resultado son las que se utilizarán para la evaluación (Tabla 32), a partir de las cuales se construyeron los indicadores utilizados.

Tabla 32

Evaluación. Variables de estructura, proceso y resultado.

Proyecto implementación modelo de reconocimientos.

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
1. Disponibilidad de recursos humanos. 2. Disponibilidad de recursos financieros.	1. Modelo del sistema de estímulos 2. Convocatoria 3. Curso 4. Monitorias 5. Dictamen 6. Ejercicio del presupuesto asignado	1. Entrega de reconocimientos. 2. Presentación de resultados a las autoridades 3. Difusión de los resultados

A continuación se presentan los indicadores que corresponden a la evaluación de las variables estructura, proceso y resultado (Anexo 30):

ESTRUCTURA

No. 1: Disponibilidad de colaboradores para el desarrollo del proyecto.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{No. de colaboradores participantes}}{\text{Total de colaboradores programados}} \times 100.$$

Resultado: $\frac{2}{3} = .66 \times 100 = 66\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó la disponibilidad del personal colaborador que fue de fundamental importancia para el desarrollo del proyecto.

No. 2: Presupuesto ejercido.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Total del presupuesto ejercido}}{\text{Total del presupuesto asignado}} \times 100$$

Resultado: $\frac{67,999.20}{67,699.20} = 1 \times 100 = 100\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó el ejercicio en tiempo y forma del presupuesto asignado.

PROCESO

No. 1: Unidades que recibieron de manera oportuna las convocatorias.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. unidades que recibieron la convocatoria oportunamente/Total de unidades seleccionadas para recibir la convocatoria x 100. Resultado:
 $18/18=1 \times 100=100\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó la oportunidad en la recepción de las convocatorias.

No. 2: Médicos asistentes al curso de capacitación-motivación.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. de médicos asistentes/Total de médicos del municipio de Tlaquepaque x 100.
Resultado: $50/52=0.9615 \times 100=96.15\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó la respuesta a la convocatoria.

No. 3: Enfermeras asistentes al curso de capacitación-motivación

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. de enfermeras asistentes/Total de enfermeras del municipio de Tlaquepaque de x 100.
Resultado: $46/58=0.7931 \times 100=79.31\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó la respuesta a la convocatoria.

No. 4: Médicos que aprobaron la evaluación del curso.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. de médicos aprobados-capacitados/Total de médicos asistentes x 100.
Resultado: $42/52=0.8076 \times 100=80.76\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó el reforzamiento de los conocimientos de tuberculosis con el curso de capacitación motivación.

No. 5: Enfermeras que aprobaron la evaluación del curso.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. de enfermeras aprobadas/Total de enfermeras asistentes x 100.

Resultado: $25/46=0.5434 \times 100=54\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó el reforzamiento de los conocimientos de tuberculosis con el curso de capacitación motivación.

No. 6: Pacientes que terminaron el control del tratamiento.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. pacientes que terminan control/No. pacientes seleccionados x 100.

Resultado: $13/14=0.9285 \times 100=92.85\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó el porcentaje de pacientes seleccionados que tuvieron un control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar.

No. 7: Monitorias mensuales realizadas.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. de monitorias en 4 meses de seguimiento/Total de pacientes que terminaron el control.

Resultado: $52/13=4$

Con el análisis de éste indicador se evaluó el número de monitorias realizadas por cada paciente seleccionado.

No. 8: Médicos que permanecieron durante el desarrollo del proyecto.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. de médicos que terminaron el control/Total de médicos capacitados x 100.

Resultado: $9/10=0.901 \times 100=90\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó el porcentaje de médicos que permanecieron durante el desarrollo del proyecto en relación con los médicos que asistieron al curso y aprobaron la evaluación con 80 y más.

No. 9: Enfermeras que permanecieron durante el desarrollo del proyecto.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. de enfermeras que terminaron el control/Total de enfermeras capacitadas x 100.

Resultado: $4/4=1 \times 100=100\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó el porcentaje de enfermeras que permanecieron durante el desarrollo del proyecto en relación con las enfermeras que asistieron al curso y aprobaron la evaluación con 80 y más.

RESULTADO INMEDIATO

No. 1: Médicos que recibieron el estímulo.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. de médicos acreedores al estímulo/Total de médicos que terminaron el seguimiento x 100.

Resultado: $6/9 \times 0.66 \times 100=66\%$.

Con el análisis de éste indicador se evaluó el porcentaje de médicos que recibieron el estímulo en relación con la totalidad de médicos que permanecieron durante el desarrollo del proyecto.

No. 2: Enfermeras que recibieron el estímulo.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. de enfermeras acreedoras al estímulo/Total de enfermeras que terminaron el seguimiento x 100.

Resultado: $3/4=0.75 \times 100=75\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó el porcentaje de enfermeras que recibieron el estímulo en relación con la totalidad de enfermeras que permanecieron durante el desarrollo del proyecto.

No. 3: Realización de la ceremonia de entrega de reconocimientos.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

No. de ceremonias de entrega de reconocimientos realizadas/Total de ceremonias de entrega de reconocimientos programadas x 100.

Resultado: $1/1=1 \times 100=100\%$

Con el análisis de éste indicador se evaluó el porcentaje de cumplimiento de la ceremonia de entrega de reconocimientos programada.

Evaluación a mediano y largo plazo

La evaluación a mediano y largo plazo, es decir, a los 6 y 12 meses respectivamente, se sugiere sea realizada por el Coordinador del Programa de Micobacteriosis Regional, para lo cual serán de utilidad los siguientes indicadores (Anexo 31):

- Estructura:

-Disponibilidad de colaboradores para el seguimiento del proyecto (no. de colaboradores participantes/Total de colaboradores programadosx100)

- Proceso:

-Pacientes que terminaron el control del tratamiento (No. de pacientes que terminan control/Total de pacientes seleccionadosx100)

-Monitorias mensuales realizadas: No. de monitorias en los 6 meses de seguimiento/Total de pacientes que terminaron control.

- Resultado:

-Porcentaje de curación.

-Porcentaje de abandonos

-Porcentaje de pacientes con adecuado control bacteriológico.

Se prevé dar a conocer los resultados obtenidos de dichas evaluaciones a la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud Jalisco, debido a la expectativa que tiene dicha dirección de implementar el modelo de estímulos al personal destacado en el seguimiento del tratamiento primario de pacientes afectados por tuberculosis pulmonar a nivel estatal.

16. Recomendaciones para mejorar la intervención

Con el propósito de dar continuidad a la implementación del sistema de reconocimientos al personal destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar se propone transferir el modelo al área de Desarrollo Institucional, para continuar aplicándolo de manera anual con corte en el mes de agosto de cada año y extenderlo a los cinco municipios que conforman la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque además de hacerlo extensivo a promotores de salud y personal becario.

Dar seguimiento al compromiso establecido por la Directora General de Salud Pública de la Secretaría de Salud Jalisco de implementar dicho modelo a nivel estatal, lo que contribuiría a fortalecer el Plan de Acción Tuberculosis comprendido en el Plan Nacional de Salud.

Realizar seguimiento del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar durante 6 meses como la marca la Norma Oficial Mexicana 006-SSA2-1993 Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de la salud.

Integrar a los responsables de las cuatro áreas en el comité evaluador e involucrar de manera activa a la Coordinadora de Desarrollo Institucional y a los equipos de supervisión tanto en la capacitación como en el seguimiento de los registros.

Garantizar que en las unidades y módulos de salud de la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque se destine un espacio físico para tener un tarjetero de tuberculosis, lo que permitirá tener acceso a información y para la localización de los expedientes.

Propiciar la integración de las actividades del médico con las del personal de enfermería, ya que es fundamental para lograr un ambiente laboral que conduzca a brindar atención con calidad a los usuarios.

17. Anexos
Índice de anexos

Número de anexo	Título
1	Mapa Municipio de Tlaquepaque, Jalisco
2	Pirámide poblacional de Tlaquepaque, Jalisco
3	Tabla: Operacionalización de variables daños a la salud
4	Tabla: Operacionalización de variables factores condicionantes de la salud
5	Tabla: Operacionalización de variables recursos y servicios
6	Cuestionario vivienda
7	Tabla: Mortalidad general, Mpio. Tlaquepaque, Jal., 2006
8	Tabla: Morbilidad general, Mpio. Tlaquepaque, Jal., 2006
9	Diagrama causa-efecto
10	Lista de Verificación
11	Modelo del sistema de estímulos
12	Matriz de selección del personal
13	Encuesta de opinión
14	Memorandum: se solicita cañón de proyección
15	Convocatoria
16	Entrega de convocatorias
17	Lista de asistencia al curso
18	Carta descriptiva del curso
19	Entrega de viáticos
20	Entrega de batas, termos, congelantes
21	Reconocimiento por asistencia
22	Base de datos para obtener evaluación
23	Solicitud de créditos
24	Solicitud de apoyo a Comunicación Social

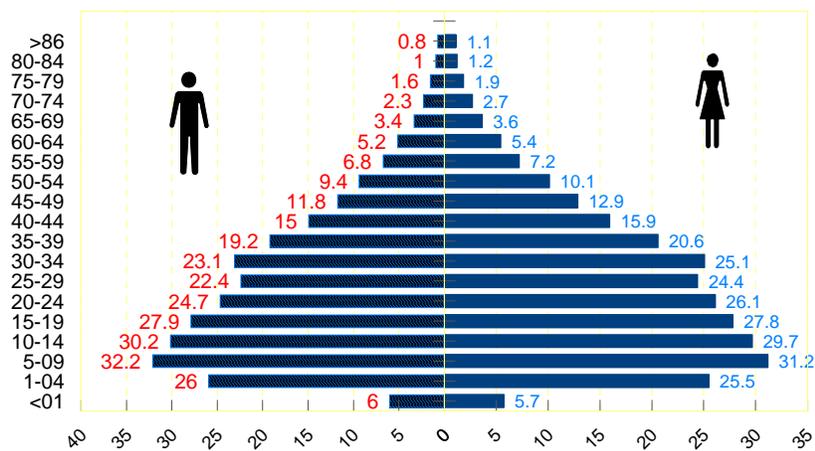
25	Fotografías de la ceremonia de entrega de reconocimientos
26	Fotografías de las placas conmemorativas
27	Constancia con valor curricular
28	Difusión en periódicos
29	Publicación en periódico Saludable
30	Indicadores evaluación estructura, proceso y resultado inmediato
31	Indicadores evaluación a mediano y largo plazo

Anexo 1



Anexo 2

PIRAMIDE POBLACIONAL TLAQUEPAQUE, JALISCO
Distribución de la Población total por grupo de edad y sexo



Fuente: CONTEO INEGI 2005

Anexo 3

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES PARA IDENTIFICAR LOS DAÑOS A
LA SALUD DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE TLAQUEPAQUE,
JALISCO, 2006**

Variable	Conceptualización	Escala de medición	Tipo de variable	Operacionalización	Fuente
Morbilidad diagnosticada	Personas que enferman en una población y un tiempo determinado	*Tasa de incidencia *Tasa de prevalencia	Cuantitativa, continua.	Número motivos de consulta registrados en el Sistema de Información en Salud del Mpio. Tlaquepaque durante el 2006./Total de consultas	Indirecta: Número motivos de consulta registrados en el Sistema de Información en Salud del Mpio. Tlaquepaque durante el 2006
Enfermedades de notificación obligatoria	Cualquier enfermedad debida a un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos que se manifiesta por la transmisión de ese agente o los productos de un reservorio a un huésped susceptible	Número de casos notificados enero-dic. 2006	Cuantitativa, continua	Número motivos de consulta registrados en el SUAVE del Mpio. Tlaquepaque durante el 2006	Indirecta: Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica.
Morbilidad sentida	Percepción de síntomas referidas por el individuo.	Accidente, Enfermedad infecciosa Enfermedad crónica	Cuantitativa, continua	Enfermedades que padeció en los últimos 15 días (Prevalencia lápsica)	Directa, encuesta
Morbilidad general	Presencia de enfermedades en un una población	Número de atenciones otorgadas en unidades de salud	Cuantitativa, continua	Número de atenciones de consulta registrados en la hoja diaria del médico y de salud bucal de enero a diciembre del 2006 en unidades de primer nivel de salud (fijas y módulos) en el municipio de Tlaquepaque, Jalisco	Indirecta: hoja diaria del médico y de salud bucal.
Mortalidad general por sexo	Defunciones de hombres y mujeres	Tasa mortalidad general por sexo	Cuantitativa, continua	Total de defunciones por sexo producidas en el Mpio. Tlaquepaque/Total de la población del Municipio Tlaquepaque	Indirecta: Registros INEGI 2005
Mortalidad perinatal	Muerte del producto que alcanza un mínimo de 1000 gr o 28 semanas de gestación y hasta los primeros 7 días de vida	Tasa de mortalidad perinatal	Cuantitativa, continua	Total de defunciones perinatales/Total de recién nacidos vivos	Indirecta: Registros INEGI 2005
Mortalidad infantil	Defunciones en niños y niñas que mueren antes de cumplir un año de edad	Tasa de mortalidad infantil	Cuantitativa, continua	Número de defunciones en niños y niñas que mueren antes de cumplir un año de edad / cada mil nacidos vivos estimados en ese año	Indirecta: Registros INEGI 2005
Mortalidad adolescentes	Defunciones en el grupo de edad de 10 a 19 años	Tasa de mortalidad en el grupo de 10 a 19 años	Cuantitativa, continua	Total de defunciones en adolescentes/Total de la población del Municipio de Tlaquepaque	Indirecta: Registros INEGI 2005

Mortalidad materna	Defunciones de una mujer durante el embarazo, el parto o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente del sitio y de la duración de éste.	Tasa de mortalidad materna	Cuantitativa, continua	Total de defunciones maternas/Total de la población del Municipio de Tlaquepaque	Indirecta: Registros INEGI 2005
Mortalidad adulto mayor	Defunciones en hombres y mujeres mayores de 60 años	Tasa de mortalidad en hombres y mujeres mayores de 60 años	Cuantitativa, continua Cuantitativa, continua	Total de defunciones en hombres y mujeres mayores de 60 años/Total de la población del municipio de Tlaquepaque	Indirecta: Registros INEGI 2005

Anexo 4

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES CONDICIONANTES DE SALUD EN LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE TLAQUEPAQUE, JALISCO. 2006

Variable	Conceptualización	Escala de medición	Tipo de variable	Operacionalización	Fuente
Edad	Años cumplidos al momento de la encuesta	En meses: menores de 12 meses. En años: mayores de 12 meses	Cuantitativa, discreta	Edad de acuerdo al último cumpleaños	Directa: encuesta
Sexo	Condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Hombre, mujer	Cualitativa, nominal	Número de individuos del Municipio de Tlaquepaque según sexo	Directa: encuesta
Estado civil	Situación de hecho de la población de 12 años y más, en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país	Soltero(a) Casado, Viudo, Divorciado, Unión libre, Separado	Cualitativa, nominal	Número de individuos del de Tlaquepaque según estado civil.	Directa: encuesta

Escolaridad	Ultimo grado aprobado en el ciclo de instrucción más avanzado que declare haber cursado la persona en el sistema educativo nacional	Preescolar, primaria, estudios técnicos o comerciales con primaria terminada, secundaria, preparatoria, Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada, preparatoria, normal básica, profesional, postgrado	Cualitativa, ordinal	Ultimo grado de estudios que cursó en el sistema educativo nacional.	Directa: encuesta
Derechohabiencia	Persona que tiene la posibilidad de recibir atención médica como resultado de una prestación laboral, como beneficiario designado por el derechohabiente o como miembro de una institución	IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, DIF, SEGURO POPULAR, SEMAR Ninguno	Cualitativa, nominal	Tipo de derechohabiencia a la que refiere tener acceso	Directa: encuesta.
Disponibilidad de agua entubada	Acceso a que tienen los ocupantes de la vivienda al uso de agua entubada proveniente de redes públicas de abastecimiento o de otras fuentes.	Dentro de la vivienda, Fuera de la vivienda, pero dentro del terreno, De llave pública o hidrante No dispones de agua entubada	Cualitativa nominal	Disponibilidad de agua entubada en cada vivienda encuestada del Municipio de Tlaquepaque .	Directa: encuesta
Cloración de agua	Nivel de cloro en el agua corriente de la vivienda	Debajo de la norma Dentro de la norma (0.2 a 1.5 ppm) Arriba de la norma	Cualitativa nominal	Nivel de cloro en el agua corriente de la vivienda	Indirecta: Registros de muestreos de Regulación Sanitaria Regional.
Disponibilidad de energía eléctrica	Existencia de electricidad en la vivienda sin considerar la fuente de donde provenga	Servicio público Planta particular Acumulador Otra	Cualitativa, nominal	Disponibilidad de energía eléctrica en cada vivienda encuestada del Municipio de Tlaquepaque	Directa: encuesta
Disponibilidad de excusado	Instalación sanitaria de la vivienda destinada al desalojo de los desechos humanos	Excusado con conexión de agua Excusado sin conexión de agua	Cualitativa, nominal	Total de viviendas con disponibilidad de excusado/tot	Directa: encuesta

				al de viviendas encuestadas en el Municipio de Tlaquepaque .	
Disponibilidad de drenaje	Sistema de tuberías mediante el cual se eliminan de la vivienda, las aguas negras, grises y los desechos humanos	Dispone de drenaje No dispone de drenaje	Cualitativa, nominal	Total de viviendas con drenaje/Total de viviendas encuestadas en el Municipio de Tlaquepaque , Jalisco.	Directa: encuesta
Recolección de basura	Conjunto de residuos generados en casa habitación que no requieren técnicas especiales para un control	Servicio público Basurero a cielo abierto Quema	Cualitativa nominal	Numero de viviendas por tipo de servicio de tipo disposición de servicio de recolección de basura/Total de viviendas	Indirecta: INEGI
Material del piso de la vivienda	Material de construcción predominante en el piso de la vivienda	Cemento o firme Madera, mosaico u otro recubrimiento Tierra	Cualitativa, nominal	Número de viviendas por cada tipo de material del piso/Total de viviendas	Directa: encuesta

Rastros	Establecimiento donde se sacrifica ganado para consumo humano	Número de rastros establecidos en el Municipio de Tlaquepaque	Cualitativa, nominal.	Total de rastros ubicados en el municipio de Tlaquepaque	Indirecta: Censo de Regulación Sanitaria y padrón de licencias municipales
Mercados	Lugar público cubierto o al aire libre donde se venden y compran mercancías	Número de mercados establecidos en el Municipio de Tlaquepaque	Cualitativa, nominal	Total de mercados ubicados en el municipio de Tlaquepaque	Indirecta: Censo de regulación sanitaria y padrón de licencias municipales
Fábricas	Establecimiento industrial en el que se transforman los productos semifabricados a materias primas para la creación de objetos destinados al consumo	Número de fábricas establecidas en el Municipio de Tlaquepaque	Cualitativa, nominal	Total de fábricas ubicados en el municipio de Tlaquepaque	Indirecta: Censo de regulación sanitaria y padrón de licencias municipales
Ocupación del (los) jefe (s) de familia	Tipo de trabajo, oficio o tarea específica que desarrolló la persona ocupada en su trabajo principal en la semana de referencia.	Empleado Obrero, Jornalero, Peón, Trabajador por su cuenta, patrón o empresario, Trabajador familiar no remunerado	Cualitativa, nominal	Numero de individuos del Mpio. Tlaquepaque según ocupación	Directa: encuesta
Adicciones	Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable por tomar el fármaco en forma continua o periódica.	Fumador Exfumador No fumados – Bebedor, Exbebedor Abstemio Drogas médicas (opiáceos, sedantes, barbitúricos o anfetaminas) Drogas ilegales (marihuana, cocaína, crack, pasta de cocaína, inhalables, heroína, metanfetamina)	Cualitativa nominal	Consumo de tabaco y/o alcohol en los últimos 12 meses. Consumo de drogas alguna vez en la vida.	Directa: encuesta

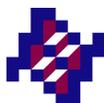
Anexo 5

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES PARA ANALIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD Y RECURSOS EN SALUD CON QUE SE CUENTA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE TLAQUEPAQUE, JALISCO. 2006

Variable	Conceptualización	Escala de medición	Tipo de variable	Operacionalización	Fuente
Motivo de atención	Solicitar atención ambulatoria en las últimos dos semanas	Enfermedad, accidente	Cualitativa, nominal	Número de atenciones solicitadas según enfermedad o accidente	Directa: encuesta
Tipo de institución en la que se recibió la atención	Establecimiento que brinda atención médica	SSJ, IMSS, ISSTE, Clínica u hospital de otro tipo de seguridad social, Privados, Otros	Cualitativa, nominal	Numero de atenciones ambulatorias otorgadas por tipo de institución	Directa: encuesta
Tipo de personal que brindó la atención	Profesional de la salud u otro que otorga la atención	Personal profesional de la salud (médico, enfermera, dentista, naturista, acupunturista, encargado de la comunidad – promotor, auxiliar, farmacéutico, otro personal de salud) Personal de salud tradicional u otra persona (curandero, partera, yerbero familiar, amigo, vecino) No se atendió	Cualitativa, nominal	Número de atenciones otorgadas por tipo de personal/Total de atenciones solicitadas	Directa: encuesta
No se atendió	No solicitó atención para su problema de salud	No fue necesario, no tenía dinero, no tuvo tiempo, no lo atendieron, esta muy lejos, tratan mal	Cualitativa, nominal	Numero de motivos por los que no se atendió/Total de personas que refirieron no atenderse	Directa: encuesta

Satisfacción Respecto al tiempo de espera	Grado de satisfacción de los usuarios por el tiempo de espera transcurrido entre el momento que se asignó la consulta o esta registrada su cita y el momento en que pasan al consultorio	Muy satisfecho, Satisfecho No satisfecho	Cuantitativa, continua	Número de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en las unidades de salud/Total de usuarios entrevistados	Indirecta: Indicadores de INDICA
Tiempo de traslado	Minutos que tarde de su domicilio a la unidad de salud	Menos 15 min. 16 a 30 min. 31 a 45 min.	Cuantitativa, continua	Tiempo en minutos que tarda el usuario en trasladarse de su domicilio a la unidad de salud	Directa: encuesta.
Gastos de bolsillo	Cantidad del gasto de bolsillo en la última atención preventiva o curativa	\$150.00 a 300.00 \$75.00 a 149.00 \$38.00 a 74.00 Menos \$37.00	Cuantitativa, continua	Promedio del gasto de bolsillo en la última atención preventiva/Total entrevistados	Directa: encuesta
Percepción de la calidad	Satisfacción del usuario respecto a la atención recibida en la última consulta preventiva o curativa	Muy buena Buena, Regular, Mala Muy mala	Cualitativa, nominal	Opinión del usuario respecto a la última atención curativa o preventiva solicitada	Directa: encuesta
Acciones de promoción y prevención de salud durante la línea de vida	Son las acciones básicas a cubrir en cada contacto que ocurra cuando una persona acuda por cualquier motivo a las unidades de salud.	Recién nacido: tamiz neonatal, Menores de 5 años, esquema de vacunación, 5-9 salud bucal, 10-19 orientación sobre sexualidad y adicciones, hombres 20 a 59 verificó el riesgo de padecer TBP, mujeres de 20 a 59 años se le practica la exploración de mama y DOC Hombres y mujeres mayores de 60 años, vacuna antineumococcica	Cualitativa nominal	Número de acciones registradas en la cartilla nacional de salud/Total de cartillas nacionales de salud revisadas	Directa: encuesta

Anexo 6



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
REGION SANITARIA XII CENTRO-TLAQUEPAQUE
CUESTIONARIO VIVIENDA

Folio: _____

FECHA: _____

LOCALIDAD: _____

AGEB: _____ MANZANA _____

Buenos días (tardes) mi nombre es _____ y trabajo en la Encuesta para realizar el Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Tlaquepaque de la Secretaría de Salud Jalisco. Estamos visitando los hogares para platicar sobre su salud, vivienda y algunos temas relacionados con estos aspectos. La información que nos proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado que se presente de este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará para mejorar los programas sociales y de salud.

NOMBRE	1. EDAD	2. SEXO	3. ESCOLARIDAD
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Anotar nombres de los integrantes de la familia de mayor a menor	1. En meses: menores de un año. 2. En años: mayores de 12 meses	1. Hombre 2. Mujer	1. No aplica: menores de 3 años 2. Pre-escolar 3. Primaria incompleta 4. Primaria completa 5. Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada 6. Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada 7. Preparatoria 8. Normal básica 9. Profesional 10. Postgrado. 11. Analfabeta

4. Estado civil del jefe de la familia <input data-bbox="773 283 870 359" type="checkbox"/>	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Viudo (a) 4. Divorciado (a) 5. Unión libre 6. Separado
5. Ocupación del jefe de familia <input data-bbox="773 520 870 596" type="checkbox"/>	1. Desempleado 2. Empleado 3. Obrero 4. Jornalero 5. Peón 6. Trabajador por su cuenta, patrón o empresario 7. Trabajador familiar no remunerado 8. Jubilado/Pensionado
6. Derechohabiencia <input data-bbox="773 758 870 833" type="checkbox"/>	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. DIF 6. SEGURO POPULAR 7. Privado 8. Ninguno
7. Disponibilidad de agua entubada: <input data-bbox="773 926 870 1001" type="checkbox"/>	1. Dentro de la vivienda 2. Fuera de la vivienda (dentro del terreno) 3. Llave pública o hidrante 4. No dispone de agua entubada
8. Disponibilidad de energía eléctrica <input data-bbox="773 1073 870 1148" type="checkbox"/>	1. Servicio público 2. Planta particular 3. Acumulador 4. Otra
9. Disponibilidad de excusado <input data-bbox="773 1213 870 1289" type="checkbox"/>	1. Excusado con conexión de agua 2. Excusado sin conexión de agua
10. Dispone de drenaje <input data-bbox="773 1310 870 1386" type="checkbox"/>	1. Dispone de drenaje 2. No dispone de drenaje
11. Recolección de basura <input data-bbox="773 1535 870 1610" type="checkbox"/>	1. Servicio público 2. Basurero a cielo abierto 3. Quema
12. Material del piso de la vivienda <input data-bbox="773 1692 870 1768" type="checkbox"/>	1. Cemento o firme 2. Madera, mosaico u otro recubrimiento 3. Tierra

<p>13. ¿Algún miembro de la familia?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>	<p>1. Fumador 2. Ex-fumador 3. Bebedor 4. Ex-bebedor 5. Drogas médicas (opiáceos, sedantes, barbitúricos o anfetaminas) 6. Drogas ilegales (marihuana, cocaína, crack, pasta de cocaína, inhalables, heroína, metanfetaminas)</p>
<p>14. Morbilidad sentida Durante los últimos 15 días algún miembro de la familia tuvo:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>	<p>1. Accidente 2. Enfermedad infecciosa 3. Enfermedad crónica</p>
<p>15. Motivo de la atención</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>	<p>1. Enfermedad 2. Accidente 3. Parto 4. No se atendió</p>
<p>16. Si no se atendió fue por:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </p>	<p>1. No fue necesario 2. No tenía dinero 3. No tuvo tiempo 4. Esta muy lejos 5. Tratan mal</p>
<p>17. Tipo de institución que brindó la atención</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </p>	<p>1. IMSS 2. SSJ 3. ISSSTE 4. Otro tipo de seguridad social 5. Privados</p>
<p>18. Tipo de personal que brindó la atención</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>	<p>1. Médico 2. Enfermera 3. Dentista 4. Naturista, 5. Acupunturista 6. Encargado de la comunidad –promotor, auxiliar, farmacéutico 7. Otro personal de salud) 8. Personal de salud tradicional u otra persona (curandero, partera, yerbero familiar, amigo, vecino)</p>
<p>19. Además del motivo de consulta le ofertaron acciones de promoción y prevención de salud durante la línea de vida:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>	<p>1. Recién nacido (tamiz neonatal) 2. Menores de 5 años (esquema de vacunación) 3. Entre 5-9 años (salud bucal) 4. De 10-19 años (orientación sobre sexualidad y adicciones) 5. Hombre de 20-59 años (verifico el riesgo de padecer Tb) 6. Mujeres de 20 a 59 años (se le practicó la exploración de mama y DOC) 7. Hombres y mujeres mayores de 60 años (vacuna antineumococcica)</p>
<p>20. Satisfacción respecto al tiempo de espera</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </p>	<p>1. Muy satisfecho 2. Satisfecho 3. No satisfecho</p>
<p>21. Tiempo de traslado de su hogar a la unidad de salud:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </p>	<p>1. Menos 15 min. 2. 16 a 30 min. 3. 31 a 45 min. 4. 45 a más min.</p>
<p>22. Gastos de bolsillo. Cuánto dinero tuvo que gastar en su consulta y medicamentos:</p>	<p>1. \$150.00 a 300.00 2. \$75.00 a 149.00</p>

		<p>3. \$38.00 a 74.00 4. Menos \$37.00</p>
<p>23. Percepción de la calidad de la atención:</p>	<input data-bbox="773 310 873 386" type="checkbox"/>	<p>1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala</p>

Anexo 7

MORTALIDAD GENERAL, MUNICIPIO DE TLAQUEPAQUE, JAL. 2006

ORDEN	C A U S A	CLAVE CIE 10a. REVISION	DEFUNCIONES	TASA*	%
1	Diabetes mellitus	E10-E14	334	59.32	16.36
2	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	161	28.60	7.89
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70,K72.1,K73,K74,K76	97	17.23	4.75
4	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	92	16.34	4.51
5	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	P00-P96	79	14.03	3.87
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J44,J67	77	13.68	3.77
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J2	70	12.43	3.43
8	Enfermedades hipertensivas	I10-I5	70	12.43	3.43
9	Accidentes de vehículo de motor (transito)	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3, .9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3, .9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0, .9), V87.0-V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0	66	11.72	3.23
10	Nefritis y nefrosis	N00-N19	65	11.55	3.18
11	Anomalías congénitas	Q00-Q99	50	8.88	2.45
12	Agresiones (homicidios)	X85-Y09,Y87.1	42	7.46	2.06
13	Desnutrición calórico protéica	E40-E46	39	6.93	1.91
14	VIH/SIDA	B20-B24	32	5.68	1.57
15	Tumor maligno de la mama	C50	32	5.68	1.57
16	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	C33-C34	29	5.15	1.42
17	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84,Y87.0	29	5.15	1.42
18	Caídas accidentales	W00-W19	24	4.26	1.18
19	Tumor maligno del estómago	C16	21	3.73	1.03
20	Tumor maligno del cuerpo del útero	C53	20	3.55	0.98
	Causas mal definidas	R00-R99	6	1.07	0.29
	Las demás causas		606	107.64	29.69
	TOTAL		2041	362.52	100

TOTAL DEFUNCIONES=2041

***TASA X 100,000 HABITANTES**

FUENTE: SEED JALISCO 2006 (DATOS PRELIMINARES)

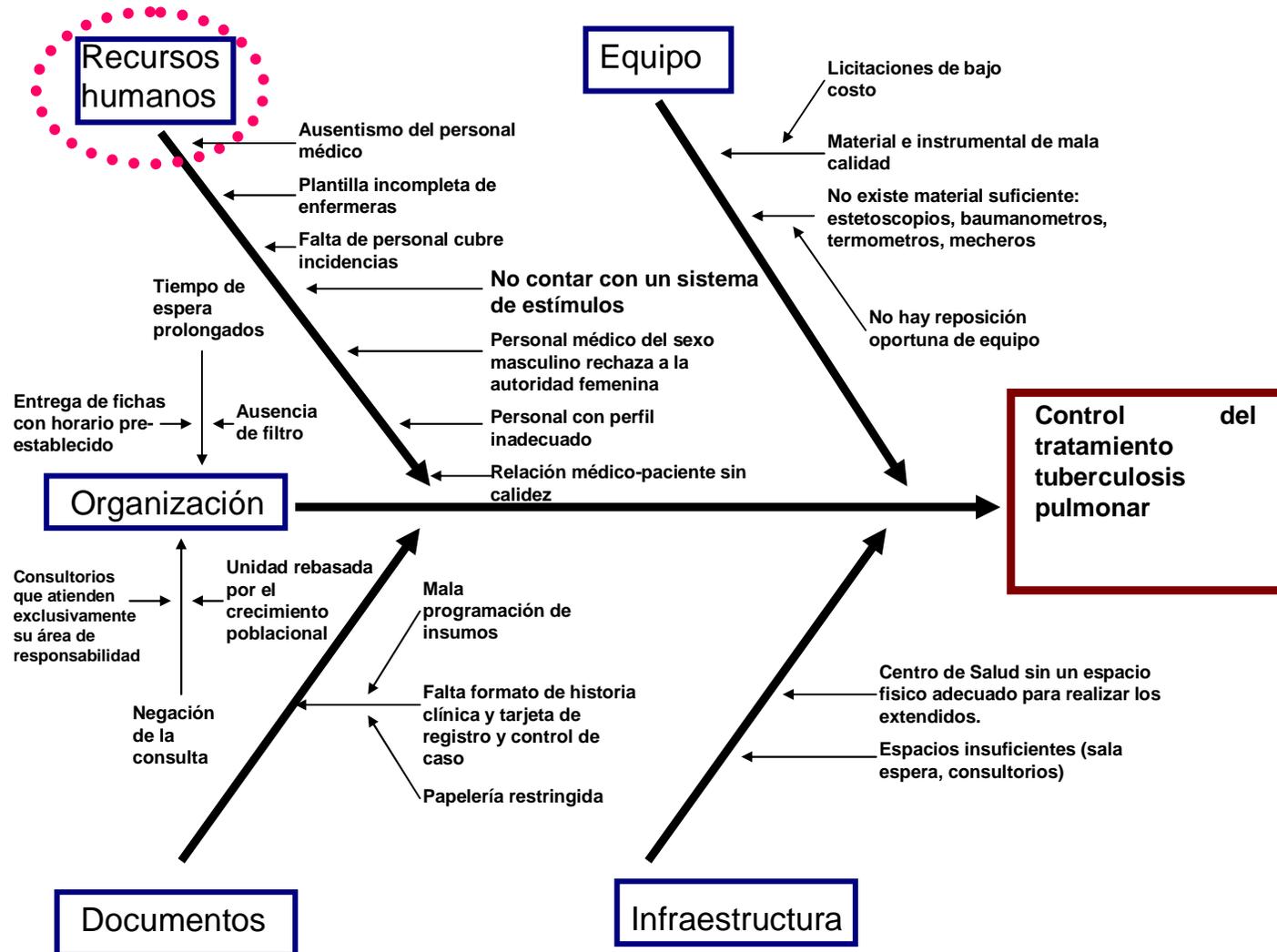
Anexo 8

CASOS NUEVOS DE ENFERMEDAD ACUMULADOS HASTA LA SEMANA 52 DEL 2006, EN EL MUNICIPIO DE TLAQUEPAQUE, JALISCO

	DIAGNOSTICO	CLAVE CIE	ACUMULADO	%
1	Infección de vías respiratorias agudas	J00-J01	29,443	68.83
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A09	2,431	5.68
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	1,596	3.73
4	Intoxicación por picadura de alacrán	T63, X20	1,000	2.33
5	Displasia cervical leve y moderada	N87.0-N87.1	946	2.21
6	Úlcera, gastritis y duodenitis	K25-K29	901	2.10
7	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	874	2.04
8	Conjuntivitis	B30,H10.0	769	1.79
9	Amibiasis intestinal	A06.0-A06.3, A06.9	662	1.54
10	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	656	1.53
11	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76,B78, B79	532	1.24
12	Enterobiasis	B80	335	0.78
13	Hipertensión arterial	I10-I15	291	0.68
14	Candidiasis urogenital	B37.3-B37.4	284	0.66
15	Diabetes mellitus no insulino dependiente	E11X	268	0.62
16	Mordedura por perro	W54	235	0.54
17	Varicela	B01	208	0.48
18	Asma y estado asmático	J45, J46	197	0.46
19	Tricomoniasis urogenital	A59.0	194	0.45
20	Otras Infecciones intestinales debidas a protozoarios	A00-A09	177	0.41
21	Desnutrición leve	E44.1	150	0.35
22	Ascariasis	B77	95	0.22
23	Accidentes leves	B01-99	83	0.19
24	Tuberculosis respiratoria	A15-A16	55	0.12
25	Displasia cervical severa y cacu in situ	N87.9	53	0.12
26	Escabiosis	B86	46	0.10
27	Giardiasis	A07.1	33	0.07
28	Paratifoidea y otras salmonelosis	A01.1-A02	32	0.07
29	Neumonías y bronconeumonías	J12-J18	30	0.07
30	Intoxicación alimentaria bacteriana	A05	22	0.05
31	Mordedura de otros mamíferos	W55	20	0.04
32	Diabetes mellitus insulino dependiente	E10	18	0.04
33	Tuberculosis otras formas	A17.1, A17.8	17	0.03
34	Parotiditis infecciosa	B26	16	0.03
35	Shigellosis	A03	16	0.03
36	Hepatitis aguda A	A B15	12	0.02
37	Fiebre tifoidea	A01.0	11	0.02
38	Desnutrición moderada	E44.0	9	0.02
39	Accidentes de transporte	V01-V99	8	0.01
40	Quemaduras	L55, L56, T20-T32	6	0.01
41	Tumor maligno del cuello del útero	C53	5	0.01
42	Accidentes moderados y graves	W0-X59	4	0.009
43	Enfermedad febril exantemática	U97X	4	0.009
44	Síndrome coqueluchoide	A370-A379	4	0.009
45	Tuberculosis meníngea	A17.0	4	0.009
46	Enfermedades cerebrovasculares	160, 167, 169	3	0.007
47	Enfermedad isquémica del corazón	120-125	3	0.007
48	Fiebre reumática aguda	100-102	2	0.004
49	Intoxicación aguda por alcohol	F10.1	2	0.004
50	Tumor maligno de mama	C50	2	0.004
51	Violencia intrafamiliar	Y07	2	0.004
52	Brucelosis	A23	1	0.002
53	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	1	0.002
54	Intoxicación por ponzoña de animales	T63, X20	1	0.002
55	Lepra	A30	1	0.002
56	Meningitis meningococcica	A39.0	1	0.002
57	Parálisis flácida aguda	U98X	1	0.002
58	Sífilis adquirida	A51-A53	1	0.002

TOTAL DE CASOS REPORTADOS: 42,773
FUENTE: SUAVE TLAQUEPAQUE 2006

Anexo 9
Diagrama causa efecto



Anexo 10 Lista de verificación



Organización Panamericana de la salud
Secretaría de Salud Jalisco
Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque
Programa de Micobacterias



NOMBRE DEL MÉDICO: _____

UNIDAD: _____

INICIO

TRAT: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIN

TRAT: _____

APARTADOS		1A VISITA	2A VISITA	3A VISITA	4A VISITA	5A VISITA	6A VISITA	OBSERVACIONES
Nota médica mensual	No							
	Si							
	Fecha							
	Hora de atención							
	Signos vitales completos							
	Utiliza método SOAP							
	Letra legible							
	Sin tachaduras							
	Nombre							
	Firma							



Organización Panamericana de la salud
Secretaría de Salud Jalisco
Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque
Programa de Micobacterias



UNIDAD: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____

UNIDAD: _____
 INICIO TRAT: _____
 FIN TRAT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____
 NOMBRE DE LA ENFERMERA: _____

APARTADOS		1A VISITA	2A VISITA	3A VISITA	4A VISITA	5A VISITA	6A VISITA	OBSERVACIONES
Datos generales	Unidad							
	Jurisdicción							
	Localidad							
	Municipio							
	Entidad Federativa							
Datos de identificación	Expediente							
	Nombre							
	Edad							
	Sexo							
	Ocupación							
	Domicilio 1							
	Domicilio 2							
Diagnóstico	Fecha Detectado							
	Cicatriz BCG							
	Localización							
	Comprobación							
	Tipo de paciente							
Tratamiento	Fecha de inicio							

		Esquema						
	Fase	Intensiva						
		Duración						
		Periodicidad						
		Dosis						
		Sostén						
		Duración						
		Periodicidad						
		Dosis						
		Marca la fecha de cita						
		Iniciales con el nombre						
		Citas						
		Asistencias						
		BAAR						
		Egreso						
	Causa							
Examen de contactos	Nombre							
	Edad							
	Sexo							
	Cicatriz BCG							
	Síntomas							
	Bacteriológicos							
	Rayos X							
	Historia clínica							
	Diagnóstico							
	Primoinfección							
	TB							
	No TB							

	Acciones								
	Quimioprofilaxis								
	Tratamiento								
Visitas domiciliarias	Solicitud								
	Fecha								
	Motivo Realización								
	Fecha								
	Resultado								
Observaciones									
Enfermedades concomitantes									
INVESTIGADOR: _____									



Organización Panamericana de la salud
Secretaría de Salud Jalisco
Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque
Programa de Micobacterias

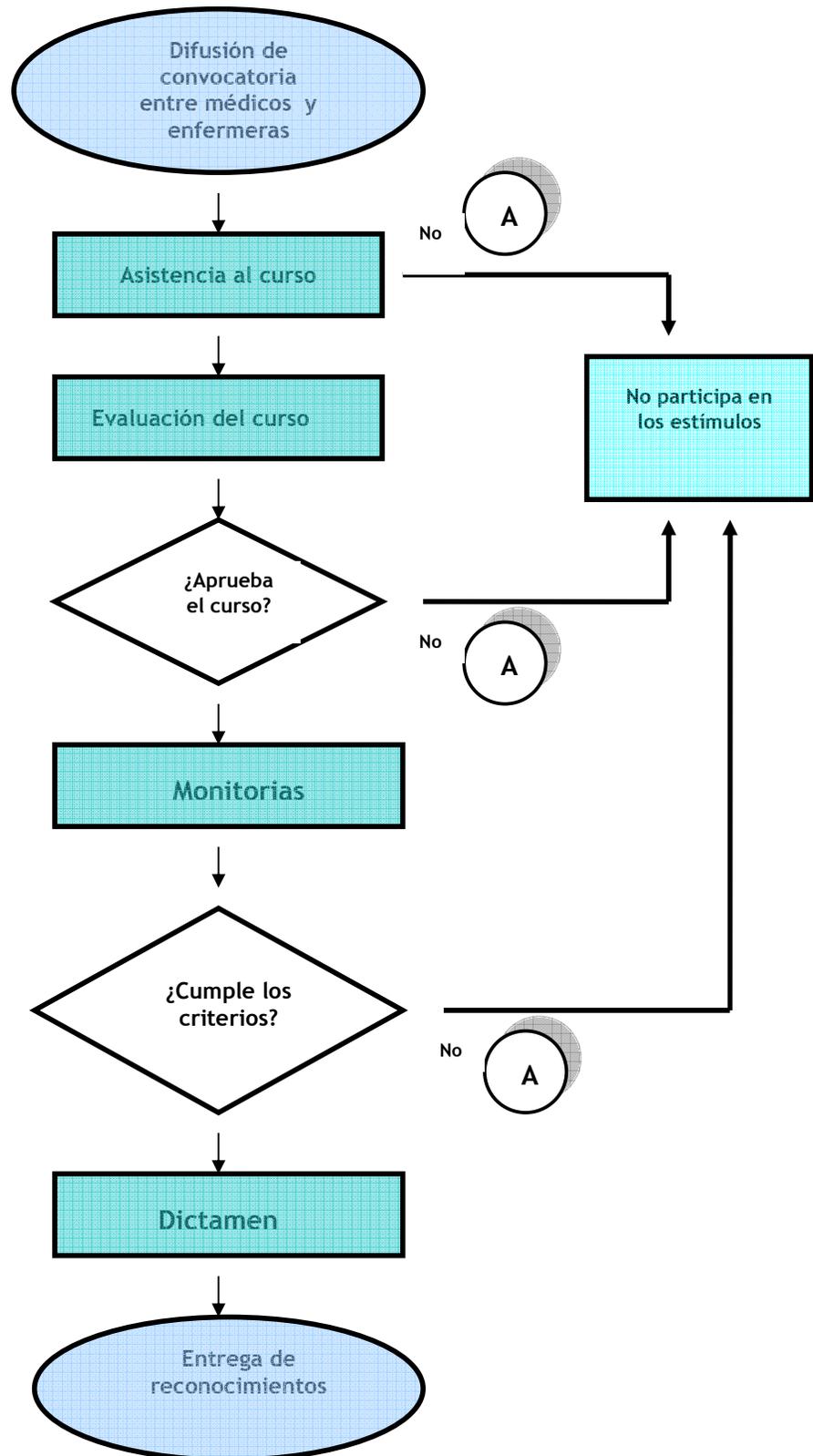


UNIDAD: _____

NOMBRE: _____

MES 01		MES 02		MES 03		MES 04		MES 05		MES 06		TOTAL		
Días laborables	Días laborados	%												

Anexo 11
Modelo del sistema de reconocimientos



Anexo 12 Matriz de selección de personal

NOMBRE	CONOCIMIENTO DEL TEMA	GRADO DE AFECTACIÓN POR EL PROBLEMA	COMPRENSIÓN DEL PANORAMA COMPLETO	NIVEL DE COMPROMISO DEL INDIVIDUO	CANTIDAD DE TIEMPO DISPONIBLE	CERCANIA AL CLIENTE
Tatiana de la Torre Morales	A	M	A	MA	M	MA
María Agueda González Sánchez	A	M	A	MA	M	MA

ESCALA	B	M	A	MA
	BAJA	MEDIA	ALTA	MUY ALTA

Anexo 13 Encuesta de opinión

1. ¿Se te han ofrecido las facilidades administrativas para participar en el proyecto?

2. Menciona tres obstáculos que hayas encontrado durante la aplicación de las listas de verificación:

a. _____

b. _____

c. _____

3. Se han cumplido las expectativas que tenías sobre el proyecto y por qué:

4. ¿Consideras que el colaborar en el proyecto ha sido de beneficio para ti y por qué?

5. Menciona tres cambios positivos en la actitud del personal:

a. _____

b. _____

c. _____

Anexo 14



MEMORANDUM

Guadalajara, Jal., 09 de enero del 2008.

DR. MANUEL SANDOVAL DÍAZ
RESPONSABLE ESTATAL
PROGRAMA MICOBACTERIAS
PRESENTE

Para enviarte un cordial saludo y solicitarte en calidad de préstamo el proyector para ser utilizado en el curso "Control del Tratamiento Primario de Tuberculosis", a llevarse a cabo en el Hotel Morales (Av. Corona No. 243, Col Centro, Guadalajara, Jal.), con un horario de 8:00 a 16:00 hrs durante los días 10 y 11 del presente mes.

Sin más por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE

[Handwritten signature]
DR. MARIA TRINIDAD SÁNCHEZ TADEO
RESPONSABLE PROGRAMA DE MICOBACTERIAS
REGION SANITARIA XII CENTRO TLAQUEPAQUE

[Handwritten notes and stamps]
An 9/08

Anexo 15



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

La Organización Panamericana de la Salud a través de la Secretaría de Salud Jalisco, Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque

CONVOCA

A todos los médicos y enfermeras de las unidades de salud del Municipio de Tlaquepaque a participar en el otorgamiento de estímulos al personal que cumpla con el control del tratamiento de pacientes con TBP

BASES:

- Podrán participar médicos o enfermeras (base, base confianza, base provisional, contratos) de las unidades de salud de Rosales, Santa Rosalía, San Pedrito, San José Tateposco, San Martín de las Flores,

Anexo 16

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
REGION SANITARIA XII CENTRO - TLAQUEPAQUE
SALUD PÚBLICA
2008

SE ENTREGA: CONVOCATORIA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/SECRETARÍA DE SALUD JALISCO, PARA PARTICIPAR EN EL OTORGAMIENTO DE ESTÍMULOS AL PERSONAL QUE CUMPLA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TBP.

NOMBRE	FIRMA Y FECHA
MCP. SUSANA DOMÍNGUEZ RAMÍREZ RESPONSABLE DEL ÁREA ROSALES CENTRO DE SALUD ROSALES CENTRO DE SALUD SANTA ROSALÍA	<i>[Handwritten signature]</i> 12/dic/07
MCP. CATALINA NAVARRO CUEVAS RESPONSABLE DEL ÁREA SAN PEDRITO CENTRO DE SALUD SAN PEDRITO CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ TATEPOSCO CENTRO DE SALUD SAN MARTÍN DE LAS FLORES CENTRO DE SALUD LA DURAZNERA MÓDULO EL TAPATIO	<i>[Handwritten signature]</i> 12/dic/08
MCP. JESÚS A. BERRELLEZA FÉLIX RESPONSABLE DEL ÁREA LAS JUNTAS CENTRO DE SALUD LAS JUNTAS CENTRO DE SALUD CERRO DEL CUATRO CENTRO DE SALUD MANUEL LÓPEZ COTILLA CENTRO DE SALUD TOLUQUILLA CENTRO DE SALUD LAS PINTAS DE ABAJO MÓDULO LOMAS DEL CUATRO	<i>[Handwritten signature]</i> 17/12/08
MCP. RAMÓN N. PELAYO ZAPEN RESPONSABLE DEL ÁREA SANTA ANITA CENTRO DE SALUD SANTA ANITA CENTRO DE SALUD SANTA MARÍA TEQUEPEPAN CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES CENTRO DE SALUD AGUSTÍN R. CASILLAS MÓDULO FCC I MADERO	<i>[Handwritten signature]</i> 12/dic/07

Anexo 17

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
REGION SANITARIA XII CENTRO TLAQUEPAQUE
INVESTIGACIÓN OPERATIVA EN TUBERCULOSIS

UNIDAD	NOMBRE	EDAD	PROFESIÓN	FECHA RECIBIDO (DATA O FIRMADA)
1 LAS JUNTAS	ALBERTO CORTES	80	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
2 LAS JUNTAS	JALISA HERNANDEZ CHAVEZ	90	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
3 LAS JUNTAS	FRANCISCO GONZALEZ ROMERO	90	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
4 LAS JUNTAS	FELIPE DE JESUS LOPEZ WERNE	100	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
5 LAS JUNTAS	MARGARITA MAGANA DE LA CRUZ	70	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
6 LAS JUNTAS	ANTONIO ROSAS ROSALES	80	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
7 LAS JUNTAS	MONSERRAT RODRIGUEZ C	90	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
8 LAS JUNTAS	ELIZABETH DIAZ MARTINEZ	100	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
9 LAS JUNTAS	MIRIAM LYDIE COPIE	80	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
10 LAS JUNTAS	SARA AREOLA GENTILIA CAMPOS	80	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
11 LAS JUNTAS	GLORIA LEE REYES	100	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
12 LAS JUNTAS	TERESITA DE JESUS LOPEZ	70	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
13 LOMAS DEL 4	ALFONSO L. GARCIA GUTIERREZ	90	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
14 LOMAS DEL 4	VICTOR MANUEL GARCIA SANCHEZ	90	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
15 LOPEZ COTILLA	TERESITA ROMERO	100	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
16 LOPEZ COTILLA	MARIA GUADALUPE SANCHEZ VAZQUEZ	100	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
17 LOPEZ COTILLA	ISABELA BORDO	70	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
18 PINTAS DE ABAJO	LIZ MARGA HERRERA TOWAN	80	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
19 PINTAS DE ABAJO	IRAZA ENRIQUE DE LA CRUZ CHAVEZ	80	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
20 PINTAS DE ABAJO	ARMANDO PIRENTEL BALONERA	90	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
21 PINTAS DE ABAJO	RUBEN MORALES MARIA DE JESUS	80	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
22 PINTAS DE ABAJO	MARIA DE JESUS JAZQUE DIAZ	70	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
23 PINTAS DE ABAJO	MARIA GUADALUPE MAGANA FLORES	80	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>
24 TOLUQUILLA	VICTORIANO SANCHEZ	90	MEDICO	<i>[Handwritten signature]</i>
25 TOLUQUILLA	MARIA ELEONORA GONZALEZ RUIZ	70	ENFERMERA	<i>[Handwritten signature]</i>

Anexo 18

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA REGIÓN SANITARIA XII CENTRO TLAQUEPAQUE SUBSECRETARÍA DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE ENFERMEDADES CARTA DESCRIPTIVA PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN		SEJAL FECHA	01 de 01 10 y 11 ENERO del 2008			
TÍTULO DEL CURSO O EVENTO: CONTROL DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS TÍTULO GENERAL: Capacitar sobre el control del tratamiento primario de tuberculosis según GCM-008-SSAII-1993		DURACIÓN: 8:00 hrs. NOMBRE DE LA UNIDAD: Municipio de Tlaquepaque SEDE: HOTEL MORALES CURSO: 80 ASISTENTES FECHA DE INICIO DEL CURSO: ENERO 10 Y 11 del 2008				
FECHA Y HORARIO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TECNICAS DIDACTICAS	AUXILIARES DIDACTICOS	EVALUACION	RESPONSABLE
08:00-08:30		REGISTRO				Enf. Mercedes Esp. Franco Miramontes
08:30-08:45		EPIDEMIOLOGIA Y DINAMICA DEL CURSO				Dr. María Trinidad Sánchez Tadeo
08:45-09:00		INSURSEGUIMIENTO				Dr. José Manuel Mercado Mtra.
09:00-10:00		RECESO				Dr. Manuel Sandoval Díaz
10:00-10:30	Identificar las actividades de diagnóstico, seguimiento, control del tratamiento y estudio de contactos.	ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA NOM-008-SSAII-1993	TALLER	Lap-top, cañón, apuntador, cartulina, plumones.		Dr. María Trinidad Sánchez Tadeo
10:30-11:00	Identificar los componentes del tratamiento primario.	CONTROL DEL TRATAMIENTO PRIMARIO	TALLER	Lap-top, cañón, apuntador, cartulina, plumones.		Dr. María Trinidad Sánchez Tadeo
11:00-12:00	Capacitar sobre el adecuado registro de los datos en la Tarjeta de registro y control de caso de TB.	TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TUBERCULOSIS	TALLER	Lap-top, cañón, apuntador, cartulina, plumones.		Dr. Bernabé Cortés Benítez/Dr. Beatriz Adams Vázquez
12:00-14:00	Monitorear al personal de salud para que realice en el control del tratamiento primario.	MI VIDA, UN RETO EN MI MANO	EXPOSICIÓN Y TALLER	Lap-top, cañón.		Lic. Héctor Manuel Arredondo H.

Anexo 19

Recibi la cantidad de \$50.00 (Cincuenta pesos 00/100 M.N) por concepto de traslado al curso de capacitación "Control del Tratamiento Primario de la Tuberculosis Pulmonar" realizado en el Hotel Morales, Guadalajara, Jal., el día 10 de enero del 2008.

NOMBRE	FIRMA
1 Dr. Enrique González Treviño	
2 Eng. María del Socorro Ramírez Salazar	
3 Médico Roberto Alder	
4 Dr. Carlos Franco Durán	
5 María del Carmen Rodríguez Tijerina	
6 Dr. Alfredo Pérez-Castañeda	
7 Dra. Alejandra Alvarado de la Cruz	
8 Ana María López & Sotelo	
9 Hc. Carlos González Valencia	
10 Alicia Gómez Sánchez	
11 NEMANDO FERNANDEZ VALENZUELA	
12 JORGE ANTONIO VALENZUELA	
13 JORGE GARCÍA VALENZUELA	
14 GUANACAR VALENZUELA	
15 Felipe de Jesús López Vázquez	
16 José Luis Hernández Martínez	
17 MONSIEUR RODRÍGUEZ CARRILLO	
18 JORGE VALENZUELA VALENZUELA	
19 JULISA VALENZUELA VALENZUELA	
20 JORGE VALENZUELA VALENZUELA	
21 ROSARIO VALENZUELA VALENZUELA	
22 MA. GUADALUPE VALENZUELA VALENZUELA	
23 OSCAR VALENZUELA VALENZUELA	
24 JORGE VALENZUELA VALENZUELA	
25 Alicia Adriana Fong Esperto	
26 Julia Sotelo Mena Echeverría	
27 VERA EDUARDO GARCÍA DURÁN	
28 José Enrique Andrade Rivera	

Anexo 20

26/CERRO DEL 4	MARTHA ALICIA BARAJAS	90	MEDICO	
27/CERRO DEL 4	SERGIO MANUEL FLORES SANTILLAN	70	MEDICO	
28/CERRO DEL 4	MARTHA CECILIA SANCION CERVANTES	90	ENFERMERA	
LAS JUNTAS				
1 TERMO PARA USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
5 CONGELANTES USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
70 DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TUBERCULOSIS				
LOMAS DEL CUATRO				
1 TERMO PARA USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
5 CONGELANTES USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
70 DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TUBERCULOSIS				
LOPEZ COTILLA				
1 TERMO PARA USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
5 CONGELANTES USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
70 DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TUBERCULOSIS				
PINTAS DE ABAJO				
1 TERMO PARA USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
5 CONGELANTES USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
70 DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TUBERCULOSIS				
TOLUQUILLA				
1 TERMO PARA USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
5 CONGELANTES USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
70 DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TUBERCULOSIS				
CERRO DEL CUATRO				
1 TERMO PARA USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
5 CONGELANTES USO EXCLUSIVO DEL TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS				
70 DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TUBERCULOSIS				

Anexo 21



Anexo 22

Tarjeta de registro y control de caso				
Apartado	Puntos máximos	Puntos obtenidos	Ponderación	Total
Datos generales, de identificación, diagnóstico	108	108	5%	5.00
Tratamiento	48	48	5%	5.00
Control	30	22	50%	36.67
Examen de contactos	66	55	20%	16.67
Visitas domiciliarias	30	30	10%	10.00
Clasificación	12	12	10%	10.00
Total	294	275	100%	93.54

Nota médica				
Apartado	Puntos máximos	Puntos obtenidos	Ponderación	Total
Fecha, hora atención	12	12	10%	10
Signos vitales completos	12	12	15%	15
Método SOAP	12	12	45%	45
Letra legible, sin tachaduras	12	12	15%	15
Nombre, firma	12	12	15%	15
Total	60	60	100%	100

Anexo 23

SECCIÓN SALUD PÚBLICA
EXPEDIENTE: 1.3.7058
OFICIO No.
Fecha
ASUNTO: REGISTRO DE CURSO

LIC. ALICIA DÍAZ CÁMPOS
COORDINADORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
REGIÓN SANITARIA XII CENTRO TLAQUEPAQUE
P R E S E N T E

Por medio del presente solicito a usted el registro del curso "Control del Tratamiento Primario de Tuberculosis Pulmonar" efectuado el día 11 de enero del año en curso para otorgar los créditos correspondientes al personal que haya cumplido con los criterios de evaluación establecidos.

Sin más por el momento, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN"

DRA. MARÍA TRINIDAD SÁNCHEZ TADEO
COORDINADORA DEL PROGRAMA DE MICOBACTERIAS
REGIÓN SANITARIA XII CENTRO TLAQUEPAQUE

C. d. Dr. José Manuel Mercado Martínez, Director General, Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque, P. R. y C. (Firma)
C. d. Dr. Bernardo Cerro Bencho, Coordinador General de Salud Pública, Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque, P. R. y C. (Firma)

RECIBIDO
07 ABR 2008

REGIÓN SANITARIA XII CENTRO TLAQUEPAQUE
P. R. Y C.
Région Sanitaria XII Centro Tlaquepaque, Los Angeles y Anillo Sur, Cde. La Condesa, C.P. 44600, Tel: 39199225 y 26 641 106, Fax: 102, Guadalupe, Jalisco.

Anexo 24

SECCIÓN SALUD PÚBLICA
EXPEDIENTE: 1.3.7028
OFICIO No. 0104 y 2293
Fecha: 15 AGO 2008
ASUNTO: SOLICITUD APOYO

LIC. HELDA JUDETH ANZAR MARTÍNEZ
DIRECTORA DE COMUNICACIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
P R E S E N T E

Con motivo de la ceremonia de entrega de reconocimientos al personal de salud del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco que tuvo un destacado desempeño en el control del tratamiento primario de pacientes afectados con tuberculosis pulmonar, la cual tendrá lugar en el Hotel Morales, Avenida Corona 243, el miércoles 27 de agosto a las 9:00 hrs, solicito tenga a bien brindarnos el siguiente apoyo:

Cobertura del evento
Diferenciadores (se anexa listado)
Logo de la Secretaría de Salud Jalisco y de la Organización Panamericana de la Salud.
Leyenda "Personal destacado en el control del tratamiento primario de tuberculosis pulmonar"

Se anexa además una breve ficha informativa.

Sin más por el momento, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN"
"2008, AÑO DE JOSÉ CLEMENTE OROZCO FLORES"

DR. JOSÉ MANUEL MERCADO MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL, REGIÓN SANITARIA XII
CENTRO TLAQUEPAQUE

RECIBIDO
07 ABR 2008

REGIÓN SANITARIA XII CENTRO TLAQUEPAQUE
P. R. Y C.
Région Sanitaria XII Centro Tlaquepaque, Los Angeles y Anillo Sur, Cde. La Condesa, C.P. 44600, Tel: 39199225 y 26 641 106, Fax: 102, Guadalupe, Jalisco.

Por la Salud Tlaquepanense Contigo
Ejido Santería XII Centro Tlaquepaque, Los Angeles y Anillo Sur, Cde. La Condesa, Jalisco, México, C.P. 44600, Tel: 39 19 22 26, 39 19 22 39 Etc., 111 Fax: 02 102

Anexo 25



Anexo 26



Anexo 27



Anexo 28

■ En lo que va del año se han registrado 560 enfermos; Z...

Jalisco es el octavo estado con más casos de tuberculosis pulmonar en el país

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

OCHO COLUMNAS

DIARIO AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD

Dirección de Comunicación Social
Página: 25
Fecha: 25/08/2009

SSJ

Guadalajara, municipio con más casos de tuberculosis

Premian exitoso programa de control de tuberculosis en Tlaquepaque | Milenio.com

Nacional Monterrey Guadalajara Tlaxcala Toluca León

MILENIO.COM

Edición impresa Firmas Blogs Moneros Clasificados

Tarjeta Negocios Bancomer

¡Entérate aquí!

Premian exitoso programa de control de tuberculosis en Tlaquepaque

Los principales síntomas de la enfermedad son la tos con expectoración, sin importar el tiempo de...

Revisión para la PGR y CNDH
Gana el aborto en la Cámara de Diputados a favor de la despenalización

La Información hecha Prevención

SALUDABLE

PERIÓDICO MENSUAL DISTRIBUCIÓN GRATUITA AÑO 2 / SEPTIEMBRE / No. 15 / 2008

SALUDABLE | Año 2 / No. 15 / 2008 | **3**

Tu Región Cuenta

Región XII

Exitoso programa de control de tuberculosis

Un enfermo puede infectar a 10 o 15 personas más por año a través de las microgotas de saliva que se arrojan al toser

**En Tlaquepaque
Exitos programa
(Pág. 3)**

que durante los seis meses de la terapia, se consiguió un apego al cien por ciento que redundó en los resultados ya señalados.

Por su parte, el coordinador del programa de Micobacteriosis de la SSJ, Manuel Sandoval Díaz, señaló que Jalisco cerró 2007 con mil 200 casos de la enfermedad, lo que lo ubica en el octavo lugar nacional.

través de las microgotas de saliva que se arrojan al toser". Al mencionar que en lo que va de 2008, los casos de Tb pulmonar suman alrededor de 560, Sandoval Díaz recordó que los principales síntomas de la enfermedad son la tos con expectoración, sin importar el tiempo de evolución, además de fiebre y sudoraciones de predominio vespertino y nocturno; de ahí, dijo, que es



Anexo 30
Indicadores para evaluar las variables de estructura, proceso y resultado inmediato.

INDICADORES PARA EVALUAR ESTRUCTURA			
INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	RESULTADO
Disponibilidad de colaboradores para el proyecto	No. de colaboradores participantes/Total de colaboradores programados x 100.	100%	66%
Presupuesto ejercido	Total del presupuesto ejercido/Total del presupuesto asignado x 100	100%	100%
INDICADORES PARA EVALUAR PROCESO			
Unidades que recibieron de manera oportuna las convocatorias	No. unidades que recibieron la convocatoria oportunamente/Total de unidades seleccionadas para recibir la convocatoria x 100.	100%	100%
Médicos asistentes al curso de capacitación	No. de médicos asistentes/Total de médicos del municipio de Tlaquepaque de médicos x 100.	85%	96.15%
Enfermeras asistentes al curso de capacitación	No. de enfermeras asistentes/Total de enfermeras del municipio de Tlaquepaque de médicos x 100.	85%	79.35%
Médicos que aprobaron el curso de capacitación	No. de médicos aprobados-capacitados/Total de médicos asistentes x 100.	85%	80.76%
Enfermeras que aprobaron el curso de capacitación	No. de enfermeras aprobadas/Total de enfermeras asistentes x 100.	85%	54%
Pacientes que terminaron el control del tratamiento	No. pacientes que terminan control/No. pacientes seleccionados x 100.	95%	92.85%
Monitorías mensuales realizadas	No. de monitorías en 4 meses de seguimiento/Total de pacientes que terminaron el control.	4	4
Médicos que permanecieron durante desarrollo del proyecto	No. de médicos que terminaron el control/Total de médicos capacitados x 100.	100%	90%
Enfermeras que permanecieron durante el desarrollo del proyecto	No. de enfermeras que terminaron el control/Total de enfermeras capacitadas x 100.	100%	100%

INDICADORES PARA EVALUAR EL RESULTADO INMEDIATO			
INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	RESULTADO
Médicos que recibieron el estímulo	No. de médicos acreedores al estímulo/Total de médicos que terminaron el seguimiento x 100.	100%	66%
Enfermeras que recibieron el estímulo	No. de enfermeras acreedoras al estímulo/Total de enfermeras que terminaron el seguimiento x 100.	100%	75%
Realización de la ceremonia de entrega de reconocimientos	No. de ceremonias de entrega de reconocimientos realizadas/Total de ceremonias de entrega de reconocimientos programadas x 100.	1	1

Anexo 31
Evaluación a mediano y largo plazo. Implementación del sistema de reconocimientos.

INDICADORES PARA EVALUAR ESTRUCTURA		
INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR
Disponibilidad de colaboradores para el proyecto	No. de colaboradores participantes/Total de colaboradores programados x 100.	100%
INDICADORES PARA EVALUAR PROCESO		
Pacientes que terminaron el control del tratamiento	No. pacientes que terminan control/No. pacientes seleccionados x 100.	95%
Monitorias mensuales realizadas	No. de monitorias en 4 meses de seguimiento/Total de pacientes que terminaron el control.	4
INDICADORES PARA EVALUAR EL RESULTADO		
Porcentaje de curación	No. pacientes que curaron/Total de pacientes que iniciaron tratamiento x 100.	95%
Porcentaje de abandonos	No. de pacientes clasificados como abandono/Total de pacientes que iniciaron tratamiento x 100.	10%
Porcentaje de pacientes con adecuado control bacteriológico	No. de pacientes con 6 baciloscopías en 6 meses de tratamiento/Total de pacientes que terminaron tratamiento x 100.	100%

18. Bibliografía

-
- ¹ Tapia R. El manual de salud pública. México: Editores Intersistemas, 2006:
V
- ² Malagon-Londoño, Galán Morera. La salud pública, situación actual propuestas y recomendaciones. México: Edit. Médica Panamericana, 2002.
- ³ Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P., et al., Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev. Panamericana Salud Pública, 2000; 8(1/2):126-133.
- ⁴ Martínez F. Antó JM, Castellanos PL. et al, Salud pública. México: Interamericana McGraw-Hill, 2000.
- ⁵ McKenzie J, Pinger R, Kotecki J., An introduction to community health. Five edition. Ed. Janes and Bartlett: 2005.
- ⁶ Salleras L. La salud y sus determinantes. Anthropol. 1991; 118/119, 32-38.
- ⁷ Colimon K. Fundamentos de epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz Santos, S.A, 1990.
- ⁸ Hernández M, Garrido F, López S. Diseño de estudios epidemiológicos, Salud Pública de México, 2000; 42:2, 144-154.
- ⁹ López S, Garrido F, Hernández M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud Pública de México, 2000; 42:2, 133-143.
- ¹⁰ Gordis L. Epidemiología. Tercera edición. Editorial Elsevier. Madrid: 2005.
1. Nordness R. Epidemiología y bioestadística, secretos. Editorial Elsevier, Madrid: 2006.
2.
- ¹¹ Rothman J. Epidemiología moderna. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid: 1986.
- ¹² Nordness R. Epidemiología y bioestadística, secretos. Editorial Elsevier, Madrid: 2006.
- ¹³ Velasco HE., Rodríguez de Mendoza LE. Diplomado virtual en epidemiología operativa, generalidades y modelos en epidemiología. México: INSP-IMSS, 2006; p. 5
- ¹⁴ Gómez H. Páginas de salud pública. Salud Pública de México. 2001; 43:4, 382-383.

-
- ¹⁵ Dever A. Epidemiología y administración de servicios de salud. Washington: OPS, 1991.
- ¹⁶ Arredondo A. Páginas de salud pública. Salud Pública de México. 2001; 43:2, 170-171.
- ¹⁷ Torres C. La equidad en materia de salud vista con un enfoque étnico. Revista Panamericana de Salud Pública. 2001; 10:3, 188-201.
- ¹⁸ Programación de la Salud. Organización Panamericana de la Salud; Capítulo 2.
- ¹⁹ Méndez R. Diagnostico de salud en el marco de la planeación en salud. El diagnóstico de salud en el contexto de la identificación de las necesidades de salud. Doc. Mimeografiado.
- ²⁰ Pineault, Raynauld, Daveluy C, La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Segunda edición. Barcelona: Masson, 1995
- ²¹ Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación (El caso de salud). Buenos Aires: Lugar editorial, 1995.
- ²² Planificación Local Participativa. Organización Panamericana de la Salud. 1999.
- ²³ www.monografias.com/trabajos12/recoldat/recoldat.shtml (fecha de consulta: junio 18 del 2007)
- ²⁴ www.inei.gob.pe/cpv2005/archivos/enco/FichaTecnicaResumen.pdf (Fecha de consulta: junio 18 del 2007)
- ²⁵ Arteaga O. Investigación en salud y métodos cualitativos. Ciencia y Trabajo. 2006; 8:21, 151-153.
- ²⁶ Mayan M. Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf> (Fecha de consulta: junio 18 del 2007)
- ²⁷ Brito Q., Padilla M., Rígoli F. Planificación de recursos humanos y reformas en el sector salud. Rev. Cubana Educ. Superior. 2002; 14:4, versión on line.
- ²⁸ <http://www.monografias.com/trabajos5/tuber/tuber.shtml> (fecha de consulta: diciembre 5 del 2007)
- ²⁹ Bass J. Clínicas Médicas de Norteamérica. Interamericana, Mcgraw-Hill. México. 1993-1286
- ³⁰ Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Guadalajara. Historia natural de la tuberculosis. Documento mimeografiado.

-
- ³¹ Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. Diario Oficial de la Federación. México, 18 de agosto del 2000.
- ³² Secretaria de Salud Jalisco. Programa Estatal de Salud 2001-2007. Pág. 57-58
- ³³ Otrosky Z, Rángel S, et al, Tuberculosis en trabajadores de la salud, importancia de los programas de vigilancia y control. Salud Pública de México. Vol. 42, No. 1, 2000.
- ³⁴ Alvarez G, Alvarez J, Dorantes J. Halperin-Frisch D., Percepciones prácticas y relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Pública de México. Vol. 42, no. 6 2000 p. 520-528.
- ³⁵ www.gerenciasalud.com/art55.htm) Gallardo Olcay Abel. Apoyar a la gestión de la calidad. La necesidad de sistemas de medición del desempeño. (Fecha de consulta: junio 2008)
- ³⁶ www.gestiopolis.com. La motivación y su influencia en al ámbito laboral. (Fecha de consulta: junio 2008)
- ³⁷ Carrada Bravo T. Liderazgo médico en los sistemas de salud. Rev. Mex. Patol. Clin. Vol. 50, No. 3, pag. 144, jul.sept. 2003
- ³⁸ Donabedian Avedis. La calidad de la atención médica, México, DF: La prensa médica mexicana, 1984.
- ³⁹ Marketing en salud. Mitos y realidades en la mercadotecnia de servicios de salud.
- ⁴⁰ Kotter JohnP. Lo que en verdad hacen los líderes.
- ⁴¹ Modelos de liderazgo. Teoría del liderazgo situacional de Hersey y Blanchard. Pontificia Universidad Católica de Chile-Sede Regional Villarrica. Administración educacional.
- ⁴² www.monografias.com. La motivación en las organizaciones. Su reflejo en el sistema empresarial cubano (Fecha de consulta: junio 2008)
- ⁴³ www.12manage.com/methods_vroom_expectancy_theory_es.html Teoría de las expectativas. (Fecha de consulta: julio 2008)
- ⁴⁴ Carbonell Miguel. Leyes y códigos de México. Ley General de Salud y disposiciones complementarias. 2da. edición. México: Editorial Porrúa, 2007.
- ⁴⁵ Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Instrucción 14/2007. Objetivos del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

⁴⁶ Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Instrucción 15/2007. Manual de Acreditación y Garantía de Calidad.

⁴⁷ www.ssasin.gob.mx/doctos/ensenanza/CONVOCATORIA07_.doc (fecha de consulta 09 diciembre 2007)

⁴⁸ Programa de acción: Tuberculosis, Secretaria de Salud. Subsecretaria de Acción y Protección para la Salud. Primera Edición, 2001. México, DF:16-18.

⁴⁹ Smith I. ¿Es el DOTS eficaz en función de los costos?. www.paho.org/Spanish/dd/pub/Tuberculosis_56pdf. (consultado: marzo 04 de 2008)

⁵⁰ Anaya R. Chacón F. Hernández F. Administración. Planeación de proyectos en unidades hospitalarias: diseño del plan detallado para la ejecución del proyecto. Parte III. Directivo Médico1995;2:33-38.

⁵¹ Pabón Lasso. Evaluación de los servicios de salud. Conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. Universidad el Valle. Facultad de Salud. Departamento de medicina social. Capítulo III.