CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANIZACION Y DIRECCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

MEMORIA DEL CURSO

Impartido del 1o de febrero al 17 de marzo de 1983

CIESS

MEXICO

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

CURSO DE
ORGANIZACION Y DIRECCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

IMPARTIDO DEL 1º DE FEBRERO AL 17 DE MARZO DE 1983

LIC. EMILIO RABASA GAMBOA
DIRECTOR

LIC. MARTHA LOPEZ MOCTEZUMA
ADMINISTRADORA

DR. ARMANDO CORDERA PASTOR
COORDINADOR DEL CURSO

PAISES REPRESENTADOS:

EL SALVADOR

GUATEMALA

MEXICO

PAÑAMA

REPUBLICA DOMINICANA

INSTITUCIONES REPRESENTADAS:

CAJA DE SEGURO SOCIAL DE PANAMA.

INSTITUTO DOMINICANO DE LOS SEGUROS SOCIALES.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA DE MEXICO.

LISTA DE PARTICIPANTES

RAFAEL ANTONIO OLIVARES CALDERON
URBANIZACION JARDINES DE LA LIBERTAD
CALLE TAMANIQUE # 6-R
NUEVA SAN SALVADOR, EL SALVADOR
APARTADO POSTAL # 334
TEL: 281462

DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA
15 DE SEPTIEMBRE (SANTA ANITA) DEL ISSS
CALLE FRANCISCO MENENDEZ B° SANTA ANITA
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.
TEL: 226201, 225346 Y 208032

JAFETH CABRERA FRANCO
32 CALLE 6-81 ZONA 11
GUATEMALA, C.A.
TEL: 760344

MEDICO CIRUJANO
POLICLINICA IGSS
7 AV. Y 17 CALLE ZONA 1
GUATEMALA , GUATEMALA, C.A.
TEL: 24-535

ENIO ANTEO LIMA ESTRADA
14 CALLE 1-41 ZONA 3
ESCUINTLA, GUATEMALA, C.A.
TEL. 380569

DIRECTOR EJECUTIVO
HOSPITAL DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
AV. CENTRO AMERICA ZONA 3
ESCUINTLA, GUATEMALA, C.A.
TEL: 380-423

OSCAR RENE CASTRO VILLAGRAN
10A. CALLE 18-71 ZONA 11
GUATEMALA, GUATEMALA, C.A.

ASISTENTE DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL DEL IGSS EN ESCUINTLA
ESCUINTLA, GUATEMALA, C.A.
TEL: 0380470 Y 0380443

LEONEL GUERRA SARAVIA
3A. CALLE 4-57 ZONA 11
GUATEMALA, C.A.

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA CLINICA
HOSPITAL DE LA ZONA 6 DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
19 AV. 7-14 ZONA 6
GUATEMALA, C.A.

4A. CALLE 2-18 ZONA 1
GUATEMALA, C.A.
TEL: 249-16

J. FRANCISCO ESPINOSA RAMIREZ
ILDEFONSO FUENTES 112 NORTE
TORREON, COAHUILA
TEL: 616-34

SUBDIRECTOR MEDICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
U.M.F. No. 16
BOULEVARD REVOLUCION Y JAZMINEZ
TORREON, COAHUILA
TEL: 763-63

MIGUEL ZALDIVAR LUCA
ADUANA No. 1013
LETRA A
COL. BUROCRATA
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

DIRECTOR MEDICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
NUMERO 11 CON MEDICINA FAMILIAR
KM. 5 CARRETERA A SALTILLO
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA
TEL: 210-20 Y 227-10

GUILLERMO SANCHEZ ESQUEDA
SICOMOROS 868
COL. TORREON JARDIN
TORREON, COAHUILA
TEL: 706-07

JEFE DEPTO. CLINICO CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 16 CON
ESPECIALIDAD DEL IMSS
BOULEVARD REVOLUCION Y JASMINEZ
TORREON, COAHUILA
TEL: 364-42, 763-63 Y 365-00

MARIO ENRIQUE BUENO VIESCA
HELIOTROPOS # 364
TORREON, COAHUILA
TEL: 336-99

JEFE DE HOSPITAL NOCTURNO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 16 CON
MEDICINA FAMILIAR
BOULEVARD REVOLUCION Y JAZMINEZ
TORREON, COAHUILA
TEL: 763-63

CARLOS CARRERA MORALES
BAJA CALIFORNIA # 5-3
COL. ROMA SUR
C.P. 06760
MEXICO, D.F.
TEL: 574-85-57

JEFE (INTERINO) SERVICIO URGENCIAS
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA "LOMAS
VERDES" DEL IMSS
BOULEVARD LOMAS VERDES S/N
MEXICO, D.F.

SANTA MARITZA # 174
URBANIZACION PALAO, S.M.P.
LIMA, PERU
TEL: 242545

MA. CRISTINA DE LA ROSA REYES
CALETA No. 42-10
COL. NARVARTE
MEXICO, D.F.
C.P. 03020
TEL: 530-12-73

ANALISTA DE ORGANIZACION
DEPTO. DE ORGANIZACION
DELEGACION No. 5 DEL VALLE DE MEXICO
AV. CUAUHTEMOC No. 330
COL. DOCTORES
MEXICO, D.F.
TEL: 590-85-77 EXT. 375 Y 378
519-37-24

ALFONSO FERNANDO MOSTALAC MARTINEZ
ANICETO ORTEGA 823-102
COL. DEL VALLE
MEXICO, D.F.
C.P. 03100
TEL: 530-84-17

JEFE DEL DEPARTAMENTO CLINICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9
DEL IMSS
AV. REVOLUCION Y CALLE 7
SAN PEDRO DE LOS PINOS
MEXICO, D.F.
C.P. 01180
TEL: 515-63-99

SERGIO MANUEL MONTOYA FLORES
COLORINES 49 DEPTO. 203
LA CANDELARIA COYOACAN
MEXICO, D.F.
TEL: 530-43-39

MEDICO NO FAMILIAR PSIQUIATRA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
DEL IMSS
GABRIEL MANCERA No. 222
MEXICO, D.F.
TEL: 536-75-00

INVESTIGADOR
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PENALES
DE GOBERNACION
MAGISTERIO NACIONAL 113
TLALPAN
MEXICO, D.F.

MARTHA GISELA SEPULVEDA HURTADO
COL. VALLE DE LUCES
CALLE ARCO IRIS
MANZANA 8 LOTE 9
MEXICO, D.F.

MEDICO FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
DEL IMSS
GABRIEL MANCERA Y SAN BORJA
MEXICO, D.F.
TEL: 559-61-00

PATRICIA VINIEGRA RAMIREZ
XOTEPINGO 101 A-11
CIUDAD JARDIN COYOACAN
MEXICO, D.F.
TEL: 544-07-38

JEFE DEPTO. CLINICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 35
DEL IMSS
CALLE 7 No. 200
PANTITLAN, MEXICO
TEL: 763-67-22
763-15-40

BLANCA ESTELA PINEDA CORONA
ADOLFO PRIETO # 1337-303
COL. DEL VALLE
MEXICO, D.F.
C.P. 03100
TEL: 559-97-49

MEDICO NO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 1
SERVICIO DE URGENCIAS
GABRIEL MANCERA # 222
MEXICO, D.F.
C.P. 03100
TEL: 536-75-00

ANNAMARIA AHUATL DE JESUS
CAPULINES 52
LOMAS DE SAN MATEO, EDO. DE MEXICO.
C.P. 53240
TEL: 560-40-10

ASESOR
JEFATURA DE SERVICIOS DE MEDICINA
PREVENTIVA DEL IMSS
DURANGO 323, 3ER. PISO
MEXICO, D.F.
C.P. 6700
TEL: 528-89-11
525-00-20 EXT. 180

NORBERTO REYES VASQUEZ
MAGNOLIAS 8
JARDINES DE SAN MATEO
ESTADO DE MEXICO
TEL: 560-84-54

DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA
FAMILIAR No. 34 DEL IMSS
AV. MEXICO S/N
COL. PANTITLAN
MEXICO, D.F.
TEL: 763-40-44

HUMBERTO LEYZOALA
LAGO MARGARITA # 34
GRANADA
MEXICO, D.F.
C.P. 11520
TEL: 545-23-06

JEFE DEL DEPARTAMENTO CLINICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 13
DEL IMSS
HIDALGO Y REFORMA ATZ.
ATZCAPOTZALCO
MEXICO, D.F.
TEL: 561-27-00

FRANCISCO JAVIER DOMINGUEZ ABARCA
ACOXPA 820-F-211
VILLA COAPA
MEXICO, D.F.
TEL: 594-85-75

MEDICO PEDIATRA
HOSPITAL GENERAL LA PERLA
SISTEMA DE SALUD DE CIUDAD
NETZAHUALCOYOTL,
CEDROS No. 8
COL. LA PERLA, EDO. DE MEXICO
TEL: 765-02-55

TELEVISA S.A.
CHAPULTEPEC No. 18
CENTRO
MEXICO, D.F.
TEL: 585-33-33
521-48-48

MIGUEL AGUILAR SERRANO
URALES No. 48
LOMAS VERDES, IV SECCION
NAUCALPAN DE JUAREZ
ESTADO DE MEXICO
C.P. 53120
TEL: 393-14-66

JEFE DEL DEPARTAMENTO CLINICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5
AV. MARINA NACIONAL ESQ. CON
MARIANO ESCOBEDO,
COL. ANAHUAC
MEXICO, D.F.
C.P. 02090
TEL: 527-04-11, 527-55-92
527-61-74 EXT. 135 Y 143

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

ARNULFO SANDOVAL CORDERO
GUANABANA 254
COL. NUEVA SANTA MARIA
MEXICO, D.F.
C.P. 02800
TEL: 556-85-79

CIRUJANO GASTROENTEROLOGO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON 29
DEL IMSS
AV. EMILIANO ZAPATA Y AV. 510
SAN JUAN DE ARAGON
MEXICO, D.F.
TEL: 551-40-11 EXT. 114

ROBERTO GONZALEZ MORALES
DOMINGO ARENAS No. 2
UNIDAD INDEPENDENCIA
C.P. 10100
MEXICO, D.F.
TEL: 595-26-51

COORDINADOR ADMINISTRATIVO DEL CIESS
AV. SAN RAMON Y CALLE SAN JERONIMO
SIN NUMERO
UNIDAD INDEPENDENCIA
C.P. 10100
MEXICO, D.F.
TEL: 595-00-11 EXT. 119

CARLOS ENRIQUE STAFF UREÑA
EDIF. 32-A -404
UNIDAD LOMA HERMOSA
COL. IRRIGACION
MEXICO, D.F.
TEL. 557-04-78

MEDICO NO FAMILIAR (TRAUMATOLOGIA)
UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA ESPECIA
ZADA DEL IMSS
REFORMA 506-3ER. PISO
MEXICO, D.F.
TEL: 553-03-33

ALBERTO CASCANTE GAMBOA
CALETA # 512
COL. MARVARTE
C.P. 03020
MEXICO, D.F.
TEL: 519-15-69

DIRECTOR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 75
AV. LOPEZ MATEOS Y AV. CHIMALHUACAN
CIUDAD NETZAHUALCOYOTL
MEXICO.
TEL: 765-00-41

SERGIO A. CANO MORALES
DOLORES DEL RIO 290
COL. LOS ANGELES
C.P. 34000
DURANGO, DGO.
TEL: 1-12-35

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA # 1 DEL IMSS
AV. NORMAL SIN NUMERO
DURANGO, DGO.
TEL: 1-76-73 C.P. 34000

IVAN RODRIGUEZ ESPEJEL
XICOTHENCATL No. 2
COL. LA CAÑADA
CALPULALPAN, TLAXCALA
TEL: 80-115

JEFE DEL DEPTO. CLINICO DE CONSULTA
EXTERNA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA
FAMILIAR No. 8
BERNAL DIAZ DEL CASTILLO Y AV.
CIRCUNVALACION
CD. FRAY BERNARDINO DE SAHAGUN
HIDALGO
TEL: 311-98

CLEMENTINA VELAZQUEZ H.
VALLE DE OAXACA 208
VALLE DEL CAMPESTRE
LEON, GTO.
TEL: 371-50
721-47

JEFE DEL DEPTO. DE PADIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 21 IMSS
ACERINA Y RIO BALSAS
LEON, GUANAJUATO.
TEL: 217-00 EXT. 151
213-07

LUIS ARTURO MARTIN LOMBARD
CALLE ERIZO No. 8
MINERAL DE VALENCIANA
APARTADO POSTAL 197
GUANAJUATO, GTO.
C.P. 36000
TEL: 228-82 Y 232-11

JEFE DEL DEPTO. CLINICO
HOSPITAL GENERAL CON MEDICINA
FAMILIAR No. 10
IMSS
JARDIN DEL CANTADOR No. 17
GUANAJUATO, GTO.
C.P. 36000
TEL: 230-46 Y 211-28

CARLOS BAEZA ESTRELLA
AV. EFRAIN AGUILAR No. 494
COL. CAMPESTRE
CHETUMAL, QUINTANA ROO

DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS
AV. LOPEZ MATEOS Y AV. NAPOLES
COL. CAMPESTRE
CHETUMAL, QUINTANA ROO
TEL: 219-99 EXT. 110

MIGUEL ANGEL GUTIERREZ BARRON
NORTE 26 # 520
ORIZABA, VERACRUZ
TEL: 571-86

DIRECTOR MEDICO
CLINICA HOSPITAL DE CAMPO DEL IMSS
ESQUINA DE CALLE HIDALGO Y MORELOS
LOCALIDAD DE ZONGOLICA, VERACRUZ.

CONRADO GUZMAN GALLEGOS
GARCIA DE LA CADENA # 103-A
SIERRA DE ALICA
ZACATECAS, ZAC.
C.P. 98000
TEL: 2-22-23

JEFE DEL DEPTO. CLINICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR No. 1 DEL IMSS
INTERIOR ALAMEDA # 45
ZACATECAS, ZAC.
C.P. 98000
TEL: 206-89

ALFREDO HENRIQUEZ
APARTADO 4496
CALLE EUSEBIO MORALES
EDIFICIO MADURITO 6-B
EL CANGREJO, PANAMA
TEL: 69-0063

DIRECTOR MEDICO
POLICLINICA DE SANTA LIBRADA
APARTADO 4496
PANAMA, REP. DE PANAMA.
TEL: 31-2857, 31-2450
31-1111

NORMALIZA CRUZ DE GONZALEZ
ISABEL AGUIAR # 4 HERRERA
SANTO DOMINGO, REP. DOMINICANA
TEL: 5323169 Y 5328621

ASESOR MEDICO
DIRECCION GENERAL
INSTITUTO DOMINICANO DE SEGURIDAD
SOCIAL
PEPILLO SALCEDO # 22
SANTO DOMINGO, REP. DOMINICANA.
TEL: 5650600 Y 5668448.

INAUGURACION DEL CURSO "ORGANIZACION Y DIRECCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS", DEL 1º DE FEBRERO AL 17 DE MARZO DE 1983.

El doctor Enrique Parra presentó a las personas que presidieron este acto: el doctor Carlos Mac Gregor, Subdirector General Médico del IMSS, representante personal del señor licenciado Ricardo García Sáinz, Presidente del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social; el señor licenciado Gabino Frago Mouret, Secretario General del Instituto Mexicano del Seguro Social; el doctor Gastón Novelo, Secretario General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social; el señor contador público Eduardo Phillibert, Subdirector General Administrativo del Instituto Mexicano del Seguro Social; el señor licenciado Emilio Rabasa Gamboa, Director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; la licenciada Martha López Moctezuma, Administradora del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y el doctor Armando Cordera, que funge como coordinador de este curso.

En primer término, el licenciado Emilio Rabasa Gamboa, Director de este Centro, hizo uso de la palabra.

Es motivo de particular satisfacción dar la bienvenida a los distinguidos participantes al primer curso del programa 1983 de este Centro, por otra parte de quienes trabajamos en el CIESS.

A las personas provenientes de El Salvador, Guatemala, Panamá, República Dominicana, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México y de las distintas Delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social en la República, les deseamos una agradable estancia en el Centro durante el tiempo que se impartirá el curso de Organización y Dirección de los Servicios Médicos que en breve habrá de inaugurar el doctor Carlos Mac Gregor, en representación del licenciado García Sáinz.

Así mismo agradezco a nombre de mis compañeros de trabajo y del mío propio la estupenda disposición y pronta acogida que dieron a nuestra invitación los profesores y conferenciantes para impartir sus conocimientos y experiencias en este curso.

Gracias también al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, particularmente a los mismbros del mismo que laboran en el Centro por la espontánea y amistosa disposición para redoblar esfuerzos en sus servicios durante todo el programa de cursos, manifestada en reciente asamblea en este mismo sitio, lo cual nos brinda la seguridad de la adecuada atención a los participantes en el presente y los cursos subsiguientes.

Por otra parte me es grato informarles que este curso reúne a treinta y cuatro asistentes de cuatro países; del área Centroamericana, El Caribe y México y a veinticinco profesores y conferenciantes.

El programa de cursos CIESS 1983, coincide por otra parte con el XX Aniversario de la fundación de este Centro a cumplirse el próximo 19 de marzo. Veinte años de ininterrumpido esfuerzo de capacitación en la Seguridad Social que ha reunido a cuatro mil docientos diecisiete alumnos de todos los países del Continente Americano y otras latitudes, lapso - durante el cual se impartieron ciento sesenta y dos cursos, trece seminarios, 6 maestrías y dos cursos de especialización. Un promedio de nueve eventos educativos y docientos once participantes anualmente. Veinte años durante los cuales los programas del Centro han cubierto temáticas en el camo médico social de Dirección, Organización y Sistemas Administrativos, Jurídicos Sociales, de Riesgos del Trabajo, Desarrollo de la Comunidad, de Protección Social a la Población Rural y de Planeación, todos ellos en el terreno de la Seguridad Social.

También ocasión propicia para reflexionar no sólo sobre el pasado de la Institución sino sobre su futuro a corto, mediano y largo plazo. Reflexión a la que invitó el licenciado Ricardo García Sáinz en su calidad de Presidente del Centro, durante la Reunión apenas celebrada hace unos días en Panamá, tanto a los miembros de la Comisión Ejecutiva del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, como a los representantes de los diversos Organismos Internacionales AISS, OISS, AISSCAP y OPS y de otras Instituciones de Seguridad Social, presentes todos en dicha reunión. Reflexión a la que nos llama la grave situación económica internacional, regional y nacional imperante y su impacto en la Seguridad Social. Reflexión a la que los asistentes en Panamá respondieron con marcado interés por estudiar las distintas alternativas que puedan proponerse teniendo como premisa fundamental que el Centro pueda cumplir a plenitud con los objetivos que tiene señalados, entre otros, la efectiva, múltiple y diversificada concurrencia de funcionarios a sus cursos. Deseamos que las soluciones que puedan plantearse para el futuro inmediato de nuestra Institución durante las jornadas de conmemoración del XX Aniversario a celebrarse del 16 al 20 de marzo en este ciudad, aseguren una efectiva política de capacitación de los recursos humanos que hoy, más que nunca, requieren nuestras Instituciones de Seguridad Social.

En estas horas de difícil coyuntura económica y social en las que la Seguridad Social se presenta como el más idóneo instrumento amortiguador de la crisis que padecemos, la capacitación adquiere una dimensión singular, constituye otra forma de extensión del régimen en paralelo con la ampliación territorial de cobertura y de tipos de seguros. En efecto, al capacitar adecuadamente, se reproduce al recurso humano ya existente

en la Institución y su reproducción por la vía de una mejor actitud para la prestación del servicio, ya sea en forma directa o en la administración del mismo, entraña un acto de solidaridad humana y simultáneamente de distribución de riqueza. Consecuentemente si la Seguridad Social es amortiguador de crisis, la capacitación bien planeada, aprovechada y con efecto multiplicador representa su mejor instrumento.

En esta oportunidad que me brinda el darles a todos ustedes, asistentes, profesores y conferenciantes del curso la más cordial bienvenida, los invito al máximo aprovechamiento del mismo para que una vez concluido se multipliquen y difundan sus efectos en las Instituciones de Seguridad Social que tanto requieren de ellos, reproduciendo así la solidaridad humana y distribución de riqueza que inequivocamente caracterizan a la Seguridad Social. Muchas gracias.

A continuación, el Dr. Armando Cordera, coordinador del curso, hizo uso de la palabra.

Iniciamos hoy un curso ambicioso, pero factible si trabajamos intensamente, pues tenemos que comprender en corto tiempo como funciona uno de los sistemas sociales más complejos, como es el de la atención médica.

Al terminar este curso, cada uno de los educandos habrá desarrollado sus conocimientos y experiencia mediante el aprendizaje formal, la búsqueda de la información importante y pertinente para solucionar sus problemas y el aumento de su conocimiento institucional que lo motiva a un trabajo entusiasta para cumplir con los altos fines de la Seguridad Social.

Los países del Continente han declarado su interés por fortalecer la participación democrática para superar nuestros resultados en un ambiente de libertad y justicia social. Este propósito tiene particular valor en nuestro país, lo que nos obliga a desarrollar personal creativo, capaz de actuar con un gran sentido de responsabilidad por medio de un trabajo libre, independiente y flexible, Seguridad Social en la que prestan sus servicios. Es por ello que este curso tiene como premisa que las prácticas que lleven a cabo los participantes deben ser equivalentes a su realidad. Nos interesa que el alumno aprenda lo que le será útil para organizar y dirigir su Unidad de Atención Médica dentro de las normas de su Institución de Seguridad Social. Al mismo tiempo reconocemos la validez de sus conocimientos previos y de su experiencia, que son la base de su desarrollo educativo.

Obviamente, aceptamos que el hombre adulto puede aprender durante toda la vida aún cuando su ritmo y profundidad varíe en cada caso en particular. También sabemos que el adulto no acepta la dependencia de otros para lograr su aprendizaje y pretende dirigirse a sí mismo pidiendo las ayudas pertinentes para su desenvolvimiento. Tenemos que comprender el

valor que demuestra para someterse a un proceso educativo formal que le obliga a reinterpretar su experiencia y sus conocimientos, ya que la nueva información así lo impone. Por lo tanto, su motivación para aprender depende de la relación que exista entre los temas a discusión y su realidad social y laboral. Los adultos rechazan los pensamientos demasiado teóricos, salvo que los identifiquen como el punto de partida para construir un conocimiento que les será provechoso. Les preocupa, por una parte, no aprender, por otra, tienen dudas si sus nuevos conocimientos serán aceptados por sus núcleos primarios; familia, amigos y sobre todo, sus jefes inmediatos.

Teniendo en cuenta estos conceptos, el curso se ha estructurado para que el aprendizaje del alumno sea con un enfoque sistémico, en el que se puedan ordenar los conocimientos y experiencias previas con los actuales, de tal manera, que sean coherentes con la realidad y puedan relacionarlo con teorías que han probado su validez. De esta forma, la actitud del egresado será positiva.

El hecho de relacionar las acciones con teorías y conceptos es fundamental para aprovechar mejor los recursos institucionales ya que así se evita recurrir al costoso esquema del ensayo y el error, en efecto, ahora se reconoce que las experiencias, por intensivas que puedan ser, si no guardan correlación con teorías, son sólo anécdotas irrelevantes.

El contenido del curso se apoya en un modelo, considerado como una duplicación de la realidad con la cual guarda una igualdad de formas, así pues, se estima que el directivo de Unidades de Atención Médica debe conocer los aspectos demográficos, epidemiológicos y económico-sociales de la población a la que sirve para así explicarse las necesidades médicas pero también tomar en cuenta los intereses de los proveedores del servicio y comprender las características de la demanda de la atención, la importancia de los programas de cobertura y de los prioritarios, que son satisfechos por la disponibilidad de múltiples recursos, por las facilidades para el acceso y la aceptación del servicio, todo ello cuidando de contener el costo sin disminuir la calidad.

El conocimiento de las leyes y normas institucionales es fundamental para el directivo de Unidades de Atención Médica, pues es el marco dentro del cual podrá planificar sus acciones en razón de una morbilidad y mortalidad específicas.

En razón de los problemas de cada Unidad de Atención Médica, se tendrán que definir las funciones y solicitar la tecnología que le sirva de apoyo, pues frecuentemente se tiende a pedir la más sofisticada.

El siguiente paso consiste en definir las estructuras organizacionales y físicas que se requieren para alcanzar los objetivos.

Finalmente, señalar sus requerimientos para capacitar al personal.

El directivo de Atención Médica tiene que internalizar el concepto de que su Unidad es un subsistema del Sistema Institucional de Seguridad social y en razón de ello integrar sus grupos de trabajo, aplicar un estilo democrático de liderazgo para motivar a sus colaboradores a participar en el esfuerzo común de lograr el mejor resultado con el mínimo de recursos físicos, tecnológicos, económicos y humanos.

El contenido del curso incluye la comprensión de su papel en el control, tanto de sus programas de trabajo al costo adecuado, como su colaboración en los controles institucionales.

La evaluación de resultados es un concepto relativamente nuevo, pero que ha ganado aceptación general. Durante el curso se discuten sus diversos puntos de vista, la recuperación de la salud en padecimientos agudos, el correcto proceso de la atención en las enfermedades crónicas, los valores sociales y la ética profesional; y finalmente la satisfacción de la población de los proveedores y de las autoridades en relación a los servicios que se prestan.

Los métodos de enseñanza son variados, heurísticos, conferencias, mesas redondas, tutorías, etc., pero el fundamental, que permite relacionar los conceptos aprendidos en el aula con la realidad de los alumnos, consiste en la elaboración de proyectos en los que van aplicando paso a paso lo aprendido teóricamente. Para ello, tienen que visitar las Unidades de Atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social para intercambiar opiniones con expertos de diversas áreas y conocer los pormenores de su funcionamiento e integrarlos a su proyecto.

Sin el apoyo de los profesores, que han sido cuidadosamente seleccionados y la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, éste sería sólo un curso hipotético. Con su ayuda, se convierte en un evento educativo de primer órden a pesar del corto tiempo para su realización, a los directivos institucionales y a los profesores, muchas gracias.

El Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, cuenta con instalaciones cómodas y un personal de servicio amable, siempre dispuesto a colaborar que permite lograr un ambiente de respeto y tolerancia que es ideal para el aprendizaje por lo que estoy seguro que alcanzaremos el logro de estos ambiciosos propósitos educativos.

El doctor Carlos Mac Gregor, Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social y con la representación personal del señor licenciado Ricardo García Sáinz, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, tomó la palabrá y explicó lo siguiente:

Se ha venido analizando en el curso de la mañana de hoy de una manera breve lo que representa toda una historia de Seguridad Social.

Probablemente uno de los problemas más importantes que enfrentó la Seguridad Social en nuestro medio y en todos aquellos países en que cuenta con servicios médicos directos, fué la preparación de los recursos humanos. Muchos de los aquí presentes hemos tenido la oportunidad de vivir la improvisación del funcionario médico, la improvisación del funcionario administrativo en Unidades Médicas, la improvisación nacida de la necesidad, en función de que no existían recursos preparados con la tecnología adecuada para los propósitos que eran primordiales para el desarrollo de las actividades de la unidad. El tiempo, el trabajo continuo, el ensayo con error, el ir creando experiencia día con día fué dando un tipo de funcionario. En un momento dado, veinte años atrás, surgen estructuras como la que representa el CIESS, se crea un sistema de enseñanza organizada, se identifican intereses de los países latinoamericanos que convergen con sistemas de seguridad social muy similares, se plantean problemas a resolver y se dan soluciones que aún para ambientes en algunos aspectos diferentes, resultan útiles para el universo que finalmente es similar.

La formación del funcionario de Unidades Médicas capaz de administrarlas y capaz de dirigirlas ha sido un paso gigantesco en la Seguridad Social. Este curso, que tiene veinte años, que parece de alguna manera sencillo en sus planteamientos, tiene por detrás toda una infraestructura de colaboración latinoamericana y toda una infraestructura de experiencias vividas en los diferentes países. En el momento actual, para la Seguridad Social de Servicios Médicos directos con unidades de alto costo de operación, con responsabilidades específicas, el directivo, el organizador, el administrador, tiene responsabilidades también específicas. Ya no cabe la improvisación, ya no cabe la disculpa de la falta de experiencia, se requiere optimizar recursos y para optimizar recursos se requiere una preparación adecuada.

Nos parece, por lo tanto, que el reiterar este curso año con año con particularidades diferentes en tanto se van sumando experiencias y conocimientos diferentes, es una aportación que tiene un valor de gran trascendencia para la Seguridad Social. Es por todo esto que el licenciado García Sáinz, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, nos pide les demos un mensaje, un mensaje de estímulo en reconocimiento al esfuerzo que están realizando, un mensaje de reconocimiento a la preparación que buscan con el fin de servir mejor a la Seguridad Social.

Estamos seguros de que quienes están tomando el curso tienen en su mayoría una formación básica, muchos tienen experiencias de funcionarios y van a aportar su experiencia en el curso, y por esto es que el esfuerzo que realizan es más valioso y el reconocimiento es más importante. Que el curso que esta mañana se inicia represente para ustedes el beneficio que se busca, que las Instituciones de Seguridad Social a las que representan obtengan con él el beneficio que debe de lograrse, en un momento, en que la optimización de recursos es indispensable por las carencias tan grandes que estamos atravesando. El esfuerzo que ustedes realicen durante los días que va a durar el curso, seguramente, va a redituar en un beneficio para la Seguridad Social.

Por lo expuesto, a nombre del licenciado Ricardo García Sáinz, Presidente del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, y deseándoles el mayor de los éxitos, damos por iniciadas las actividades del curso de Organización y Dirección de los Servicios Médicos. Que sea para bien.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 1º DE FEBRERO DE 1983.

La licenciada Martha López Moctezuma, Administradora del CIESS, comentó con los educandos algunas características relacionadas con el hospedaje y alimentación y ofreció su ayuda para el mejor desarrollo de las actividades académicas.

A continuación se hizo una pre-evaluación de conocimientos de los alumnos en conexión con el contenido del curso.

Bajo la coordinación del Dr. Enrique Parra se presentaron los participantes del curso, así como el personal directivo del CIESS.

Se practicó un ejercicio sobre comunicación y retroalimentación, poniéndose de manifiesto la ayuda entre los participantes, sacándose como conclusión de que ayuda es un proceso social centralizado que puede ser o nó benéfico ya que el ayudado puede tener reacciones diferentes como: resentimiento, admiración, rechazo, y a su vez el que ofrece la ayuda tiene también variadas motivaciones.

Mejorar el trabajo de un subordinado hace feliz a alguien. Castigar, satisfacción propia. Además cuando se exagera la ayuda se mutila a la gente.

En la teoría de las relaciones de ayuda existen 2 tipos de orientaciones:

FAVORECEN	REDUCEN
1º Clima de confianza	1º Desconfianza
2º Aprendizaje cooperativo	2º "Enseñando" (Adoctrinamiento)
3º Crecimiento mutuo	3º "Evaluando"
4º Sinceridad recíproca	4º "Estrategia" (Manipulación)
5º Solución de problemas	5º Modelando
6º Autonomía	6º Entrenando
7º Experimento	7º Hacer patrones

La ayuda debe ser oportuna y solicitada.

Se continuó con un ejercicio de supervivencia en donde los integrantes desempeñan un rol diferente, en este ejercicio se adoptan varias actitudes según en observadores de acuerdo al rol que cada quien juega, de donde se desprende la necesidad de solicitar feed back (retroalimentación).

El feed back debe ser:

Descriptivo

Específico

Dado en un momento propicio

Claro

BIBLIOTECA DEL CIESS

Verificado por otro u otros

Y dirigido hacia aspectos que el receptor pueda modificar además debe ser solicitado.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 2 DE FEBRERO DE 1983.

Se realiza un ejercicio de P.E.C. (Planeación Ejecución Conjunta) quedando de manifiesto las dificultades que existen entre un planificador y un ejecutor - cuando la comunicación oral es en un solo sentido.

Otro ejercicio practicado en el que la comunicación es en los 2 sentidos, también de tipo oral. Deja de manifiesto que la comunicación es mejor que en el ejercicio anterior.

Posteriormente se demuestra la distorsión de la comunicación cuando está sujeta a los siguientes parámetros: en un solo sentido, falta de atención, presión psicológica, rapidez, exceso de ruido y otros.

En seguida se realiza la prueba de los 3 minutos que consiste en acatar fielmente la comunicación escrita obteniéndose mejores resultados que en los ejercicios anteriores.

Comunicación.- Se define como un proceso social mediante el cual se trasmite información de una persona a otra. El hombre comunica hechos, sentimientos, percepciones y otras cosas diversas. Nos comunicamos por la palabra escrita o hablada así como a través de la postura física, tono de voz y otros. Hay diferentes estilos de comunicación como son: dogmática, inquisitiva, pedante, humorística, áspera, cinética y melodiosa.

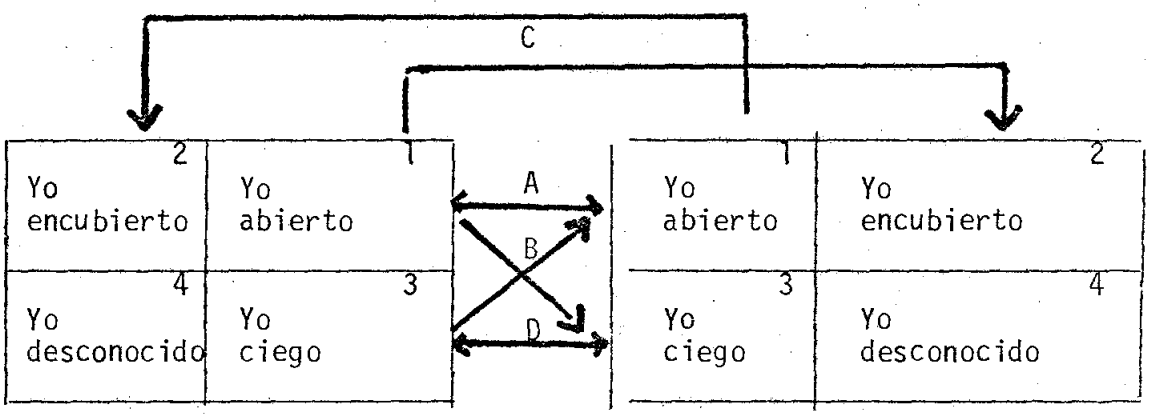
Un mensaje, tiene un significado manifiesto y otro latente.

Se explicó por medio de la ventana de Johari señalando los 4 "yo":

2 Yo encubierto	1 Yo abierto
4 Yo desconocido	3 Yo ciego

Yo abierto.- Es la parte de mi personalidad que quiero conozcan
Yo encubierto.- Es la parte de mi personalidad que no quiero conozcan
Yo ciego.- Es la parte de mi personalidad que los demás captan y yo no capto.
Yo desconocido.- Es la parte de mi personalidad que ni los demás ni yo capto.

Cómo es entonces, que existe la comunicación:



A.-	Comunicación abierta	1...1	
B.-	"	3...1	Fugas o comunicación inconsciente
C.-	"	1...2	Confidencias u honestidad en la comunicación.
D.-	"	3...3	Contagio emocional

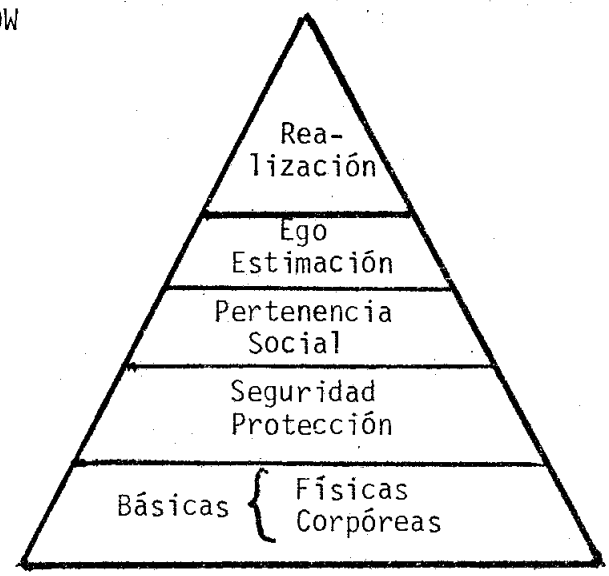
La resistencia a cualquier cambio es un problema frecuente al que se enfrenta el directivo.

Se realiza ejercicio llamado de los 3 problemas donde queda demostrada la resistencia; haciéndose notar que el liderazgo no siempre coincide con la verdad, aunque propicia cambios, se nos entrega y se anexa tabla detallada de estrategias de cambios.

Se practica ejercicio de "náufragos en una isla desierta" donde se elaboran 10 normas de conducta para asegurar la sobrevivencia y convivencia del grupo de náufragos.

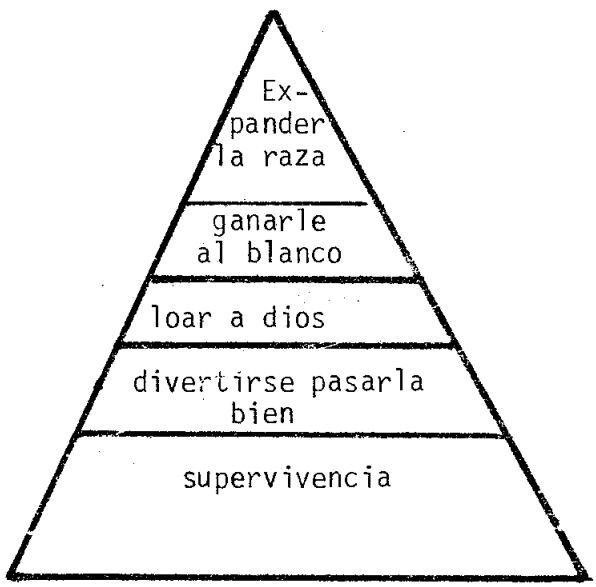
Se analiza la taxonomía de Maslow; quien señala que hay que satisfacer las necesidades en orden ascendente de acuerdo a las pirámides siguientes:

PIRAMIDE DE MASLOW



Posteriormente se revisó la pirámide de Broks-Niesberg, donde según se aprecia las necesidades de este grupo de gente son muy diferentes.

PIRAMIDE DE BROOKS-NIESBERG



Según la taxonomía de Bradshaw existen 4 tipos de necesidades:

1. Necesidad normativa o necesidad del experto
2. Necesidad sentida y no expresada (un deseo, un querer) (del cliente).
3. Necesidad sentida y expresada (demanda) (del cliente).
4. Necesidad comparativa (de envidia) para la cual existen 2 modelos:

    a) Modelo de pertenencia
    b) Modelo de referencia

Igualmente se señala que para la planificación de determinado servicio deberá de considerarse la coincidencia de las tres necesidades señaladas:

- Necesidades de autoridades
- Necesidades sociales y
- Necesidades de personal

Esto con la finalidad de llevar a buen término el desarrollo de este Curso de Organización y Dirección de los Servicios Médicos, y a sugerencia del coordinador del curso, nos reunimos todos los participantes, estableciendo por concenso, las normas de conducta que nos regirán hasta el 17 de marzo de 1983, fecha de clausura, a continuación se señalan:

1. No fumar dentro del aula.
2. Puntualidad.
3. Respeto mutuo.
4. Libertad en la presentación personal.
5. Aceptación de decisiones del grupo por miembros ausentes.
6. Planteamientos específicos evitando diálogos.
7. Fomentar y mantener la unidad del grupo.
8. Responsabilidad en las funciones de los miembros de las comisiones.
9. Identificación personal al iniciar cada intervención.

Posteriormente, en la misma reunión, se integraron 3 comisiones, se señala la rotación con duración de 2 semanas cada una.

I. Comisión coordinadora.
II. Comisión de relatoría.
III. Comisión socio-cultural y de retroalimentación (feed-back).

Estrategias de cambio.	De Compañerismo	Política	Económica	Académica	Tecnológica	Por Confrontación	Militar	Aplic. Ciencias Cons.
PARAMETROS								
Suposiciones básicas:	Si existe cordialidad y buenas relaciones, los demás problemas serán menores.	Si todas las personas que ejercen influencia están de acuerdo en realizar cambios, éstos se realizarán.	Si hay bastantes recursos económicos y materiales, se podrán realizar los objetivos o cambios que se deseen.	La gente es racional. Si se demuestra con hechos las consecuencias de los cambios, éstos podrán llevarse a cabo.	Si el ambiente cambia, la gente tiene que cambiar.	Si puede provocarse el enfrentamiento de las personas a los problemas, se podrá realizar el cambio.	Si se pone fuerza física, se puede lograr que la gente haga cualquier cosa.	La mayoría de los problemas son complejos e interdependientes. Generalmente es necesario una combinación de diferentes puntos de vista.
Involucración en el cambio:	Se involucra a todas las personas.	Se concentra en quienes poseen el poder.	Se basa en quienes poseen recursos adquisitivos.	Se basa en quienes poseen conocimientos teóricos y de hechos.	Se basa en quienes poseen habilidades tecnológicas.	Se basa en la habilidad para afrontar el conflicto y utilizarlo.	Se basa en quienes poseen el poder físico.	Basada en quienes consideran todas las consecuencias posibles.
Esferas de influencia en el proceso del cambio:	Todos ejercen la misma influencia	Influyen aquellos que son respetados y reconocidos en alguna forma.	Se basa en quienes poseen más recursos	Quienes poseen especialización, conocimientos y experiencia.	Por quienes modifican el ambiente, la estructura o la tarea.	Quienes pueden manejar argumentos no violentos.	Quienes despiertan temor y amenazan al castigo.	Quienes poseen conocimientos y experiencia sobre el grado en que las decisiones las afectarán
Enfoque Teórico Conceptual:	Todos son aceptados, sin excluir a nadie.	Se considera la Individualidad solo de las personas que poseen poder.	Materialista.	Analítico y detallado	Relevancia de la Tarea y la Sistematización.	Capacidad de enfrentar y superar el conflicto.	Explotación del uso de las estructuras de poder.	Ecléctico pero centrado en la situación específica.
Necesidades Personales que se busca satisfacer:	Cordialidad y Comprensión.	Control y Reconocimiento de Dominio.	Control por el poder adquisitivo.	Autonomía y Racionalidad.	Sistematización, claridad y estructura.	Expresión de ansiedad y de sí mismo	Control, Status y Seguridad.	Integración emocional e intelectual.
Conveniencia:	Desenlaza el dinamismo de la Organización.	La estructura de poder activa a la Organización y se Implementan los acuerdos tomados.	Implantación inmediata de las decisiones tomadas.	Descubrimiento de causas y demostración de información relevante	Acceso al control y Modificación del ambiente.	Habilitar a la gente para observar resultados que pueda no querer ver.	Guardar y conservar el orden.	Se utiliza toda la información posible.
Consecuencias Universales de la Estrategia:	Problemas en Toma de Decisiones e Implementación de Acuerdos.	Necesidad constante de mantener el respeto y la admiración.	Que la satisfacción obtenida por logros económicos no es duradera,	Dificultad en la aplicación de nuevos descubrimientos. No se aprovechan los recursos humanos.	Poca aceptación del cambio y falta de consideración de situaciones inesperadas.	No poder encontrar alternativas y constantes enfrentamientos	Rebelión e imposibilidad de eliminar tensiones.	Falta de comprensión de la situación en sí misma. No se presenta la utilidad práctica inmediata.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 3 DE FEBRERO DE 1983.

La jornada se inició con la lectura de las normas establecidas por el grupo.

Se dió lectura a los objetivos y actividades de cada una de las comisiones formadas por los miembros del grupo.

Posteriormente la Lic. Olga Palmero desarrolló el tema de las Instituciones de Seguridad Social y el Desarrollo Socioeconómico de América Latina.

Desde el inicio de la exposición se fijó un objetivo general que consistió en una visión panorámica y comparativa de las características de la seguridad social en diferentes naciones de América Latina. Un objetivo intermedio consistente en investigar las características particulares nacionales de la seguridad social; y un objetivo final que propicia la retroalimentación con las diferentes experiencias de los sistemas nacionales de seguridad social.

Posteriormente se procede a analizar los orígenes de la seguridad social por países y por épocas y su importancia en el desarrollo socioeconómico de la América Latina.

Se puntualizó la importancia de la primera conferencia de la O.I.T. en 1936 que dictó los principios fundamentales de la seguridad social, que establecen que el seguro social debe ser obligatorio y debe comprender enfermedad, maternidad, vejez, muerte, riesgos de trabajo y necesidades familiares. Así mismo se establecen regímenes financieros tripartitas.

Se mencionó que en la Octava Conferencia de la O.I.T. en Otawa, se estableció que la seguridad social debe ser planificada según el desarrollo socioeconómico de cada país, recomendándose acciones coordinadas del sector salud y del sector trabajo evitando duplicidad de acciones y estableciéndose coordinación con los organismos internacionales con programas acordes al desarrollo nacional. En 1966 se establece un concepto dinámico de seguridad social enclavado en un plan de desarrollo nacional o internacional con políticas económicas y sociales específicas.

Se mencionó que a pesar de sistemas disimiles de seguridad social en latinoamérica en sus inicios, estos tuvieron como modelo común la aparición de regímenes pensionales, mediante instituciones aisladas con modelos estáticos difíciles de relacionar con el desarrollo socioeconómico nacional se distinguen cuatro épocas en el desarrollo de la seguridad social.

En la primera época los sitemas de seguridad social presentan características similares en América Latina como son la pluralidad y la falta de equidad.

En la segunda época se establece el concepto de asalariados y como característica fundamental se incorporan los servicios médicos.

La tercera época se caracterizó por un incremento de las prestaciones sobre todo a la familia.

La cuarta época se distingue por sistemas más adaptados a las condiciones socioeconómicas de cada país partiendo de una base más equitativa.

Enseguida se mencionó un panorama de integración estructural de la seguri - dad social en Brasil, Argentina, Chile, Cuba, Costa Rica y Panamá.

Se concluye que la seguridad social desempeña un papel fundamental en el de sarrollo sociocultural de los pueblos de América Latina teniendo como pers- pectivas los programas de extensión a población abierta.

Asimismo se comentaron las estrategias de la O.M.S. y los principios bási - cos de la seguridad social como son la generalización, la coordinación admi nistrativa, la solidaridad financiera e internacionalización.

Se solicitó que se elaborara un trabajo individual sobre seguridad social en cada uno de los países representados en este curso.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 4 DE FEBRERO DE 1983.

POLITICAS DE LA SUBDIRECCION MEDICA

Dr. Carlos Mac. Gregor.

Las políticas de la Subdirección Médica del I.M.S.S. tienen como marco al propio Instituto el que a su vez está enmarcado en la realidad sociocultural de nuestro país. Actualmente el Ejecutivo Federal ha mostrado particular interés por los servicios médicos prueba de ello es el haber elevado a rango constitucional el Derecho a la Salud y haber creado una coordinación de organismos dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para todo el sector salud. El esquema es antiguo pero nunca se le habia dado el respaldo que se le ofrece ahora. Las políticas del IMSS se orientan a interrelacionarse estrechamente con el resto del sector salud vigilando siempre que las prestaciones a los contribuyentes no sufran norma por acciones de solidaridad social.

Otro postulado prioritario es que los servicios médicos sean prestados con alta calidad humana y profesionalidad.

Hay que buscar la actitud de servicio por quien lo presta y de confianza por quien lo demanda.

Se está buscando congruencia entre niveles de atención y regionalización y demandas de la población derechohabiente por lo que la regionalización y niveles deben ser flexibles.

El concepto de salud mental se considera importantísimo a nivel de Medicina Preventiva y se dará al médico de primer nivel el apoyo de grupos multidisciplinarios que bajo su coordinación atenderán al paciente, al grupo familiar y a la comunidad.

Se implementarán los estudios de investigación necesarios para identificar los problemas prioritarios de salud de los derechohabientes, población con características distintas a la población abierta que manejan otras partes del sector salud. Dada la necesidad que tiene el país de controlar su crecimiento demográfico y para mantener fresco el concepto prioritario continuará el programa de planificación familiar. Se considera al recurso humano como esencial para la prestación de servicios y es política de la Subdirección que sea respetado y motivado.

Se vigilará que el ejercicio de la medicina sea del más alto nivel ético y que la calidad de la atención sea óptima.

Se establecerán las reglas en el área de enseñanza médica, la asistencia médica; sin enseñanza decrece y pierde fuerza.

El Instituto hará investigación biomédica para dar apoyo a la atención médica.

LA MEDICINA COMO PRESTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Gastón Novelo

Las Prestaciones de la Seguridad Social, con el cuidado y promoción de Salud.

Las prestaciones están enfocadas a:

Riesgos biológicos
Riesgos económicos
Riesgos sociales.

Todas estas acciones están enfocadas a la promoción usuaria, siendo la atención médica el capítulo principal, y a su vez este capítulo integrado en prevención, curación y rehabilitación inmersos en la atención médica hay aspectos de tipo económico, tales como incapacidades, subsidios y pensiones.

Los avances científicos de la medicina deben tomarse en cuenta con las prestaciones de los servicios médicos que deben ser siempre eficientes en calidad, suficientes en cantidad, ya que al Instituto le interesa reingresar al individuo rápidamente a su estado de salud racionalizando el costo de los servicios médicos, porque la atención es integral para todos pese a que haya sujetos de solidaridad y cotizaciones más altos que otros, de ahí la importancia de costo atención médica.

El resto de los conceptos emitidos por el expositor versaron sobre los acuerdos tomados en el seno del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social de 1952 a la fecha, mismos que respetando el marco nacional en que se desenvuelve cada una de nuestras instituciones de seguridad social en América conllevan un principio de universalidad siempre deseable de alcanzar. Para una revisión deterida y sostenida de dichos acuerdos el expositor proporcionó al grupo un ejemplar de los mismos.

A continuación con la presencia de la Lic. Olga Palmero se presentaron los trabajos acerca de la seguridad social en El Salvador, Guatemala, México (IMSS y SSA), Panamá y República Dominicana.

Por la tarde con la coordinación del Dr. Armando Cordera se inició el tema de Principios de Investigación Social habiéndose enfocado la plática de este día a establecer las directrices para el estudio de modelo de atención médica, instrumento fundamental en este curso, no sin antes aclarar la exis

tencia de tres sistemas de atención médica en la sociedad actual:

Comercial competitivo
Administrativo profesional
Democrático consultativo.

El proyecto en el que trabajaremos se basa en la necesidad que tiene el directivo de salud:

1. En que contexto va a trabajar.

2. Cual es la población que se va a atender.

3. Cuales son los grupos más importantes dentro de ellos para así determinar las necesidades de la población y generar programas prioritarios y de cobertura, vigilando además calidad y costo.

A continuación se formaron 8 grupos de trabajo, cada uno de ellos desarrollará un proyecto.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 7 DE FEBRERO DE 1983.

Se iniciaron las actividades con la definición de lo que es Ciencia: Es un conocimiento crítico, metódico, integral, universal y objetivo el cual se basa en la investigación. Sentido común: Es un conocimiento subjetivo, metafísico, individual, unilateral y circunstancial, y está fácilmente expuesto a la opinión y la creencia.

Durkheim dice que a los fenómenos sociales hay que observarlos como si fueran cosas, tratando de que el observador sea lo más imparcial posible.

Las observaciones que hace un lego normalmente dependen del papel que él jugó en el hecho, entre más elevada sea la persona en la escala cultural percibe un enfoque más sistémico de las cosas.

Margaret Mead y Teilhard de Chardin, dicen que ciencia es fundamentalmente orden y coherencia. Karl Popper agrega que además, es tener un enfoque sistémico de los problemas, para poder relacionar los hechos con teorías, leyes ó conceptos.

Cualquier experiencia, por intensa que sea, si no se relaciona con teorías se convierte en anécdotas irrelevantes.

Luego se procedió a definir lo que es un problema. Según Alvin Gouldner es un estado de insatisfacción entre personas o grupos ante, hechos reales de la naturaleza, presentes o anticipados, que impiden llegar al objetivo propuesto.

La investigación se inicia cuando se percibe que existe un problema.

Según Gouldner todo problema tiene dos enfoques: Clínico e ingenieril.

El primero es como el médico estudia sus problemas, siempre y cuando esté frente a un enfermo y se hace en forma diacrónica para llegar a lo sincrónico. El ingenieril se basa en el fenómeno sincrónico, no investiga antecedentes.

Definir un problema es hacer un estudio diacrónico para definir cuales son las variables independientes que afectan a la variable dependiente.

Para que exista un problema, tiene que haber una parte, grupo o persona que tenga experiencias, conocimientos y expectativas y también una contraparte que tiene diferentes expectativas, conocimientos y experiencias, y al chocar estas dos partes se establece el problema.

Cuando sólamente de una parte hay experiencias, conocimientos y expectativas, se origina una queja; las quejas se resuelven con medidas técnicas; el problema necesita investigarse.

Pasos que se llevan a cabo para estudiar un problema:

1. Se percibe el problema,
2. Acopio de datos o información: se obtienen por investigación documental, entrevista y por la observación directa.

Se describe lo que es Encuesta: Es una forma retrospectiva de investigación; y de todas las formas que podamos para conseguir la mayoría de datos, en un tiempo corto, y para esto necesitamos apoyarnos en expertos.

Las características de la justificación de la investigación son: Significación, trascendencia y viabilidad.

La significación está dada por la importancia o pertinencia.

La trascendencia tiene relación con el impacto social y con el tiempo que va a ser útil.

Y la viabilidad se refiere a lo que es técnicamente posible y socialmente aceptable.

El universo de trabajo, es el área donde se va a trabajar y es donde los resultados tienen validez.

Se describe lo que es una Hipótesis: es la proposición tentativa, que deberá ser comprobada o refutada.

Ya teniendo lo anterior se deberá hacer un análisis de los elementos, - identificación de las variables independientes, análisis de la encuesta, posterior la aprobación del proyecto, experimentación (trabajo de campo), resultados y publicaciones.

Capítulos de la publicación: introducción, material y métodos, discusión de resultados, conclusiones y bibliografía.

Se definió lo que es un sistema: es un conjunto de elementos relacionados para satisfacer un objetivo común.

Sistema de atención médica: conjunto de elementos físicos, materiales, técnicos, humanos, económicos y políticos interrelacionados para prevenir, curar y controlar la enfermedad, así como para rehabilitar y/o paliar.

Cuando no se puede curar se palia o se consuela.

Jores: dice, cuando se conoce la etiología de la enfermedad por lo regular se cura; cuando se conoce la patogenia se controla, cuando no se conoce la etiología y la patogenia, se palia.

Salud: según la OMS, es el bienestar bio-psico-social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

Según René Dubos: es la capacidad para enfrentarse a las contingencias de la vida con el mínimo de sufrimiento y desajuste.

Según los países africanos: salud es el mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo, a la población y los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la población.

Enfermedad: es la incapacidad del ser vivo para adaptarse a su medio ambiente.

Hombre sano será aquel que pueda adaptarse fisiológicamente y psicológicamente a las variaciones del ambiente.

Atención médica primaria: según la OMS: es el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y de sus familias los recursos del diagnóstico temprano, del tratamiento oportuno, de la rehabilitación y de la prevención médica.

Percepción del problema: es el punto de partida para iniciar una investigación.

La percepción del problema es: saber que piensa la población sobre los proveedores de salud, sobre lo que es enfermedad y atención médica.

Acopio de datos: componentes biológicos, psicosociales, pudiendo hacerse varias combinaciones, biopsico, biosociales, psicosociales, biopsicosociales y dos categorías residuales, no se, no quiero.

Taxonomía de las necesidades sociales Bradshaw: necesidades de la población: pueden ser sentidas y expresadas, sentidas y no expresadas, necesidades del experto y necesidades de competencia o envidia.

Todo esto se maneja en un modelo, definiéndose éste, como una representación de la realidad empírica, que puede ser gráfica, y para que sea válido tiene que guardar igualdad de formas con esa realidad.

Variedades más importantes de modelos: Icónicos, fáctico-formales, formales-fácticos, de predecisión y normativos.

El sistema de atención médica se conoce, estudiando las necesidades sociales, separando éstas conceptualmente de lo que es la demanda, siendo ésta: satisfecha (la que conocemos), la real (no la conocemos) y la probabilística.

En base a la demanda real, se establecen programas de cobertura y prioritarios.

Para satisfacer todo esto, se tiene que pensar cual va a ser la disponibilidad del servicio, el acceso, la aceptación, la calidad y el costo.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 8 DE FEBRERO DE 1983.

Las actividades se iniciaron con la revisión del Diseño de Investigación sobre la salud y enfermedad que se realizó por grupos, los cuales fueron 8, sólo se escogió uno para la discusión que fue el grupo 3, después que dicho grupo leyó completo su diseño se iniciaron las discusiones de cada uno de los aspectos sacando algunas conclusiones que fueron las siguientes:

En cuanto a la percepción del problema se hizo marcado hincapié en que teníamos que tomar en cuenta al cliente y al proveedor. En el acopio de datos se hizo mención de que debíamos anotar la documentación de donde se obtuvo y si hay otro trabajo realizado con anterioridad.

En la definición del problema se recalcó que al definir éste hay que tener en cuenta el análisis diacrónico, las variables independientes que le afectan y cuales son las leyes que lo rigen para poder llegar al fenómeno sincrónico.

Las variables independientes que se discutieron fueron: Edad, sexo, escolaridad, ocupación y religión.

En cuanto a la hipótesis no hubo ninguna sugerencia. En el objetivo se dijo que hay que identificar el criterio de los proveedores y el cliente para satisfacer o neutralizar las necesidades sociales. En la justificación no podemos admitir la ignorancia de los demás porque el lego tiene su concepto. Dentro de la justificación debemos marcar la significación, trascendencia y viabilidad.

Después se reunieron los demás grupos en pares de dos para discutir sobre el diseño de investigación. Más tarde nos volvimos a reunir para proceder a seleccionar el universo de trabajo donde tendríamos que realizar la encuesta sobre salud, enfermedad y atención médica, siendo elegida por votación la clínica nueve del Instituto Mexicano del Seguro Social donde se entrevistarán 8 legos y 2 expertos.

Análisis de la encuesta:

El análisis de la encuesta consistió en la discusión de las variables que serán tomadas en consideración en la formulación del cuestionario. Todas las variables que fueron escogidas debieron ser justificadas por sus proponentes.

Nosotros pensamos que las variables ya seleccionadas influyan y que tanto lego como expertos tienen diferentes conceptos de salud, enfermedad y atención médica y esperamos que en cuanto a la edad los conceptos sean los siguientes:

0 - 15 concepto biológico
16 - 25 concepto psicológico
26 - 45 concepto social
+ 46 concepto bio-psico-social

2.- En cuanto al sexo esperamos los siguientes conceptos:

M concepto bio-psico-social
H concepto bio-psíquico

3. Escolaridad:

0 - 5 concepto biológico
6 - 9 concepto bio-psíquico
+ de 10 concepto psico-social.

4. Ocupación.- Tenemos que tener en cuenta los siguientes parámetros:

a) Asalariado
b) No asalariado
c) Dependiente de asalariado
d) Dependiente no asalariado

Cuando vamos a realizar una encuesta podemos unir 2 variables, más de 3 variables resultan muy complejas.

Luego pasamos a hacer un modelo de la encuesta agregándole al cuestionario las siguientes preguntas:

a) Cuando se enferma a donde va
b) A cual tiene derecho
c) Cual le gustaría
d) Si el entrevistado está sano o enfermo.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 9 DE FEBRERO DE 1983.

Se hizo referencia al proceso de investigación de Durkheim sobre el suicidio para identificar un proceso intelectual en relación con problemas retrospectivos. Se usaron hojas tabulares para vaciar los datos de la encuesta. Se demostró que el cuadro es un procedimiento sencillo y manual, con el cual se pueden manejar hasta 3 a 4 mil cédulas.

El tema sobre patrones de uso en la atención médica se trató a continuación, estos se refieren a la caracterización que se haga a los servicios que otorgamos. Los patrones dependerán de diversos factores: Area Geográfica. El estilo directivo de cada región, de cada unidad, de cada servicio tienen un patrón de uso diferente.

Ley de Parkinson se enuncia: El trabajo se extiende para ocupar el personal que se le asigne.

2a. Ley de Parkinson: El directivo quiere tener aliados, no enemigos.

Originados de las necesidades sociales y las demandas se producen dos tipos de programas: de cobertura y prioritarios.

Ley de Pareto: Las necesidades sociales son mayores que los recursos por lo que se deben usar donde tengan mayor impacto.

Dado que los fenómenos suceden con una frecuencia muy alta y el mismo tipo de fenómenos se repite varias veces hay que identificar estos fenómenos repetitivos, que son unos cuantos, para saber cuales constituyen un 80% del total.

La Atención Médica debe estudiar Disponibilidad, Acceso, Aceptación, Calidad y Costo.

La disponibilidad se refiere a los recursos que ofrecemos a la población y proveedores. Se comentan los estudios del Dr. Adolfo Velez Gil de Cali, Colombia sobre la cirugía ambulatoria, hoy llamada simplificada. El acceso se considera que se debe evitar cualquier barrera al paciente potencial para llegar a los recursos disponibles (criterio geográfico y de comunicación).

Se comentó el concepto de regionalización de las zonas rurales según Walter Christaller probada por Skinner en China.

Por la tarde, el Dr. Ernesto Espinoza habló sobre patrones de usos de los servicios médicos. La mayor parte de sus características están en estudio, debido a que la inter-relación de la percepción de las necesidades que ha-

ce el demandante y las del proveedor son diferentes. Hay factores que condicionan los patrones de uso:

1. Factores relevantes:

   1.1 Demográficos que incluyen estructura de la población (Pirámide).

   1.2 La morbilidad de la población.

   1.3 Estructura de las familias.

2. Factores epidemiológicos. Se refieren a:

   2.1 Prevalencia de las enfermedades.

   2.2 Incidencia de las enfermedades.

   2.3 Dimensión de la enfermedad, dividido a su vez en severidad, cambios conductuales, acciones terapéuticas y síntomas presentes.

3. Factores geográficos:

   3.1 Residencia del usuario.

   3.2 Distancia, medios de comunicación y transporte.

4. Factores económicos:

   4.1 Recursos y oferta del proveedor

   4.2 Ingresos familiares del usuario.

   4.3 Ingreso per capita.

   4.4 Aumento del costo de la vida.

   4.5 Fuentes de trabajo.

5. Factores referentes a la naturaleza de los servicios:

   5.1 Seguridad Social

   5.2 Servicios privados

   5.3 De asistencia estatal

   5.4 Otros.

6. Factores socioculturales:

   6.1 Proceso en busca de ayuda médica.

   6.2 Escolaridad

   6.3 Influencia de la comunicación màsiva

   6.4 Ciclo de vida familiar

   6.5 Religión

   6.6 Raza

   6.7 Respuesta del usuario al precio servicio y publicidad.

7. Factores filosóficos:

   7.1 Teoría de enfermedad.

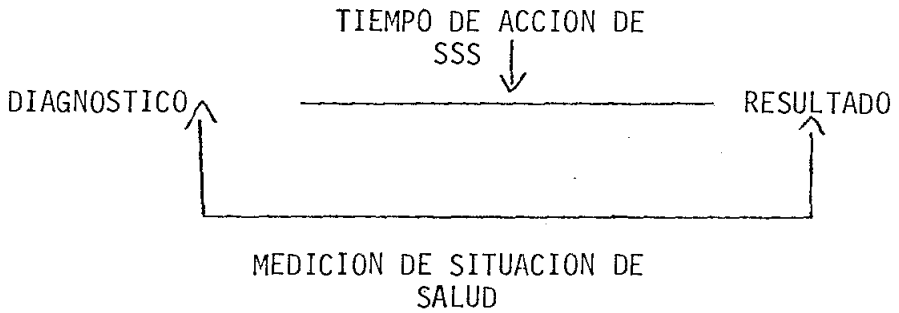
   7.2 Axiológicos

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 10 DE FEBRERO DE 1983.

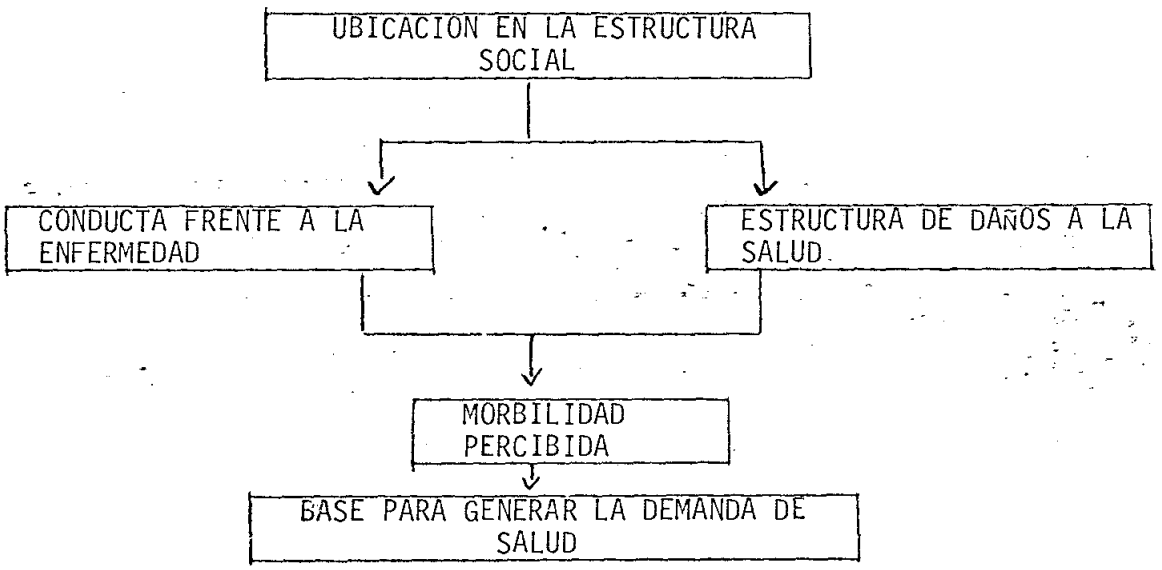
La Dra. Danuta Rajs, presentó el tema de "Indicadores Sociomédicos de Salud".

Se hace alución a los dos aspectos a considerar al hacerse cargo de la salud de una población no conocida 1° Diagnóstico situación de la salud de la población, 2° Efectividad de los programas implantados.

Se ejemplifica lo anterior con un esquema:



Para el diagnóstico situacional de una población debe conocerse primeramente las características de la población dada por: Tamaño de población derechohabientes = N x demanda de los servicios de salud, se debe conocer también la situación de la población de acuerdo a la sociología médica, obteniendo de esta manera las condiciones de vida y trabajo de la población, lo cual es de importancia porque la estructura de la morbilidad varía según los grupos de población; haciendo particular énfasis en la ubicación que ocupa el organigrama de su área de trabajo; ubicación que determina dos cosas: 1°Conducta frente a la enfermedad y 2° Estructura de daños; de estas dos se obtiene la morbilidad percibida.



No sólamente importa el volumen de demanda sino que se hace necesario conocer el tipo de atención demandada.

Después de lo anterior se elaboran "patrones de atención médica"", los cuales se basarán también en el conocimiento de datos tales como: Escolaridad, fuentes de trabajo, edad, sexo, alimentación, población económicamente activa, ocupación, grupos familiares, migración y otros.

Hay en la sociedad una serie de procesos generales, determinados por la propia estructura productiva que existe en la sociedad; a su vez esta estructura productiva influye en el desarrollo tecnológico y en las formas de propiedad de los medios en la sociedad, lo que determina la estructura social, que para nuestros fines representa otro gran elemento urgente que es la composición social o sea las clases sociales, que tienen ciertas condiciones de vida y trabajo que afectan a toda la población; de éstas hay procesos generales y los procesos particulares. Las condiciones generales son:

1. Condiciones sociales
2. Condiciones políticas
3. Condiciones que atañen al proceso de la conciencia.

Los procesos particulares: Son los procesos de trabajo los que determinan las condiciones de morbilidad, y al haber diferentes tipos de trabajo, estos nos dan las clases y fracciones de clases sociales.

Los elementos que intervienen en el proceso se señalan de la siguiente manera: (Hoja No. 1).

Con lo anterior podemos determinar el perfil epidemiológico de la población, lo que realmente está dado en síntesis por: Ocupación, rama de actividad y particularmente importante la posición en su trabajo. Este perfil epidemiológico se arma de la siguiente manera: (Hoja No. 2).

El Dr. Ernesto Espinoza Arteaga expone el tema Teoría de la Organización y las Organizaciones dentro del tema Organización de la Atención Médica en una Institución de Seguridad Social.

Definición de organización: Son conglomerados humanos que interactúan entre sí en un marco de fronteras limitadas, para llegar a una meta u objetivo, donde impera cierto orden jerárquico de organización, comunicación y coordinación.

Todas las organizaciones revisten importancia porque el mundo está regido por ellas.

Se considera que todas las organizaciones actúan en forma abierta, porque interactúan con su medio ambiente y además influyen en él.

PROCESO GENERAL	PROCESO PARTICULAR	ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO	REFERENTES EMPIRICOS
Desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones de producción.	Proceso de trabajo seguido para la reprocucción social	Consumo-producción (intercambio hombre-naturaleza)	Datos económicos de producción por sectores, etc. en la FES.
FES	Tipos de proceso de trabajo que se encuentra articulados en ella	Acumulación de capital-pauperización. Formas híbridas de subsunción trabajo-capital).	Productividad en relación con salarios (formas de extracción de plusvalía).
Composición Social: Clases	Clases y fracciores que condicionan distintos tipos de proceso de trabajo.	Fraccionamiento del sujeto social: Capitalista Asalariado Pequeño propietario Subempleado o desempleado	Ocupación Relación con los intrumentos de trabajo, con la materia prima y con el producto. Relación social de producción (posición en el trabajo).
Condiciones 1) Sociales-naturales: Salud-enfermedad	Modo en que cada clase enfrenta su reproducción (producción-consumo)	Perfil reproductivo + perfil patológico = perfil epidemiológico de clase.	Patología característica
2) Políticas	Formas específicas de práctica epidemiológica.	Estatal, informal, etc.	Conducta ante la enfermedad
3) De conciencia.	Expresión en el plano de la conciencia de la relación de los hombres de una clase con sus problemas colectivos de salud-enfermedad.	Conceptos de determinación y distribución de la enfermedad.	Cómo piensan acerca de la enfermedad.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO

	PERFIL REPRODUCTIVO		PERFIL PATOLOGICO	
DOMINIO	VALORES	CONTRAVALORES	POLO +	POLO -
NATURAL-ORGANICO	Crecimiento Desarrollo Funciones orgánicas	Anomalía genética Contaminantes Ambiente, etc.		
CLASE EN SI	Acceso a formas adecuadas de consumo Carácter enriquecedor del trabajo	Explotación Desgaste, violación del tiempo de reposición.	Calidad de vida Cantidad de vida	Morbilidad Mortalidad
CLASE PARA SI	Conciencia, organización, solidaridad.	Alienación, fragmentación, etc.		

HOJA No. 2

Según Handy hay 4 tipos de cultura:

1. Cultura de poder. Que es de características pequeñas, ejemplificada por la telaraña donde se centraliza el poder. Su dios es Zeus rey del Olimpo; tiene reglas escasas, lo cual hace que el control sea fácil.

2. Cultura del puesto:

   - Característica: Son organismos grandes
   - Figura: Templo griego.
   - Es más importante el puesto que la persona
   - Dios Griego Apolo
   - Muchas normas
   - Control difícil (muy difícil de modificar una norma).

3. Cultura de la tarea (meta)

   - Característica: son organizaciones tamaño medio
   - Ejemplifica con una matriz (una de mando y otra operativa)
   - Dios griego Odiseo-Ulises
   - Reglas - resultados específicos
   - Control casi no existe.

4. Cultura de persona.

   Característica organización de tamaño pequeño
   - Ejemplificación esquemática la galaxia (muchas estrellas y astros).
     Control difícil
   - Reglas - escasas
   - Dios griego Dionisio
   - Rara vez la cultura se da pura, generalmente es mixta, con dominancia de alguna en las áreas laborales.

Algunos factores que influyen para las organizaciones son:

1. Tipo de propiedad
2. Tecnología
3. Metas
4. Tipos de personas.

Se menciona la organización como parte del proceso administrativo y la define de la siguiente manera: Es darle forma a una empresa para que logre sus metas y objetivos; lo cual consta de los siguientes pasos:

1. Tener identificados los objetivos y metas.

2. Identificar todas las funciones y actividades.

3. Agrupar las funciones y actividades.

4. Departamentalizar.

5. Establecer jerarquías.

6. Organigrama.

La razón principal para organizar es el "tramo de control".

A continuación se enumeraron los criterios para agrupar actividades:

1. Criterio numérico
2. Criterio por tiempo
3. Criterio por funciones
4. Criterio regional (geográfico)
5. Criterio por producto
6. Canal de mercado
7. Tipo de cliente
8. Matricial
9. Mixta.

A continuación el Dr. Horacio Díaz Cházaro diserta sobre Organización de la Atención Médica en una Institución de Seguridad Social. Aspectos prácticos.

Exponiendo que la meta es salud para el año 2,000 mediante la aplicación de campañas masivas tendientes a la generalización de la seguridad social. Y consecuentemente mejorar la calidad de vida, para lo cual actualmente se es tán reestructurando aspectos administrativos tanto en lo técnico como en lo humano.

Posteriormente define los niveles de atención médica:

1. Primer nivel: Medicina comunitaria, medicina preventiva, encargada de resolver la mayoría de los padecimientos de la población 65% de las consultas.

2. Segundo nivel: Hospitales con recursos económicos y técnicos importantes, resolviendo los padecimientos referidos por el primer nivel aproximada - mente 30%.

3. Tercer nivel: Grandes hospitales donde se resuelven problemas de salud más específicos que en los dos primeros niveles 2.3%, y gasta el 48% del presupuesto total de atención médica.

En condiciones ideales la ubicación de un hospital general o de segundo nivel con sus cuatro especialidades básicas no deberá quedar a 60' de las unidades que soliciten apoyo (UMF).

Los hospitales en función actualmente no están diseñados para la actividad que están realizando por lo que recomienda ampliar y optimizar los servicios en los diferentes turnos y escalonar los horarios así como optimizar los recursos técnicos y humanos.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 11 DE FEBRERO DE 1983.

El Dr. Adolfo Merelo trata sobre la Organización de las Areas de Urgencias.

Inicia la exposición con la realización de un ejercicio que demuestra que todo problema puede tener más de una solución, analizando con todo el grupo se revela que apoyándonos en alguien más para identificar el problema se evita la ceguera de taller.

Al organizar un servicio de urgencias debe considerarse éste como parte de un sistema de atención médica integral que es la unidad médica debiéndose considerar las espectativas de la comunidad que pueden ser personales, sociales y profesionales.

La multiplicidad de padecimientos que requieren atención urgente hacer difícil la organización de dicho servicio; así mientras sean mejor integrados y suficientes la atención será mejor proporcionada. El servicio debe considerar el acceso de los demandantes así como el acceso a hospitales de apoyo.

Conforme la concentración urbana sea mayor, los servicios de urgencias lo irán siendo, así como su especificidad, dando orígen a hospitales de urgencias pediátricas, traumatológicas y pensándose en la posibilidad de implantar urgencias obstétricas.

El Dr. Nicolás Arias trata sobre el problema de Organización de Areas de Consulta Externa dividiendo su exposición en tres etapas:

En la primera establece un marco de referencia señalando como elementos trascendentes, conocer las necesidades de la población a la que se sirve, la organización de los servicios de la consulta externa, mencionando que en ésta se manejan recursos materiales, humanos y físicos dependiendo de la magnitud del servicio, del número de habitantes que demandan la atención, debiéndose resolver la problemática mediante la estratificación del recurso (niveles de atención) con un flujo adecuado de pacientes.

Las características de la población deben incluir su magnitud, dispersión, factores socioeconómicos, tablas de morbi-mortalidad en que deben analizarse dentro del marco de la tencnología disponible y establecer programas lógicos para disminuir el daño a la salud.

El enfoque sistematizado de las unidades de atención médica incluyen departamentos finales como son: la consulta externa, medicina familiar, medicina no familiar, urgencias, planificación familiar, medicina preventiva, medicina del trabajo, odontólogos y egresos hospitalarios en las cuatro especialidades básicas. Los departamentos intermedios, enfermería, farmacia, trabajo social, archivo clínico, ambulancias, dietología, auxiliares de diagnóstico y auxiliares de tratamiento. Los departamentos generales: Administración, conservación, enseñanza e investigación y epidemiología.

La segunda parte consistió en un trabajo de grupo a fin de elaborar un programa para disminuir la mortalidad perinatal en el primero y segundo niveles de atención médica.

La tercera parte consistió en la revisión de ese programa mencionándose que las acciones en el primer nivel como metas intermedias deben encaminarse a la disminución de la prematurez y a la muerte fetal por embarazo prolongado procurando que el producto llegue sano al parto.

Las acciones de segundo nivel deberán disminuir la mortalidad natal y neonatal temprana.

Posteriormente el Dr. Merelo nos señaló índices para el recurso cama en el área de urgencias correspondiendo una cama de urgencias por cada veinticinco camas censables de adulto y una cama de urgencias pediátricas por cada quince camas pediátricas con un mínimo de una incubadora en el servicio de urgencias. Hace notar que en cuanto a los recursos las camas varían según normas y políticas de la unidad.

Indicadores de número de camas para hospital general de zona: 1.7 a 1.9 por mil usuarios y en el tercer nivel 0.3 a 0.5 por mil usuarios, dividiéndose en 45% de camas para actividades médico-quirúrgicas, 27.3% de camas para ginecobstetricia y 27.3% de camas para pediatría, de éstas corresponden el 23.5% a camas pediátricas y el 3.8% a incubadoras.

Se comentan algunos puntos importantes referentes a las filas de espera que deben hacer los usuarios para recibir el servicio, siendo los puntos a considerar: 1. Instalación, 2. usuarios, 3. servidores, 4. modelo de llegada de los usuarios, 5. modo de proporcionar los servicios, 6. políticas de la fila de espera, 7. costo y su beneficio derivado de las esperas cortas y 8. costo para el otorgante de servicio.

En el problema para la organización de un servicio de cirugía se menciona que el recurso quirófano debe estar en relación de un quirófano por cada 50 camas censables contar con tres camillas de recuperación por cada quirófano una sala de labor por cada 15 camas de ginecobstetricia y una sala de expulsión por cada 30 camas de ginecobstetricia.

De acuerdo al tamaño de la unidad los quirófanos pueden equiparse para cirugía específica (O.N.G., traumatología, etc.).

Se diseñó lo que es un quirófano ideal donde deben respetarse las áreas de tránsito, el flujo de personal, requisitos de limpieza y las normas de quirófano.

Para terminar la exposición se establece un planteamiento para la resolución de problemas en los diferentes servicios que consiste en:

1. Localizar un solo objetivo.
2. Presentar el problema en términos de situación y no de conducta.
3. El planteamiento del problema no debe implicar una solución.
4. El problema debe ser expresado en términos de interés mutuo.
5. El planteamiento debe ser breve.
6. El planteamiento debe respetar el área de libertad del directivo.
7. El directivo debe compatir el planteamiento de información esencial.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 15 DE FEBRERO DE 1983.

LA MEDICINA DEL TRABAJO Y SU IMPORTANCIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Juan Antonio Legaspi Velasco.

Inicia el tema mencionando que, el valor fundamental del hombre en su trabajo y una obligación defenderlo como un derecho social, que la sociedad se ha organizado con el propósito de lograr que toda capacidad creativa disponga de trabajo y que a toda fuerza de trabajo se le otorgue como un derecho la protección de su salud.

La inconformidad de los grupos obreros dentro de las sociedades industriales y las teorías revolucionarias o reformistas, dieron lugar a la promulgación de las primeras leyes modernas de protección al trabajo humano, cuando se advirtió que tanto la frustación como la incertidumbre despiertan en el hombre la agresividad y fomentar en los pueblos una permanente inquietud revolucionaria; así, con los alvores del siglo XX se inicia el desarrollo de los Seguros Sociales dentro de las Naciones Industriales.

En el preambulo de la constitución de la Organización Internacional del Trabajo, en 1919, se fundamentan los derechos de los trabajadores en la dignidad de la persona humana y se afirma que la justicia social, es el único medio que permitirá asegurar la paz universal y permanente.

Luego hace referencia a la definición de salud, expresada por Dubos, conceptuándola también como estado de bienestar general que permite afrontar las exigencias del trabajo y encarar los éxitos o los fracasos que la vida diaria depara a cada quien.

Después se hizo mención de los antecedentes y concepto de los riesgos de trabajo, constituyendo estos un reto al ingenio del hombre como un problema social, ya que habiendo nacido con el trabajo, se hizo más evidente con el maquinismo industrial, recordando que las distintas formas de actividad humana a la vez que ayudan a transofrmar a la naturaleza en beneficio de la comunidad, representan a menudo la posibilidad de alterar la salud y la vida del hombre que trabaja, no pasando inadvertida esta situación por científicos de relevancia en la hisotria de la medicina como Hipócrates, Galeno y Paracelso considerando a Bernardino Ramazzini como padre de la medicina del trabajo, instituyendo el axioma: "más vale prevenir que curar", haciendo ver que es eminentemente preventiva; adoptándose por primera vez, dicho término de medicina de trabajo, en la Ciudad de Lyon, Francia, en 1929, ya que su amplitud es mucho más adecuada que otros términos que son limitativos, abarcando todas las ramas de la actividad humana desde un punto de vista multifactorial e interdisciplinario.

La medicina del trabajo estudia los daños a la salud, originados por el desempeño laboral e incluye dentro de sus funciones, la evaluación del ambiente de trabajo para establecer la relación causa efecto entre los agentes potenciales nocivos presentes en el ambiente laboral, y las alteraciones a la salud identificados en los trabajos expuestos a fin de prevenirlos.

En relación a los riesgos de trabajo en la legislación laboral en América Latina, puede afirmarse que en todos los países americanos, se preve , a través de dicha legislación el ortorgamiento de prestaciones por esos riesgos a cargo de la responsabilidad patronal.

Se analizó el aumento año con año de los riesgos de trabajo ocurridos, lo que constituye motivo de alarma y ante lo cual es un imperativo establecer los mecanismos necesarios para tratar de detener este problema que afecta no sólo a los trabajadores y a las instituciones, sino que representa un factor negativo a la economía del país que tal vez a sido un tanto inadvertido en su escencia.

Cumplimentar la estrategia preventiva de los riesgos de trabajo, implica capacitar a la población para que participe en actividades preventivas de saneamiento del medio ambiente, específicamente en aspectos de medicina del trabajo, ya que como problema multifactorial requiere de estrategias integrales en que la educación tiene una alta prioridad.

INTRODUCCION A LA EPIDEMIOLOGIA. Dr. Teodoro Carrada Bravo.

Posteriormente el Dr. Teodoro Carrada Bravo disertó sobre la Introducción de la Epidemiología, iniciando ésta al analizar la etimología de: Epidemia, Endemia y Pandemia. Mencionando que la medicina preventiva está basada en las ideas Pasteurianas (de inmunizar a las gentes), aprovechar el factor del huésped para desarrollar una vacuna que protegiera.

Enumeró dos reglas de la epidemiología: siendo la primera que no debe uno gastar en nada que no tenga una utilidad directa; segunda: tomar acciones directas sobre los problemas que se están presentando.

Hipócrates decía que: El error más grande que se puede cometer es perder contacto con la realidad.

Después describió el Interferón, como una sustancia muy difusible, siendo formado por una célula infectada, que se difunde por las demás causando un efecto de interferencia en minutos. Al vacunar se produce Interferón inhibiéndose la diseminación del agente agresor.

Entre los principios de Epidemiología es que:

Para cualquier procedimiento de salud, se debe tener un fundamento cientí-

fico, bien establecido.

La Epidemiología: Se aprovecha del estudio del huésped, de su inmunidad y de sus capacidades genéticas; también identifica los grupos más susceptibles y estudia los mecanismos de transmisión de las enfermedades.

Para hacer Epidemiología se requiere de registros de salud y enfermedad de la población.

La clínica estudia un enfermo y su objetivo primario es obtener un diagnóstico y como objetivo secundario establecer un tratamiento, todo esto basado en un método de trabajo.

La Epidemiología estudia grupos humanos y no se ocupa de un individuo, hace diagnósticos, prevención y establece las historias naturales de las enfermedades.

En seguida, comenta que la infección es la introducción del agente en el huésped, multiplicándose y produciendo enfermedad cuando se manifiesta la sintomatología.

Por la tarde el Dr. Carrada hace mención de la necesidad de notificar a las autoridades sanitarias, los padecimientos transmisibles y domicilio del paciente para conocer las áreas afectadas y programar la vacunación en caso necesario; así mismo se debe informar de la morbilidad y mortalidad en forma sencilla semanariamente.

Se refirió a los sitios claves de la Epidemiología como son todos los lugares donde hay aglomeración de gente ya sea: Escuelas, Internados, Kinders, Guarderías, Hospitales y Casas de Cunas.

Posteriormente se refirió a la incidencia como la forma de medir el número de casos nuevos, y prevalencia en lo relativo a enfermedades crónicas, habiendo necesidades de combinar los dos métodos.

Enumera algunas de las enfermedades transmisibles, presentes en América Latina y Africa como son: El paludismo, la esquistozomiasis, el dengue, la filariasis, la enfermedad del sueño cuyo transmisor es la mosta Tse-Tse, la ococercósis, la leishmaniasis endémica entre los incas y la lepra.

Termina su exposición resaltando las aplicaciones principales de la Epidemiología utilizándose para la atención primaria a la salud, medir el grado de enfermedad de una población, la historia natural de la enfermedad, el estudio del medio social, y volviendo a insistir en que la epidemiología es una de las formas de avanzar en salud en los países subdesarrollados.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 16 DE FEBRERO DE 1983.

Las actividades se iniciaron con la lectura de la relatoría del día anterior, después pasamos al tema de Conceptos Genéricos de la Planificación.

La planificación se llama así en lugar de planeación, ya que ésta se diferencia en que son aspectos y procedimientos técnicos, y la planificación es la toma de decisiones para realizar acciones en un futuro previsible, definir los resultados y procedimientos para disminuir los riesgos y aprovechar las oportunidades.

Para realizar una planificación tiene que existir el marco conceptual, políticas nacionales, leyes, financiamientos, etc.

Existen varios puntos de clasificación según Steiner, las más importantes son de naturaleza genérica, filosófica y estructura.

La planificación deberá tener 4 elementos:

1. Concepción del cambio social.
2. Tener un sistema de información.
3. Tener poder
4. Toma de decisiones.

Enseguida el Dr. Enrique Parra nos habla sobre propósitos, objetivo, políticas y estrategias.

Propósito: Es el ánimo o intención de hacer una cosa.

Hay tres clases de propósitos:

a) Propósito de impacto. Son los que afectan a una población.

b) Propósito de producto.- Es el conjunto de conocimientos que tiene un valor humano. Son los que se logran en lo individual.

c) Propósitos marginales. Quedan como su nombre lo indica al margen, e implica compañeros y relaciones con otras dependencias o grupos sociales.

OBJETIVOS.- Es el enunciado del resultado esperado en términos precisos, unívocos, factibles, medibles y claros.

El objetivo puede ser terminal o intermedio, un objetivo terminal en el momento que se logra se puede convertir en intermedio.

Hay objetivos generales y específicos.

El objetivo debe responder a 4 interrogantes, que, quién, cómo y cuánto.

Políticas. Se refiere a los principios que gobiernan la acción, son líneas de pensamiento.

Hay tres tipos de políticas:

1. Las explícitas
2. Las implícitas
3. Las confidenciales

Las explícitas son las conocidas, que tienen lógica.

Las implícitas, es cuando hay que investigar las propias políticas.

Las confidenciales, tienen un grado de confidencialidad entre más alto sea el nivel jerárquico.

ESTRATEGIAS. Es la forma en que vamos a utilizar los recursos durante el proceso para alcanzar el objetivo. Otra definición, es el diagnóstico y previsión de recursos y variables para establecer prioridades en el tiempo.

TACTICA. Son acciones inmediatas que llevan al alcance de metas u objetivos cuya duración es transitoria. Otra definición, es la elección de una acción para intentar resolver un problema a corto plazo.

Por la tarde el Dr. Armando Cordera, nos habla sobre los Modelos de Planificación. Existen varios modelos para la toma de decisiones. El Matemático y el Arbol de Desiciones. éste último se maneja mediante alternativas. las cuales tendrán a su vez otras alternativas que se irán ramificando mediante el análisis que le dará peso.

Otro Modelo de Planificación es el Conceptual, mediante el cual se trata de definir cuales programas funcionan, cuáles no y programas actuales y estos tendrán que ser valorados mediante la opinión de la población, trabajadores de salud y autoridades con el fin de determinar programas extensivos y prioritarios y a partir de ellos efectuar la planificación.

Modelo de Predesición. Es un paso adelante del modelo Conceptual, en donde a partir del problema se pueden definir uno o más objetivos, posteriormente éstos se analizan a qué áreas afectan, se le llama modelo de Predesición -- porque se le lleva a un ejecutivo, el cual deberá de analizar y decidir la aceptación de acuerdo a su tiempo y recursos.

Modelo Normativo. Erich Jantsch expresó, que en lugar de tratar de obtener un resultado mediante la expresión de X número de tiempo, debiera ser en -- forma inversa, por ejemplo lo que se puede obtener en 15 años se puede lo-- grar a los 14 años y de éste a los 13 y así sucesivamente.

Los tres modelos anteriores se apoyan uno al otro.

Modelo operativo: Se realiza en un cuadro de doble entrada, en el cual se anota en la línea vertical las actividades a realizar en orden cronológico, y en la horizontal las personas que intervienen.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 17 DE FEBRERO DE 1983 .

PRINCIPIOS DE LA ECONOMIA DE LA SALUD

Lic. Federico Córdova.

Con propósitos de estudio se dividió la exposición en cuatro partes:

1. Introducción teórica de la Economía de la Salud.
2. Relación entre Estado y Salud.
3. Patrones de demanda de servicios de salud.
4. Salud y desarrollo.

La Economía es una ciencia relacionada con la escasez (necesidades infinitas y recursos escasos).

Hay varias teorías económicas:

La primera que se inició con Adam Smith (1776) con la aparición de su libro "La riqueza de las naciones" y separó la ética de la economía, la segunda se llamó utilitarista, la tercera monetaria y la cuarta distributiva, etc. Todas incluyen juicio de valor ya que él está en la esencia económica.

Como fuentes de valor se han señalado, la escasez, el trabajo, etc.

Otra definición de Economía es que es una ciencia que se encarga del estudio de la producción, circulación y distribución de los bienes y servicios.

El estudio de la Economía de la salud surgió en los 60s. en Inglaterra por Brian Agel Smith originado por la gran demanda de Atención Médica y el aumento de los costos.

Los campos de intervención de la Economía de la salud son: Demanda y oferta de servicios de salud y de trabajo para la salud, costo-beneficio de la salud y de los servicios de salud, la relación entre salud y desarrollo económico y la que existe entre el medio ambiente, la salud y la economía, la programación y evaluación de la salud, la estructura económica y la salud así como la salud y el capital transnacional.

1. Demanda (es inelástica en relación al precio) es decir en los países avanzados la demanda de salud es igual sea el precio alto o bajo.

2. Fuerza de trabajo - determina tipo y volumen de recursos, es el objeto de su estudio.

3. Costo beneficio - es un instrumento de planeación, se debe usar para la toma de decisiones.

4. Costo-efectividad- se expresa en términos de medida de salud ya que no existen medidas para la efectividad.

5. Medio ambiente, salud y desarrollo económico su estudio ha dado origen a la economía del medio ambiente.

6. Salud y capital trasnacional - El capital es anacional, se mueve entre las naciones sin buscar el beneficio, sólo su incremento, un ejemplo es la industria químico-farmacéutica que sigue las reglas descritas y busca sólo el incremento del capital sin importar la salud del hombre.

2. EL ESTADO Y LA SALUD DEL PUEBLO.

El estado es un concepto abstracto para describir y concebir una forma de organización de la sociedad humana, es decir es un poder que surge de la sociedad y se coloca por encima de ella. Nace en los momentos en que la sociedad está dividida por intereses antagónicos, como poder reconocido que amortigue, conduzca o encamine los intereses hacia un fin determinado (sobrevivencia de la sociedad). La sociedad es quien determina la forma del estado. La salud esta dentro de las funciones sociales del estado, manifestada primariamente en procesos de urbanización, es decir, su intervención en la salubridad y en el sanitarismo mediante eliminación de deshechos (eliminación de excretas y basuras para controlar epidemias) posteriormente interviene paulatinamente en el otorgamiento de la atención médica y llevándolo a establecer como obligación y derecho del cuidado público de la salud.

Como ejemplo de economía centralmente planificada que reconoce a la salud se describió el sistema de salud soviético, el cual desde la época de los zares trató de ser universal, lo cual se logró con la revolución.

Los principios de este sistema son:

- Unidad orgánica de servicio.

- Participación en el cuidado de la salud y profilaxis como base de los servicios.

Se describió a continuación el sistema nacional de salud de Inglaterra, y su ideólogo Sir Guilliam Beberige dijo que el sistema de salud requería que se implante la justicia en lugar de la fuerza como árbitro, que

todo mundo tenga oportunidad de realizar un trabajo productivo y que toda gente debe tener la seguridad de un ingreso cuando no puede trabajar.

La evolución del sistema de salud en México fué analizada a continuación y se dijo que desde las épocas prehispánicas ha tenido aceptación por la sociedad.

3. PATRONES DE DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD.

En este tema se analizaron los factores biológicos, tecnológicos, sociales, tipo histórico de sociedad y estrato social que influyen en la demanda, entendiendo esto como el deseo y posibilidad de pagar por una suma determinada de dinero una cantidad de bien o servicio; la demanda de salud es infinita ya que es tan grande como el deseo de vida, esto se debe diferenciar de la demanda de servicios de salud entendiendo por servicios las formas de atacar un problema determinado que daña la salud del hombre.

En esta se debe diferenciar entre demanda real y demanda potencial las cuales tienen cuatro determinantes, dependiendo del momento histórico: nivel de salud de la población, estructura productiva de esa sociedad, factores superestructurales (creencias, leyes, religión, instituciones, etc.) y medio ambiente físico aunado al tiempo histórico en el cual se desenvuelve la vida de esa sociedad.

4. DESARROLLO Y SALUD.

Desarrollo económico.- Es un proceso complejo dialéctico, en el que actuan fuerzas económicas y sociales conformadas en estructuras diferentes que varían según la sociedad, el tipo histórico y el modo en el cual se produce.

Se usa para medirlo el producto nacional bruto, o el P.I.B. aunque realmente no sea medido por esos indicadores.

La salud es riqueza puesto que su objetivo es el hombre y se le ha ligado al desarrollo hace casi 2 siglos diciendo que la pobreza genera enfermedad y esta pobreza.

En estudios de riqueza y salud se dice que explican hasta un 50% de la varianza entre los diferentes países.

La relación entre salud y desarrollo hace diferentes los patrones de demanda, los mejores ejemplos es la diferencia en ella entre las sociedades agrarias y las sociedades industrializadas. En México su acelerado proceso de desarrollo ha sido condicionante de que la patología sea

rur-urbana, tanto en morbilidad como mortalidad.

PLANIFICACION

Dr. Armando Cordera.

Los niveles de atención médica, son una estrategia usada para llevar los recursos a la población en una forma lógica y racional.

Para entender mejor esto es necesario describir el concepto de Edward Suchman de cómo se comporta la población cuando está a punto de declararse enferma:

1. Justifica socialmente la enfermedad sin buscar ayuda, frecuentemente en esta etapa se automédica.

2. Comunica a una persona de su respeto (por edad, educación, conocimiento de la vida), sus molestias busca consejo sin el propósito, por lo general, de seguirlo.

3. Pregunta a la persona que tiene un conocimiento y que es accequible a él (personas que trabajan en un hospital, boticario, etc.).

4. Pregunta a quien tiene conocimiento profesional (médico o personal paramédico).

Los tres niveles administrativos de la atención médica son:

a) Médico general.

b) Consulta especializada (ejem. Pediatría, Cirugía general y Medicina Interna y

c) Nivel más especialízado.

Hay dos conceptos de niveles de atención médica:

1. Funcional. Su funcionamiento y hasta qué grado hay autoatención, depende del país - ejemplo Inglaterra que a través de grupos controla las enfermedades más frecuentes y endémicas.

2. Autoatención.- Es un concepto nuevo no siempre aceptado. En México hay 2 ejemplos con resultados satisfactorios: El Proyecto Piaxtla en Ajoya, Sinaloa en el cual la población satisface su atención médica hasta un segundo nivel sin médico y el de los Servicios Coordinados del Estado de México. Dirigido por el Dr. Gustavo Baz; a través de él, se ha logrado que los padres de familia sean responsables de la salud de sus hijos a cargo de un Técnico de Salud, por cada 3,000 personas y cada diez técnicos hay un médico con formación en salud pública.

En este nivel se atienden problemas rutinarios.

En Cuba la atención se da a través de Jefes de Manzana y profesores de las escuelas primarias adiestrados para resolver problemas, repetitivos que se pueden resolver mediante un algoritmo es decir se define mediante un proceso secuencial lo que hay que hacer para cada cosa.

En este nivel se atienden problemas repetitivos. Después del nivel de autoatención sigue el paramédico caracterizado por personal con funciones paralelas a la medicina y comprende a la enfermera, personal técnico (laboratorio, Rayos X, electroencefalografía, etc.).

Farmacéuticos (cuando preparan fórmulas magistrales) y el personal de rehabilitación física y ocupacional.

En los países socialistas de Europa esta atención la hacen los Feldschers, en China los médicos descalzos y en Suecia e Inglaterra las enfermeras de distrito.

En este nivel se atienden problemas que ameritan tomar decisiones sencillas.

Así, el primer contacto con el médico es la toma de decisiones complejas. La filosofía de esto es "dejar que cada quien haga lo más que puede hacer".

Balnit citado por Norbert Benrsait dijo que en los primeros niveles los problemas son sencillos cargados de problemáticas psicosocial, él los resolvía llevando el caso a un grupo que analizaría en conjunto la problemática del paciente.

Si el médico actuara a niveles más altos, tendría satisfacción profesional y mejoraría la Medicina.

Otra estrategia es la descentralización cuyo ideólogo Alfred Slow dijo que lo más importante en ella es el tener claros los procedimientos y las normas que deben ser iguales para todo el país a todas las agencias, la variancia en la organización para adecuarlas a la cultura es admisi-

ble; y debe obligar a la creación de un estímulo o premio.

La Medicina Familiar como otra estrategia plantea la problemática para México de que no se ha podido estudiar ya que se otorga medicina individual y la unidad de análisis es el individuo.

LA ECONOMIA DE LA SALUD

Federico Córdova

La economía de la salud nace en la década de los sesenta como una subdisciplina de la ciencia económica. La economía se derivó originalmente de la ética; hasta hace 300 años era difícil distinguir entre un tratado de ética y otro de economía. Con la aparición de "La Riqueza de las Naciones" de Adam Smith en 1776, la economía surge como rama independiente del conocimiento humano, aún cuando nunca podrá abandonar el problema del juicio de valor, pues éste está en su esencia. En efecto, la economía se aboca en un sentido muy abstracto al estudio del problema del valor.

El hecho de tener el valor en su origen y en su centro ha llevado a mentes brillantes a dudar del carácter científico de la disciplina, duda reforzada equivocadamente por el hecho de que la economía es una ciencia cuyas conclusiones no pueden ser puestas en práctica en el laboratorio, o mejor dicho, para la cual el laboratorio es la sociedad entera. La economía es una ciencia social y no exacta; sin embargo su desarrollo teórico y su práctica social van adquiriendo en el tiempo la exactitud requerida por la ciencia.

Decíamos que la economía tiene en su origen y en su centro al valor. En efecto, esta disciplina intenta responder a preguntas como: ¿qué es el valor?, ¿de dónde suge, o mejor dicho quién lo crea?, ¿cómo se distribuye el valor, después de creado, entre los diferentes agentes que intervinieron en su creación?. Nadie ha podido definir aceptablemente al valor; en un concepto tan abstracto que resulta casi imposible definirlo; así se ha preferido hablar de las formas más concretas que asume el valor, como sería el valor de uso o el de cambio. Quienes en la ciencia económica han intentado una separación completa con la ética, niegan la existencia del valor y prefieren hablar de "utilidad", concepto tan abastracto como el otro y que tampoco ha sido posible definir en forma aceptable. La definición más convincente que hay nos dice que la utilidad es un concepto metafísico; en estas circunstancias resulta muy difícil si no imposible demostrar su existencia o negarla.

Como fuente del valor se ha hablado, en la historia del pensamiento económico de la escasez, a la que se le ha dado una importancia desmesurada, sobre todo cuando el interés del lucro desea justificarse. Las investigaciones contemporáneas nos hacen ver que la escasez es una fuente de valor, pero de ninguna forma la única. Además nos indican que la escasez es algo relativo: el desarrollo de la tecnología-producto del desarrollo de nuestra mente- ha hecho que bienes escasos en un momento dado no lo sean en otro posterior. Así, fuera de la dimensión tiempo la escasez no existe; la escasez es algo relativo, algo relacionado con el tiempo.

El trabajo ha sido considerado otra de las fuentes del valor. Si el trabajo, como actividad consciente a través de la cual recreamos la creación es lo

que nos permite desarrollar la mente y recrear nuestra existencia, debe ser fuente de valor. Una de las principales escuelas de pensamiento económico considera al trabajo como la fuente del valor. La escuela de pensamiento utilitarista, aún cuando no reconoce explícitamente el valor, implícitamente establece a la utilidad como fuente - o sinónimo - del valor. Sin embargo no nos indica en relación a qué está dada esa utilidad. Nos atrevemos a pensar que se da en función del proceso de desarrollo de la vida, de ese proceso creativo que, habiendo partido de la materia sin vida culmine quizá algún día en la vida sin materia.

No podemos concebir a la utilidad más que en función de la vida misma. Algo es útil y, por lo tanto valiosos, si y siempre si contribuye al proceso evolutivo de la vida.

Dejemos los aspectos filosóficos de la disciplina económica y regresemos a cosas más concretas. Una definición muy sencilla de la economía es aquella que nos dice que es la ciencia que se encarga del estudio de la producción, circulación y distribución de los bienes y servicios. Es este estudio de la distribución el aspecto que sigue y seguirá ligando a la economía con la ética; muchos economistas prefieren no tratarlo, pues despierta las emociones más violentas en los hombres. Es el punto de contacto entre la economía y la praxis política y social. Cabe recordar aquí que la economía es mejor conocida por muchísimos economistas como "economía política"; adjetivo que hace recordar el carácter social de nuestra ciencia.

Decíamos que la economía de la salud surge como subdisciplina de la ciencia económica en la década de los sesentas. La gran demanda de servicios de salud que la sociedad se planteaba así como el incremento en el costo de la atención médica llevó a reforzar la investigación de estos fenómenos. Los primeros estudios surgen en los países anglosajones, fundamentalmente en Estados Unidos, Inglaterra y Canadá.

En Canadá existe un sistema de salud integrado, basado en el seguro universal y que tuvo su origen durante un mandato socialista en una de sus provincias; el experimento resultó interesante, pero las dimensiones del proyecto -sujeto a una provincia de las de menor población - amenazaban con un desastre financiero. Fué así como se extendió el sistema con gran velocidad a las demás provincias canadienses y hoy Canadá cuenta con uno de los grandes sistemas unificados de salud que existen en el mundo.

El caso inglés era diferente. La segunda conflagración mundial había resaltado con notable nitidez el problema de la salud pública y la necesidad de que fuera el Estado quien organizara la solución. Fue así como nació, después de la guerra, el sistema nacional de salud británico de cobertura nacional y con forma de seguro universal.

El caso de los Estados Unidos era diferente. En ellos la medicina privada ha encontrado su refugio más seguro. El médico fué, desde un principio, muy hábil en la defensa de sus intereses económicos individuales aún cuando éstos fuesen un poco en contra de sus concepciones éticas referentes al valor de la vida. Desde muchos años atras los médicos se organizaron en una sociedad, la AMA (American Medical Association), la cual ha actuado como verdadero monopolio en el control de la dotación de servicios de salud en ese país. De los tres países arriba mencionados proceden la mayor parte de los estudios que sobre economía de la salud se han publicado, aunque en forma reciente los economistas de los países del llamado Tercer Mundo vienen trabajando algunos otros aspectos de la economía de la salud no tratados antes; se derivan del estudio de la transnacionalidad del capital y se refieren, muy específicamente, a la industria farmacéutica.

Los campos en los que interviene la subdisciplina son variados y extensos. Entre ellos, la demanda y la oferta de servicios de salud y la de la fuerza de trabajo para la salud; los costos y los beneficios de dichos servicios y de la salud misma; la relación entre la salud y el desarrollo económico y la que existe entre el medio ambiente, la salud y la economía; la programación y evaluación de la salud así como la relación entre la estructura económica y la salud; la salud y el capital transnacional, etc.

En otro trabajo de este simposium se habla de los patrones de demanda de servicios de salud y de la demanda de salud en general; añadamos que el estudio de dicha demanda nos permite ver que cuando el hombre tiene que comprar los servicios de salud la elasticidad ingreso con respecto a los gastos en el cuidado médico es tanto menor a la unidad cuanto mayor es el nivel de salud del individuo.

Los estudios empíricos también han demostrado que la demanda por servicios médicos es bastante inelástica en relación al precio; es decir, es un tanto independiente de él; sin embargo la demanda por seguro de salud es más elástica con respecto al precio.

Los estudios sobre la fuerza de trabajo se centran en determinar el volumen, calidad, tipo y distribución de los recursos humanos que hay que producir para la satisfacción de las necesidades de salud. Los estudios demuestran que la escasez de recursos humanos pudiera ser un importante cuello de botella en la dotación de servicios de salud, cuello que impidiera cerrar la brecha entre demanda y oferta de dichos servicios. El cuello de botella principal parece ser la formación de recursos auxiliares.

Los estudios relacionados con los costos y beneficios de la atención en salud son los más apasionantes y de los que han despertado mayores polémicas. El análisis costo-beneficio es una forma sistemática de pensamiento para tomar decisiones, en la cual implícitamente se considera que: a) un acto no debiera realizarse a menos de que sus beneficios superen sus costos;

b) es necesario medir beneficios y costos en una misma escala a pesar de que algunos beneficios y costos no se cambian en el mercado y por lo tanto no tienen valor monetario común que los haga comparables. El análisis costo-beneficio de los programas de salud tiene como antecedente histórico los intentos por medir el valor capitalizado de la vida humana.

Los costos económicos totales de la enfermedad constan del gasto directo en el tratamiento médico y los costos indirectos, que incluyen la morbilidad, mortalidad prematura, dolor y sufrimiento. El análisis de costo-beneficio compara los gastos adicionales resultado del otorgamiento de los servicios de salud, con los beneficios, trayendo a ambos a un valor presente o actualizado. La utilidad de esta técnica se ve muy reducida porque hay muchos costos y beneficios que no tienen expresión monetaria.

Las conclusiones más importantes que hasta ahora existen sobre la técnica del costo-beneficio para medir la bondad del gasto en la salud indican que: 1) en lo que respecta a la regulación del medio ambiente, la seguridad y la salud, pueden presentarse situaciones en las cuales una decisión sea correcta aún cuando sus beneficios no sobrepasen sus costos y que hay buenas razones para oponerse a los esfuerzos por dar valores monetarios a los beneficios y costos que no son cambiados en el mercado.

Esos problemas han hecho surgir el enfoque de costo-efectividad, análisis que examina la forma más eficiente de alcanzar un objetivo dado. Frecuentemente el objetivo no se expresa en términos monetarios, sino en términos de una medida de salud. Los estudios de costo-efectividad encuentran su limitante principal en la falta de información sobre las medidas de efectividad.

El análisis costo-beneficio y el de costo-efectividad constituyen una profundización importante sobre las alternativas a escoger; sin embargo, tanto los factores políticos como los sociales jugarán siempre un papel relevante en la toma de decisiones; así, las técnicas no pueden sustituir al hombre en la toma de decisiones en las que interviene el valor en su concepción ética.

El primero de los trabajos presentados en este simposium versó sobre la salud y el desarrollo; nada nos queda por agregar, así que nos limitamos a reafirmar que no es posible concebir desarrollo sin salud, como tampoco lo es salud sin desarrollo. Por lo que toca a la relación entre el medio ambiente la salud y el desarrollo, nos limitaremos aquí a señalar un hecho importante: las discusiones sobre el tema han dado nacimiento ya a una nueva subdisciplina económica, la economía del medio ambiente. Esta rama de la ciencia económica estudia el costo y los beneficios de las transformaciones que la actividad productora del hombre produce en el medio ambiente. Se ha encontrado que los beneficios de corto plazo pudieran, a la larga terminar en un costo muy alto, tan alto como la extinción de la vida en el planeta, por lo menos de la vida humana. Se ha visto también que tanto las economías de mercado como las centralmente planificadas presentan serios problemas en cuanto a la modificación y deterioro del

medio ambiente. La economía del medio ambiente también se ha percatado que los programas que se establezcan para preservar y mejorar el medio ambiente pudieran ser generadores de procesos contrarios; es decir, los mismos programas de mejoramiento del medio pudieran ser también factores en el deterioro del mismo. El caso más notable lo es el de la toma de aguas del ártico para irrigar los desiertos del Asia Central en la Unión Soviética.

Los aspectos de la programación serán tratados en trabajo específico, en especial aquéllos relacionados con la programación del sector salud en México, permítasenos pues constreñirnos a algunas reflexiones en torno a la evaluación. Una de las principales formas de evaluación económica ha sido ya mencionada en el presente trabajo: nos referimos al análisis costo-beneficio y al de costo-efectividad. Sin embargo, no son éstos los únicos procedimientos.

Las principales preguntas a resolver en la evaluación económica son: ¿cuál es el costo del servicio? ; ¿cuál su beneficio? ; ¿cuál es la forma más eficiente para tratar una condición dada? ; ¿vale la pena el tratamiento?. Esta última pregunta se da a menudo por sabida, pero es algo que siempre debemos cuestionarnos, ya que todo esfuerzo requerirá el uso de recursos que podrían ser utilizados en alternativas diferentes; la validez de un programa de atención a la salud dependerá siempre de los usos alternativos de los recursos utilizados. La selección que se refiere a la distribución de recursos entre diferentes grupos de clientes es compleja en extremo pues implica juicios de valor; a pesar de dichas complicaciones esas decisiones tienen que tomarse y, entre mejores bases de decisión tengan, es de esperar que sean más justas. El principio de mayoría como base de justicia en este tipo de decisiones no siempre es el más justo, sin embargo tampoco debe utilizarse este hecho para negar en forma sistemática justicia a las mayorías.

Procedemos, para terminar esta intervención, a hacer algunas reflexiones sobre el carácter transnacional que día a día adquiere la industria de la salud en el mundo occidental y las implicaciones que ésto tiene para los países en desarrollo como el nuestro.

El carácter transnacional del capital no es fenómeno reciente; quedó perfectamente claro desde mediados del siglo pasado y ha venido confirmando con el tiempo. En los últimos 30 años son numerosos los estudios sobre el fenómeno, en especial porque dicho carácter transnacional se ha manifestado también con características anti-nacionales que amenazan la estructura política mundial. El capital transnacional controla la industria químico-farmacéutica: él tiene la técnica y los recursos financieros. En este sentido la salud de miles de millones de seres humanos cada vez queda más en manos de unos cuantos grandes representantes de dicho capital. Las decisiones que ellos toman giran muchas veces no tanto en torno a la salud del hombre, sino a la necesidad intrínseca del capital de reproducirse por reproducirse, ampliándose en cada

ciclo reproductivo.

Esto ha llevado a una serie de problemas serios que la humanidad tendrá que resolver. En primer lugar nos encontramos con el hecho de que los países pobres tienen que pagar un precio muy alto por su salud; el precio es tan alto que en muchas ocasiones la disyuntiva se presenta como "o muero por falta de recursos para atender mi salud, o me esclavizo - vía endeudamiento - para pagar por ella". Las utilidades que la industria farmacéutica obtiene de su virtual situación monopólica son tan cuantiosas que resultan inconcebibles; una gran parte de estas utilidades se destina a actividades poco relevantes como es la publicidad del medicamento y otra muy importante, se remite al exterior como regalías; así los beneficios para el país donde la industria se ubica son poco relevantes. La publicidad resulta del hecho de la altísima diferenciación de marcas; esta diferenciación no siempre corresponde a la calidad curativa o a los efectos secundarios del medicamento, sino a situaciones de orden poco importante como sería el sabor, color o forma de prestación.

Hay muchísimas cuestiones a resolver por los economistas, sociólogos y políticos en lo que toca a la problemática que establece la transnacionalidad del capital en la industria de la salud. El más importante de todos quizá sea el que esta industria se enfoca más a la salud entendida como un proceso curativo que preventivo; revertir este hecho es de capital importancia para la salud del hombre.

En conclusión diremos que la economía de la salud, como subdisciplina de la ciencia económica abarca en su estudio una gran diversidad de campos. Entra en contacto con muchas otras disciplinas que van desde la ética hasta la filosofía, pasando por la medicina, la administración, la política, la sociología, etc. De los diferentes campos de la economía de la salud algunos resultan prioritarios para nosotros; son los relacionados con la demanda de servicios de salud, la demanda y oferta de fuerza de trabajo para la salud y la salud y el desarrollo económico, prestando especial atención, en este último campo, el papel que en la salud nacional juega el capital transnacional. En este sentido sería conveniente que se dirigiesen las investigaciones que en el campo de la economía de la salud emprendan los economistas mexicanos.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 18 DE FEBRERO DE 1983.

El Dr. José Luis Pozos comentó sobre los niveles de atención como una de las estrategias para la prestación de los servicios médicos, mencionando que dado que existe carencia de recursos, esto condiciona problemas para satisfacer las demandas de la población, por tal motivo, se hace necesaria la búsqueda de estrategias que permitan adecuar los recursos a un mayor número de población.

La creación de niveles, surge en base a la experiencia y al estudio de los principales padecimientos, ya que se ha detectado que ciertas enfermedades se presentan con mas frecuencia que otras y con mayor o menor grado de complejidad.

Para implantar estos niveles es necesario primero: Conocer el comportamiento de la demanda, en base al conocimiento de sus factores demográficos, culturales, religiosos la economía de la religión, el daño a la salud. En segundo lugar como participa la comunidad en el cuidado de su salud; tercero conocer las actividades organizadas o no de la comunidad en sus aspectos sociológicos y antropológicos con el fin de coordinar las acciones para encaminar a la comunidad a satisfacer sus necesidades de salud; por último es necesario el análisis de los recursos en cuanto a costos. Se conciben tres niveles, el primer nivel, se encarga del control de la población sana y enferma con un especial enfoque a las actividades de promoción y prevención de la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los padecimientos más frecuentes y con menor grado de complejidad biológica realizando ciertas acciones de rehabilitación, encaminándose todas estas acciones a la familia. También se encarga del control de ciertos padecimientos crónico-degenerativos y sirve de enlace con los otros niveles jerarquizando su envío. Dentro de sus actividades se encuentra la coordinación intersectorial de los servicios en la comunidad; el personal de este nivel está caracterizado por médicos familiares y/o generales con un nivel de conocimiento de poca profundidad pero gran amplitud, apoyado por personal paramédico polivalente que tenga arraigo en la comunidad. La atención se presta en el consultorio o en el domicilio del paciente.

El segundo nivel está encaminado a satisfacer las demandas de padecimientos con mayor grado de complejidad que pueden ser ambulatorio y/o hospitalizados; debe contar con médicos con capacitación más profunda pero menos amplia. La atención se presta en los hospitales con instalaciones de mediana complejidad y con tecnología media; el exceso es referido de Unidades de primer nivel.

El tercer nivel debe contar con personal médico y paramédico de elevada capacitación o especialización con gran tecnología e instalaciones complejas. El acceso de los pacientes es a través de las Unidades de Primer y Segundo Nivel. Para que estos tres niveles funcionen es necesaria una adecuada coordinación a través de una comunicación continua y adecuada que le permita una retroinformación.

Otra de las estrategias para utilizar los recursos, es el de la descentralización entendiéndose como tal el fenómeno de transferencia o creación de funciones y organismos con personalidad jurídica propia; autonomía orgánica y técnica sujetas a controles especiales. Así, se pueden distinguir tres tipos de descentralización: A) por colaboración, la que consiste en la delegación de funciones públicas que hace que la Administración Pública se delegue a personas que no son de la Administración, ejemplo: Escuelas, empresas privadas. B) por servicios, en la que se delegan funciones a una entidad con personalidad jurídica propia con patrimonios propios para atender actividades de carácter técnico que deberían ser cubiertas por el ejecutivo federal; ejemplo: El IMSS. C) territorial, atribuir a un organismo con personalidad jurídica propia competencia para conocer de algunos aspectos administrativos en una área territorial, ejemplo: Los municipios. Esto surge debido al gran congestionamiento producido por una autoridad central, lo que obliga a la desconcentración operativa, que se traduce en como acercar el recurso a la población, acompañándose esto de la descentralización, consistente en delegar la autoridad compartiendo la responsabilidad. No puede haber descentralización si no existe previamente una desconcentración operativa. Todo esto conlleva a descongestionar los niveles centrales para favorecer sus funciones de planeación, normatividad, control y evaluación.

Otra estrategia la constituye la Regionalización, la cual es un modelo de atención para satisfacer una demanda usada como instrumento administrativo que ha permitido la consolidación de los programas de salud a nivel local necesitando para tal efecto una adecuada coordinación en los recursos disponibles en la región.

La Organización Panamericana de la Salud, contempla como un mecanismo de descentralización técnica y administrativa con el establecimiento de niveles de atención.

Características: Para implantar un Sistema Regional de Salud, se necesita resolver varios problemas; el primero de ellos determinar el tamaño de la región el cual debe estar dado por el flujo normal de desplazamiento de la población en las actividades ordinarias de su vida; debe ser de preferencia isócrono. Otra condición a vencer es que debe ser autosuficiente, entendiéndose que debe contar con lo necesario para atender todas las alternativas de salud o de enfermedad. Debe tener integridad territorial, que deberá cubrir un sector urbano, suburbano y rural dando como resultado que el Director del Hospital Regional será el responsable de la programación, supervisión y evaluación de los programas de la comunidad.

Posteriormente se hizo mención de como se encuentras regionalizados los Servicios Médicos en el IMSS, destacando que esta regionalización se sustenta en la atención integral de la salud en las que las unidades médicas se relacionan entre sí estructural y funcionalmente para satisfacer armonicamente la demanda, distinguiéndose los dos componentes básicos de la

regionalización: La zona y la región. La zona formada por diversas unidades de primer nivel con apoyo en un hospital de segundo nivel; y la región que constituye la expresión máxima de la interrelación de las unidades y que tiene como límite una región geográfica determinada constituyéndose en el sistema 156 zonas y 5 regionales, distribuidas en las 38 Delegaciones Administrativas del IMSS.

El Doctor Arias Elenes habló sobre Medicina Familiar, mencionando que para proporcionar la atención médica el IMSS se apoya en la Medicina Familiar; los objetivos de la jefatura de Medicina Familiar son proporcionar actividades en medicina familiar para disminuir los factores de riesgo y de trascendencia de los daños de la población derechohabiente; situación netamente preventiva.

Se repartieron formas AMF7 útiles para identificar y valorar factores de riesgo.

El ingeniero Rafael Martínez, Titular de la Delegación 6, expuso su conferencia magistral sobre "Organización de una Delegación del IMSS".

Antecedentes.

Desde el año de 1959 el IMSS implantó un sistema operativo de Delegaciones Estatales y Regionales las que tenían a su cargo el funcionamiento del régimen de Seguridad Social.

En el Valle de México la responsabilidad operativa y normativa permanecía concentrada en las Dependencias Centrales, integrando un sistema cada vez más complejo e indefinido. El 31% de los derechohabientes se localiza en el Valle de México, el 26% de los patrones, el47% de los ingresos, 37% de los pensionados, 30% de los patrones y 33% de las intervenciones quirúrgicas.

Toda esta situación estaba propiciando la inversión de gran volúmen de atención al control operativo y baja productividad de las acciones de evaluación y expedición de normas. Con el apoyo del H. Consejo Técnico y en base a los lineamientos generales de la Reforma Administrativa, se promovió la modificación de la estructura organizacional al proponer la creación de 6 Delegaciones en el Valle de México.

Bases legales:

1. Programa de la Reforma Administrativa del Gobierno Federal 1971.

2. Ley del Seguro Social, Artículo 240 Fracción VIII.

3. Ley del Seguro Social, Artículo 253 Fracción III.

4. Acuerdo 1455/79 dictado por el H. Consejo Técnico.

Objetivos:

1. Acercar el proceso de toma de decisiones a los sitios de acción operativa,

2. Agilizar la comunicación entre las diversas áreas y niveles de la institución.

3. Evitar la mezcla de funciones normativas y de control propias de las Dependencias centrales, con las actividades del área operativa.

4. Promover la eficacia y eficiencia en los servicios que proporciona el IMSS.

Alcance:

1. El sistema está integrado por 32 Delegaciones Estatales y Regionales y por 6 del Valle de México.

   En ellas se ubican todas las prestaciones y servicios que se otorgan a través de:

   a) Agencias Administrativas.

   b) Unidades de Servicios.

   c) Centros de Seguridad Social, de Capacitación y Deportivos.

   d) Guarderías para hijos de asegurados y trabajadores del IMSS.

   e) Unidades Habitacionales, Tiendas y Velatorios.

   f) Almacen, residencia de conservación y lavanderías.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 21 DE FEBRERO DE 1983.

Se continuo con la intervención del Dr. Armando Cordera Pastor con el tema de NORMAS.

Antecedentes.- Las normas nacen a mediados del siglo pasado, cuando se vió la necesidad de normar el tamaño y peso de las balas de cañón con la finalidad de que fueran lanzadas a una distancia determinada; posteriormente se observó en Francia que la educación era muy irregular, por lo que se consideró necesaria normarla; aparecen así las escuelas Normales y se procuró llevarlas a escalas aplicables; surge así la diferencia entre norma y estandar, la primera de carácter general y el estandar de caracter técnico, siendo la diferencia entre una y otro de grados.

A través del tiempo se han hecho normas y en la historia de la medicina se reportan las siguientes:

Im Hotep en el año 2000 A.C. norma la conducta de los médicos

La de Hamurabi en Mesopotamia en 1952 A.C.

El juramento de Hipócrates.

El código deontológico del francés Máximo en el siglo XVII

La teoría Utilitarista de Stuart Mill "La felicidad para el mayor número de personas".

La teoría del egoismo de Betham "Yo son egoista, pero en mí se manifesta el egoismo por el placer de ser benevolente".

A principio de este siglo se desarrolla la ciencia y la tecnología en cuanto a la medicina y en la década de los años 60, se inician múltiples discusiones que tienen como interés el de la ética médica.

En 1916 Flexner publica en Estados Unidos su famoso informe que tiene trascendencia en toda América, se refiere a los resultados de las investigaciones de las escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá, en donde recomienda los hospitales como centros tecnológicos únicos capaces de prestar buena atención médica. Antes de Flexner la medicina se estudiaba en escuelas sin relación con hospitales con duración de 6 meses; posteriormente los alumnos buscaban un maestro al que pagaban y le servían durante 5 años.

Como consecuencia de las investigaciones antes mencionadas, se normó que la buena atención médica se da en los hospitales; México como país de América, no se escapa de esta norma. A partir de esta época la ética médica se basa en dos aspectos primordiales: 1) la relación médico-paciente y 2) la relación entre diversos especialistas que antes trabajaban en forma aislada.

Los principios básicos de Flexner:

1. Dar servicio sin importar sexo, edad, ingreso y religión.

2. Obligación de estudiar para atender al paciente en forma eficaz.

3. Asociarse con otros especialistas para desarrollar mejor las actividades.

4. Dar servicio antes de pensar en las ventajas del mismo.

5. Importancia extrema a la etiqueta.

En 1949 aparece la declaración de Ginebra que dice:

- Prometo solemnemente conservar mi vida al servicio de la humanidad.

- Daré a mis maestros el respeto y la gratitud debida.

- La salud de mis pacientes será mi primera preocupación.

- Guardaré los secretos que me sean confiados.

- Mantendré por todos los medios el honor y la noble tradición de la profesión médica.

- Mis colegas serán considerados mis hermanos

- No permitiré que la raza, religión, nacionalidad, partido político, o educación social intervengan en mi deber y mi paciente.

- Mantendré el máximo respeto a la vida humana desde el momento de la concepción; aún bajo amenaza, no usaré mis conocimientos en contra de las leyes de la humanidad.

- Hago esta promesa en forma solemne y bajo palabra de honor.

En 1969 en Estados Unidos se funda el Instituto Hastings por Callahan y Gayllin, siendo los creadors del estudio de la ética relacionado con la vida y las ciencias sociales. El Instituto tiene como objetivo que sus educandos reconozcan que cualquier selección moral repercute sobre otras. Diferenciar los conceptos de justicia, dignidad, privacía, virtud, bien y moral; y reconocer que el médico es un agente moral, por lo tanto su responsabilidad de atención tiene consecuencias humanas.

El código Razzeti establece la diferencia que existe entre los aspectos morales escritos como juramentos y algunos códigos. Son de observancia

obligatoria y como consecuencia, tienen sanción moral en oposición del aspecto legal que provee leyes que deben cumplirse y su castigo es dictado por la sociedad.

Valores.- Definición: Según Suchman es un aspecto de una situación, evento u objeto que es investido con un interés preferencial y obedecen a factores genéticos, religiosos y culturales.

Los valores definen las normas, así se dice que en razón de los valores que tenga la sociedad se definen las normas.

También es importante sañalar que hay valores sociales e individuales; los valores sociales no son el conjunto de los valores individuales.

Es importante señalar cuales son las conductas premiadas y cuales son aceptadas o no por la sociedad.

Por la tarde el Dr. Cordera habló sobre las funciones asistenciales de los servicios de atención médica.

Definición de diagnóstico.- Se compone de dos raíces (día= a través y gnosos= conocer).

Dado que no es posible conocer los problemas de diagnóstico de la población es necesario buscar algunos indicadores para conocerlo con el objeto de dar una atención médica adecuada.

Durante mucho tiempo se creyó que el hacer revisiones periódicas (ejemplo el Checkup) era una forma adecuada de hacer diagnóstico de salud de la población, actualmente sabemos que no es cierto, ya que entre otras cosas aumenta la demanda. Una variable del Checkup es el plan eskilstuna, de Suecia, que toma en cuenta: peso, talla, TA, electrocardiograma, bacteriología urinaria y teleradiografía de tórax.

En otros sitios como en Polonia se hicieron encuestas en población en forma aleatoria llamándose espectro de la salud; este diagnóstico es de enfermedad y no de salud, identificaba la enfermedad pero no su etiología.

Indicadores socioeconómicos.- Son fenómenos observables y perceptibles que ponen en evidencia otros que no son medibles.

El indicador es único y el índice esta formado por uno o varios indicadores. Los indicadores deben llenar ciertos requisitos: A) Disponibilidad, B) que la calidad del dato sea la adecuada, C) que sea preciso, D) que tenga poder discriminatorio.

Hay indicadores directos e indirectos. Los directos son: mortalidad general y esperanza de vida, y los indirectos son: Alimentación, habitación, ingreso, educación y vestido. Estos indicadores indirectos tienen un valor diferente en cada cultura aunque hay que tomar en cuenta que no se considera la calidad de vida.

Robert Maxwell propuso cuatro áreas para el diagnóstico de salud: 1) Mortalidad relacionado con el nacimiento y la infancia, 2) enfermedad o incapacidad del anciano, 3) mortalidad en la época de madurez, 4) los cambios en los patrones de mortalidad.

Existen otras formas en que se trata de conocer al individuo:

a) Como se siente el individuo.
b) Como lo diagnostica el médico.
c) Como actua el individuo conductualmente.

Desde este punto existen 14 formas de actuar del individuo: Integración social, actividad locomotora, descanso, trabajo cotidiano, manejo de la casa, movimiento y esfuerzo, recreación, diversiones intelectuales, intervención con los miembros de la familia e higiene personal.

Indice de independencia de la vida diaria.- Aquí se analizan funciones que puden ser observadas conductualmente, como son: bañarse, vestirse, alimentarse, etc. Cada uno de estos índices puede ser analizado o medido. Los menos dependientes son los más sanos.

EL ABASTECIMIENTO EN EL IMSS

Arq. Arturo Olvera

Inicia su conferencia, definiendo lo que es el abastecimiento: "El hecho de hacer llegar con oportunidad y eficacia los artículos necesarios al lugar donde se requieren".

Este hecho es un proceso complejo y para poderlo explicar lo divide en 2 etapas:

1) El abastecimiento propiamente dicho.

2) Integración y mejoramiento en términos de oportunidad, calidad, economía e independencia tecnológica.

México así como todo Latinoamérica es dependiente tanto económica como tecnológicamente de los países industrializados. Conforme avanza este proceso de desarrollo podremos cubrir universos más grandes de satisfactores a la población, que consecuentemente aumentan sus niveles de vida, para ampliar así la cobertura de núcleos de población que demandan derecho a la salud, mediante diferentes regímenes.

Comentando que nuestro país está en crisis, de la cual podemos sacar provecho, de acuerdo al proverbio chino que dice: "La crisis tiene dos signos: Peligro y oportunidad", resolveremos el peligro y aprovecharemos la oportunidad. Amplía la definición diciendo que es el servicio que comprende desde la estrategia de pronosticar las cantidades requeridas de un producto hasta la entrega en el stio que lo demande.

Las funciones de abastecimiento las dividió en: a) adquisición, b) control de calidad, c) logística del suministro y d) suministro en sí mismo.

Este último lo apoya en: a) el desarrollo, b) la independencia tecnológica, c) racionalidad del consumo y d) en la eficacia del servicio médico brindado.

En cuanto a estructura del abastecimiento lo determina con la formulación de 5 preguntas: ¿Qué?, ¿cuánto?, ¿dónde? y ¿cómo? se necesitan. Las primeras 4 interrogantes se generan en las áreas operativas, en tanto que la última corresponde al área de abastecimiento propiamente dicha, y que se analiza bajo 3 conceptos: 1.- Internos (área demandante), 2.- Externos (regulaciones gubernamentales, institucionales y de proveedores), 3.- Intermedios (control de calidad, logística, transporte, almacenamiento, adquisiciones y promoción de independencia tecnológicas).

El IMSS definió alrededor de 19,000 artículos que son necesarios para que las unidades en general realicen sus funciones; tanto las médicas como las técnico-administrativas.

LA MEDICINA PREVENTIVA Y SU IMPORTANCIA PARA LA SALUD

Dr. Arnoldo de la Loza S.

La salud es el elemento esencial para mejorar el nivel de vida de la población, es también una de las bases para el desarrollo general del país; la salud se logra con una verdadera medicina integral. La medicina preventiva tiene como finalidad: El fomento, la protección y la conservación de la salud, de ahí que las políticas nacionales le concedan prioridad.

Promoción de la salud. Abarca: Educación sanitaria, nutrición adecuada, higiene mental, salud materno-infantil, salud del adulto y del anciano; también se habló de diagnóstico precoz por detección oportuna de cáncer, diabetes mellitus, Tb pulmonar, fiebre reumática, enfermedades venéreas y otros. El tratamiento debe ser oportuno, tanto médico como quirúrgico.

La importancia de la Medicina Preventiva radica en proteger la riqueza de los pueblos, la salud de sus integrantes, reconociendo como hecho fundamental que el hombre es el denominador común de todo y que resulta imponderable el valor de la vida humana.

Se habló de los daños a la salud causados por: Deficiente educación sanitaria de la población y consecuentemente limitada participación en el cuidado de la salud, malas condiciones de saneamiento que propician la existencia y el desarrollo de padecimientos de primer rango en la patología nacional, mala nutrición y hábitos alimentarios inadecuados que afectan a la población; patrones culturales inadecuados que repercuten en la conducta del individuo, de la familia y de la colectividad; incremento de los factores de riesgo para algunas enfermedades, tales como la vida sedentaria, tabaquismo, tensiones emocionales, etc.

El panorama actual en México con respecto a la mortalidad general ha disminuído por el avance de la medicina preventiva, ya que en el lapso de 50 años ha bajado de 46 a 26 por 100,000 habitantes.

En el nivel pre-escolar ha disminuído de 50 a 3 por 100,000 habitantes. Las principales causas de morbi-mortalidad son debidas a: Accidentes, enfermedades del corazón, enteritis, tumores malignos, enfermedades cerebro-vasculares, cirrósis hepática, homicidio, diabetes mellitus.

Las transmisibles más frecuentes en el país son: Respiratorias agudas, diarreas, amibiasis, helmintiasis, gripe. Dentro de los 10 motivos principales de consulta están: Enfermedades respiratorias agudas, enfermedades intestinales, estomatologicas, helmintiasis, diabetes mellitus, hipertensión arterial, gastritis y duodenitis, trastornos de la conjuntiva, amibiasis y trastornos neuróticos.

Una de las alternativas para la prevención es el sistema de seguridad social, en la cual la medicina preventiva ha tenido gran auge en los últimos años; como dato importante se tiene la reducción de la poliomelitis de 1.5 a 0.1 siendo esta reducción del 94% en 1982.

Dentro de las principales causas de muerte en el IMSS están: Las diarreas, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias agudas, cirrosis y perinatales.

Dentro de la morbilidad hospitalaria en el IMSS tenemos: Parto en condiciones normales, complicaciones del trabajo de parto, aborto, parto prematuro, diarreas, neumonías, diabetes mellitus.

El mejoramiento de las condiciones de salud es una de las metas más trascendentes de hoy, de mañana y de siempre, para lograr la superación y bienestar de los hombres, que les permita crecer, desarrollarse, realizarse y contribuir al bien común.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 22 DE FEBRERO DE 1983.

El Dr. Enrique Parra Dávila disertó sobre el tema: Funciones asistenciales de los servicios de atención médica:

- Diagnóstica
- Preventiva
- Terapéutica
- De control
- De rehabilitación.

Las funciones asistenciales de los servicios de atención médica pueden ser aplicables a cada una de las Unidades de Atención Médica con el objeto de conocer el contexto en que nos movemos, hacer el análisis situacional y saber el comportamiento de la gente, prevalencia de padecimientos, medios con que contamos, y que tenemos para resolver la problemática presente. Hay que establecer los mecanismos de coordinación, comunicación y enlace con los diferentes elementos con que contamos para prevenir y diagnosticar. Necesitamos tener acceso a la información. A los mecanismos de información y estadística no les tenemos confianza porque nosotros mismos no proporcionamos datos fidedignos.

La problemática de las Unidades de Atención Médica la podemos prever en base al conocimiento que nosotros tengamos de las necesidades a través del diagnóstico situacional que hagamos.

Una de las funciones es la función preventiva en la que se aplican técnicas para hacer la prevención de un diagnóstico de salud.

A continuación la Dra. Annamaría Ahuatl habló de las técnicas preventivas partiendo de la definición de Medicina Preventiva: Es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, promover la eficiencia física por medio del control de los padecimientos a través de acciones individuales y colectivas.

Vasco Uribe dice que la salud se debe enfocar desde 3 aspectos: 1.- Individuales, 2.- Geográficos grupales, 3.- Socio-económicos y políticos.

1. Individuales.- A través de acciones individuales se sigue el esquema de Leavell y Clarck. Las funciones son: Promoción de la salud, protección específica, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, limitación del daño y rehabilitación.

2. Geográfico-grupales: Los aspectos geográfico-grupales los realizamos a través de la vigilancia epidemiológica que contempla acciones colectivas y se establece para enfermedades transmisibles.

   La vigilancia epidemiológica tiene varios elementos:

   1. Notificación: la cual debe ser veraz, oportuna, ágil, permanente, planeada, sistémica.

2. Muestras serológicas.

3. Conformación por laboratorio.

4. Sistema de referencia (laboratorio entomológico para estudio de vectores).

3. Socio-económicos y políticos: A través de ellos establecemos los contactos para que las acciones sean factibles y se logre el cambio.

Pickerman dice que la medicina preventiva en los Estados Unidos tiene 3 fases:

1. Saneamiento (autoritarismo)
2. Tecnología (capitalismo)
3. Salud (medio urbano)

En el autoritarismo no se toman en cuenta las opiniones de la población y las acciones se ejercen en forma vertical.

En la era de la tecnología se pensó en la salud como un gran negocio; sólo se puso énfasis en la Medicina Preventiva como inversión.

Luego vino una era en que la salud se contempló como el completo bienestar social y nos preocupamos poco por hacer acciones individuales porque el bienestar era individual y la salud al ser individual era responsabilidad propia.

En la actualidad en los Estados Unidos se ha tomado el siguiente camino: Salud-medio urbano que contempla una responsabilidad compartida, hay que enseñarle a la población lo que ella necesita a demanda de ella y si no la hay, es necesario promover la salud.

A continuación el Dr. Carrera habló de los aspectos de rehabilitación. Dijo como definición de rehabilitación la siguiente: Es el proceso del tratamiento dirigido a los incapacitados.

Mencionó como objetivo de la rehabilitación: Alcanzar al máximo un ajuste físico y psico-social para cada persona incapacitada y por medio del mismo lograr una vida tan plena como sea posible para el ser humano.

Las técnicas aplicadas en la rehabilitación son: Traumatología, medicina física o fisioterapia, (ortesis o prótesis); electroterapia, mecanoterapia, terapia ocupacional, la cual en el 90% de los casos trata de que el individuo regrese al medio laboral a través de la reubicación y que el 10% restante regrese a su mismo trabajo.

La rehabilitación surge como una especialidad médica, pero en realidad cada aspecto de la medicina tiene sus propias necesidades de rehabilitación. La rehabilitación debe limitar el daño que la enfermedad puede ocasionar a la economía.

CONCEPTOS BASICOS DE INFORMACION MEDICA

Fis. Sergio Beltrán.

Mencionó 3 puntos de vista en su ponencia:

1. Principios básicos de sistemas de información.
2. Discusión de las dificultades para implantar un sistema de información médica.
3. Dificultades encontradas en el médico con respecto a los sistemas de información médica.

Información: Definición utilitaria: Es aquel conocimiento que nos lleva a la toma de una decisión aún cuando no sea individualista, o todo lo que nos lleva a fomentar o provocar una acción.

El médico al otorgar una consulta médica dedica la mayor parte del tiempo a obtener información de su paciente.

Debido al aumento de información se tecnifican cada vez más los servicios de salud, lo que ha implicado el uso de computadoras y cálculos matemáticos; y con ello nace la informática médica.

Conceptualmente la información debe considerarse como "la ciencia acerca de la naturaleza, desarrollo y aplicación de algoritmos en medicina".

Operativamente la informática es la "técnica involucrada en la documentación, análisis, control y síntesis de los procesos de información en la medicina".

Otra definición dice que "es la ciencia del uso de las herramientas de análisis de sistemas dentro de las actividades médicas para el desarrollo de procedimientos (algoritmos) para la administración, control en los procesos, toma de decisiones, etc.

Existen 3 enfoques para la solución de los problemas de información a través de sistemas:

- Sistemas totales
- Sistemas integrados
- Sistemas funcionales

Sistemas totales: Tienen un alto grado de dificultad debido a:

- Diversidad de objetivos de usuarios.
- Explosión de datos que por sí ofrecen.
- Explosión de informes por diferentes estilos de decisión.
  Requieren de una alta inversión en:
- Grandes equipos.
- Tiempo de desarrollo.

Sistemas integrados: Al estar formados por una colección de subsistemas que solucionan cada uno problemas funcionales diferentes, presentan las siguientes ventajas:

- evitar la redundancia de datos.
- hacer uso eficiente del equipo.
- permiten la instalación de equipos más pequeños.
- su diseño permite una mayor flexibilidad ante los cambios.
- tiene mejor disposición del usuario ya que sólo es responsable de su función.

El diseño de estos sistemas requiere:

- De mayor imaginación por parte del diseñador.
- De mayor claridad de objetivos de la organización o sus partes.
- Definición precisa de las interrelaciones funcionales.

Sistemas funcionales:

Aquellos que resuelven los problemas de información de una sola función de la organización, independientemente de las otras, presenta las desventajas de:

Requerir mayor número de recursos.

- Fomentar la redundancia de datos.
- Incompatibilidad entre equipos, proceso e información.
- Ineficiencia en el uso de recursos.
- Pérdida de coordinación entre los elementos de la organización.

Los problemas en el área médica o en la administración del servicio no son fáciles de aislar, puede ser diferente el enfoque que se le de si lo queremos para investigación médica o bio-médica, que si lo queremos para otras áreas.

Si vamos al sistema que pretenda administrar la prestación de salud tenemos que cambiar el enfoque y normalmente se establece a través de sistemas coordinados. Si queremos resolver los problemas de atención médica necesitamos gran potencial de información y de respuestas no planeadas, y el enfoque es de manejo masivo de información (información de texto abierto).

Los sistemas híbridos tratan de recopilar la información de una Unidad Médica como un ente total; este tipo de sistemas tienden al fin de calcular el costo de atención del paciente, en base a todas las atenciones prestadas en los servicios.

Hay sistemas que tienden a resolver la problemática de información de una red de atención médica. Ningún sistema controla la red de atención médica sino sólo una parte de ella.

Cualquier sistema de información debe cubrir los siguientes requisitos:

- Suministrar información relevante y efectiva para la toma de decisiones a todo el personal involucrado en el mismo, desde los niveles operativos hasta los más altos niveles de dirección.

- Dicha información debe proveerse de manera oportuna, garantizando su exactitud desde el punto mismo de su captación.

- Responder a una estructura funcional específica y definida aún cuando se tengan entradas de información de sistemas externos a la organización.

- Mantener una flexibilidad, adaptabilidad y estabilidad en el diseño que permita cambios de acuerdo a necesidades diferentes.

- Mostrar una razonable uniformidad y consistencia en el contenido.

- Mantener un flujo contínuo de datos y una absoluta seguridad en el manejo del mismo.

- Permitir la incorporación de nuevas aplicaciones según se requieran en el futuro.

- Contar con métodos de auditoría y control interno integrados al sistema mismo.

- Operar de la manera más sencilla posible.

Algoritmo: Es una rutina permanente para encontrar un resultado.

El Dr. Cordera continuó explicando el proceso que integran la planeación, mencionando que dentro del proceso de la misma se encuentra la organización la cual tiene funciones.

Definió como función: El conjunto de actividades iguales o diferentes que dan siempre el mismo resultado.

En el sistema de atención médica hay funciones médico asistenciales (Diagnóstica, preventiva, terapéutica, de control, de rehabilitación); funciones administrativas (implementación (dar los recursos) implantación (poner a funcionar el sistema); coordinación, abastecimiento, sistema de información, mantenimiento, sistema de integración.

Existen también funciones de investigación (bio-médica, médica, clínica, tecnológica, etc). Funciones de enseñanza (pregrado, post-grado, educación al personal, derechohabientes, directivos).

Una vez que tenemos definida la función, tenemos que ver la tecnología con la cual vamos a realizar esa función, la cual se tiene que solucionar en base a políticas nacionales.

Ya que tenemos definida la tecnología debemos definir la estructura y en base a esto seleccionar al personal.

En la estructura se consideran 2 tipos:

1. Organizacional: Es la que se representa por los organigramas los cuales pueden ser horizontales, verticales, de bisagra, etc. Estos modelos son estáticos y no reflejan lo que sucede en la organización porque diariamente hay cambios, hay una idea que dice que los mejores organigramas son los dinámicos y un buen organigrama se haría en forma similar a como se planean las jugadas de futbol americano ya que una organización es una estructura que cambia constantemente.

2. Física: Construcción de las unidades.

   La selección de personal tiene 3 etapas:

   - Reclutamiento: El cual se efectúa por medio de una convocatoria.

   - Selección de personal.- Se verifica el perfil psicotécnico previamente seleccionado.

   - Capacitación.- Se capacita al personal para el puesto específico que va a desempeñar.

Estándares:

Estándar: Rangos en lo que es aceptable una actuación.

En México los estándares se manifiestan por los cuadros básicos de medi camentos, equipos, control de calidad, etc.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 23 DE FEBRERO DE 1983.

El Dr. Armando Cordera, solicita al grupo que cada uno de los participantes, escriba una definición de Educación que sería comentada al final de la exposición.

Con la participación de los asistentes se hace una revisión de la Historia de la Educación en diferentes culturas, así se exponen generalidades en las Culturas China, India, Egipcia, Griega , Israelita y Romana. Se llega a la conclusión de que en todas ellas la Educación fue controlada e impartida a las clases dominantes, religiosas o militares. En la Cultura Griega sobresale Platón, que fue el gran defensor de una educación filosófica. Los Sofistas decían que ellos podían enseñar cualquier cosa. La misión histórica de Roma fue la difusión y establecimiento de la Cultura Griega en todo su imperio; desarrollaron el aspecto organizativo y añadieron el estudio del derecho al sistema griego.

En la época del Imperio Romano aparece el cristianismo. La iglesia no se preocupó por la Educación en dos siglos.

Durante el período histórico conocido como edad media no existen aportes teóricos de importancia en la Educación. Con Carlo Magno, ésta pasa directamente al dominio de la Iglesia, convirtiéndose Aquisgrán en el centro de toda la vida católica del norte de Europa y Alcuino en el obispo rector, siendo la Educación netamente religiosa y digirida a grupos selectos.

El movimiento Reformista surge con Martín Lutero. Preconiza que la interpretación de la biblia debe ser del dominio de toda la gente, por lo que es necesario aprender a leer. En su movimiento Lutero se alió al poder económico y el descubrimiento de la Imprenta fué un hecho que le ayudó en la difusión de sus ideas. Quería que la gente pudiera no sólo traducir las ideas, sino interpretarlas. Se mencionan también a otros reformistas asociados a Lutero, como John Knox en Escocia y Melachton en Alemania.

La Contrareforma se establece con la aparición de Ignacio de Loyola y la fundación de la Compañía de Jesús en 1534, quienes sólo otorgan educación a un grupo muy reducido. Los jesuitas mostraron una capacidad extraordinaria de acción y movilización, llegando hasta el nuevo mundo durante el mismo siglo.

Durante el siglo XIX en Francia existe una abierta lucha entre el estado y la iglesia por el dominio de la educación. La Revolución Francesa establece que la Educación debe ser para todos, con Napoleón se le otorga a la iglesia nuevamente el control de la misma, que realizan los Jesuitas separándola hacia niños y niñas.

La lucha en Francia es abierta, se da en las cámaras de diputados y en el

congreso, lo cual dá orígen a frases como "cuando la iglesia sube el estado baja" o la expresión de Víctor Hugo: "Educar es Reinar".

A fines de este mismo siglo se mencionan a Pestalozzi y otros que crearon la educación para niños.

En el siglo XX, se menciona a John Dewey en Estados Unidos, quien dijo que hay que educar a la gente en razón de la realidad, ya que ésta es la vida misma. En Bélgica, Decroly y Claparede en Suiza, dan aportes, fundamentalmente psicológicos a la educación. Hull propone algunos principios del aprendizaje que aún son aceptados. Con Jean Piaget (Suiza) se inicia el giro más importante de la educación, al describir tres etapas en el aprendizaje de los individuos:

1a. etapa: Sensorio-motríz. Es el aprendizaje de los niños hasta los dos años.

2a. etapa: Operativo-vivencial, es el aprendizaje después de los dos años y que se mantiene hasta la etapa de juventud y la vida adulta.

3a. etapa: Abastracción o lógico-matemática, es el aprendizaje del adulto de nivel alto.

Se concluyó en general que la Educación es un proceso social encaminado al desarrollo intelectual, psíquico y efectivo y hacia objetivos que son determinados por la cultura y la época.

Otra definición: Educación es la parte de la Sociología que organiza elementos para lograr objetivos físicos, intelectuales y psicológicos los cuales son condicionados por la sociedad y la época.

Planificación educativa.

La planificación educativa se considera dentro de un marco teórico conceptual podemos basarnos en las aportaciones que John Dewey hizo a la Educación: "La educación no prepara para la vida, es la vida misma"; el educando debe relacionar lo aprendido con la realidad.

Otros conceptos consideran que el hombre es un ser incompleto que necesita información y que hay que proporcionársela.

Paulo Freire, educador brasileño interpretó las ideas de Piaget diciendo que el individuo es un ser completo que requiere información para llevar a cabo acciones y que la información es un apoyo para realizarlas.

Piaget decía: El individuo tiene que reinventar su mundo, la información que se emite de una fuente, es captada por el receptor en forma diferente ya que la reinterpreta,la transforma, la separa y la integra en su mente.

La reconstrucción de la información se realiza de acuerdo a su potencial

de inteligencia-memoria y capacidad de acción.

Otro concepto filosófico de la educación es preparar a los individuos para que sean seguros de sí mismos, que aprendan a buscar información y a trabajar en grupo.

Partiendo que la base de la Educación es la Sociología, hay que explicar socialmente la utilidad de la Educación y conocer el mundo en que vivimos para que ésta sea útil a la sociedad.

El análisis sociológico de la Educación comprende:

1. Cuáles son las características de las personas que se van a formar.

2. Para qué las vamos a formar.

3. Cuál va a ser su impacto en la sociedad.

La Psicología de la Educación pretende explicar cómo aprende un adulto.

Teóricamente una persona sana tiene capacidad de aprendizaje toda la vida. Sin embargo, esa capacidad disminuye a cierta edad por factores biológico-degenerativos.

Otro factor que influye para que el aprendizaje no sea efectivo, es la enseñanza centrada en el maestro.

Enseguida se continuó el tema con los Principios del Aprendizaje.

Se enumeraron algunos:

1. Significativo. Tema de interés es el educando

2. Requisitos previos. El educando debe tener cierto grado de conocimiento o experiencias previas.

3. Motivación. Debe tener un interés específico para iniciar su enseñanza.

4. Novedad. Debe recibir información nueva y útil.

5. Modelamiento. El maestro debe dar ejemplos positivos.

6. Objetivos. Los objetivos del educando son los enunciados de la conducta terminal una vez que ha desaparecido la acción del maestro. Los objetivos educativos pueden ser: Institucionales, intermedios y específicos.

7. Práctica adecuada y correctamente distribuida. Elaboración de proyectos o programas.

8. Comunicación abierta. Cara-cara es lo ideal.

9. Coherencia interna y externa. Lo aprendido se relaciona con la realidad.

10. Desvanecimiento. El maestro va quitando el apoyo en forma progresiva.

Las únicas fuentes de los objetivos se obtienen a través de:

a) Análisis situacional

b) Planificación

c) Desarrollo del plan en cuanto se refiere a tecnología, estructura y funciones.

El enlace entre el marco teórico-conceptual y el instrumental se lleva a cabo con los propósitos.

Los propósitos educativos son difíciles de definir. La mayoría de los planes de estudio tienen propósitos de producto y no de impacto.

La parte instrumental en la Planificación de la Educación se inicia con la definición de los objetivos educativos, se continúa con:

1. Medición y evaluación. Son requisitos que se necesitan para llegar a los objetivos. Según la taxonomía de Bloom existen seis niveles en el área cognoscitiva.

2. Métodos y técnicas de aprendizaje.

3. Medición y evaluación con el mismo instrumento. Con el fin de saber si se alcanzaron los objetivos.

4. Se alcanzaron los objetivos. Fin

5. Bis no se alcanzaron los objetivos. Hay que revisar el segundo punto, pues seguramente el método no fué el adecuado.

Cuando el 80% de los alumnos logran sus objetivos, se puede decir que el método y las técnicas de aprendizaje fueron las adecuadas.

Los objetivos de la enseñanza, según Mager, deben ordenarse así:

1. Variable institucional. Persona o grupo que va a demostrar el objetivo.

2. Verbo. El objetivo debe definirse con verbos que tengan pocas acepciones. No utilizar: Saber, conocer, creer, discutir, etc.

3. Condiciones. Lo que se dá o quita al alumno para que demuestre su objetivo.

4. Grado útil de especifidad. Es el nivel de dificultad para lograr los objetivos.

5. Criterio de precisión. Los objetivos se tienen que alcanzar en un tiempo determinado.

Taxonomía cognoscitiva de Bloom:

Evaluación.

Síntesis (Agrupar en un todo coherente un grupo de partes).

Análisis (Identificar, separar, relacionar, integrar).

Aplicación

Comprensión (Traducción, interpretación, extrapolación).

Conocimiento.

Medición y Evaluación:

Definiciones:

Medición. Relacionar una serie de números u objetos con fenómenos de acuerdo a patrones previamente establecidos.

Evaluación. Dar juicios de valor acerca de los resultados obtenidos por la medición.

Una de las mejores formas de evaluación es a través de la observación naturalista; se basa en que las conductas son repetitivas.

Exámenes orales. Actualmente no son útiles, prácticamente están desechados.

Exámenes escritos: Estructurados y no estructurados.

Estructurados:

1. Opción múltiple
2. Complementación
3. Verdadero - falso.

No estructurados:

1. Ensayo. Es muy útil.
2. Respuesta breve.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 24 DE FEBRERO DE 1983.

Se inició con el tema "Políticas de la Subdirección General Médica para la Capacitación de su personal", tratado por el Dr. José de Jesús Villal pando , Subjefe de Enseñanza del IMSS.

Ubica a la enseñanza, la investigación y la atención médica del IMSS, den tro de un modelo de sistemas de interacción con otras instituciones educativas como la UNAM, el IPN y en total de 53 escuelas o facultades de Me dicina, que no ponen hospitales donde se imparta educación médico clínica.

En la actualidad el IMSS cubre el 60% de las áreas de enseñanza clínica.

El nivel Central, diseña, elabora, controla, evalúa y supervisa las normas de educación clínica, con la finalidad de impedir la mezcla de programas diferentes correspondientes a las diversas instituciones o escuelas y facultades de medicina.

La enseñanza clínica en el IMSS se ubica en 4 grandes áreas:

a) El internado de pre-grado (ciclos IX y X Facultad de Medicina), dura 12 meses, lapso en el que los alumnos rotan por los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Pediatría, con enseñanza programada y dirigida hacia actividades clínicas y académicas. Además se rota por los servicios de Urgencia y Medicina Familiar. El IMSS inició la educación en medicina hace 13 años y hoy cuenta con 61 centros de enseñanza.

b) Servicio social (ciclos XI y XIII Facultad de Medicina de la UNAM). El alumno se encuentra solo, realizando actividades como en las Unidades de Medicina Rural, de Medicina General, Medicina Preventiva, estudio de la comunidad, reportes estadísticos, etc.

c) Post-grado. Es la etapa en la que se imparte educación médica para la formación de especialistas cuyo perfil debe estar altamente comprometido con nuestra sociedad.

   La formación de Médicos especialistas en el IMSS responde a sus necesidades para cubrir la demanda en los 3 niveles de atención médica, 85% de Médicos familiares para el primer nivel , 12% de los especialistas para el segundo nivel y 30% para la alta epecialidad del tercer nivel.

d) Podemos hablar de otra etapa constituida hasta hace muy corto lapso 1980 por la residencia rotatoria en la cual prácticamente se hacía lo mismo que el actual internado de Pre-grado.

TECNOLOGIA Y SU IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.

Dr. Armando Cordera

La tecnología es sacralizada o satanizada, se le ha considerado como un valor fundamental siendo sólo un valor instrumental. En Medicina hay aparatos y medicamentos que se ponen de moda y se compran aunque no exista la necesidad de ellos.

Flexner en 1910 estableció que deberían concentrarse los equipos en los hospitales.

El hombre siempre ha usado técnicas, (para la caza, preparación de alimentos, etc). Las decisiones para aplicar determinada técnica están dadas por los valores, nunca es neutra. Las tecnologías se aplican por decisiones personales sin considerar sus consecuencias sociales; siempre se encuentran justificantes para el uso irracional de las mismas.

Mesthene, dice que los jóvenes aceptan más la tecnología porque aprenden primero los ideales y normas, antes que los valores.

Renata Maintz dice que los países en desarrollo importan, junto con la técnica, la organización.

Héctor Apezechea, sociólogo del Uruguay, expresa que los países en desarrollo no carecen de recursos sino que éstos son mal utilizados.

Todos los países tienen una política tecnológica explícita (normada) pero no cuenta con el apoyo pues el cine y la televisión crean necesidad comparativa y por envidia; así la tecnología puede dañar el desarrollo de un país. (Recordar el caso de las computadoras con mal uso).

La tecnología es un medio para llegar a un fin, es la ciencia aplicada para esas prácticas.

Freeman dice que la tecnología es el conjunto de operaciones estandarizadas que cuando se repiten regularmente, producen un resultado pre-determinado.

Buckingham dice que la tecnología tiene conexión con el desarrollo de herramientas, habilidades, destrezas, etc.

Lefebvre señala que cuando hay disciplinas tan fragmentadas hay que unirlas en forma coherente (publicistas, planeadores, etc).

Norbert Wiener, uno de los creadores de la Cibernética dice que los Estados Unidos Unidos consideran que el "know-how" es una idea que les da el derecho moral de decidir lo que debe hacerse en el campo de la tecnología.

En un sistema de atención médica, la tecnología puede servir en cualquiera de las fases del modelo.

El costo de la tecnología es enorme y produce inflación en la medicina (recordar los sistemas empleados por hospitales modernos).

Galbraith dice que la tecnología preciosista que hace diagnósticos precisos, cada día se parece más a la que hace armamentos cada vez más mortíferos. Sin embargo hay tecnología muy útil: para cirugía coronaria, diálisis, etc.

El campo de la Medicina con más tecnología es el de "cuidados intensivos". Debemos recordar que del total de los que entran sólo unos cuantos salen en buenas condiciones.

Lewis Thomas habla sobre la "no tecnología" cuando se emplea en enfermedades incurables; la tecnología intermedia cuando se trata de incapacidad del médico para curar. (Elaboración de prótesis, trasplantes, etc) y la "alta tecnología" está ligada a los conocimientos genuinos de la enfermedad (vacunas, antibióticos, etc).

Los ingenieros y médicos relacionan la tecnología con el diagnóstico y el tratamiento.

Los investigadores sociales y en salud juzgan la tecnología en razón de si fué útil para la salud.

Los economistas la juzgan si fué o no útil a la sociedad.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 25 DE FEBRERO DE 1983.

Análisis y descripción de puestos.

Definición: Es una técnica propia de la administración de personal, es un instrumento valioso para organizar eficientemente el trabajo.

Si consideramos como análisis la separación y exámenes de las partes de un todo, hasta conocer los principios o elementos de que se forma; y como puesto al conjunto de operaciones, actividades, aptitudes, responsabilidad y condiciones que forman una unidad específica e impersonal. El análisis de puestos es el procedimiento utilizado para estudiar y analizar todos y cada uno de los elementos que componen el puesto.

Cada puesto es una unidad específica de trabajo, porque se diferencia de otros puestos en su tipo de estructura operacional, sus requisitos y condiciones en que se realiza.

Las etapas básicas que comprende un análisis de puestos son:

1. Recabar los datos que se refieren al trabajo en forma completa; a través de entrevistas, observación y/o cuestionarios.

2. Analizar los datos obtenidos, separando las operaciones materiales de los atributos o aptitudes que el puesto requiere.

3. Clasificar y sistematizar en cada uno de los conceptos anteriores, los elementos obtenidos del análisis de la información recogida.

En la recolección se debe describir el trabajo y no al trabajador. El análisis de puestos debe presentarse por escrito y comprende cuatro partes principales: El encabezado, la descripción genérica, la descripción específica y especificación.

El encabezado contiene : El título del puesto, número o clave, ubicación, la persona a quien reporta y/o con quien acuerda, personal a sus órdenes, puestos conexos y fecha del análisis.

La descripción genérica, esta parte contiene una síntesis del trabajo total, una especie de vista panorámica del puesto en forma global.

La descripción específica es una derivación de la genérica y expone analíticamente las operaciones que deben ser realizadas por cualquier trabajador en un puesto determinado.

En la especificación se consignan los requisitos minuciosos que deben ser exigidos a cualquier aspirante a ocupar el puesto, ejem. son: Habilidad, esfuerzo, responsabilidad, condiciones de trabajo y riesgos inevitables.

Conclusiones:

La falta de análisis de puestos puede originar: Incertidumbre o desconocimiento total sobre las obligaciones que corresponden a cada trabajador, incumplimiento de obligaciones, irresponsabilidad y discusiones sobre la manera de ejecutar el trabajo.

La existencia y vigencia del análisis de puestos permite el exacto conocimiento de las obligaciones del trabajador, la correcta selección de personal de nuevo ingreso, el adecuado adiestramiento del personal, la asignación de remuneraciones justas y el mejoramiento de los sistemas de trabajo.

Las normas mínimas que dan:

1. La estructura, órganos que la integran, objetivos, funciones, actividades y políticas.

2. Procesos administrativos, son los que permiten accionar los elementos de una organización para poder conocer de manera esquemática y precisa los elementos que hay que recorrer para que la organización obtenga los resultados esperados, es decir es la manera de registrar que los recursos efectivamente están dentro de ese proceso, ejem: Tarjetas de asistencia.

3. Procesos técnicos, involucran órganos, personas, recurrsos técnicos y recursos materiales.

4. Instrucciones específicas.

En instituciones como el IMSS hay que revisar las normas de operación dentro de un marco más grande que comprenda: 1. entorno o leyes del país, 2. leyes y reglamentos del sector, 3. leyes y reglamentos institucionales, 4. normas internas de operación institucionales, 5. normas internas de la dependencia y 6. normas específicas. Debe existir congruencia en todos los niveles y evitar inconsistencias y sobreposiciones con otras normas.

Para la elaboración de las normas hay que considerar: La norma en sí, la cual debe seguir los siguientes pasos en su elaboración:

1. Orígen o necesidad, se descubre ésta por incidente crítico, necesidad sentida o por investigación.

2. Determinación del problema a normar; es decir verificar si existe el problema y si no hay otra norma al respecto, para lo cual se debe tener un catálogo de normas internas de operación que estará dividido en

tres secciones, la primera enlistará las normas por dependencia (acor de a la estructura), la segunda por asuntos y la tercera por temas.

3. Ponderación del problema. Es decir valorar si es necesaria una norma para resolver el problema.

4. Proceso de producción de una norma. Debe contemplar 1. comunicación, 2. tipo de norma, 3. estándares para su elaboración por ejem. para elaborar un manual de organización se deben incluir los siguientes elementos: Antecedentes, marco legal, propósitos, objetivos, funciones y estructura. Así como considerar costos y efectos.

5. Análisis de congruencia de la norma es útil hacerlo en la operación y en la estructura de la organización.

6. Autorización. En México las normas relacionadas con la atención médica las emite la subdirección general médica si sólo se relacionan con ella. Si se relacionan con 2 dependencias ameritan la autoriza - ción de los dos titulares; si afecta a más de dos dependencias ameri tan además la autorización del consejo técnico.

7. Difusión:

   Delimitar: A quién se dirige, quien es el responsable de su cumplimien to y de su actualización además de los aspectos logísticos de: Número de ejemplares, lugares a donde debe llegar, personas, etc.

8. Evaluación. Se debe ver si solucionó el problema, tenencia, conocimien to y aplicación.

ELABORACION DE NORMAS

C.P. Agustín Velazco M.

Norma es un conjunto de reglas que tienen como finalidad prescribir un rol. Es de utilidad en la conjunción de los recursos humanos para que puedan rea lizar su trabajo dentro de la organización.

En toda organización hay tres elementos para que pueda funcionar: Personal, normas de operación e información.

Las normas de operación señalan el insumo personal, sus roles, el papel que jugarán en la institución y la información más útil para saber si el personal está respondiendo a las finalidades de los procesos establecidos.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 28 DE FEBRERO DE 1983.

El Dr. Armando Cordera discutió el tema "Etica Médica".

Comenzó con la definición de valor: Investir un objeto o una situación de un aspecto preferencial, lo cual está influido por razones sociales y culturales que nos rodean.

La conducta del médico siempre ha sido regulada por códigos, reglas, leyes, juramentos; y como la atención médica es un conjunto de valores que interactúan se hace necesario el estudio de los valores através de la ética.

Juan César García efectuó un estudio comparativo entre estudiantes que elegían carreras sociales y los que elegían carreras técnicas; demostró que los que elegían carreras sociales lo hacían con 2 años de anticipación, los de carreras técnicas con 2 meses de anticipación.

La Etica no ha sido motivo de estudio de la profesión, por lo que el médico no está familiarizado con ella. Sólo últimamente se ha tratado la Etica através del humanismo, o de la deshumanización de la medicina. Mas que nada por la moda.

En la antiguedad era más grande el arte de curar que la ciencia; y se hacia imperioso el conocer a la familia en su domicilio.

El desarrollo tecnológico de la medicina ha creado falsas expectativas en la población, que cree que todo se puede curar si existe el recurso económico, por lo que toma un papel pasivo con respecto a su salud.

Kell White, menciona que las materias básicas enseñadas en la medicina tradicional han perdido crédito ante otras que las han desplazado como la Sociología, Estadística, Epidemiología e Informática, sin embargo éstas no son enseñadas en las escuelas de medicina.

El cambio social ha sido tan importante que la American Medical Association ha aceptado efectuar cambios en su código de Etica, antes sólo aceptaba el aforismo de "no dañar" y ahora acepta la necesidad de reforzar la relación médico-paciente; que terceros intervengan en políticas de salud; que los médicos trabajen con personas no profesionales que se dedican a la salud.

Los valores morales, de una institución son fundamentales para el respeto que despierte en la población.

El directivo debe pensar en la Etica cada vez que toma una decisión, pues tiene influencia masiva, ya que sirve de modelo a sus colaboradores.

En el momento actual se discute sobre quien debe pagar por la atención médica y existen fuertes corrientes para que sea el trabajador y no el empleador quien lo haga. ejemplo: Chile, Uruguay, Colombia y Costa Rica.

Etica es la disciplina que dicta las leyes ideales que los hombres deben cumplir en relación a lo que debe ser; juzga el bien y el mal explicando las razones de ese juicio.

En el ámbito médico podemos distinguir dos términos: 1. La Etica de la Medicina que está dada por la relación médico-paciente y la Etica en la Medicina. Expresión simbólica del ideal, tomando en cuenta las limitaciones. Así tenemos problemas de Etica según se preste atención primaria, secunca ria o terciaria.

En la atención primaria, el paciente toma decisiones con excepción de los menores; en el secundario el paciente toma sus decisiones; en el terciario al paciente no se le brinda información, pierde sus derechos en razón a su bienestar, puede o no tomar decisiones.

Los problemas éticos giran alrededor de la muerte, uso de tecnología. La bioestadística es una disciplina que da respuestas racionales a conceptos morales que involucran a las ciencias biológicas.

Los médicos que son educados en forma particular y trabajan en institucio nes administrativo-profesional tienen un choque de valores.

Así existen códigos de Etica de instituciones, de asociaciones. Crawshaw tiene su propio código de Etica: 1. Ver al paciente como un todo (su historia, su actitud, estado actual). 2. Atenderlo como a un ser querido. 3. Subordinar sus necesidades como médico, a la comunidad. 4. Ofrecer vida, esperanza, consuelo a las metas que el paciente quiera.

La Etica ha sufrido transformaciones de acuerdo a la evolución de las cul turas.

Relación médico-paciente.

Las primeras intervenciones del Estado utilizando a la medicina para cono cer a la población se hicieron en el siglo XVIII. Así el jefe de sección pasaba revista diariamente a sanos y enfermos.

El hospital se consideraba sitio para bien morir, esto evoluciona y en el siglo XVIII - XIX salen los primeros pacientes vivos.

En el siglo XX existe un cambio radical en la medicina. Surgen los especialistas, avanza la tecnología y se plantean nuevos problemas éticos.

Actualmente se considera que el paciente tiene derechos y en Estados Uni dos se acepta en 40 Estados los derechos de los pacientes: 1. Derecho a recibir información verídica si la solicita. 2. Decidir sobre la confiden cialidad. 3. Derecho a hablar sólo con su médico. 4. Opinar acerca de su residente o su enfermera. 5. Tiene derecho a recibir visitas siempre que el médico no las prohiba.

Otro tema es el relativo a conceptos de vida o muerte.

Para algunos la vida está en relación con la función cardio-respiratoria para otros está basada en la función cerebral.

Esto es un tema de discusión para determinar si hay muerte en caso de aborto.

Existen dos corrientes para aceptar o no la eutanasia, entendiendo la eutanasia activa como homicidio y la eutanasia pasiva que se refiere a no hacer nada.

En California y Texas se acepta legalmente el testamento de vida o sea aquel que decide que en ciertos casos la institución médica no lleve a cabo ninguna acción si el paciente así lo ha decidido.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 1o. DE MARZO DE 1983.

FUNCIONES DE LOS SERVICIOS TECNICO-ADMINISTRATIVOS EN UN SISTEMA DE ATENCION MEDICA.

Lic. Eugenio Ortíz Horta.

El tema se dividió en 5 puntos:

1. Antecedentes.
2. Principios de administración.
3. Estructura orgánica institucional.
4. Estructura orgánica de unidades médicas.
5. Funciones administrativas de los servicios médicos.

1. Antecedentes.

Consideramos que todos realizamos de una u otra forma y en determinada medida la administración, ya sea en actividades, en tiempo, en recursos, etc.

Definición de administración:

Etimológicamente, administración viene del prefijo Ad que significa hacia y de Ministratio que se define como ministerio, magistrado o de autoridad preeminente y cuya composición la podemos interpretar como las funciones que se realizan bajo el mando de otro, de un servicio que se presta.

Es una técnica por medio de la cual se determinan, clasifican y realizan los propósitos y objetivos de un grupo humano.

Consiste en lograr un objetivo predeterminado, mediante el esfuerzo ajeno.

El empleo de la autoridad para organizar, dirigir y controlar a subordinados responsables, con el fin de que todos los servicios que se prestan sean definidamente coordinados en el logro del fin de la empresa.

Finalmente, el concepto de Henry Fayol que dice "administrar es prever, organizar, mandar, coordinar y controlar".

Finalidad de la administración:

Se considera que la administración pretende y logra la obtención de resultados de máxima eficiencia con la coordinación, se logra el máximo de productividad y aprovechamiento de los recursos.

Federico Taylor escribió la obra denominada "Principios de la Administración Científica" y los conceptos más valiosos se refieren a:

- Racionalización del trabajo y estudio de tiempos y movimientos.
- Selección y capacitación de trabajadores.
- Salarios e incentivos con tarifas diferenciales.
- Organización funcional.

Henry Fayol propuso:

- La definición de áreas funcionales.
- El primer modelo de proceso administrativo.
- Definición de administración.
- Principios de administración.

2. Principios de administración.

Se aprecia que los elementos fundamentales no han variado, además de la gran visión administrativa del autor. Estos principios son:

- De la división del trabajo.
- De la autoridad-responsabilidad.
- De la disciplina.
- De la unidad de mando.
- De la unidad de la dirección.
- De la subordinación del interés particular al interés general.
- De la remuneración del personal.
- De la centralización.
- De la jerarquía
- Del orden.

- De la equidad.
- De la estabilidad del personal.
- De la iniciativa.
- De la unión del personal.

5. Funciones de los servicios técnico administrativos en un sistema de atención médica.

El objetivo fundamental de los servicios técnico administrativos es el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y físicos de un sistema de atención médica.

Administración o subdirección administrativa.

Objetivo. Dotar de los recursos necesarios a las áreas médicas y paramédicas a efecto de otorgar un servicio eficiente.

Funciones principales:

- Planear e integrar los programas, presupuestos y metas de los aspectos financieros, administrativos y de apoyo general de la unidad.
- Dirigir y evaluar la administración de los recursos humanos, materiales y financieros tomando las medidas necesarias para optimizar su aprovechamiento.
- Dirigir y evaluar los servicios generales de apoyo a la operación de la Unidad Médica, tomando medidas correctivas necesarias.

Contraloría.

Objetivo. Lograr un uso racional de los recursos materiales y financieros incorporando los controles necesarios.

Funciones principales:

- Implantar las normas, procedimientos y técnicas necesarias para el buen funcionamiento de la Unidad.
- Integrar y controlar información contable y financiera que se produzca en la Unidad.

- Supervisar y coordinar la integración del presupuesto de la Unidad.

- Supervisar que el control de bienes inventariables de la Unidad se realice conforme a las normas y procedimientos establecidos.

- Planear e implementar los fondos fijos de materiales en los servicios.

- Supervisar que el control de prestaciones de la Unidad se realice conforme a las normas y procedimientos establecidos.

Personal.

Objetivo. Dotar de los recursos humanos necesarios para la buena operación de la Unidad.

Funciones principales:

- Administrar el proceso de bolsa de trabajo de la Unidad del personal sustituto.

- Planear, organizar y controlar la asignación de cargas de trabajo por áreas de servicio.

- Detectar necesidades y propiciar la capacitación y adiestramiento del personal administrativo.

- Analizar y evaluar los resultados de los métodos y sistemas de trabajo establecidos.

Conservación.

Objetivo. Mantener en óptimas condiciones de uso las instalaciones físicas y equipos de la Unidad.

Funciones principales:

- Planear y controlar los proyectos, presupuestos y programas para la conservación y adaptación de las instalaciones y equipo de la Unidad.

- Planear y determinar las necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y equipos de la Unidad.

- Supervisar el desarrollo de ampliaciones y remodelaciones de la Unidad, así como la conservación y adaptación de las instalaciones y equipo de la misma.

Servicios de apoyo.

Objetivo. Lograr un eficiente apoyo a las áreas operativas en los servicios generales de la Unidad.

Funciones principales:

- Establecer los sistemas necesarios para el abastecimiento, preparación de alimentos, prestación de servicios de limpieza, y demás servicios generales de apoyo.

- Organizar y supervisar la oportuna tramitación de las solicitudes de reaprovisionamiento.

- Planear, organizar y controlar la prestación de servicios de abastecimientos, transporte, correspondencia, vigilancia y limpieza a las diversas áreas de la Unidad.

A continuación el C.P. Agustín Velasco Mandujano trató el tema "Definición de Funciones Contables".

La contabilidad es el campo del conocimiento que tiene que ver con el registro y control de la aplicación de recursos en la organización.

Definió a la contabilidad como un sistema de información financiero. Por ser un sistema tiene una serie de partes relacionadas entre sí y tiene un propósito.

Por tener carácter de informativa, tiene que ver con datos que hay que recolectar en la organización, procesarlos y obtener como resultado la información de tipo financiero.

Funciones de la contabilidad.

La contabilidad concebida como un sistema tiene funciones de entrada, de proceso y de salida.

Las funciones de entrada son:

1. Reconocer la propia organización y el conjunto de procesos que se dan en ella.

2. De control interno: Instrumenta una serie de mecanismos de registro y de control interno que sean capaces de verificar que en todos los pro

cesos en donde se van a introducir recursos financieros se realicen con probidad y aprovechamiento para que no haya fugas en dinero.

3. Planeación de los registros contables: Aquí entra la técnica contable y se estructuran los registros en grupos de cuentas.

Las funciones del proceso son:

1. Proceso de registro de datos: Es la contabilidad en marcha; los registros de datos pueden ser manuales, mecanizados y electrónicos.

2. Producción de información: A todos los datos hay que darles el tratamiento que necesitamos y que dá como resultado una información coherente que explica diversas situaciones en relación con la organización.

Las funciones de salida son:

El resultado del proceso anterior y dan como producto la información financiera, la cual comprende dos funciones:

1. Los productos de información financiera que son:

   a) Origen y aplicación de fondos, que constituyen el balance y debe haber equilibrio.

   b) Estado de resultados: Indican si hubo utilidad o pérdidas.

   c) Estado de costos de producción: Da la información sobre los costos. No es más que la sumatoria de todos los elementos del costo (insumos de un proceso de trabajo, recursos humanos, materiales, costos indirectos, etc.)

2. Función de evaluación financiera: Es el resultado de verificar los resultados en los tres estados financieros.

A continaución el Lic. Gustavo Hernández Espinoza trató el tema de Proce dimientos para el Abastecimeinto y Manejo de Almacenes, para lo cual distribuyó un folleto entre los asistentes.

Por la tarde el Sr. José Lamosa Herrera disertó sobre el tema "Normas, Procedimientos y Reglamentos para la Administración de Personal", señalando que el Departamento Delegacional de Recursos Humanos cuenta con 4 oficinas y cada una de ellas con 2 o 3 secciones.

1. Oficina de dotación de recursos humanos.

   Es la oficina en donde se concentran los candidatos a ocupar una base en el IMSS. Sus funciones son:

   a) Concentrar los candidatos del sindicato para ocupar un puesto.

   b) Registrar al candidato por prioridad.

c) Realizar exámenes al trabajador para ocupar un puesto más elevado en el escalafón. También se da por prioridad.

2. Oficina de actualización de plantillas, nómina y registros.

Sus funciones son:

a) Mover y crear plazas de acuerdo a las necesidades de las Unidades.

b) Supervisar las incidencias del trabajador e inyectarlas al sistema para que aparezcan en el tarjetón de sueldo. Es una tarea que tiene que ver que todo lo que se va a pagar esté justificado.

c) Realizar trámites de jubilaciones, pensiones, finiquitos, vales a tiendas, justificaciones de no adeudo, etc.

3. Oficina de control del proceso.

Cuenta con tres secciones:

a) Sección de control de operaciones del sistema.

b) Sección de control de cifras e información.

c) Sección de recepción, registro de documentos y archivo.

4. Oficina de desarrollo de personal.

Tiene 2 secciones:

a) Sección de capacitación y desarrollo.

b) Sección de control y evaluación.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 2 DE MARZO DE 1983.

FUNCIONAMIENTO DE LAS DIVERSAS AREAS DE SERVICIOS GENERALES

Ing. Raúl Hernández Vasquez

Introducción:

Los servicios generales dependen de la jefatura del departamento delegacional del mismo nombre.

Considerando las políticas y actividades necesarias para el logro del objetivo de los servicios generales la agrupación funcional se establece en dos sentidos:

1. Servicios básicos, que apoyan la operación y repercuten directamente en el derechohabiente: Lavado de ropa, telecomunicaciones y transportación terrestre.

2. Servicios complementarios, que apoyan la operación y que repercuten indirectamente en el derechohabiente: Correspondencia y archivo, vigilancia, reproducción gráfica, intendencia, control de estacionamientos, coordinación del trámite de bajas, remates urbanos y municipales.

   Tienen como objetivo primordial proporcionar oportuna y eficazmente los servicios básicos y complementarios de apoyo.

   La descripción de cada servicio se encuentra en el manual proporcionado por la delegación.

De 11:30 a 13:00 horas el Dr. Enrique Parra aborda el tema de Liderazgo, iniciándolo con un ejercicio individual y colectivo para representar en forma vivencial los tres tipos de líderes.

Ya al disertar el tema, inicia con la gráfica gerencial o el Grill Gerencial de R. Blake en donde se toma en cuenta los factores de interés o preocupación por el personal y por la producción, dándole valores de 1 a 9 para cada uno de ellos:

1.1 Mínimo interés al personal y a la producción; no hay esfuerzo para lograr objetivos.

1.9 Completa atención al personal.

9.1 Completa atención a la producción.

5.5 Equilibrio entre los intereses. No es garantía del logro.

9.9 Máximo interés por el personal y la producción. Logrando los objetivos en común acuerdo con el personal.

A continuación se describe el modelo de K. Lewin en forma piramidal poniendo en el vértice la autocracia, en medio "dejar hacer dejar pasar" y en la base a la democracia.

El modelo de Tannenbaun y Schmidt. Nos muestra desde el punto de vista de autoritarismo, que tienen una orientación fundamental a la tarea; y la democracia, a la libertad de acción de los colaboradores.

Para evaluar los resultados del modelo de Tannenbaun y Schmidt, desde el punto de vista del autoritarismo vamos a ver los resultados sólo por el logro de los objetivos, y desde el democrático, sólo la satisfacción y desarrollo del personal. Pero tenemos que tomar en cuenta que debemos buscar ambos ya que están muy relacionados.

No existe un sólo estilo de liderazgo, el mejor será aquel que obtenga mejores resultados; sin embargo, el mejor liderazgo no depende de un sólo factor y es un proceso dinámico complejo. Hasta ahora, el modelo más práctico y útil para analizarla es el liderazgo situacional, depende de la situación en la que interrelaciona, la personalidad del líder, colaboradores, superiores, compañeros, cultura de la organización, tipo de tarea y el tiempo.

El buen líder adopta el estilo más conveniente a la situación específica en que trabaja.

El líder tiene que cambiar o adaptar su estilo respecto a las características de la estructura y la tarea de la organización, tomando en cuenta lo muy estructurado o poco flexible, o poco estructurado y muy flexible. Por ejemplo poco flexible: Puesto bajo de nivel, trabajo sencillo, con objetivos definidos con instructivos, en un trabajo rutinario y automatizado, con una centralización de autoridad y pocos cambios. Mucha flexibilidad: Puestos de alto nivel, tareas complicadas, con trabajo no rutinario, y con muchos cambios e imprevistos, que requieren mucha iniciativa y creatividad y con puestos muy interrelacionados.

A mayor flexibilidad mayor necesidad de cambio en el tipo de liderazgo.

Para adoptar un tipo de liderazgo hay que tomar en cuenta la madurez de los colaboradores:

Madurez 1. Alta tarea, bajas relaciones.
Madurez 2. Altas tareas, altas relaciones.
Madurez 3. Altas relaciones, bajas tareas.
Madurez 4. Baja tarea, bajas relaciones.

Conclusiones:

El líder debe buscar el mejor liderazgo de acuerdo a la situación de la organización, las tareas y la madurez del grupo y de cada uno de sus colaboradores.

La madurez incluye: Motivación de logros, deseo y habilidad para ser responsable y conocimientos y experiencias para desempeñar las tareas.

El jefe detecta la madurez de sus colaboradores y adopta el estilo más adecuado.

Como las personas y las situaciones cambian, el líder siempre debe de estar adaptando su estilo como resultado de esos cambios. Sin embargo, este enfoque es cuestionado, pues no toma en cuenta la autenticidad.

El buen líder es capaz de: Evaluar cuando es necesario cambiar de estilo; evaluar las necesidades de estilo de liderazgo de sus colaboradores; cambiar de estilo para adoptar el más adecuado, cuando esto es necesario; la evaluación de un buen estilo de liderazgo depende de que tan eficaz es en lograr los objetivos de grupo de los puestos y de la organización y que tanta satisfacción y desarrollo logra en su personal.

A continuación la Dra. Lucía Yañez Velasco expone sobre el tema Investigación en Servicios de Salud.

Antecedentes históricos:

El primer antecedente que se tiene de investigación en servicios de salud se efectúa en el año de 1908, en el cual se hizo una revisión de las características de los recién nacidos; en 1910, Flexner efectúa investigación educativa que influye en servicios de salud; en 1950 se menciona como el inicio de los ensayos sobre investigación social; en 1952 se efectúa un seminario de educación médica en la Fundación Rockefeller y es aquí donde ya surge como disciplina. En 1952 se define y se sitúan las bases que regirán la investigación de servicios de salud; en 1960 se clasifica y en 1964, en Londres se le da categoría de disciplina médica. En 1967 se efectúa la declaración de la investigación de servicios de salud y se identificaron cuatro áreas que son: 1. Uso de servicio; 2. costos; 3. calidad y 4. satisfacción del usuario. En México, se iniciaron investigaciones de esta naturaleza en 1978.

Definición: Es la actividad que permite obtener conocimientos sobre la estructura, los procesos o los efectos de la prestación de servicios de salud personales o colectivos. Siendo una de sus características más importantes la multidisciplinaridad.

Donabedian, principió las bases del diseño sobre la investigación de servicios de salud y dice que se deben de contemplar el proceso y el resultado, pero además, el insumo para que se realice este proceso.

La investigación médica la dividió en:

Investigación biomédica: Que se caracteriza por estudiar los mecanismos fisiológicos, bioquímicos y de ultraestructura.

Investigación clínica: Es el enfoque a los ensayos clínicos o evaluaciones de procesos terapéuticos, ya sean farmacológicos, quirúrgicos o dieta.

Investigación social: Especialmente la epidemiológica, en el que se ve el proceso salud-enfermedad como problema individual o colectivo.

La investigación social puede ser médico-antropológica y médico-social. La médico-antropológica es la que va a establecer patrones culturales y como la medicina puede incidir en beneficio de la salud.

Médico-social: Es la que nos permite conocer las redes sociales y liderazgos y como la medicina podría conformar programas de salud.

Investigación en servicios de salud: Se encarga tanto del diseño y evaluación de los procesos de prestación y utilización de los servicios y va a tratar de las necesidades del funcionamiento de los servicios de salud.

En general la investigación se hace para generar conocimiento y/o toma de decisiones, predominando en las biomédicas y en la clínica la generación de conocimientos; en las sociales y en la investigación de los servicios de salud predomina la toma de decisiones.

Es de hacer notar que en medidas de prevención está muy limitada en la biomédica y va aumentando en la investigación clínica, social y de servicios de salud.

Areas de investigación o de estudios de los servicios de salud. Cobertura, servicios hospitalarios, costo de atención médica, demanda. uso y patrones de aceptación, recursos humanos, materiales y financieros; establecimiento de prioridades y búsqueda de estrategias para la atención médica. (Estudiando calidad en todos ellos).

Metodología de la investigación en servicios de salud.

Es el método científico.

La investigación en sí tiene áreas o niveles de conocimiento:

Nivel exploratorio: Que es la percepción desde el punto de vista heurístico; haciendo exploración visual, bibliográfica, etc.

Nivel descriptivo: Es la descripción del problema.

Nivel analítico: Estudia cuales son las relaciones con otros factores o problemas.

Nivel predictivo: Experimentamos o predecimos las respuestas a la modificación de un factor.

La investigación en servicios de salud se puede usar en los cuatro niveles anteriormente expuestos.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 3 DE MARZO DE 1983.

EVALUACION DE CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Juan Carlos Veronelli.

Hizo ver que la evaluación tiene relación con la emisión de juicios de valores, basados diempre en la comparación.

Los valores con los cuales se enjuicia un sistema son:

1. Efectividad (eficacia)
2. Eficiencia.
3. Equidad
4. Aceptación
5. Confiabilidad.

1. EFECTIVIDAD:

Esta se mide poniendo como numerador el impacto real de un servicio y como denominador el impacto potencial de una situación ideal.

Los elementos que componen a la efectividad son:

a) Accesibilidad.

b) Calidad.

c) Integración de los servicios.

a) Accesibilidad:

Esta incluye elementos tales como: Culturales, geográficos, económicos y adecuación cuantitativa (concentración y dispersión de recursos).

De la adecuación cuantitativa, se explicó el modelo para adecuar el número de camas en los hospitales a la población, teniendo en cuenta los egresos calculados; se hizo hincapié en que es frecuente

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

culpar al aspecto cultural de problemas de accesibilidad, porque no se analizan con cuidado las características de la oferta por servicio.

b) Calidad:

Esta incluye los elementos de :

- Oportunidad
- Técnico-científicos.
- Personalización.
- Continuidad.

El factor más estudiado por los autores, es el técnico-científico, el cual contempla las etapas de la evaluación, de la formación de los recursos humanos que intervienen en el sistema, la medición, el control de la calidad, (el cual tiene un enfoque similar al industrial); a la calidad se le conceden tres enfoques:

Enfoque estructuras: Es el que relaciona precondiciones ó estructuras.

Enfoque de proceso: Es el que relaciona registros de atención ambulatoria, hospitalaria, diagnóstica y tratamiento.

Enfoque de resultados: Es el que relaciona el producto final.

Todas estas relaciones, se hacen con el control de la calidad, para retroalimentar el proceso o el plan.

Por otro lado, todo esto sirve para juzgar la efectividad, adecuación, eficiencia y calidad técnica. Todas ellas se estudian desde el punto de vista de los proveedores, consumidores y autoridades.

	CONSUMIDORES	PROVEEDORES	AUTORIDADES
EFECTIVIDAD	30%	20%	5%
ADECUACION	50%	7%	30%
EFICIENCIA	5%	8%	60%
CALIDAD TECNICA	15%	65%	5%

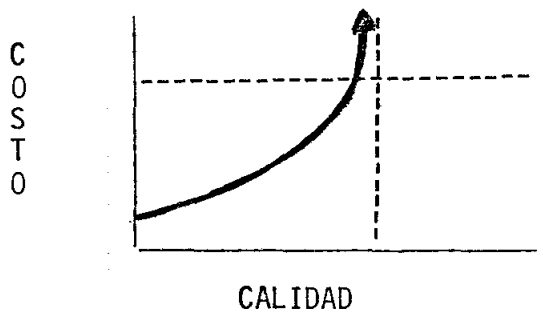
Esta es una tabla hipotética para comparar la calidad de una supuesta empresa.

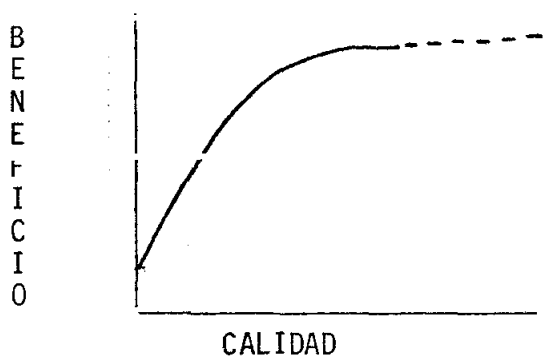
c) Integración de los servicios:

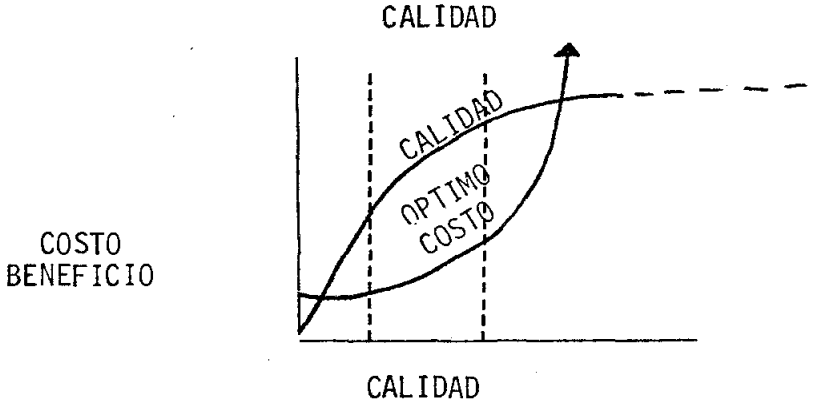
Es el grado de coordinación de un sistema con unificación de criterios.

2. EFICIENCIA:

Es la relación entre un producto o proceso y los recursos que se consumen en relación al costo-efecto o costo-beneficio. Se ejemplificó con las gráficas de costo-calidad y beneficio-calidad.







Estas forman dos curvas, que al superponerse indican la calidad óptima ó máxima (diferencia entre costos y beneficios).

Se sabe que en el presente hay crisis de costos, en relación a los países avanzados y los países en desarrollo.

En los países avanzados, se ha producido por la incorporación tecnológica y en los países en desarrollo se ha producido por la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud.

3. EQUIDAD:

En los países subdesarrollados, hay ineficiencia debido a que los recursos no han aumentado, se requiere aumentar la eficiencia para obtener equidad, con calidad óptima, ya que en estos países existen sistemas duales, es decir una medicina para pobres y otra para ricos.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 4 DE MARZO DE 1983.

El Dr. Juan Carlos Veronelli continua profundizando acerca de la eficiencia y menciona que ésta es el interés máximo de los financiadores; separa de ella tres conceptos:

a) Eficiencia técnica

b) Eficiencia industrial

c) Eficiencia de asignación.

Con respecto a la eficiencia técnica, que se refiere a que para una cantidad de producto se combinan una cantidad de recursos para que el costo promedio disminuya, posteriormente se analiza una gráfica en la cual se compara personal de alta calidad y de baja calidad en relación al costo, y se menciona que la eficiencia máxima se obtiene cuando hay un equilibrio entre los recursos; y cuando se enfocan estos conceptos a todo un sistema recibe el nombre de función de producción. Así también se ejemplificó que hay combinaciones costosas y poco costosas; P.E. Costosas cuando hay mucha hospitalización y baja atención ambulatoria y poco costosa en forma inversa.

La eficiencia industrial es la magnitud de producción que asegura el menor costo, a esto también se le llama economía de escala, se ejemplifica lo contrario a lo antes expuesto con la construcción de hospitales chicos, o querer obtener la autosuficiencia en salud en pequeñas poblaciones.

Eficiencia de asignacion, se refiere a la asignacion de los recursos que asegure la mayor economía del funcionamiento del sistema.

Posteriormente se analizó la calidad de la atención médica en Cuba, Estados Unidos, Canadá, Chile, Argentina y México. Cuba se calificó como un servicio nacional de salud pública, con buena adecuación cuantitativa y accesibilidad geográfica, cultural y económica buena; en la calidad se dijo que lo técnico-científico, en su inicio se encontraba áltamente normada encajando en un modelo burocrático; posteriormente hubo un retroceso siendo menos normativo mejorando la calidad técnico-científico, la oportunidad, continuidad, personalización es buena, así también la integración de servicios. La eficiencia técnica es baja, ya que se usa personal áltamente calificado para tareas de poca complejidad, por ejemplo, el 95% de los partos son atendidos en hospitales por obstetras; la eficiencia industrial era baja y posteriormente ha mejorado por la readecuación de la capacidad de los hospitales; con respecto a la equidad es bastante buena.

Estados Unidos: La efectividad de la atención médica con respecto a la accebilidad en adecuación cuantitativa, geográfica y cultural es buena, pero la accesibilidad económica está en retroceso, ya que en su modelo de desarrollo prevalece la atención privada. Con respecto a la calidad técnico-científico, oportunidad, continuidad y personalización son buenas.

La integración es baja. La eficiencia-técnica es baja; se usa mucha tecnología aunque el caso no lo requiera, la eficiencia industrial es buena, y por prevalecer la medicina privada la equidad es baja.

Canadá: Tiene un sistema de seguro social universal, en general la accesibilidad y la calidad son buenas, la eficiencia técnica e industrial es regular, la equidad es buena.

Chile: Los servicios de atención médica de la República de Chile han sufrido modificaciones a través de su evolución histórica, actualmente sus servicios de atención médica con respecto a la efectividad y accesibilidad son buenas, en adecuación cuantitativa, geográfica, cultural, económica y calidad técnico-científica son regulares; integración aceptable, eficiencia técnica buena, industrial regular. En la equidad existe dualidad de servicios.

Argentina. Con la misma historia evolutiva de los países de América Latina en sus servicios de atención médica, con una adecuación cuantitativa buena, accesibilidad económica, cultural y geográfica mala por una diversidad de seguros médicos, lo que hace que su calidad técnico-científico sea variada, su integración sea mala, su equidad muy baja, su calidad en cuanto, oportunidad, continuidad y personalización bajas así como su eficiencia técnica e industrial.

México: Se trató de hacer una valoración de la calidad de la atención en México. Comentándose que la eficiencia en cuanto accesibilidad de la adecuación cuantitativa es baja, la accesibilidad geográfica variada por sus características geográficas, la accesibilidad cultural es regular por arraigo cultural, la económica es variada según el sistema; la calidad técnico-científico, oportunidad es variable, la continuidad es baja, la personalización del servicio es variada, su integración es baja pero con proyectos a mejorarla, la eficiencia técnica-industrial y la equidad son bajas.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 7 DE MARZO DE 1983.

La Dra. Aida María Rodríguez inicia con el tema: "Marco Conceptual de las Necesidades Médicas en el Medio Rural".

El hombre desde sus orígenes ha tenido necesidades biológicas como: Vivienda, alimentación y procreación, denominándoseles primarias o secundarias, dependiendo de su relación con la naturaleza. A medida que satisface sus necesidades primarias aparecen las secundarias.

En la población pueden haber necesidades sentidas y no expresadas. Entre la población marginada, la conservación de la salud preocupa pues la enfermedad significa un gran deterioro a la economía familiar.

El Dr. Sergio Lozano disertó sobre los orígenes del Plan Coplamar (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados) bajo la asesoría de instituciones como la Comisión Nacional de Zonas Aridas, el Instituto Nacional Indigenista, etc. en 1977.

Los niveles de marginación pueden ser altos, medios o bajos. En el primer grupo se pueden encuadrar grandes zonas de Chiapas, Oaxaca y Guerrero.

En la familia rural viven dos o tres generaciones juntas. Las comunidades marginadas pueden estar conglomeradas o dispersas. Allí los problemas de salud tienen relación con el medio ambiente. El acceso al cambio es difícil por su idiosincracia. Por ejemplo el agua tiene más importancia si es clara e insabora a si está exenta de bacterias. La ventilación es una desventaja pues expone a la familia a la curiosidad de los vecinos o a la intromisión de extraños. También hay particularidades en relación a sacar los animales de casa (sujetos a robo), cuidados materno infantiles, atención del parto, etiología de enfermedades (mal de ojo).

Fenómeno salud-enfermedad: Es un proceso mediante el cual se utiliza una conducta adecuada y un control ambiental a fin de evitar la enfermedad, la invalidez y retrasar la muerte.

En México sólo el 20% de las tierras son cultivables. De éstas sólo la mitad tiene agua y de éstas, sólo la mitad tiene agua por riego. Aun así es factible producir para alimentar al país. Hay un desbalance en la calidad de la comida exportada (rica en proteínas) y la importada.

A nivel rural el analfabetismo es alarmante. (Se considera analfabeta al mayor de 12 años que no sabe leer ni escribir). También es alarmante la desproporción de médicos por habitante a nivel rural (1 por cada 3,000 o más habitantes). En relación al nivel urbano (en el D.F. hay 1 por cada 400 habitantes).

La expectativa de vida es mucho menor a nivel rural y el estado nutricional también. Más de la mitad de los niños de estas áreas son desnutridos. Las causas de muerte son predominantemente las de origen infeccioso. Todo esto tiene relación con problemas generales de saneamiento, eliminación de basura y excretas, contaminación del agua de los ríos, natalidad exagerada, alcoholismo e incapacidades no reportadas, etc.

El Dr. Constantino González se refirió a países donde la atención es universal, individual y colectiva, propósito que persigue a corto plazo el IMSS.

Los servicios pueden ser personales y no personales.

Niveles de atención: Se relacionan con el alcance de las expectativas de los usuarios. En el medio rural los pacientes desean ser oídos, examinados y que les sean explicados sus problemas así como el tipo de servicio que va a ser utilizado.

Adecuación: Es la técnica de dar los recursos necesarios según la problemática y morbi-mortalidad que tenga una población.

El Dr. Sergio Mojardín hace una reseña histórica sobre la creación en 1973 del seguro obligatorio para el control de servicios de enfermedad, maternidad, guarderías, riesgos de trabajo, vejez y cesantía. En 1974 inicia sus labores el servicio de solidaridad social, cuyos recursos han aumentado vertiginosamente desde entonces. El gobierno financia el 100%.

La Dra. Georgina Velásquez habló de las necesidades normativas y las reales, hizo un esbozo de los temas tratados anteriormente, invitó a preguntar y respondió en relación a los mismos.

Dr. Ernesto Díaz del Castillo: Enseñanza: Es la acción y efecto de enseñar; sistema y método de dar instrucción.

La salud tiene aspecto bio-psico-social.

El objetivo de la Jefatura de Enseñanza e Investigación es el de asesorar y proporcionar el apoyo técnico necesario a las áreas del Instituto para mejorar la eficacia y eficiencia en las prestaciones de los servicios dentro del proceso del sistema de salud.

La preparación del recurso humano se lleva a cabo mediante la capacitación y actualización otorgándole para ello los conocimientos, las destrezas y la actitud.

Deben existir normas de enseñanza y coordinación tanto intra como interinstitucional.

El personal de docencia e investigación deberá recibir todo el apoyo.

La misión es "preparar para hacer bien donde deba hacerlo bien".

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 8 DE MARZO DE 1983.

DIRECCION DE SERVICIOS: MOTIVACION, AUTORIDAD, PODER E INFLUENCIA, CONFLICTO.

Dr. Enrique Parra Dávila.

La motivación es una función del directivo.

El comportamiento es una serie de actividades y se orienta generalmente a metas y objetivos.

El individuo no siempre conoce sus metas específicas, ya que hay metas conscientes y subconscientes.

Una situación motivacional se inicia al conocer el motivo y el incentivo y mediante un comportamiento determinado lograr una actividad dirigida hacia el logro de una meta.

Determinantes de la fuerza del motivo:

1. La expectativa: Es la probabilidad que ve un individuo de satisfacer una necesidad particular de acuerdo con su experiencia en el pasado.

2. La accesibilidad: Refleja las limitaciones del medio.

Desarrollo de la personalidad:

El individuo al madurar, desarrolla patrones de hábito o respuestas condicionadas a diversos estímulos. La suma de estos patrones de hábitos, determinan la personalidad.

Los grupos pueden tener hábitos y una conducta de grupo, si es repetitiva va a responder de cierta forma a los estímulos. Son conductas que se pueden predecir hasta cierto grado. Esto se extrapola cuando se dirige un grupo.

Se revisó la jerarquización de las necesidades de Maslow en relación a la fuerza de las necesidades individuales, en donde si las teorías de motivación no coinciden con las fuerzas de las necesidades nuestro riesgo de fracaso es alto y si la motivación es semejante a la fuerza de la necesidad el éxito es casi asegurado.

En relación al tema se analizan 3 teorías:

A. Teoría de Douglas Mac. Gregor ó teoría X-Y.

La teoría "X" considera que a las personas no les gusta trabajar, trabajan sólo por dinero, son irresponsables y carecen de iniciativa.

La teoría "Y" considera que la gente tiene iniciativa y es responsable, quiere ayudar a lograr los objetivos que considera valiosos, es capaz de ejercitar auto-control y auto-dirección, y poseé más habilidades de las que está empleando actualmente en su trabajo.

B. Teoría de Chris Argyris ó teoría de la inmadurez-madurez . Relaciona las características de comportamiento del ser humano cuando es niño y adulto y que puede ser traspolado a las organizaciones, en el mismo sentido.

C. Teoría de Frederick Herzberg o de la motivación-higiene. Reconoce 2 factores: Los intrínsecos o del trabajo, mismos que cuando están presentes motivan favorablemente al personal; y los extrínsecos o del medio ambiente que al estar presentes, por sí solos no motivan, en cambio su ausencia causa insatisfacción.

En la relación de estos factores con la jerarquización de las necesidades de Maslow, los motivadores corresponden a las necesidades de estimación y autorrealización y los factores higiénicos al resto de las necesidades.

Se efectuó un ejercicio grupal como medio para poder identificar el conflicto en los grupos.

Conflicto: Son las circunstancias que pueden surgir por la presencia de diferencia entre dos partes que por alguna razón entran en contacto.

Otra definición de conflicto: Es una diferencia importante entre personas, grupos o naciones que en caso de no ser resueltas provocan que en alguna forma actúen separadamente o se dañen.

La competencia generalmente nos lleva al conflicto. Si se estimula la competencia se inhibe la colaboración y viceversa.

Cuando se establece el conflicto, los cursos de acción que se siguen en nuestra cultura, pueden ser:

- Represión.
- Invitación a la armonía
- Reunir a terceros
- Cerrar los ojos al conflicto.

Que se debe hacer ante el conflicto:

- Abrir la comunicación.
- Tener actitud flexible.
- Definir objetivos y clasificarlos
- Supra ordenar metas.

Cuando se soluciona un conflicto se dice que las personas, empresas o instituto, crecen en sentido de madurez, comunicación, apertura, etc.

Influencia, poder y autoridad:

Influencia: Es el proceso donde A, modifica la conducta de B.

Poder: Es aquello que permite hacerlo.

Autoridad: Tiene su orígen en la cima de una jerarquía organizada y desciende dentro de ella a través del proceso de delegación.

El poder y la influencia son la textura fina de las organizaciones e inciden en todas sus interacciones.

El hombre que siente que influye en algo, da más de sí, toma más interés y se ve más involucrado en su trabajo.

La influencia es un poder activo, mientras que el poder para influir es un recurso.

Fuentes del poder:

1. Fuerza física

2. Recursos de poder.

- Posiciones de poder (poder legal o legítimo, derecho de acceso, etc.), se refiere a los inspectores, supervisores, etc.

- Poder de experiencia: Conocimientos, especialidad.

- Poder personal (la fuerza del poder radica en la personalidad): Carisma-popularidad.

Lo anterior da como resultado la autoridad real que conlleva a la autoridad formal.

La autoridad puede ser: formal o nominal ; real : Sólo cuando se acepta.

La dirección supone la delegación de la autoridad, el establecimiento de los canales de comunicación (para controlar resultados) y la supervisión.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 9 DE MARZO DE 1983.

La conferencia sobre Control de los Sistemas de Atención Médica estuvo a cargo del Dr. Ernesto Espinosa Arteaga.

Inicia recordando las etapas del proceso administrativo que son: Planeación, Organización, Dirección y Control.

Control: Es la última etapa de este proceso y tiene como propósito identificar las desviaciones y corregirlas (de los objetivos).

Para que exista un buen control previamente debemos de tener nuestros objetivos y metas perfectamente claros. El control debe ser previsto y planeado desde la primera etapa del proceso administrativo. Una buena elaboración de elementos de control nos va a permitir una buena retroinformación para el mejoramiento de nuestras metas.

Existen tres elementos de control que son:

1. Establecimiento de criterios de medición.

2. Evaluación.

3. Retroinformación

Si no se dan estos tres elementos no existe control.

El establecimiento de criterios de medición consiste en diseñar e identificar determinados patrones de medida. Si ese patrón se aplica a un resultado y se le compara con las metas mediante cierto patrón de medida, en ese momento se hace evaluación, por lo que es importante ver diferencia entre evaluación y supervisión.

Supervisión.- Forma parte de la etapa del proceso administrativo de la dirección y verifica que funciones y actividades se realizan con las normas previamente establecidas.

Puede haber control interno y externo. Es importante que la misma persona u organismo que opera para llegar a las metas, sea el que haga el control, ya que es la primera persona que puede saber si cumplió o no las metas. El control interno no sólo es válido sino conveniente, siempre y cuando se tengan bien establecidas las metas. Esto no quiere decir que no se haga el control externo; sino que se hagan ambos.

El control ideal es aquel que predice la desviación antes de que ocurra, aunque esto es muy difícil.

Cuando hacemos una evaluación es cuando iniciamos la retroinformación y con ello vemos si nuestras metas y objetivos son factibles, y si no corregirlos; después ver si la planeación, o el tipo de organización que adoptamos, o bien los recursos fueron insuficientes o también identificar si cada uno de los procesos de la dirección fueron o no los correctos.

Características de controles o estándares:

Oportunidad: Es el punto básico y si no existe esta oportunidad, la posibilidad de control se pierde.

Economía: Si nuestros elementos de control van a ser muy costosos no vale la pena realizarlos.

Flexibilidad: Implica no establecer controles exactos sino poner rangos de variabilidad.

Reflejar las características de la organización: Genérico y particular, parte de los controles deben de alguna manera de hacer alusión a uno o varios elementos de la organización.

Puntos críticos:

Hay básicamente tres grandes conjuntos de elementos de control que son:

Control financiero: Que es el más común y el más usado, ya que la mayor parte de las empresas son lucrativas y medimos si la empresa va bien o mal en medidas de rentabilidad y dividendos.

Formas especiales: Como ejemplo la ruta crítica, que conjuga una serie de actividades y/o costos mediante sistemas o ruta crítica y su adecuado seguimiento.

Programas, subprogramas y metas: Es el que más manejamos ya que interrelaciona estos elementos y es el que se utiliza en empresas que dan servicios.

Los elementos básicos de control de los servicios de salud lo integran, los niveles de salud, la calidad de la atención médica, el costo, la satisfacción interna y la satisfacción externa. Los niveles, la calidad y las satisfacciones son muy difíciles de medir y comparar, y por ende controlar.

A continuación el Contador Agustín Velasco abordó el tema La Contabilidad como Elemento de Control.

Inició su exposición definiendo a la Contabilidad como sistema de información con carácter financiero que es útil en la toma de decisiones en términos financieros. El sistema tiene entradas y como salida la información financiera que consiste en el balance general, el estado de resultados y el estado de costos.

Balance general: Muestra la estructura de la organización como origen y aplicación de fondos.

Estado de resultados: Muestra los resultados de la operación de la organiza-

ción, se divide en dos partes: Ingresos y gastos o costos de procesos productivos (proceso de compra de producción de distribución, administración, etc.) para llegar a utilidad o pérdida.

Estado de costos: Es el análisis del estado de resultados particularizando a cada uno de los procesos.

La contabilidad puede jugar dos roles: Histórico y presupuesto.

El rol histórico es el tradicional recolecta los datos cuando ya se efectuaron los hechos y por ende ya no se puede remediar la situación.

Rol de presupuesto: Es una gran herramienta de control; no sólo hace el control interno, sino también el control financiero, que es la base del control como elemento de retroalimentación en un sistema.

Presupuesto: Es la cuantificación racional y sistematizada del estado financiero futuro de una empresa y del comportamiento esperado en sus procesos productivos, presupuestar es tratar de anticipar hechos y situaciones que van a modificar su actual situación financiera. Hay una serie de procesos que conforman el gran proceso de la atención médica; básicamente hay un proceso de cada unidad médica y el proceso de programas médicos. La eficiencia de ese proceso es lo que trata de cuantificar la contabilidad en un proceso de atención médica. Como no podemos medir que pasa en el proceso, sólo podemos hacerlo en los insumos y en el producto, el costo del insumo sobre el número de productos es igual al costo unitario, cuando se saca un costo unitario se puede elaborar un presupuesto.

Con el presupuesto vamos a cuantificar el insumo y a caracterizar el producto.

Hay costos controlables y no controlables: Los no controlables son aquéllos en los cuales no podemos tomar ninguna decisión para reducirlos o aumentarlos. Los controlables es donde si se pueden tomar decisiones.

Caracterización del producto:

Ningún presupuesto es útil si no se ha caracterizado bien el producto y es el problema básico en la atención médica que no se ha podido lograr.

Para caracterizar el producto hay que tomar en cuenta los siguientes parámentros:

1. Consistencia del producto: O sea que tenemos que definirlo, cuáles son sus componentes, cuál es su tecnología y representarlo en unidad de medida.

2. Propiedades del producto: ¿Para qué sirve?

Estos dos parámetros están dentro del producto, no así las necesidades que cubre.

3. Necesidades que cubre el producto: Mortalidad, morbilidad, letalidad, incidencia y prevalencia.

4. Organización del producto, que son los procedimientos y capacitación.

5. Espacio o ambiente del producto: Planta física y ubicación.

6. Tiempo en que se entrega el producto.

7. Costo del producto.

A continuación el Ing. Eduardo Jaber expuso sobre el tema Los Sistemas de Información como Elemento de Control. Para lo cual sólo mencionaremos los mecanismos de control que se utilizan en la práctica ya que se distribuyó un documento amplio al respecto.

1. Conocer y evaluar los resultados reales de una actividad, lo que viene dado por los subsistemas de información que se diseñan para tal fin.

2. Comparar esos resultados con el comportamiento predeterminado en forma de planes y programas, para llegar al conocimiento de la existencia de cualquier posible desviación.

3. Analizar y evaluar las desviaciones, buscando sus causas, próximas, así como las que han influido en la obtención de resultados.

4. Una vez conocidos los factores y analizadas las causas de los resultados, el control lleva a ajustar las realizaciones posteriores, de tal manera que, en una nueva acción se consiga un mayor acercamiento a los objetivos o a la persistencia de lograrlos.

El sistema de control se convierte en una evaluación sistemática del desarrollo de las acciones de un organismo, ya sea en el todo o en sus partes. Y, la evaluación se basa, a su vez, en el sistema de información, de forma tan estrechamente relacionada que, para algunos autores "el control es mantenido a través de una red de información, la cual sirve como medio de control".

Como último tema del día la Dra. Danuta Rajs habló sobre la Estadística y otros Métodos Cuantitativos útiles para el Control.

Es difícil diferenciar lo que es control y evaluación desde el punto de vista cuantitativo. La información la necesitamos para poder evaluar los programas. El problema hoy en día es que se produce mucha información y que nadie la usa; producida a criterio del encargado del sistema de información ya que nadie le ha dicho qué indicadores nos son más necesarios.

Divide la atención por niveles en función de actividades finales en atención preventiva y curativa.

La atención preventiva: Enfocada desde el punto de vista educativo, vacunas, atención médica a sanos.

La atención curativa: Destinada a consulta médica y odontológica curativa y hospitalización. Indica que para cualquier programa es necesario conocer un conjunto de diez conceptos de información y que tienen que estar referidos a un programa concreto. A continuación se analizó un documento con indicadores para la toma de decisiones en el control y la evaluación de programas de salud, según actividad final y por unidad de tiempo determinada, ejemplificándolo con el programa de planificación familiar.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 10 DE MARZO DE 1983.

El Dr. Enrique Parra trató el tema sobre los conceptos básicos de la supervisión habiendo definido a la misma, bajo el punto de vista etimológico, super = a sobre, superior y visar que significa ver, vigilar, revisar.

Se entiende como la actividad dinámica de guiar el trabajo de colaboradores para obtener un producto. Llegándose a señalar que la función del supervisor corresponde a que se hagan las cosas tal como fueron planeadas.

La supervisión está de acuerdo con los procedimientos, asimismo a través de ella se logra corregir factores negativos de una unidad de trabajo como lo son: Ruidos, interrupciones y al mismo tiempo superarse en una forma positiva, como lo son las relaciones humanas.

Los supervisores deben llenar ciertos requisitos mínimos, como son: Buena comunicación, conocimiento, buenas relaciones humanas, toma de decisiones, criterio, iniciativa, probidad moral, etc.

El supervisor se identifica por observación naturalista y los riesgos de equivocarse se disminuyen si se puede hacer un sociograma.

Entre las funciones del supervisor se encuentran: Distribuir trabajo, saber tratar al personal, calificarlo, instruirlo (siendo ésto lo más importante y lo más olvidado), recibir y tratar quejas de los subordinados, realizar entrevistas con éstos, hacer informes, conducir reuniones, mejorar los sistemas a su cargo, coordinarse con los demás jefes.

El supervisor debe ser el enlace entre el personal a su cargo y la autoridad superior, el personal debe estar informado de esto.

Respecto a las diferentes escalas de autoridad, tienen diferentes porcientos internos: Habilidad de relaciones humanas, habilidad conceptual y habilidad técnica. En todas, el 50% lo debe ocupar la de relaciones humanas. En la alta gerencia debe predominar la conceptual y en el supervisor de primera línea la técnica; en el directivo estas dos habilidades deben estar balanceadas.

El supervisor debe saber hacer las tareas y enseñarlas, para lo cual necesita capacitación.

Funciones del Cuerpo de Gobierno:

Debe estar ubicado a un nivel de "staff" del Director, como cuerpo asesor que le auxiliará en la toma de decisiones que es su responsabilidad. Las

reuniones deben ser acordes con las necesidades de la organización y siempre guiadas por una agenda para marcar los asuntos a resolver y verificar su cumplimiento. El Cuerpo de Gobierno es un medio para alcanzar los objetivos.

Seguidamente el Dr. Armando Cordera trató sobre los principios de evaluación de la atención médica, habiendo hecho un resumen histórico respecto al mismo. Desde 1795, Pierre Louis señaló que debía de haber una forma de evaluar la atención médica de acuerdo a los resultados, pero no fue aceptado por los médicos de la época. Codman de Estados Unidos, a principio del siglo XX dijo que no se debería juzgar la atención médica por la belleza o limpieza de los edificios, sino por sus resultados. En 1925, Sydenstriker enunció por primera vez que a los objetivos de un sistema de atención médica se les debía definir con claridad. Ya Flexner, basándose en la evaluación de los hospitales para apoyar la enseñanza de la medicina, había elaborado en 1910 una lista de verificación con las características que debían cumplir los hospitales; esta idea fue retomada por la Joint Conmission of Hospital Acrreditation para fijar los mínimos que debian cumplir los hospitales, definiendo áreas que debía de tener el hospital y las características particulares de cada una; asimismo estableció la buena capacitación del personal a través de su afiliación al "board" o al consejo de especialidad, los cuáles aseguran la educación contínua a través de sistemas de autoevaluación, que dan como ventaja a los miembros: Aseguramiento de grupo a un costo moderado. Esta evaluación es cada cuatro años y el programa se llama MKSAP (Medical Knowledge Self Assesment Program).

Lee y Jones en 1934 definieron por buena atención médica la clase de práctica médica que realizan y enseñan los líderes de la profesión médica, en una época dada, acorde con el desarrollo social, cultural y profesional en una comunidad; se basa en el uso racional de la ciencia, pone énfasis en la prevención, la colaboración entre legos y profesionales, considera al individuo integralmente, obliga a una relación cercana médico-paciente, se coordina con grupos de trabajo social y con todos los tipos de servicios médicos. Se basa en las necesidades sociales de la población a la que sirve.

En 1937 Bradford Hill propuso la utilización de métodos estadísticos para la evaluación médica. El Colegio Americano de los Estados Unidos es el iniciador del concepto de evaluación médica a través de los comités: De tejidos, de antibióticos y de transfusiones, los cuales dieron origen al P.A.S. Professional Activity Survey) que consideraba que deberían integrarse datos clínicos del expediente para apoyar a dichos comités.

Al convertirse en 1955 en un programa nacional de evaluación de las actividades profesionales, se inician los primeros estudios de auditoría médica.

En 1965 el Medicare inicia el Peer Review (Comisión Escrutadora Local).

En 1967 Suchman dijo que la evaluación es un proceso social para hacer juicios de valor, con bases lógicas y racionales.

Myrdal ya había enfatizado el enfoque sistémico de la evaluación social. Etzioni recomendó una serie de indicadores para llevar a cabo la evaluación. Schulberg en 1969 señaló que los objetivos no tenían importancia para la evaluación, pero eran útiles para dirigir el proceso. Makover en 1951 dijo que se deben evaluar los resultados benéficos de la atención médica que tuvieran relación con el objetivo (lo que no es fácil por ser un proceso social). Henrik Blum dice que se debe evaluar la actividad para conocer sus efectos sobre la persona, el subsistema y el sistema. Peter Drucker había señalado lo complejo que es evaluar un sistema social; él inició la idea de administración por resultados y la reconsideró posteriormente, diciendo que es válida para la empresa privada, pero no para los procesos sociales. Kenneth Williams, en 1971, presentó un proyecto proponiendo que la población pidiera cuentas acerca de los resultados obtenidos con los recursos disponibles (acountability). En 1972 se inició un programa de "quality assurance" (certeza de la calidad) que se encarga de medir la calidad y las medidas a tomar para mejorarla. En 1972, al formarse la Joint Comission on Hospital Accreditation se aprueba la ley pública que dió origen a la formación de estándares profesionales. Lawrence Weed propuso la creación del expediente de enfermedad orientado a problemas y dijo que era ideal que el médico tuviera conocimientos de estadística y el estadista conociera aspectos de atención médica. EL EMCRO se interesó en bajar los costos y pronto se dió cuenta de que lo más que se puede hacer es contenerlos. La dificultad mayor en la evaluación es definir los criterios. En pacientes agudos es más fácil, ya que se ve en que porcentajes regresan a la vida activa y a esto se le llama evaluación de resultados. Por otro lado en pacientes crónicos ésto se dificulta y es útil hacer la evaluación del proceso. Los resultados deben evaluarse a mediano y largo plazo, en ésta última se debe tomar en cuenta la calidad de vida. Etzioni, hizo ver que para pedir cuentas se puede recurrir a tres distintos procedimientos:

1. El enfoque de Real Politik donde lo esencial es el poder.

2. El enfoque legal

3. En enfoque dirigido, el cual se basa en que hay gran variedad de fuerzas.

Levi Strauss señala que la apreciación varía según el punto de vista del observador, esto modifica los criterios de evaluación de los profesionales, autoridades y del usuario . Otro concepto útil es el que propuso Jores: La enfermedad es curable cuando se conoce la etiología; controlable cuando se conoce la patogenia y si no se conoce ninguna de las dos lo más que se puede hacer es paliarla.

Para la evaluación de la atención médica ambulatoria, David Kessner, en 1973, desarrolló el método de los trazadores, basado en las técnicas de la medicina nuclear; propuso identificar padecimientos bien conocidos - para saber su comportamiento higiénico y al mismo tiempo debería ver sus hábitos, su ambiente, etc. ya que hay personas que de acuerdo a su situación económico-social tienen mayor posibilidad de curarse y en base a eso se juzga la calidad.

Método de la evaluación por pares con criterios implícitos: Se usan técnicas similares a la de los talleres de microenseñanza con cámara de video, se filma la actuación del médico y después se comentan las desviaciones con él. Esto también se puede hacer por medio de un observador. La evaluación por pares con criterios explícitos consiste en que existen documentos escritos sobre los conceptos o conductas a evaluar, los cuales se determinan de acuerdo a la cultura médica de la unidad donde se da el servicio. El objetivo de la evaluación es corregir y no castigar.

Otro método es el de la etapa de la enfermedad, ideado por Gonella, que data de 1976, en la cual se valora a un médico en base a la etapa en que se encuentran sus pacientes; por ejemplo, en el caso de un pediatra, se le calificará de buen médico si toda su población está sana. Stufflebeam en 1972 dijo que es importante evaluar los resultados, el proceso, la planificación y el contexto (C.C.P.P.) Willi de Geyndt tomó estas ideas y las aplicó a la atención médica en 1977, dijo que los resultados se deben medir inmediatamente (out-put) y a largo plazo (out-come); y además, hay que estudiar el estado de satisfacción de la población, del proveedor y de las autoridades. Los proveedores buscan su satisfacción en el proceso, siempre que se les haya proporcionado los recursos; las autoridades se basan en la imagen y la población en la relación interpersonal, en su confort, etc.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 11 DE MARZO DE 1983.

IMPORTANCIA DE LA INTEGRACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Dr. Manuel Barquín.

Atención médica la define como las actividades que se dirigen a los individuos con el objeto de mejorarles el nivel de salud; siendo el proceso de diagnóstico y tratamiento lo que caracteriza en forma esencial la atención médica, contando además con las funciones de educación y de investigación; en ese sentido la ley del derecho a la salud se refiere al derecho al acceso al sistema de protección de la salud.

Se menciona en forma somera la evolución histórica de la atención médica desde la medicina de la edad antigua, media y el renacimiento, hasta llegar a la Revolución Francesa; en la época de Birsmark aparecen los primeros seguros sociales que unos se convierten en verdaderos seguros nacionales, con el deseo de que alguna vez se implante el seguro social internacional.

Sistema se define como el conjunto de variables que se interrelacionan para lograr un objetivo.

- Conjunto de componentes cuya interacción enjendra nuevas cualidades que no poseen los elementos integrantes separadamente.

- Conjunto ordenado de procedimientos (operaciones y métodos) relacionados entre sí, que contribuyen a realizar una función.

Características de un sistema:

1. Objetivos.
2. Componentes.
3. Proceso.
4. Insumos
5. Regulación
6. Entorno

Se menciona que existen sistemas naturales y artificiales, los artificiales pueden ser formales e informales, existiendo además sistemas mecánicos.

Se ejemplificó al sistema solar y al sistema de atención médica encajándolos en las características de un sistema.

Atención médica: Las áreas y programas de la atención médica están contenidos dentro de 3 conjuntos que son: Salud pública, la asistencia médica en sí y los servicios sociales; entre la salud pública y la asistencia médica está la medicina preventiva y entre la asistencia médica y los servicios so-

ciales está la rehabilitación.

Salud pública es el conjunto de actividades que se dirigen a la comunidad para mejorar el nivel de salud.

Asistencia médica es la actividad principal de la atención médica y en este país se ha estratificado en los 3 niveles ya conocidos.

Servicio social tiene que ver con incapacidades de tipo físico, social o psicológico.

La fusión de estos 3 conjuntos es lo que se ha venido manejando como integración de los servicios de salud.

Se mencionan los modelos de integración de los servicios de salud en Rusia, Cuba, Estados Unidos y México haciendo énfasis en que integrando la atención médica se pueden ahorrar recursos y lograr mayores beneficios.

Para que haya integración debe haber 3 características:

a) Integración financiera.

b) Integración administrativa.

c) Integración operativa

al reunir las 3 características se llama fusión integral.

En México se pretende hacer una integración en el sistema de población abierta: SSA, DIF y servicios estatales y municipales y una integración funcional en coordinación entre el IMSS, ISSSTE, PEMEX y F.A.

En seguida se trató sobre los elementos que afectan el costo del sistema de atención médica por el Dr. Armando Cordera.

La charla se inició planteándose 3 preguntas:

1. ¿Porqué los costos son altos en los sistemas de atención médica?

2. ¿Cuáles son los elementos que inciden sobre el costo?

3. ¿Sobre cuáles elementos podemos actuar?

Hasta hace una década se comenzó a hablar de abatir el costo de la atención médica, actualmente sólo se habla de contener el costo, ya que de continuar subiendo el costo de la atención médica acabaría con el producto nacional bruto de los países. En Estados Unidos en 1965 se gastaba en atención médica el 5.9% del producto nacional bruto en 1974 el 9.7%.

En Suecia en 1974 se gastaba el 9.5% y en 1978 el 11.3%; otros países como Canadá han tenido un mínimo aumento y en Gran Bretaña el 5.6% se ha mantenido estable; en la medicina comercial competitiva el gasto se dobla cada 5 años, ya que la medicina se considera como negocio, en la seguridad social los bienes de capital están sustituyendo a la mano de obra por aumento de tecnología, por otro lado hay sistemas que pagan por lo más caro por ejemplo: En Estados Unidos los seguros no pagan por la atención ambulatoria sino sólo por la hospitalización.

En América Latina los costos están elevados por:

1. Admisiones hospitalarias infundadas.

2. Estadías prolongadas por causas sociales.

3. Uso y abuso de exámenes y Rx e interconsultas.

Robert Groos mencionaba que la decisión acerca de la alocación de recursos, análisis y evaluación son útiles y de no haber estos elementos todo se destinaría a insumos como tecnología lo que haría aumentar la hospitalización, intervenciones, etc.

Maxwel hizo un estudio en 20 países desarrollados y comprobó que los gastos en salud estaban distribuídos así:

40% de los gastos para hospitales

19.5% sueldos de médicos

8% atención domiciliaria
8% salud pública
8% a medicamentos
6% varios
4.5% administración.

En México en el IMSS, lo que se destina al

1er. nivel	18%
2do. nivel	50% aproximadamente
3er. nivel	32%

Por otro lado el 7% del gasto está destinado a pago de personal y el 8% a medicamentos en Estados Unidos el 90% se gasta en hospitalización y se dice que del 25 al 85% de ese gasto es responsabilidad del médico.

El costo de los servicios de urgencia sobrepasa en 3 veces a la atención de hospitalizados crónicos y en 5 veces a una buena atención ambulatoria.

Anderson y Anderson hicieron un estudio comparativo entre Estados Unidos, Gran Bretaña y Suecia en donde el mismo padecimiento en Estados Unidos fue resuelto quirúrgicamente en un 25%, en Suecia el 15% y en Gran Bretaña el 14%.

El costo de la atención médica sube en mayor escala que el costo de la vida, mencionándose un aumento de 400 a 500% en el costo de la atención médica en los últimos años. Se hace énfasis en que el uso de personal paramédico en acciones repetitivas baja al costo de la atención.

En 1975 en una reunión de Radiología en Washington se dieron algunos parámetros con relación al costo en servicios de Radiología que pueden aplicarse al costo de la atención médica:

1. Falta de estadísticas.

2. Los programas de atención médica no tienen congruencia con la realidad nacional.

3. Programas de planeación nacional y patrones regionales, diferentes.

4. Duplicidad de servicios.

5. Falta de acceso a los servicios que produce desperdicio.

6. Utilización de tecnología sofisticada.

7. Hospitales pequeños.

8. Toma de decisiones por crísis o intuición de directivos.

En cuanto al tamaño de hospitales cada país tiene su propio estándar el cual debe ser establecido por un estudio econométrico. En lo que se refiere a los medicamentos su costo en sí es barato pero su envase y presentación suben 2 o más veces el costo y la comercialización y propaganda lo aumentan 25 veces.

A continuación se da lectura a los diferentes puntos de vista de los 3 grupos en base a las 3 preguntas planteadas al principio.

Grupo 1.

Depende del sistema, quién los dirige, planeación a nivel central, no hay planificación unificada, uso de recursos tecnológicos por moda, factores políticos.

Elementos que inciden sobre el costo:

1. Uso inadecuado de tecnología por moda superespecialización.
2. Exceso de personal en las unidades.
3. No hay adecuación de la atención médica a las necesidades de la población.
4. No hay valoración de resultados a largo plazo en ciertos problemas.
5. Falta de estadísticas.
6. Hospitalización inadecuada, mucha utilización de exámenes, Rx y medicamentos.
7. Uso excesivo de recursos.
8. Exceso de uso de personal profesional en el primer contacto, falta de uso de técnicos en el primer nivel.
9. Fuga de recursos.
10. Falta de mantenimiento preventivo de equipos.

Grupo 2.

Utilización excesiva de tecnología.

Abuso de la utilización de los insumos.

Utilización excesiva de servicios.

Duplicidad de funciones.

Falta de acciones preventivas.

Situación social, económica, cultural y geográfica de los usuarios.

Aumento de necesidades comparativas de proveedores y usuarios.

Falta de capacitación.

Se puede actuar sobre: Recanalización de uso de la tecnología.

Uso racional de los insumos.

Evitar duplicidad de servicios.

Uso racional de los servicios

Reforzar actividades preventivas.

Capacitación.

Grupo 3.

En el sistema de atención médica del IMSS hay 3 tipos generales de insumos que representan costos:

1. Fuerza de trabajo: Costo fijo sobre el que poco o nada podemos influir mientras no haya una real desconcentración operativa pero cuyo déficit por carencia o subutilización incide en los centros operativos. Incrementan el costo.

   Alta rotación de personal con bolsa de trabajo condicionada por el Sindicato.

2. Materiales: Costo variable: Teóricamente controlable pero también con control centralizado cuyo déficit casi siempre por carencia repercute en el área operativa, obligando a la improvisación por lo general más costosa que lo planeado, o/y en los casos que es posible la adquisición de este tipo de insumos en el mercado local es a proceso de menudeo, aumentando el costo.

3. Indirectos, quedan en una categoría intermedia de controlables y no controlables por nosotros por ejemplo las unidades de tipo H.G.Z. fueron planeadas y construidas antes de la jerarquización por niveles de atención médica y que actualmente resultan inoperantes obligando a la improvisación costosa y cuando ésta no basta generan subutilización de recursos (audiómetro sin cámara silente, etc.) mantenimiento por lo demás más costoso.

   Además, la difícil caracterización del producto que el sistema debe producir (cuantitativa? cualitativo?) dificulta todo el control.

   A esto debe agregarse el incremento de la demanda de servicios institucionales por población no derechohabiente en casos de urgencia, que lleva una curva ascendente dadas las condiciones socioeconómicas actuales, demanda no controlable y gastos por lo general no recuperables.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 14 DE MARZO DE 1983.

MESA REDONDA SOBRE : "DEPARTAMENTALIZACION"

Dr. Ernesto Espinosa Arteaga
Dr. Francisco Hidalgo
Dr. Fernando Calderón R.
Dr. Vitalio Montuy
Dra. Danuta Rajs.

Se inicia el tema definiendo el concepto de departamentalización, el cual se crea cuando aparecen nuevas necesidades, así como funciones muy diferentes, cumpliendo por tanto objetivos específicos.

Tiene dos áreas importantes, la que corresponde a las funciones y los tramos de control.

A continuación se disertó sobre el término Comité el cual se definió como el asesor de línea directiva con funciones de especificidad y objetividad para llevar a cabo el control del problema.

Se analizaron sus ventajas y desventajas. Entre las ventajas se encontró que tiene carácter técnico y la Dirección selecciona a los expertos para estudiar el problema con las fuentes de información correctas, aportando soluciones cuyo objetivo más importante, es el control para aumentar la productividad y la eficacia:

1. Es asesor del área Directiva, disminuyendo el trabajo de ésta.

2. Aumenta la toma de decisiones.

Desventajas:

1. Asumir posturas directivas.
2. Mala orientación de las soluciones.
3. Multiplicidad de funciones que trae como consecuencia una disminución en el rendimiento.
4. Que tenga una actividad punitiva.

El Comité es normativo, no directivo y sirve para resolver necesidades sentidas. Permite romper la estructura formal, lo cual llevará a cabo mediante actividades de cierta relevancia para determinar a ciertos objetivos.

Clasificación de Comités:

Comités médico asistenciales:

1. Comité de Prevención de Control de Infecciones Hospitalarias, o grupo técnico integrado por miembros del personal del Hospital. Responsable de investigar, prevenir y controlar las infecciones hospitalarias.

2. Comité de mortalidad: Grupo técnico integrado por miembros del personal del hospital a quienes se designa la función y la responsabilidad de analizar la calidad de la atención impartida en los casos de defunción a través del estudio del expediente clínico y en su caso la necropsia.

3. Comité de tejidos: Grupo técnico integrado por miembros del personal del hospital, a quienes se otorga la responsabilidad de valorar la efectividad de la atención quirúrgica a través del estudio de tejidos.

4. Comité de investigación: Organo colegiado permanente, cuya función principal es lograr que las líneas y proyectos de investigación originados en las Unidades de Atención Médica, sean de óptima calidad.

5. Comité de evaluación del expediente clínico: Grupo técnico integrado por miembros del personal de la unidad de atención médica, responsable de analizar los expedientes clínicos y determinar el grado en que reflejan una buena atención médica.

6. Comité de antimicrobianos: Representado por un experto. Con vigilancia del uso racional de los antibióticos.

Comités médico administrativos:

1. Comité médico técnico administrativo zonal: Organo de carácter permanente. Integrado por los funcionarios y, en su caso, algunos empleados que laboran en la unidad médica, cuyo objetivo es estudiar los problemas detectados en el ámbito de la prestación de los servicios médicos en su unidad. Dentro de las políticas institucionales y elaborar opciones de solución.

2. Comité médico técnico y administrativo de unidad médica: Organo de carácter permanente, integrado por los funcionarios y, en su caso, algunos empleados que laboran en la unidad médica, cuyo objetivo es estudiar los problemas detectados en el ámbito de la prestación de los servicios médicos en su unidad, dentro de las políticas institucionales y elaborar opciones de solución.

3. Comités de salud. Funciones: Trabajar dentro de la comunidad en un plano de igualdad en la promoción, planeación, programación y organización de las actividades relacionadas con la salud, propias de su carácter y que la asamblea de la comunidad haya acordado coordinadamente con el IMSS.

4. Comités de higiene y seguridad social.

Finalmente se dijo que toda atención debe ser dada en base a la consideración de otros recursos humanos, que el enfoque y objetivo de nuestra acción sea el paciente para darle una mayor calidad a la atención médica.

PROBLEMAS DE LA ONCOLOGIA A NIVEL NACIONAL

Dr. Guillermo Cassab.

Inicia el tema refiriendo que en el IMSS los tumores malignos ocupan el tercer lugar como causa de muerte y siendo los objetivos de la Oncología Preventiva que se lleva a cabo mediante estudios de las causas, la educación, la higiene (industrial y personal), y la legislación (industria, alimentos, etc.).

Dividiendo los agentes cancerígenos en químicos y físicos, factores ocupacionales y contaminantes de los alimentos como causas de alto riego cancerígeno.

Los determinantes de alto riesgo de cáncer cervico uterino son:

1. Neoplasias familiares.
2. Inicio de relaciones sexuales a temprana edad.
3. Maridos no circundados
4. Multiparidad
5. Varias uniones maritales (promiscuidad sexual)
6. Pésimos hábitos higiénicos
7. Infecciones por herpez virus tipo 2

Enfatiza que se deben llevar a cabo campañas a nivel nacional para disminuir la incidencia del cáncer, que redundará en un mayor control de la población en cuanto se le otorgue mayor expectativa de vida, constituyendo a una mayor productividad del paciente afectado.

Así también disminuirán los costos, ya que el manejo del paciente canceroso en un tercer nivel institucional, el costo es muy elevado, por lo que corresponde al primer y segundo nivel, la prevención y detección de los derechohabientes que estén potencialmente en riesgo de tener cáncer, y educar a los mismos para su control periódico.

Se puede concluir que la prevención es la medida más adecuada, detectando el cáncer en su etapa inicial mediante evaluaciones periódicas, promover campañas masivas de orientación y educación a la población y concientizándola de que el cáncer detectado en etapa temprana es curable.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL DIA 15 DE MARZO DE 1983.

CONCEPTOS ACTUALES SOBRE LA EDUCACION DE LA ATENCION MEDICA

Dr. Armando Cordera.

A principios de siglo se integraron 4 áreas en relación con la administración de la salud:

1. Salud pública: Sus campos de interés fundamental son:

   a) Saneamiento ambiental.
   b) Epidemiología
   c) Estadística
   d) Medicina preventiva

   Este grupo considera que si se aumentara el presupuesto en su campo, se podría hacer mucho más que con la tecnología sofisticada.

2. Administración de hospitales. Sistema de atención médica.

   Sus campos de interés básico son:

   a) El diagnóstico y los
   b) Tratamientos con tecnología moderna
   c) Rehabilitación
   d) Investigación
   e) Capacitación.

Actualmente los grupos de salud pública, piensan más en la educación a la población, pero casi no hacen nada al respecto y los grupos de atención hospitalaria se enfocan a la educación del personal médico y paramédico.

3. Administradores públicos:

   Son los que entran en nuestros sistemas en posiciones altas y son los que definen los recursos, por eso se identifican con el grupo de administración hospitalaria.

4. Administradores de empresas:

   Es al que se ubica en los niveles intermedios de los sistemas de atención médica de tipo administrativo profesional; sin embargo en los sistemas privados tienen mucha importancia.

La administración de la salud tiene los siguientes enfoques:

a) Proceso
b) Relaciones humanas
c) Cuantitativo
d) De sistemas
e) Administración situacional o contingente.

En resumen el concepto actual de la educación en la atención médica:

Integrar las 4 áreas de administración de la salud y los enfoques administrativos en un modelo totalizador u holístico y utilizando métodos educativos de tipo heurístico.

ANALISIS SITUACIONAL

ANALISIS DEL CONTEXTO.- La Unidad de Medicina Familiar "H" No. 10 perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, inició sus labores, el 30 de noviembre de 1964; siendo Presidente de la República el Licenciado ADOLFO LOPEZ MATEOS, y Director General del I.M.S.S. el Lic. Benito Coquet.

Funcionó como Hospital General hasta septiembre de 1981, fecha en que fué transformada en Unidad de Medicina Familiar. El 19 de octubre de 1981, se le incorporó la población que tenía el Hospital General de Zona No. 30 y en Mayo de 1982, se implementó con el Servicio de Hospitalización, funcionando de esta manera hasta la fecha.

Está ubicada en la colonia Niños Héroes de la Delegación Benito Juárez en el Distrito Federal, y sus límites actuales son: Al norte Viaducto Miguel Alemán, desde el Eje Lázaro Cárdenas, hasta Azúcar y Francisco del Paso y Troncoso; al Oriente Azúcar, Plutarco Elías Calles hasta Tlacotal N; al Sur Oriente 116, Huizache, Tezontle, Acantilados, Corales, Oriente 116, G. Sánchez, San Josquín, La Viga; hacia el Sur hasta Emilio Carranza, Santa Cruz y Miguel Laurent hasta el Eje Lázaro Cárdenas; al Poniente el Eje Central Lázaro Cárdenas, desde Miguel Laurent, hasta el Viaducto Miguel Alemán.

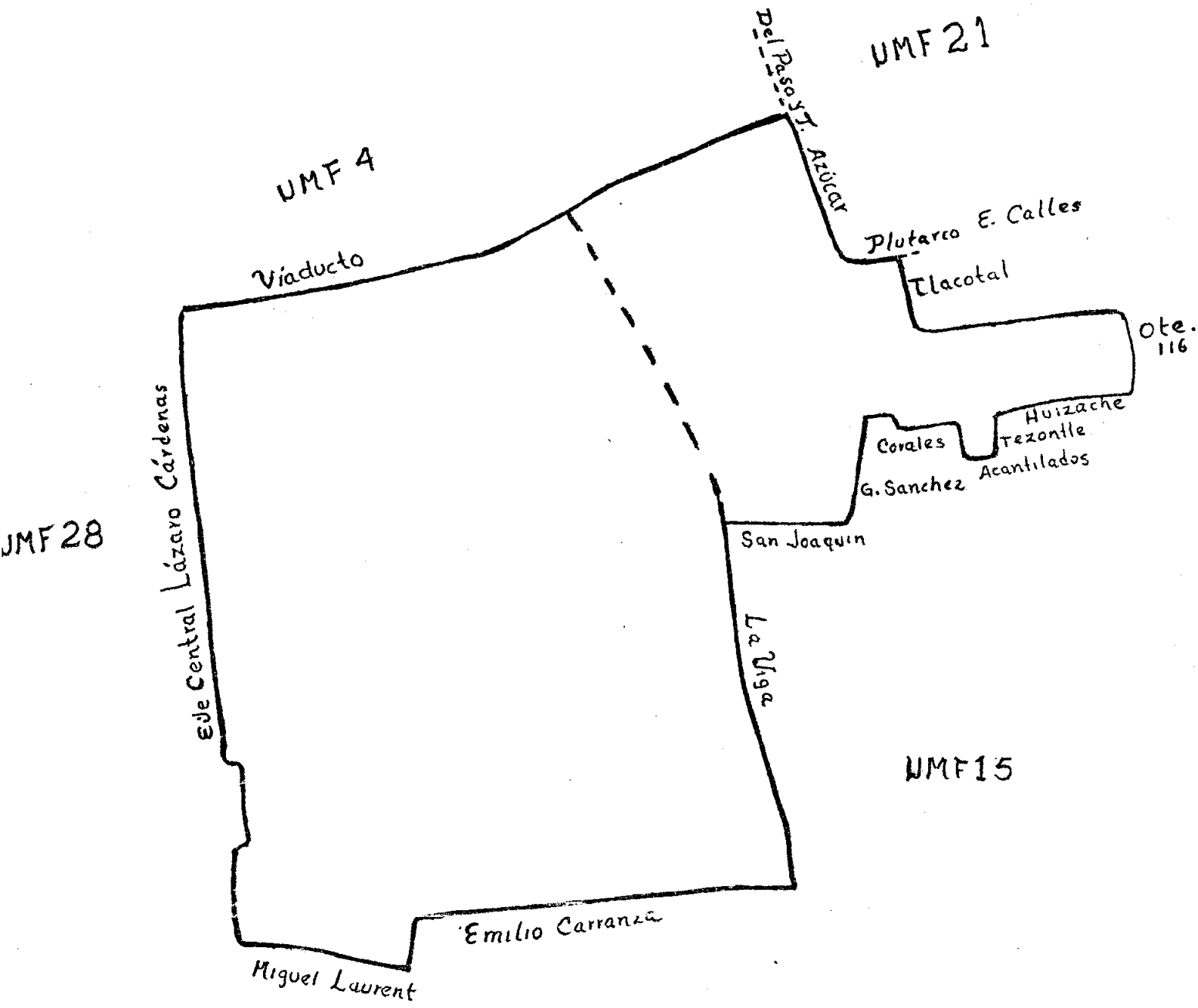
Su Area de influencia abarca a las colonias:

COLONIA	DELEGACION	DISTANCIA EN KM.	TIEMPO DE RECORRIDO
ALAMOS	BENITO JUAREZ	2	30'
MIGUEL ALEMAN	BENITO JUAREZ	2	30'
AMERICAS UNIDAS	BENITO JUAREZ	1.5	10'
COYUCA, FRACC.	IZTACALCO	4	50'
LA CRUZ	IZTACALCO	4	50'
EJIDOS IZTACALCO	IZATACALCO	2.5	40'
FLORES MAGON	IZTACALCO	3	45'
MARTE	IZTACALCO	1.5	25'
MILITAR MARTE	IZTACALCO	1	10'
MODERNA	BENITO JUAREZ	1	10'
NATIVITAS	BENITO JUAREZ	1	15'
NUEVA SANTA ANITA	IZTACALCO	2	20'
ORTIZ DOMINGUEZ J.	BENITO JUAREZ	1	10'
PERIODISTA	BENITO JUAREZ	2	25'
MAESTROS	IZTACALCO	2.5	30'

SEVILLA
JAMAICA
AMPL. ASTURIAS
ALGARIN ASTURIAS
VIAD. PIEDAD
ZICATENCO
ATENOR SALAS
ZONA IND.
GRANJAS MEXICO
ALAMOS
SANTA ANITA
ZAPOTLA
LOS REYES
SAN PEDRO
MODERNA
POSTAL
SAN MIGUEL
IZTACCIHUATL
REF. IZTACCIHUATL
VILLA DE CORTES
AMERICAS UNIDAS
NATIVITAS
MILITAR MARTE
LAGO
CARMEN
ZACAHUITZCO
SAN SIMON
APATLACO
REF. IZTACCIHUATL SUR
SANTA CRUZ
ZAPATA VELA
I.N.P.I.
EL RETOÑO
LA MAGDALENA ATLAZOLPA
SAN JUANICO
SECTOR POPULAR
UNIDAD MODELO
JUSTO SIERRA
TETEPILCO
PORTALES ORIENTE
CACAMA
PORTALES
HEROES DE CHURUBUSCO
GRANJAS SAN ANTONIO

LIMITES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "H" No 10

COLINDANCIA CON OTRAS UNIDADES



IZTACCIHUATL	BENITO JUAREZ	1.15	15'
SAN MIGUEL	IZTACALCO	2.5	35'
SAN PEDRO	IZTACALCO	2	30'
SAN SIMON	BENITO JUAREZ	2	30'
SANTA ANITA	IZTACALCO	3	40'
URBANA MARTE	IZTACALCO	2	25'
VILLA DE CORTEZ	BENITO JUAREZ	2	25'
ZACAHUIZCO	BENITO JUAREZ	1.5	20'
POSTAL	BENITO JUAREZ	1.5	10'
AMPLIACION R. MILLAN	IZTACALCO	3	40'
REFORMA IXTLACCIHUATL	IZTACALCO	2	20'
JUVENTINO ROSAS	IZTACALCO	3.5	60'
VIADUCTO PIEDAD	IZTACALCO	3	40'
XICALTONGO	IZTACALCO	2.5	40'
ZAPOTLA	IZTACALCO	2.5	40'

La Unidad 10 se clasifica como de Primer Nivel con Hospitalización ("H") y debido a que cuenta con la Especialidad de Psiquiatría presta apoyo en esta área a las Delegaciones Dos, Tres, Cuatro y Cinco del Valle de México; por otra parte la Unidad 10 se apoya para la Atención de pacientes, que requieren alguna atención por Especialista en el Hospital General de Zona No. 30 Iztacalco, localizado a tres kilómetros de distancia de la Unidad.

VALORES SOCIALES DE LA POBLACION.

Mediante una encuesta realizada a una muestra representativa de la población adscrita, se encontraron los siguientes valores sociales repecto a la atención médica:

- El servicio que presta el Seguro Social es malo.
- Los servicios que dan no están de acuerdo con las cuotas que se pagan a la institución.
- Acuden a solicitar los servicios de la unidad para desquitar la cuota.
- Los empleados del Seguro Social viven de lo que los derechohabientes pagan.
- Es mucho lo que hay que trasladarse para el servicio que dan.

VALORES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO.

- Los valores del personal que presta los servicios, tomados de una encuesta similar a la anterior son:
- La gente nunca acude a tiempo a sus citas.

- Siempre pide medicamentos aunque no sea necesaria su prescripción.
- Exige exámenes de gabinete que no son necesarios.
- Exige incapacidades aún cuando no lo amerite su caso.
- Sugieren su envío a segundo o tercer nivel porque consideran que ahí se les atiende mejor.

VALORES DE LAS AUTORIDADES.

- Se presta el servicio lo mejor que se puede de acuerdo con los recursos de la unidad.
- Hay falta de conocimientos de la población sobre las prestaciones de la Seguridad Social.

HIDROGRAFIA:

Debido a que está localizada en una zona urbana no hay ríos que crucen su área de influencia superficialmente; sin embargo su límite norte está marcado por el río de la Piedad, el cual se encuentra actualmente entubado.

ALTITUD:

Se encuentra localizada a 2240 Mts. sobre el nivel del mar.

CLIMA:

Es templado, con variaciones estacionales

SERVICIOS PUBLICOS:

Como se encuentra localizada en la zona urbana, las vías de afluencia son calles pavimentadas; los medios de transporte colectivo son: autos con ruta preestablecida "peseros", autobuses y Metro (Estación Villa de Cortés). Cuenta con alumbrado público, agua potable, drenaje y servicio de recolección de basura.

FUENTES DE TRABAJO:

Dentro de la zona de afluencia de la unidad se encuentra como principal fuente de trabajo el comercio, talleres de distinta índole, en sus límites hacia el Noroeste se encuentra una zona industrial.

VIVIENDA:

Básicamente la totalidad de la población cuenta con vivienda construida con material adecuado, sin embargo existe promiscuidad y hacinamiento en algunas áreas de la población.

ALIMENTACION:

La mayor parte de la población cuenta con alimentación adecuada en calidad y en cantidad, el resto su alimentación es deficiente en calidad pero suficiente en cantidad.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS:

La población adscrita a la Unidad, es en general, de clase social media, y media baja, está integrada: por 30 colonias, cuya población absoluta y relativa la desconocemos.

Casi el total de la población está compuesta por meztizos, el resto está integrado de extranjeros radicados en el área; así también la mayor parte de la poblaciónes cristiana.

La población adscrita a la Unidad, en enero de 1983, era de 162,800 derechohabientes, y la adscrita a Médico Familiar de 136,069.

La pirámide de población está constituida por un mayor número de jóvenes que de ancianos, correspondiendo de este modo al patrón de población de los países subdesarrollados. (Ver anexo Pirámide de Población).

Las espectativas de crecimento de población para 1983, es factible que no se cumplan, puesto que en lugar de 5% de aumento esperado habrá un decremento de aproximadamente 7% debido a la situación económica del país y posible cierre de fuentes de trabajo.

La estructura de la familia es en forma general de tipo nuclear con un promedio de 3 beneficiarios por familia.

NECESIDADES.

Las necesidades de la población son infinitas, destacándose como principales las siguientes:

1. Necesidades sentidas y expresadas de la población:

   1.1 Mejor atención en la consulta externa.

   1.2 Implementación de un mayor número de especialistas en la Unidad.

   1.3 Aumentar los conocimientos de los médicos familiares.

1.4 Incluir dentro de las prestaciones el seguro de desempleo.

2. Necesidades sentidas y expresadas del prestador de servicio.

2.1 Falta de abastecimiento oportuno de medicamentos a la farmacia.

2.2 Equipo obsoleto en la unidad.

2.3 Estimulación inadecuada de los trabajadores.

3. Necesidades sentidas y no expresadas de la población y de los prestadores de servicios. Se desconocen.

DEMANDA.

La demanda real de servicio no se conoce en virtud de que no se lleva un registro de los servicios no prestados al derechohabiente.

La demanda satisfecha:

El número de consultas mensuales es de un promedio de 25,417 consultas.

La demanda esperada es de aproximadamente un 10% sobre la demanda satisfecha.

ACEPTACION.

La aceptación de la presentación de servicios que otorga la Unidad es buena, en función del poco accesible costo de la Medicina Privada actual. Esto es deducido de la baja demanda de consulta en la Unidad a diferencia de la población populosa de su zona de influencia.

CALIDAD.

La calidad de la atención se desconoce, pero puede ser investigada a través de una serie de evaluaciones sobre la preparación académica así también como sobre las actitudes de los prestadores del servicio.

COSTO:

Desconocemos el costo real de la prestación de la unidad. Para calcular el costo unitario día paciente se hace de la siguiente manera:

$$\text{COSTO UNITARIO DIA PACIENTE} = \frac{\text{COSTO HOSPITAL}}{\text{NUMERO DE DIAS PACIENTE}}$$

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FISICOS.

La Unidad se clasifica como de Primer Nivel con Hospitalización. El edificio cuenta con planta baja, primero y segundo pisos, los cuales están distribuidos de la siguiente manera: Planta baja: Cubículos de Consulta Externa y Urgencias, Control de Prestaciones, Medicina Preventiva, Oficina de Jefes del Departamento Clínico, Laboratorio, Farmacia. En el primer piso: Area de Go - bierno, (Dirección, Administración, Jefatura de Enfermeras, Jefe del Depto. Clínico), Consultorios de Medicina Familiar y Dental, así como los consultorios de Especialidad de Psiquiatría, Area de Comedor.

Segundo piso: Está destinado a hospitalización de pacientes de Psiquiatría (mujeres).

La unidad cuenta con acceso posterior al estacionamiento y área de ambulancias, acceso de proveedores de la Unidad, Almacén, Conservación y Servicios Generales.

La Unidad cuenta con 519 empleados, siendo 95 médicos de los cuales 11 son personal de confianza, 66 médicos familiares, 13 médicos adscritos al Servicio de Urgencias y 3 médicos visitadores, también cuenta con 8 dentistas y 9 especialistas en psiquiatría.

Se trabaja con el Sistema Médico Familiar de 5 días, en horarios A-C y B-D.

Los médicos están agrupados en Módulos de 10 médicos con un Jefe de Depto. Clínico. Se cuenta con seis Módulos.

MODULO 1 CONSULTORIO	MODULO 2 CONSULTORIO	MODULO 3 CONSULTORIO	MODULO 4 CONSULTORIO	MODULO 5 CONSULTORIO	MODULO 6 CONSULTORIO
3A	1A	1B	6B	11A	11B
4A	2A	2B	16B	13A	13B
5A	6A	3B	31B	14A	14B
12A	7A	4B	33B	18A	18B
16A	15A	5B	34B	42A	42B
32A	17A	7B	35B	48A	48B
33A	31A	12B	36B	49A	49B
34A	36A	15B	37B	50A	50B
35A	37A	17B	38B		
39A	38A	32B	38B		

El Módulo está integrado por: Jefe del Depto. Clínico quien coordina las ac - ciones de los 10 médicos familiares a su cargo.

En el área de Consulta Extena, se encuentran los consultorios destinados para los médicos especialistas en Psiquiatría y son tres que funcionan en horario corrido turno matutino y vespertino.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

Morbilidad y Mortalidad:

Dentro de las principales causas de morbilidad detectadas en la Unidad a través de la forma 4-30-6 se mencionan las siguientes:

1. Insuficiencia respiratoria aguda.
2. Gastroenteritis
3. Bronquitis aguda
4. Caries dental
5. Amigdalitis aguda
6. Hipertensión arterial
7. Diabetes Mellitus
8. Politraumatismo
9. Parasitosis
10. Enfermedades psiquiátricas

La mortalidad es muy baja, ya que solamente cuenta con hospitalización para enfermos psiquiátricos, solamente se toman en cuenta los que fallecen en el área de urgencias.

PROGRAMAS DE SALUD.

Los programas de salud que actualmente desarrolla la unidad los clasifica en prioritarios y de extensión.

Entre los prioritarios están:

- Detección y control de fiebre reumática
- Detección y control de enfermedades venéreas
- Detección y control de tuberculosis
- Detección oportuna del cáncer
- Nutrición
- Detección oportuna y control de la diabetes
- Planificación familiar
- Detección oportuna de hipertensión arterial.

Entre los programas de extensión se cuentan los siguientes:

- Orientación al derechohabiente para la utilización adecuada de los servicios.

- Programas de vacunación.

- Programa de orientación prenatal y posnatal

- Control de diarreas.

Al igual que la Especialidad, existen cuatro consultorios destinados al Servicio de Dental, funcionando turno matutino y vespertino.

El SERVICIO DE URGENCIAS ubicado en la Planta baja de la Unidad cuenta con cuatro camas no censables para adultos, 11 cunas para menores, 2 cubículos de curaciones y uno para lavados quirúrgicos de emergencia. Su personal está integrado por nueve médicos en el servicio nocturno y para sextos y séptimo días, ya que el Departamento de Urgencias funciona 24 horas continuas.

MEDICINA PREVENTIVA.- El Servicio de Medicina Preventiva, está localizado en la planta baja de la Unidad, en el ala Norte, los programas que desarrollan son los siguientes:

1. Vigilancia epidemiológica.
2. Programa de inmunizaciones y pruebas biológicas
3. Detección de diabetes mellitus
4. Programa de nutrición
5. Detección oportuna del cáncer cervico uterino
6. Programa de codificación médica
7. Programa de diseño y taller de educación higiénico preventiva
8. Programas educativos específicos a panorama epidemiológico
9. Programa de detección de hipertensión arterial
10. Vigilancia epidemiológica en guardería
11. Programa de desarrollo de comunidad en salud pública, a derechohabientes y no derechohabientes, (Comité Delegacional Benito Juárez).

El personal con que dispone el Departamento está integrado por: Epidemiólogo, Enfermeras Sanitaristas (2), Auxiliar de Enfermería a campo específico, dos codificadores, un auxiliar Universal de Oficinas por tuno, personal de Intendencia del área, y mantenimiento general de la Unidad Preventivo y correctivo.

El horario de labores del Depto. es de 8.AM a 21 PM. de lunes a viernes.

LABORATORIO.- EL Laboratorio Clínico de esta Unidad cuenta con las secciones de Hematología, Química, Inmunología y Parasitología.

Se trabajan dos turnos, uno matutino de 8 a 15 horas para exámenes de rutina y urgencias. Y otro de 14 a 21.30 horas para exámenes de urgencia.

El personal con que cuenta el turno matutino es el siguiente: 7 Químicos, 7 laboratoristas, 6 auxiliares de laboratorio, 3 auxiliares universales de oficina y 2 auxiliares de intendencia. El personal del turno vespertino es: 1 Químico, 1 auxiliar de laboratorio, 2 auxiliares universales de oficinas y un auxiliar de intendencia. Además cuenta con un Jefe de Departamento

Clínico. La toma de productos se hace de 8 AM. a 20.30 PM y los resultados se entregan al paciente el día de su consulta.

RAYOS X.- El servició está integrado por 6 elementos con los horarios:

un médico radiólogo	8.00 a 16.00 horas
dos técnicos radiólogos	8.00 a 16.00 horas
un operador de radiodiagnóstico	15.00 a 21.00 horas
un auxiliar universal de oficinas	8.00 a 14.30 horas
un auxiliar universal de oficinas	14.30 a 21.00 horas

FARMACIA.- Cuenta con un encargado, dos auxiliares de farmacia, dos oficiales de farmacia. El servicio de intendencia es el encargado del Hall. Funciona de 8 AM a 21 horas horario continuo.

DIETOLOGIA.- Un encargado o Jefe de Dietología, un dietista turno matutino y otra en el turno vespertino, un oficial de servicios de dietología, y ocho auxiliares de dietología, repartidos en ambos turnos matutinos y vespertinos.

TRABAJO SOCIAL.- Tiene un Trabajadora Social como encargada del Departamento. Así como cuatro más para cada turno, encargadas y distribuidas en Consulta externa, Hospitalización, Urgencias y el Depto. de Trabajo Social. El Departamento funciona de 8 AM a 21 horas.

DEPARTAMENTO DE N.T.A NUEVA TARJETA DE AFILIACION.- Se encuentra el programa en su primera fase con el registro inicial de los trabajadores, tiene un Jefe y dos recepcionistas y un fotografo gravador, trabaja dos turnos. Se encuentra ubicado cerca de la consulta externa en la Planta Baja.

ARCHIVO CLINICO.- El Archivo Clínico, está desconcentrado y colocado en las áreas de los Médicos Familiares. Cada uno de ellos cuenta con un Asistente de Consultorio, por turno.

Tiene un área de Archivo en donde se maneja la TAC y los expedientes que han sido dados de baja, así como las altas diarias.

El personal adscrito al archivo depende directamente del Director, en Coordinación con los Jefes del Departamento Clínico.

Se encuentra junto al área física de Control de Prestaciones, donde hay siete personas encargadas de Afiliación, Bajas y TAC.

PRODUCTIVIDAD DE LA UNIDAD.

La Unidad tiene capacidad instalada, para 156, 150 D.H.

La productividad de la Unidad se divide en consulta ambulatoria y atención hospitalaria. Cuenta con cuatro servicios: Medicina Familiar (Consulta Externa) Médicos Dentistas, Urgencias y Psiquiatría (Consulta Externa y Hospitalización).

El Servicio de Hospitalización es exclusivo, para la especialidad de Psiquiatría, sexo femenino y dá apoyo en esta Especialidad a las Delegaciones Dos, Tres, Cuatro y Cinco del Valle de México.

La Unidad cuenta con 55 Médicos Familiares, Ocho Dentistas, Trece Médicos de Urgencias y Nueve Psiquiátras.

SERVICIOS	No. DE CONSULTAS	PROMEDIO POR HORA
CONSULTA EXTERNA		
MEDICINA FAMILIAR	20420	2.78
DENTAL	1328	1.4
URGENCIAS	3478	1.4
PSIQUIATRIA	182	1.14

Las diez principales causas de Consulta son:

1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
2. CARIES.
3. GASTROENTERITIS.
4. EMBARAZO NORMAL.
5. DIABETES MELLITUS
6. HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL
7. DOTACION DE LECHE
8. INFLUENZA
9. PARASITOSIS.
10. BRONQUITIS.

HOSPITALIZACION.

En el área de Hospitalización se cuenta con cincuenta camas censables con un promedio de ocupación del 50%, con un promedio de días estancia de 19. El Servicio recibe apoyo del Depto. de Enfermería contando con: 137 enfermeras de las cuales solo 35 de ellas son Enfermeras Graduadas. Distribuidas en los turnos de la siguiente manera: En el turno matutino 48, en el turno vespertino 49 y en el nocturno 23. En los sextos y séptimos días queda un 15% de la fuerza total.

Todo el personal de enfermería se encuentra distribuido en las diferentes

áreas, con horarios escalonados, para el enlace de turno, como CEYE, Urgencias, que funciona las 24 horas y en Consulta Familiar y de Especialidades solo en los turnos diurnos.

Las jornadas de trabajo son de 8 horas, 7.2 horas y 6 y media horas.

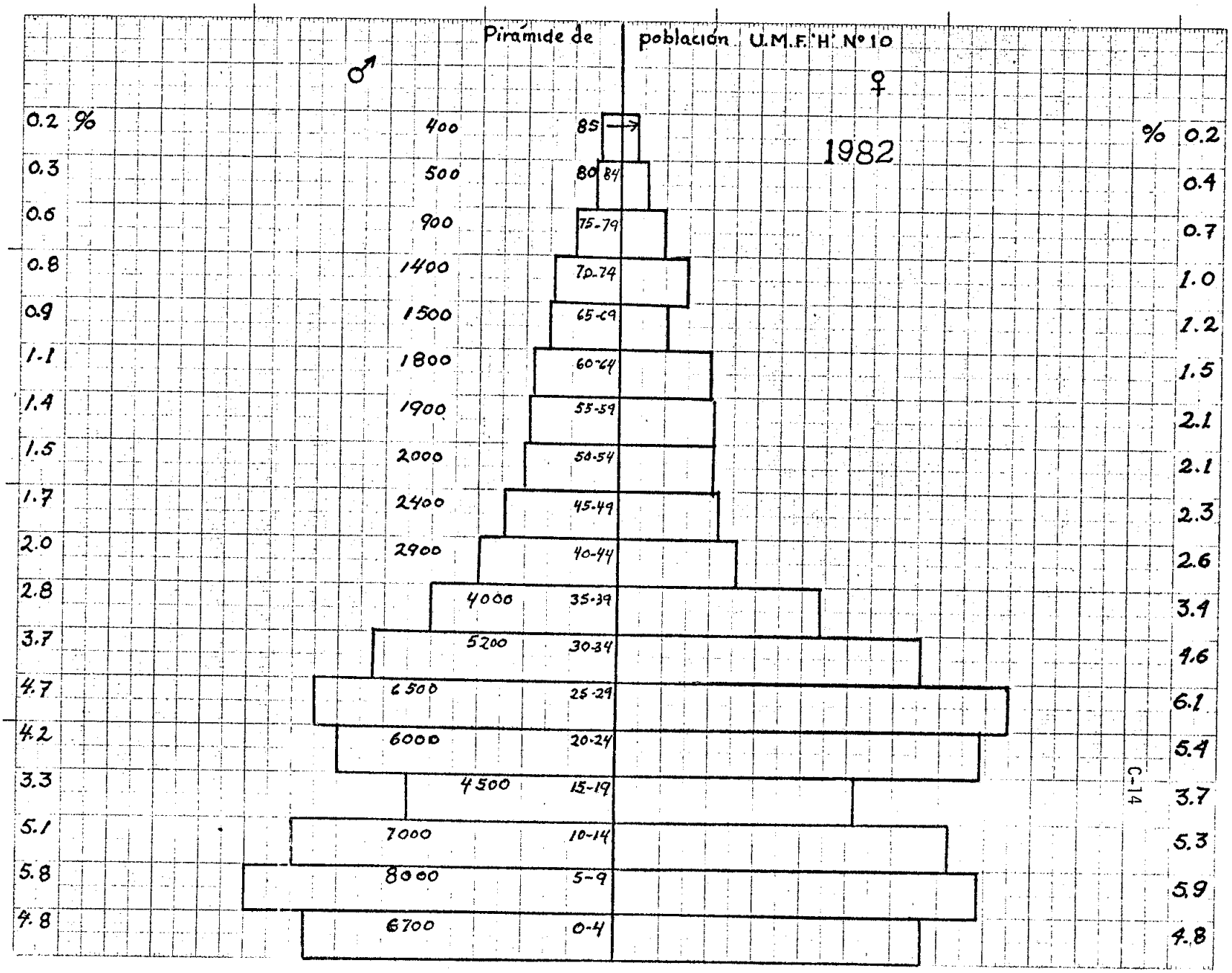
LABORATORIO.- Cuenta con servicio matutino y vespertino, realizando 9882 estudios por mes en promedio, repartidos en las secciones de hematología, química, inmunología, bacteriología y parasitología.

RADIODIAGNOSTICO.- Se realizan 1022 estudios mensuales. En un área con tres aparatos de 500 CGR y uno portátil, para estudios en hospitalización.

DIETOLOGIA.- El número de raciones servidas para pacientes del Servicio de Urgencias en un promedio diario de 20, raciones para el personal 120 (incluidas colaciones). Y 75 raciones para hospitalización.

NOMBRES DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO 5

MA. CRISTINA DE LA ROSA REYES
MIGUEL SALDIVAR LUCA
GUILLERMO SANCHEZ ESQUEDA
JOSE FRANCISCO ESPINOSA RAMIREZ


Pirámide de población U.M.F. 'H' Nº 10
♂
♀
1982
% 0.2
0.3
0.6
0.8
0.9
1.1
1.4
1.5
1.7
2.0
2.8
3.7
4.7
4.2
3.3
5.1
5.8
4.8
400
500
900
1400
1500
1800
1900
2000
2400
2900
4000
5200
6500
6000
4500
7000
8000
6700
85
80-84
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
% 0.2
0.4
0.7
1.0
1.2
1.5
2.1
2.1
2.3
2.6
3.1
4.6
6.1
5.4
3.7
5.3
5.9
4.8
C-14

PROBLEMA	PROPOSITOS	OBJETIVO GENERAL	VARIABLE INSTITUCIONAL	OBJETIVO INTERMEDIO
En el año de 1982 se encontró que hay alta frecuencia y prevalencia por sarampión en la población infantil de la zona de influencia de la U.M.F."H" NO. 10.	Abatir la frecuencia de sarampión en la Población susceptible de contraerlo y de esta manera, suprimir la mortalidad por el sarampión en el área de influencia de la U.M.F. "H" NO. 10.	Reducir a dos casos máximo, la incidencia de Sarampión en el área de influencia de la U.M.F. "H" No. 10 durante el año de 1983.	El Director de la U.M.F. "H" -- NO. 10.	Se aplicará vacuna antisarampión a 24 mil niños de uno a cuatro años, a Población abierta dentro de la zona de influencia de la U.M.F."H" NO. 10, en la semana del 09 al 16 de abril de 1983.

P R O G R A M A

POLITICAS	ESTRATEGIAS	INTEGRACION DE GRUPOS	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	COSTOS
Se vacunará a Población abierta en la zona de influencia de la U.M.F."H" No.10 a todos los niños de uno a cuatro años. La U.M.F."H" NO. 10 aportará los recursos necesarios para la vacunación correspondiente a su zona. No se tomará en cuenta el Carnet Nacional de Vacunación, para aplicar la vacuna.	En común acuerdo con el resto del Sector Salud, se iniciará una campaña intensiva de vacunación. De acuerdo con las demás Dependencias del Sector Salud, se dividirá la zona en dos partes, correspondiendo una a la U.M.F."H" No.10 y la otra al resto del Sector Salud. A través de los medios masivos de comunicación se difundirá a la Población la necesidad existente de vacunación.	FUNCIONES MEDICO ASISTENCIALES Realizar la vacunación mediante la aplicación del biológico. ADMINISTRATIVA Implementar e implantar el programa de vacunación. Coordinar el Programa y, recabar la información. EDUCATIVAS Capacitar y adiestrar, al personal auxiliar de enfermería, en las técnicas de vacunación. A la Población por los medios masivos de información. TECNOLOGIA La vacuna antisarampión (Biológico) ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Director de la Unidad, Médico Epidemiólogo, Jefa de Enfermeras, Enfermera General, Auxiliar de Enfermería, Chofer. ESTRUCTURA FISICA Es el Edificio de la U.M.F."H" No.10 con sus características físicas. PERSONAL Los equipos de Salud, están integrados por una enfermera general y dos enfermeras auxiliares de enfermería. RECLUTAMIENTO Se efectuará reclutamiento, entre el personal de enfermería y auxiliar de enfermería de las distintas áreas de la U.M.F."H"NO.10 SELECCION Dentro del personal reclutado se seleccionará a las que tengan experiencia previa, en vacunación. CAPACITACION Se capacitará al personal involucrado en el conocimiento de las técnicas de aplicación de Biológico, así como las normas de conservación del mismo.	4 de Abril 4 de Abril del 6 al 8 de Abril	Vehículo de Medicina Preventiva. Refrigeradores Termos Hielo Biológico Jeringas. Agujas Hipodérmicas Torundas alcoholadas Aula de la Unidad de Medicina Familiar U.M.F. NO. 10 Rotafolio Pizarrón Gis Borrador Papelería Folletos Lápices RECURSOS HUMANOS Epidemiólogo Jefe de Enfermeras Enfermeras Generales Auxiliares de Enfermería Chofer.	En virtud de la crisis económica que vive el País no se pueden determinar los costos con anticipación.

PERSONAS / ACTIVIDADES	DIRECTOR	MEDICO EPIDEMIOLOGO	JEFE DE ENFERMERAS	ENFERMERAS GENERALES.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHOFER	FECHAS
COORDINAR LAS ACTIVIDADES DE LA U.M.F."H" NO. 10 CON EL RESTO DEL SECTOR SALUD.	X						1º DE ABRIL
INTEGRAR AL GRUPO DE COORDINACION GENERAL L PROGRAMA DE VACUNACION	X						3 DE ABRIL
IR EL PROGRAMA A LA POBLACION	X	X					4 DE ABRIL
CLUTAR, SELECCIONAR E INTEGRAR LOS GRUPOS DE VACUNACION			X				4 DE ABRIL
ELABORAR EL PROGRAMA DE CAPACITACION DEL GRUPO DE VACUNACION.			X				4 AL 5 DE ABRIL
CAPACITARY ADIESTRAR EN LAS TECNICAS DE VACUNACION.			X	X			6 AL 8 DE ABRIL
IMPLEMENTAR E IMPLANTAR EL PROGRAMA DE VACUNACION.	X						9 DE ABRIL
TRASLADAR Y RECOGER DIARIAMENTE EL EQUIPO Y EL PERSONAL DEL GRUPO DE SALUD A LAS AREAS DE VACUNACION.						X	9 AL 16 DE ABRIL
LLEVAR A CABO LA VACUNACION ANTISARAMPIONOSA.				X	X		9 AL 16 DE ABRIL
COORDINAR Y SUPERVISAR EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.	X	X					9 AL 16 DE ABRIL
REGISTRAR LAS ACCIONES REALIZADAS DURANTE EL DIA.				X			9 AL 16 DE ABRIL
RECOGER E INTEGRAR LOS DATOS OBTENIDOS POR LOS GRUPOS DE VACUNACION.			X				9 AL 16 DE ABRIL
ANALIZAR, INTERPRETAR Y ELABORAR ESTADISTICAS DE LOS DATOS OBTENIDOS.		X					17 AL 18 DE ABRIL
EVALUAR E INFORMAR A LAS AUTORIDADES SUPERIORES LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA.	X						19 DE ABRIL

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

HOSPITAL DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL EN ESCUINTLA

PARTICIPANTES:

DR. ENIO ANTEO LIMA ESTRADA
DR. LEONEL GUERRA SARAVIA
DR. JAFETH ERNESTO CABRERA FRANCO
DR. OSCAR RENE CASTRO VILLAGRAN

HOSPITAL DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL DE ESCUINTLA

I. CONTEXTO.

Historia:

El Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Escuintla fue fundado en el año de 1948, actualmente cuenta con edificio propio que fue construido en 1965, con capacidad para 150 camas, estando habilitadas a la fecha 138.

Aspectos geopolíticos:

a) Ubicación.

Está situado en la cabecera departamental de Escuintla, contiguo a la carretera principal de la localidad. El Departamento de Escuintla está a su vez situado en la zona sur de la república a 58 km. de la ciudad capital.

b) Límites de zona geográfica.

El Departamento de Escuintla tiene por límites: Al sur el oceano pacífico, al oriente el Departamento de Santa Rosa, al occidente el Departamento de Suchitepequez y al norte los Departamentos de Guatemala, Sacatepequez y Chimaltenango (ver mapa).

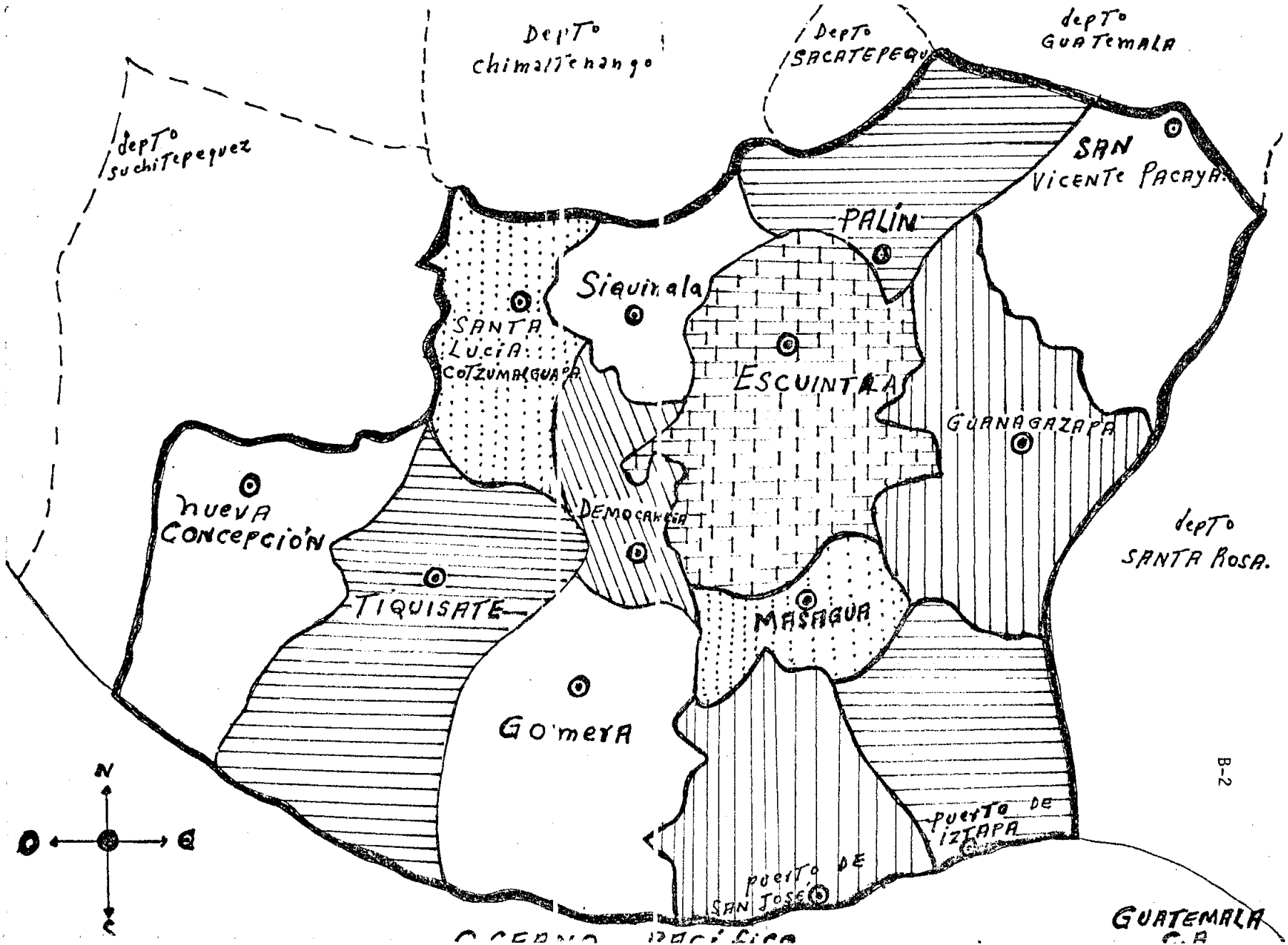
c) Principales Municipios y Colonias: Municipios: Palín, San Vicente Pacaya, Puerto de San José, Puerto de Iztapa, Masagua, Siquinalá, Santa Lucía Cotzumalguapa, La Gomera, Tiquisate, Nueva Concepción, Guanagazapa, La Democracia y Escuintla.

Colonias: Modelo, Quetzal, Independiente, Ferrocarrilera, Aguas Vivas, Vista Hermosa, Los Naranjales del Sur y del Norte, Hunapú, Recreo, La Industria, Las Golondrinas, San Pedro y Municipal.

d) División Política: La máxima autoridad es el Gobernador Departamental; administrativamente, la máxima autoridad es el Alcalde Municipal. Un Administrador de Rentas Internas. Se cuenta con 14 Registros Civiles y 14 Delegaciones de Policía.

e) Densidad de la Población: cuenta con 350,000 habitantes, con una densidad de población de 81 habitantes por Km cuadrado, tiene una extensión territorial de 4,300 kms. cuadrados.

f) Altitud: está situada a 333 metros sobre el nivel del mar.


Depto
Chimaltenango
Depto
SACATEPEQU
depto
GUATEMALA
depto
SUCHITEPEQUEZ
SAN
VICENTE PACAYA
PALIN
Siquinala
SANTA
LUCIA
COTZUMALGUAPA
ESCUINTLA
GUANAGAZAPA
NUEVA
CONCEPCION
DEMOCRACIA
depto
SANTA ROSA.
TIQUISATE
MASAGUA
GOMERA
PUERTO DE
IZTAPA
PUERTO DE
SAN JOSE
GUATEMALA
N
O
E
S
B-2

g) Hidrografía: Los ríos que atraviesan el Departamento son el Coyolate, Guacalate, Marialinda, Achiguate, Naranjo y Michatoya.

h) Clima: es cálido.

Demografía:

1. Estructura de la población: fundamentalmente está integrada por 90% de ladinos.

2. Número de derechohabientes: Es de 175,789 con cobertura sobre accidentes comunes, de trabajo e invalidez.

3. Pirámide poblacional: no se puede desarrollar en este momento por no contar con los datos pertinentes, pero se puede obtener a nivel de la Dirección General de Estadística.

4. Tasa de crecimiento: 33 por mil.

5. Estructura familiar: compuesta por familias nuclear extensas.

6. Estado Civil: predominan los solteros con uniones de hecho.

Factores socio-culturales:

1. Vivienda: la construcción es de adobe con techo de lámina y piso de tierra, sin luz eléctrica, agua de pozo, sin drenajes, con el mínimo de ambientes; las excretas se depositan en lugares del medio ambiente, a la interperie.

2. Escolaridad: Analfabeta (85%).

3. Religión: Católica en un 85%.

4. Raza: Ladinos en su mayoría.

5. Escuelas: A nivel Pre-Primario: una pública y una privada.

   Nivel Primario: 80 escuelas públicas y 20 privadas.

   Nivel Secundarios: 20 escuelas públicas y 12 privadas.

   Nivel Universitario: un Centro Universitario que cuenta únicamente con carreras del área de Sociales.

Un Centro de Adiestramiento de carreras cortas de INTECAP (Instituto Técnico de Capacitación y Productividad).

Una Supervisión Técnica.

4 Bibliotecas.

6. Centros Recreativos: dos centros deportivos con instalaciones completas para 9 disciplinas deportivas, 40 campos de futbol, 50 canchas de baloncesto, 15 piscinas, 7 playas, una laguna, 2 centros recreativos privados para trabajadores del EStado, 7 cines, 2 gimnasios, 5 night clubs, 1800 bares.

7. Mercados: cuenta con 20.

8. Guarderías: no existen.

9. Vías de comunicación y transporte: el Departamento cuenta con 90% de carreteras principales asfaltadas.

   Se cuenta con un ferrocarril.

   Campos de aviación: Hay 100 a nivel privado y del ejército para avionetas y helicópteros.

   Los principales medios de transporte es de autobuses.

10. Aprovisionamiento de agua: A través de Ríos y Pozos.

11. Alimentación: A base de frijol, arroz, maíz, sal, chile y trigo.

12. Eliminación de excretas: 80% carece de medios para depósito de excretas.

13. Manejo de basuras: los desechos se eliminan a nivel de Ríos.

14. Fauna nociva: fundamentalmente, la fauna nociva está compuesta por roedores e insectos.

Aspectos económicos.

1. Ocupación: agricultura 68.5%
   industria 13.3%
   construcción 4.9%
   electricidad, agua y servicios sanitarios 1%
   transporte 2.6%
   comercio 2.1%
   banca, seguros y bienes 0.4%
   administración pública 3.4%
   servicios privados 3.6%

2. Fábricas e Industrias:

Una industria papelera
Una industria mielera
Una fábrica de aceites comestibles
Seis ingenios
Tres plantas hidroeléctricas
Una fábrica textil
Una refinería
Tres rastros de ganado mayor
Catorce rastros de ganado menor
Una cervecería.

Instituciones de Salud de la Comunidad:

Un hospital regional de Salud Pública
4 Hospitales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
14 Centros de Salud Pública.
2 Centros de Salud del IGSS
2 Puestos de Primeros Auxilios del IGSS
7 Centros privados de Atención Médica
6 Laboratorios químico-biológicos
No existen asilos
14 Registros civiles
100 Clínicas privadas (consultorios)
14 Clínicas de Planificación Familiar a nivel de Salud Pública.

Aspectos biológicos:

1) Morbilidad y Mortalidad: Aunque no contamos con datos exactos se hará referencia a las principales causas de morbilidad. Estos datos se pueden obtener del Ministerio de Salud Pública y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social:

   a) Gastrointestinal.
   b) Respiratorias
   c) Infectocontagiosas.

Líderes de la Comunidad:

1) Religiosos
2) Magisterio
3) Organizaciones de Servicio (Ejem. Club de Leones).

Pirámide Poblacional.

La de un país subdesarrollado.

II. VALORES SOCIALES.

No hay en nuestro medio estudios que definan los valores sociales.

III SISTEMAS DE ATENCION MEDICA.

Características. El Hospital con que contamos cubre accidentes comunes y de trabajo y el programa de rehabilitación. Cuenta con 150 camas.

Tipo de administración. Burocrático y de tarea.

Disponibilidad:

a) Recursos humanos : Se cuenta con 230 trabajadores distribuidos de la manera siguiente:

- 12% Médicos
- 42% Paramédicos
- 48% Administrativos

b) Recursos físicos: Se cuenta con 1 servicio de emergencia, consulta externa, cuidados intensivos, salas de operaciones, rayos X, laboratorio, central de equipos, encamamiento, oficinas administrativas, biblioteca y auditorio.

c) Recursos financieros: El presupuesto anual del hospital es de Q 1,848,143.78.

Aceptabilidad: No se conoce el rubro en mención, pero creemos que es buena y la forma de determinarlo está al alcance de la Institución a través de un estudio específico.

Calidad: No existe estudio de auditoría médica en nuestro medio.

Costos: No se cuenta en este momento con costos por programa.

Estadísticas: En el hospital contamos con las estadísticas siguientes: Primeros auxilios, atención primaria, atención de encamamiento, atención de pacientes ambulatorios, pacientes quirúrgicos, mortalidad y morbilidad, procedencia del paciente, procedencia por área productiva.

Duplicidad de servicios: En el área se cuenta con un hospital Departamental de Salud Pública, un Centro de Salud del mismo Ministerio y medicina privada en los rubros de encamamiento y consulta externa.

Directivas: El hospital cuenta con un Cuerpo Consultivo Médico y de Auditoría Médica.

Organización: Está organizado con los siguientes servicios: Emergencia, Sala de Operaciones, Consulta Externa, Encamamiento, Mantenimiento y Administración.

Estructura física: El hospital cuenta con un área de construcción de 7225 metros cuadrados.

Programas prioritarios: no existen.

Programas extensivos: atención de afiliados con problemas de accidentes de trabajo o comunes.

Organigrama (ver hoja adjunta).

IV. NECESIDADES NORMATIVAS:

1. Mejorar la calidad de la Atención Médica
2. Suministro adecuado de medicamentos.
3. Mantener existencia adecuada de unidades sanguíneas en el Banco de Sangre.
4. Proporcionar las consultas en el momento adecuado.
5. Mantener métodos de supervisión y evaluación de Atención Médica
6. Mantener programas de actualización médica.
7. Mantener suministro adecuado de curaciones y materiales afines.
8. Establecer programas prioritarios.
9. Mejorar las instalaciones hospitalarias.

Necesidades sentidas no expresadas: No existen.

Necesidades sentidas expresadas:

1. Que se mejore la atención de la consulta externa y mejorar la calidad de dicha atención.

2. Mejorar la atención médica en general.

3. Que se les proporcione adecuadamente servicios de apoyo como farmacia, laboratorio y rayos X.

4. Mejorar las instalaciones hospitalarias.

5. Mejorar la alimentación.

Necesidades comparativas: No se conocen las de expertos y legos, pero se pueden determinar efectuando una encuesta.

Problemas detectados:

1. Atención médica deficiente.

2. No existen programas prioritarios

3. Mal abastecimiento de medicamentos, material de rayos X.

V. PROGRAMAS.

Propósitos.

1. De impacto:

   a) Mejorar la calidad de atención médica a los derechohabientes.
   b) Actualizar la preparación de los médicos y mejorar el prestigio de la Institución.
   c) Mejorar las relaciones interpersonales entre el gremio médico.

2. "b" y "c" son propósitos de producto.

3. Marginales:

   a) Establecer comunicación con otras instutuciones proveedoras de salud.

Objetivos:

1. Disminuir en un 85% el número de afiliados que salen del Hospital sin ser atendidos. En un lapso de un año.

2. Mejorar el abastecimiento de medicamentos para que en el término de un año un 85% de los afiliados obtengan sus prescripciones en el momento que lo requieran.

3. Establecer programas educativos en el término de 6 meses para que el 40% de los afiliados conozcan los riesgos de accidentes.

4. Establecer programas educativos para que el 90% de los médicos se actualicen en conceptos de la medicina moderna en el término de 8 meses.

5. Mejorar en un 90% las instalaciones físicas de la Institución en un plazo de 6 meses.

Políticas:

A. Explícitas:

1. Establecer cita escalonada de pacientes.

2. Racionalizar las consultas dentro de los médicos institucionales.

3. Establecer mecanismos de atención médica contínua las 24 horas del día.

4. Determinar el movimiento de los medicamentos de mayor uso en la Institución y programar en base a probabilidades el abastecimiento futuro.

5. Promover programas de orientación sobre los riesgos de accidentes, dirigidos a loa afiliados.

6. Establecer programas contínuos de educación médica, para la actualización del personal médico y paramédico.

7. Efectuar las remodelaciones pertinentes en las áreas físicas defectuosas.

B. Confidenciales:

El cumplimiento de las políticas anteriores se evaluará a través de el Departamento de Docencia e Investigación y el Director del Hospital y los resultados se manejarán a ese nivel.

Estrategias:

1. Instruir al personal médico y paramédico respecto a los mecanismos de la cita escalonada, a través de la Subdirección del Hospital.

2. Programar por hora, un número determinado de afiliados y distribuirlos dentro del total de médicos.

3. Hacer una distribución del personal para que la atención médica sea continua.

4. Efectuar auditoría del Departamento de farmacia para establecer el movimiento diario de los medicamentos durante los últimos 3 meses y posteriormente efectuar una programación de la cantidad de medicamentos que deben existir en dicho lugar.

5. Concientizar al médico para que proporcione la cantidad necesaria del o de los medicamentos a usar, a fin de no agotar las reservas de la Bodega.

6. Instruir al departamento de Relaciones Públicas para que a través de boletines, películas, folletos, pláticas, se proporcione al afiliado la orientación para disminuir el riesgo de accidentes. Dicha información se dará dentro de la Institución y en los lugares de trabajo.

7. Implementar programas académicos y de investigación para el personal médico y paramédico.

8. Encargar al departamento de Mantenimiento del Hospital que haga una evaluación del estado actual del área física y que de inmediato se inicien las remodelaciones necesarias.

Grupo de Guatemala.

P R O C E S O

VI. FUNCIONES.

1. Médico-Asistenciales.

1.1 Diagnóstico.

Dado que en este momento carecemos de los datos de mortalidad relacionada con la infancia, enfermedad y mortalidad en el - anciano, mortalidad en la época del individuo y cambios en los patrones de morbilidad; no podemos establecer el diagnóstico de salud de la población cubierta. Es de hacer notar que nues- hospital unicamente cubre riesgo de accidente común, de traba- jo e invalidéz, por lo que la cobertura es bien limitada y - estaría encaminada a establecer los parámetros de mortalidad y morbilidad en la época productiva del individuo.

1.2. Prevención

Se realizarán programas para disminuir los riesgos de acciden- tes comunes y de trabajo desde el punto de vista social, y - - programas biomédicos específicamente inmunizaciones contra -- tétanos y rabia.

1.3 Tratamiento.

Dependerá del diagnóstico de salud que se tenga de la comunidad. En nuesto hospital el riesgo que se cubre es el de accidentes - por lo que el tratamiento estará encamindado a proveer una asis tencia adecuada a ese rubro.

1.4 Control

Se utilizará el método de información, estadística y contabili- dad.

1.5

Se efectuará terapia física tomando en cuenta las técnicas que para ello existen y se encaminará a que cubra los aspectos -- psicobiosociales.

VII. ADMINISTRACION.

1. Implementación.

Se dotará con los recursos físicos, humanos, técnicos, materiales, necesarios para estar en capacidad de funcionamiento la Unidad.

2. Implantación.

Se iniciará el Programa una vez superada la implementación.

3. Coordinación.

Estará fundamentalmente dada por la Dirección Médica, en el aspecto técnico, y la Subdirección Administrativa en el aspecto administrativo.

4. Abastecimiento y Suministro.

Primordialmente se dará a cargo de la Dirección Central de Abastecimientos, pero se utilizará Caja chica en renglones específicos - previa autorización de la Oficinas Centrales.

5. Sistema de Información.

Se usará el sistema de información integrado.

6. Mantenimiento

Estará determinado por el grado de tecnificación que se tenga. Su función primordial será el mantener en condiciones óptimas el - - medio físico y equipo.

7, Integración

Se vigilará que se cumpla con todos los pasos de la Planificación establecida.

VIII. INVESTIGACION

Se tratará de efectuar investigación en los cuatro campos de investigación médica: biomédica, clínica, social y de servicios de salud. Haciendo énfasis en las tres últimas ya que la biomédica - requiere de esfuerzo de recursos.

IX. EDUCACION.

1. Marco Teórico-Conceptual:

Dado que en nuesto hospital se atienden particularmente accidentes de trabajo y comunes, con una alta incidencia de traumatismos y heridas de la mano, lesiones músculo-esqueléticas y lesiones intra-abdominales, se ha considerado implementar un programa a nivel médico para incrementar el conocimiento y capacidades técnicas, lo que redundará en un mejor manejo de estos problemas.

2. Propósitos.

2.1 Propósitos de Impacto:

Tratar de implementar los recursos relacionados con la morbimortalidad de la localidad.

2.2 Próposito de Producto:

2.2.1 Estandarizar los conocimientos del gremio médico que labora dentro del hospital.

2.2.2 Mejorar a través de los progrmas de educación médica la calidad de la atención médica y el prestigio de la Unidad.

2.3 Próposito Marginal:

Mejorar la comunicación entre autoridades y médicos del hospital.

3. Objetivos.

3.1 Establecer un sistema dinámico de normas y procedimientos en el campo quirúrgico para que en el término de un año el 100% de los médicos hayan unificado criterios.

3.2 Capacitar al personal médico del hospital a fin de que en el término de un año pueda resolver el 80% de los casos que se presentan a la emergencia.

3.3 Proporcionar al gremio médico del hospital los conocimientos sobre lesiones tendinosas de la mano para que al cabo de un año estén en capacidad de resolver el 90% de los casos de esta patología.

4. Evaluación.

Se evaluará el Programa cada quince días con supervisión, - seguimiento y comportamiento de los casos en el proceso de su evolución.

X. TECNOLOGIA.

Dado que nuesto hospital atiende unicamente problemas de urgencia, se dotará del equipo necesario para ese tipo de atención. - Esto incluye equipo de Rayos X, Laboratorio Clínico, Máquinas de Anestesia, Instrumental Quirúrgico, etc.

XI. ESTRUCTURA.

1. Organizacional: Ver Organigrama.

2. Física:

El hospital cuenta con un servicio de Emergencia, consulta externa, cuidados intensivos, cuatro salas de encamamiento, - - cuatro salas de operaciones, rayos x, laboratorio clínico, -- morgue, archivo, oficinas administrativas, lavandería, cocina, mantenimiento y bodega.

XII. PERSONAL.

Se recluta y selecciona a través de las Oficinas Centrales de la Institución y su capacitación está a cargo del hospital.

Cuenta con 230 trabajadores distribuídos así:

12% personal médico
42% personal paramédico
46% personal administrativo.

XIII. DIRECCION.

Es del tipo Gerencial 5.5 que trata de lograr los objetivos de la Institución mediante equilibrio, pero que en la realidad es difícil conseguirlo.

Además del Grid Gerencial, el directivo se preocupará por los siguientes renglones: Planeación, organización, motivación, supervisión y evaluación, con el propósito de que las metas establecidas se cumplan y lograr el mayor índice de satisfacción del personal.

XVI. CONTROL.

Criterios de medición.

a) Con respecto al programa educativo, se utilizarán criterios de índices de estancias, infecciones post-operatorias, y morbimortalidad y los aspectos cognoscitivos, habilidades y destrezas que los médicos obtengan durante los programas de actualización.

b) Con respecto a los pacientes que se van del hospital sin ser atendidos, se aceptará el 5% únicamente.

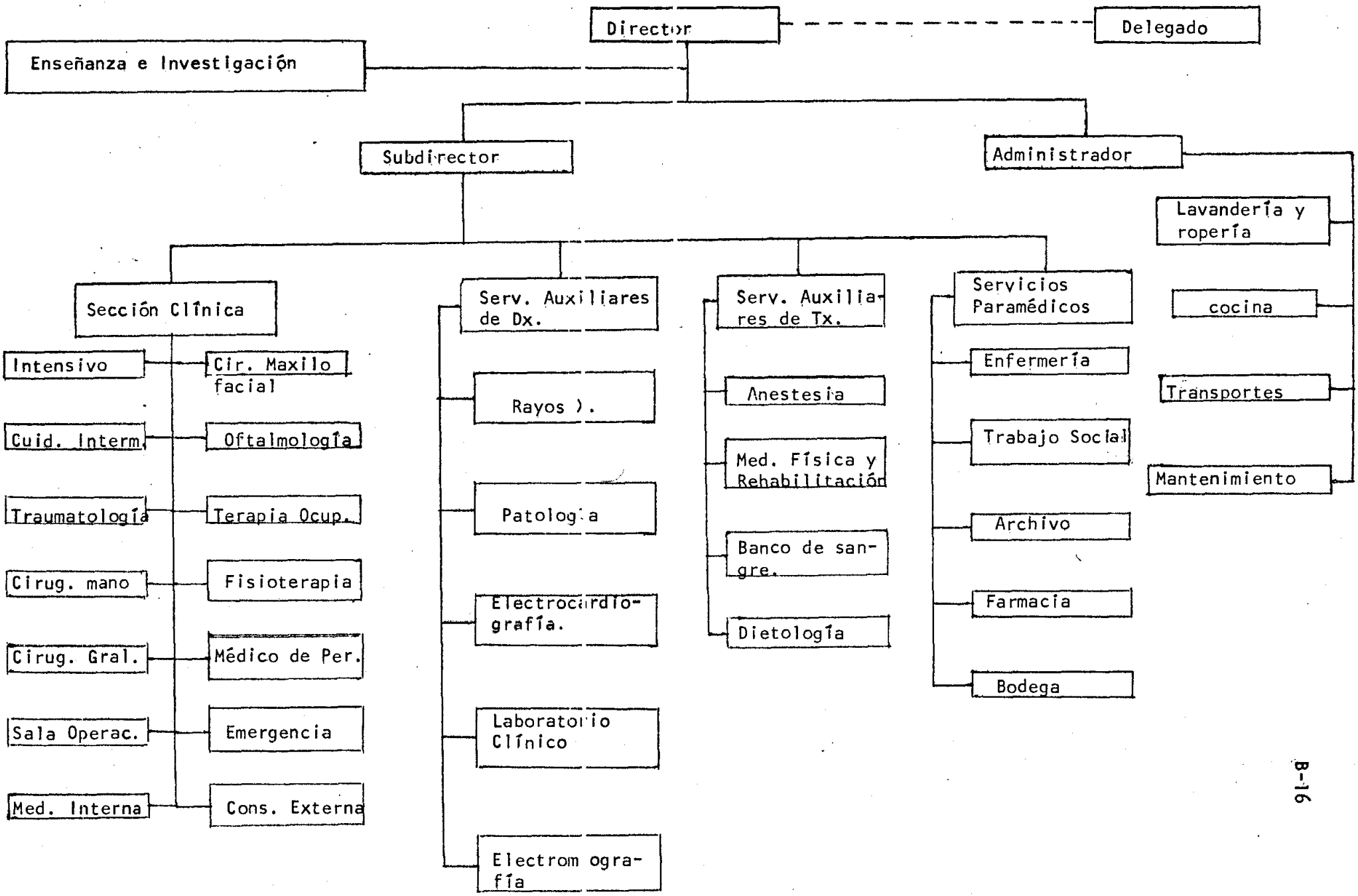
c) Con respecto al problema de control de medicamentos se vigilará que exista siempre un nímino del 50% en la reserva de los mismos.

Evaluación:

No hay modelos establecidos, por lo que se ha decidido utilizar los métodos de pares, trasadores y de etapas de la enfermedad, además en los programas educativos se utilizará los métodos de observación naturalista y seguimiento de los casos atendidos.

Retroalimentación:

Los datos obtenidos en los pasos anteriores serán utilizados durante todo el proceso para hacer los ajustes correspondientes y reprogramar.


Director
Delegado
Enseñanza e Investigación
Subdirector
Administrador
Lavandería y ropería
Sección Clínica
Serv. Auxiliares de Dx.
Serv. Auxiliares de Tx.
Servicios Paramédicos
cocina
Intensivo
Cir. Maxilo facial
Enfermería
Cuid. Interm.
Oftalmología
Anestesia
Transportes
Rayos X.
Trabajo Social
Traumatología
Terapia Ocup.
Med. Física y Rehabilitación
Patología
Mantenimiento
Archivo
Cirug. mano
Fisioterapia
Banco de sangre.
Electrocardiografía.
Farmacia
Cirug. Gral.
Médico de Per.
Dietología
Sala Operac.
Emergencia
Laboratorio Clínico
Bodega
Med. Interna
Cons. Externa
Electromiografía

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

MODELO DE ATENCION MEDICA
DEL HOSPITAL GENERAL CON MEDICINA FAMILIAR
No. 10, GTO, GTO. DEL IMSS

ALUMNOS:

IVAN RODRIGUEZ ESPEJEL
CONRADO GUZMAN GALLEGOS
CARLOS BAEZA ESTRELLA
MARIO BUENO VIESCA
LUIS ARTURO MARTIN LOMBARD.

MEXICO, D.F.
FEB. - MARZO 1983 .

1. INTRODUCCION.

El directivo necesita adquirir las habilidades y destrezas necesarias con el objeto de llevar a cabo el proceso administrativo, para ello es necesario el proceso educativo y el desarrollo que contemplan los modelos de atención lo más cercano de la realidad.

Esto nos motiva, para que el presente grupo de trabajo desarrolle un modelo de atención médica para la Clínica Hospital General con Medicina Familiar No. 10, Gto, Gto., del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Y que las presentes acciones sean congruentes con el estado de salud de nuestra población y que los resultados sean así mismo con la congruencia anterior, traducidos en un mayor número de egresos por curación y mejoría.

2. CONTEXTO.

El Hospital General con Medicina Familiar No. 10, del IMSS, en la Delegación de Guanajuato, se localiza en la Calle de Jardín del Cantador No. 17, en la Ciudad de Guanajuato, Gto., y es cabecerá así como la Capital del Estado, y que fué inaugurada e inició sus actividades el 3 de octubre de 1983.

La extensión territorial del Municipio es de 30,471 Km. cuadrados, siendo su altura sobre el nivel del mar de 2,000 mts.

Situación demográfica. La población total del Municipio de Guanajuato es de 84,254 habitantes, de los cuales 39,796 corresponden a la población económicamente activa, de estos 19,986 son del sexo masculino, y 19,990 del sexo femenino, predominando las edades entre 20 y 40 años.

La población adscrita a la Unidal del Hospital General con Medicina Familiar No. 10 de Guanajuato, al 31 de diciembre de 1982, fué de: - 23,544; adscritos a Médico Familiar: 19,366; y población usuaria: 19,942, cuya distribución por grupos etarios se ilustra en la pirámide de población (anexo No. 1).

Area geográfica.- El Estado de Guanajuato está ubicado entre los paralelos 19 55' 30'' y 21 50' 50'' de latitud norte y los meridianos 99 41' 30'' y 102 08' 30'' de longitud oeste del Meridiano de Greenwich. Colinda al norte con los Estados de Zacatecas y San Luis Potosí, al sur con el Estado de Michoacán, al oeste con Querétaro y al Oeste con el Estado de Jalisco.

Situación socio-económica.- Alimentación: Entre los alimentos que son consumidos con mayor frecuencia por la población del Municipio de Guanajuato se encuentran: Leche, huevos, pan, verduras y carne.

3. VALORES. Los valores se deberán puntualizar de acuerdo de quién se trate. Los de los proveedores deberán conocerse a través de encuestas las cuales deberán ser de actitudes.

Los de las autoridades, serán indirectamente, por medio de sus informes públicos.

Los de la población, se deberán conocer por medio de encuestas de actitudes, actualmente se desconocen.

4. SISTEMA DE SALUD.

La situación económica del Municipio, se presenta por edades, sexo y son como sigue:

El total es de 16,216, de los cuales 12,610 son del sexo masculino y 3,606 del sexo femenino, el total corresponde al 19.2% de la población total que es de 84,254 habitantes. En cuanto a las edades predominan entre 20 y 40 años.

Vivienda.- El 80% son casas, 5% departamentos y 15% vecindades. Material predominante: un 40% de adobe, 40% de ladrillo y un 20% de combinados (madera y otros). El piso: cemento en un 80%, tierra en un 18% y 2% de otros.

En el Municipio, de acuerdo al censo general de población, existen un total de 10,161 viviendas ocupadas por un total de 65,324 personas, de las cuales propias son: 6,964; y son ocupadas por 46,432 habitantes, y las no propias son 3,197 y dan alojamiento a 18,892. Los ocupantes por vivienda es de 6.4 promedio y ocupantes por cuarto de aproximadamente 2.2

De las 10,161 viviendas, 6,250 disponen de agua entubada, lo que representa un 61.5%.

Con drenaje 5,163, lo que representa un 50.8%.

Disposición de excretas: viviendas con baño individual 65% y baño comunitario 35%.

La fauna se desconoce.

Escolaridad.- El Municipio de Guanajuato cuenta con el privilegio de ser sede de la Universidad, con varias licenciaturas, en materia de educación media superior registra: 3 preparatorias, 1 escuela normal y 1 centro de capacitación para el trabajo industrial; en materia de educación media básica: 14 escuelas incluyendo 1 telesecundaria; en educación primaria: 85 escuelas y 10 de educación preescolar.

El número de analfabetas en el Municipio es de 11,857, de los cuales masculinos son 5,531 y mujeres 6,326, datos proporcionados en el último Censo General de Población, S.P.P.

Alimentación.- Ya se explicó anteriormente cual es la base de ésta en el Municipio, sin embargo está determinada por la capacidad de compra de las familias, y a esto se agrega que no es buena la capacidad o disponibilidad de los alimentos dado que no existe una central de abastos.

En 1981 se cree que la población llegó a 83,254 lo cual indica un incremento en la población de 3.2% lo que da una densidad de población de aproximadamente 130 habitantes por kilómetro cuadrado, creyéndose que en la actualidad el incremento de la población llega a ser de aproximadamente 2.9%.

En cuanto a servicios de asistencia, no existen duplicidad.

Existe coordinación en cuanto a actividades preventivas y en cuanto a actividades asistenciales cada institución tiene sus derechahabientes como se detalla a continuación:

El personal médico y paramédico que presta sus servicios en Unidades Médicas Institucionales de Seguridad Social, Asistencia hasta 1982:

IMSS	Médicos	42	Paramédicos	55	Otros	54
SSA	"	23	"	100	"	20
ISSSTE	"	25	"	32	"	-

Número y tipos de establecimientos de las Instituciones Públicas y privadas, con que cuenta el Municipio de Guanajuato:

IMSS	1	H.G. con M.F. No. 10	Guanajuato
IMSS	1	U.M.F. No. 46, C.F.E	"
SSA	1	Hosp. General B	"
SSA	1	Clínica Rural.	El Zangarro
SSA	1	Clínica Rural.	San José del Rodeo
SSA	1	Centro de Salud C.	Marfil
ISSSTE	1	Hospital	Guanajuato
PARTICULARES	2	Clínicas Hospitales	"

5. NECESIDADES SOCIALES.

Entre las cuales existen normativas del Experto: Mejoramiento de las condiciones de vida, ya que carecen de servicios y mucho de esto lo tienen que adecuar o improvisar, mejorar la vivienda.

Problemas del Aparato Respiratorio, dado que tanto por las malas condiciones de la vivienda, así como por el alto índice de padecimientos dados por la industria de extracción de material de las minas.

Problemas gastrointestinales, por la deficiencia de agua potable, drenajes y eliminación de excretas.

Problemas de riesgos de trabajo, ya que por baja instrucción ocaciona que los trabajadores no se protejan debidamente.

Alcoholismo, que trae como consecuencia, alto grado de problemas físicos por agresión.

Es importante mencionar que aunque existe gran total de población flotante por los estudiantes de la Universidad, la incidencia de enfermedades venereas es baja, así como la práctica de abortos clandestinos.

Necesidades de la población:

Sentidas y no expresadas, estas de deberán investigar por medio de entrevistas o encuestas, en el momento actual se desconoce.

Necesidades sentidas y expresadas: satisfecha.

Hospitalización: Partos eutócicos y distócicos, apendicitis, colecistitis, abortos, amigdalitis, diabetes mellitus, neumonías, gastroenteritis.

Médico familiar: Infección de vías respiratorias, gastroenteritis, hipertensión arterial, diabetes mellitus, parasitósis intestinal, helmintiasis, etc, gran parte de estos padecimientos son debidos a la pobre condición de saneamiento.

Médico no familiar: problemas dentales, traumatismos, con luxaciones y/o fracturas, heridas, dorsálgias, diabetes mellitus, hipertensión arterial, sangrados de tubo digestivo, etc., en gran parte este tipo de padecimientos se deben a la falta de información y adiestramiento a la población en general y a los trabajadores en sus centros de trabajo.

Demandas insatisfechas, de la población:

Es muy difícil conocerla, pero se podrá llevar a cabo por medio de encuestas o de entrevistas.

Demanda real. No se conoce, pero se determinará.

Demanda probabilística.- En cuanto a los problemas de vías respiratorias, sobre todo en cuanto a los trabajadores mineros, los cursos de adiestramiento se están comenzando a impartir, aunque debemos reconocer que el trabajo de por si es una determinante aún con recursos.

Los problemas de gastroenteritis, es del conocimiento general que están tendiendo tubería para traer a la Ciudad mayor cantidad de agua potable, lo que tardará aproximadamente 3 meses, así como el drenaje que aunque se pretende mejorar, será muy deficiente y no podremos disminuir significativamente este renglón.

Entre las necesidades comparativas tenemos:

Los clientes desean: que sean atendidos por Especialistas en el menor tiempo posible, y de ser necesario que estos estén en sus clínicas.

Los proveedores: que pueden tener mejores medios para trabajar, incluyendo materiales y técnicas modernas.

Las necesidades de las autoridades.- Es difícil saberlas, y se podrá saber ya sea por interrogatorio u observación directa.

6. PROGRAMAS.

Extensivos.- Atención prenatal, control infecciones estreptococias, gastroenteritis, control diabetes mellitus, control de hipertensión arterial, control de fiebre reumática, higiene dental.

Prioritarios.- Control de infecciones respiratorias, control de planificación familiar y control de enfermedades transmisibles (vacunación).

7. DISPONIBILIDAD.

Espacios físicos.- Oficina dirección, oficinas administrativas, sala de espera, área de archivo clínico, área de medicina preventiva, área de rayos X, área de laboratorio, área de farmacia, área de hospitalización, sala de pediatría, sala de curaciones, central de enfermeras, un quirófano, área de tocoquirúrgica, central de equipos, sala de día, cocina y comedor.

Equipos.- Sala de máquinas, con caldera, planta de luz, mortuorio refrigerante automático, eqiupo de laboratorio, de rayos X dental y quirúrgico.

Personal.- Médicos familiares 10, médicos no familiares 5, asistentes sociales 8, director 1, jefe depto. clínico 1, jefe de enfermeras 1, administradora 1, encargada centro de información 1.

8. ACCESO.

El Hospital está ubicado en la zona urbana de la Ciudad es accesible por todos los rumbos y vías de comunicación, los derechohabientes utilizan los diversos medios de comunicación, un 60% lo hace por vehículo ya sea propio y el restante lo hace a pie.

9. ACEPTACION.

Los servicios prestados por la Institución son bien aceptados por la población demandante, esto es demostrativo ya que el 84% aproximadamente de los derechohabientes adscritos a la unidad, tienen adscripción a médico familiar.

10. CALIDAD.

Este parámetro solo puede saberse ya sea por medio de encuestas a la población demandante y así conocer el grado de satisfacción y de mejoría expresado por el derechohabiente, o bien, por medio de investigación del expediente clínico, aunque es muy subjetivo, nos puede ilustrar cuantas consultas por el mismo padecimiento estan registradas. En realidad no se sabe.

11. COSTOS.

Es un parámetro que solo puede saberse, por medio del centro de costos, para darnos cuenta de los gastos efectuados, aunado a los presupuestos proyectados.

PROBLEMA:

Existe un elevado índice de padecimientos de vías respiratorias en la población en general y especialmente en los menores de un año.

PROPOSITOS:

Disminuir la morbi-mortalidad en los menores de un año.

1. Dando a conocer a las autoridades Estatales y Municipales el problema de saneamiento ambiental imperante en la ciudad.

   1.1 Revisar los programas actuales que estan operando en las diferentes instituciones.

2. Educación a la población para lograr cambios en sus hábitos y costumbres.

   2.1. Identificación de factores de riesgo desde el punto de vista preventivo.

   2.2. Identificación de los factores de riesgo desde el punto de vista curativo.

3. Capacitación del personal médico y para-médico para el manejo de los problemas respiratorios agudos en menores de un año, desde el punto de vista médico y psicológico.

   3.1. Desde el punto de vista preventivo.

   3.2. Desde el punto de vista curativo.

OBJETIVOS GENERALES:

Actualmente las infecciones de vías respiratorias ocupan el primer lugar de morbilidad de la población en general; de éstos el 40% lo padecen los menores de un año, por lo que se pretende disminuir en un 60%, hasta obtener como máximo un 16% de la incidencia general.

Las infecciones de vías respiratorias son la primer causa de mortalidad general, de las cuales el 5% ocurre en menores de un año; se pretende abatir a la mitad del porcentaje referido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Después de informar a las autoridades y de la revisión de los pro-- gramas institucionales operantes, se establecerá una programación - conjunta para la resolución de la problemática.

2. Para lograr el cambio de actitud de la población (participación) - encaminada a resolver el problema, se utilizará:

   a). Medicos masivos de información: prensa, radio, etc.

   b). Folletos y volantes.

   c). Talleres y pláticas.

3. Preventivas:

   a). Pláticas, cursos, talleres, etc.

   b). Investigar el medio ambiente de sus derechohabientes por medio de visitas domiciliarias.

   c). Formar equipo médico y paramédico que los ayudará en las labo res del inciso b.

4. Curativas:

   Establecer diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a los derecho habientes.

GASTOS:

1. Mínimo, no cuantificable.

2. Durante tres meses, ya sean continúos o espaciados.

$ 15,000.00	Radio
$ 30.000.00	prensa
$ 6,000.00	folletos
$ 3,000.00	talleres.
$ 54,000.00	Total

Integración de costos o presupuestos: serán dados por el centro de costos, y ya fué mencionado anteriormente.

Suministros o implantación: Estos dependen del Almacén Delegacional que surte el Almacén de la clínica.

Conservación y Mantenimiento: Por el área del propio -- hospital.

Sistema de información : contabilidad, estadística e informática.

c). Investigación.- Esta se hará por medio: social, biológica, administrativa y psicológica.

d). Educación.- Se hará por medio de: situación coyuntural, pasos secuenciales, fuente de objetivos, aportes, y principios de aprendizaje.

2. TECNOLOGIA:

Esta depende de los recursos del 2º nivel con que cuenta el - hospital, entre los cuales se encuentran : Rayos X, Laboratorios, apoyando la clínica.

3. ESTRUCTURA:

a). Organización (Niveles jerárquicos), estos están expuestos en el organigrama que como anexo se presentó.

b). Física, (Planta física): Oficina de dirección, oficinas administrativas, áreas de archivo clínico, seis consultorios de médicina familiar, área para medicina preventiva, área para rayos X, área para laboratorio, área para hospitalización, sala de pediatría, sala de curaciones, central de enfermeras, un quirófano, área de toco-quirúrgica, sala de expulsión, CEYE.

4. GENTE:

Reclutar o capacitar al personal, o selección de la gente, como se detalla a continuación:
Ocho médicos familiares, dos médicos de urgencias, cuatro cirujanos generales, un ginecólogo, un pediatra, un médico internista, dos pasantes en servicio social encargados de medicina preventiva, diez internos de pregrado, un jefe de departamento clínico y un director.

3. Durante tres meses:

$ 60,000.00	médico
$ 30,000.00	enfermera
$ 30,000.00	Trab. Social
$ 120,000.00	Total

RESULTADOS:

1. Lograr el interés de las autoridades y el establecimiento del programa institucional conjunto, para disminuir la morbi-mortalidad - por enfermedades de vías respiratorias en la población menor de un año.

2. Lograr que la población identifique los factores de riesgo, desde el punto de vista preventivo y la enfermedad en etapas iniciales.

   Lograr que la población utilice los servicios preventivos y curativos de la manera establecida.

3. Disminuir la morbi-moralidad en la población menor de un año.

   a). Evitar al máximo las infecciones en la población susceptible.

   b). Que los enfermos sean diagnosticados precosmente.

   c). Que el tratamiento sea oportuno y efectivo.

   d). Disminuir la mortalidad por complicaciones.

P R O C E S O

I. ORGANIZACION.

   1. FUNCIONES:

      a). Médico asistenciales.- Ya fué tratada en el inciso antes mencionado en objetivos.

      b). Administración.- Coordinación: están bajo las indicaciones del Director y Jefe de los Servicios Médicos.

II. DIRECCION

Debe estar incluida la teoría general de sistemas, la formación de grupos, coordinación de los mismos, supervisión, y el liderazgo.

El presente se hará de acuerdo a la gerencia 9.9 de la gráfica general, en la que se resume que los objetivos de la organización se -- tratan de lograr en común acuerdo con el personal.

III. CONTROL

Esto se hará a través de costos, estándares, indicadores y auditorías.

IV. RESULTADOS

Estos se harán a través de la evaluación del sistema, ya sea por encuestas, auditorías o indicadores del trabajo hospitalario.

A-12

ORGANIGRAMA DEL H.G. CON U.F. Nº 10, GTO.

DELEGADO ESTATAL

JEFE DE LOS SERVICIOS MEDICOS

DIRECTOR

DIRECTOR UMF Nº 12 DOLORES, HGO.

DIRECTOR UMF Nº 46 SUTERM GTO.

JEFE DE DEPTO. CLINICO DE HOSPITALIZACION

DIRECTOR UMF Nº 29 SAN DIEGO CUYUCA

SUPERVISORA DE ENFERMERIA.

SERVICIOS MEDICOS

JEFE ENSEÑ. E INVESTIGAC.

SERVICIOS PARAMEDICOS

ADMINISTRADOR

CIRUGIA

MEDICINA FAMILIAR

MEDICINA PREVENTIVA

MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL

TRABAJO MEDICO SOCIAL

ENFERMERIA

CONTROL DE PRESTACIONES MEDICAS.

AUXILIAR DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

LABORATORIO.

RX.

CONSERVACION.

TRANSPORTES.

INTERNOS DE PREGRADO

SUBALTERNOS.

PERSONAL

FARMACIA

DIETOLOGIA.

CONSULTA EXTERNA — HOSPITALIZAC. — QUIROFANO — URGENCIAS

SERV. GRALES.

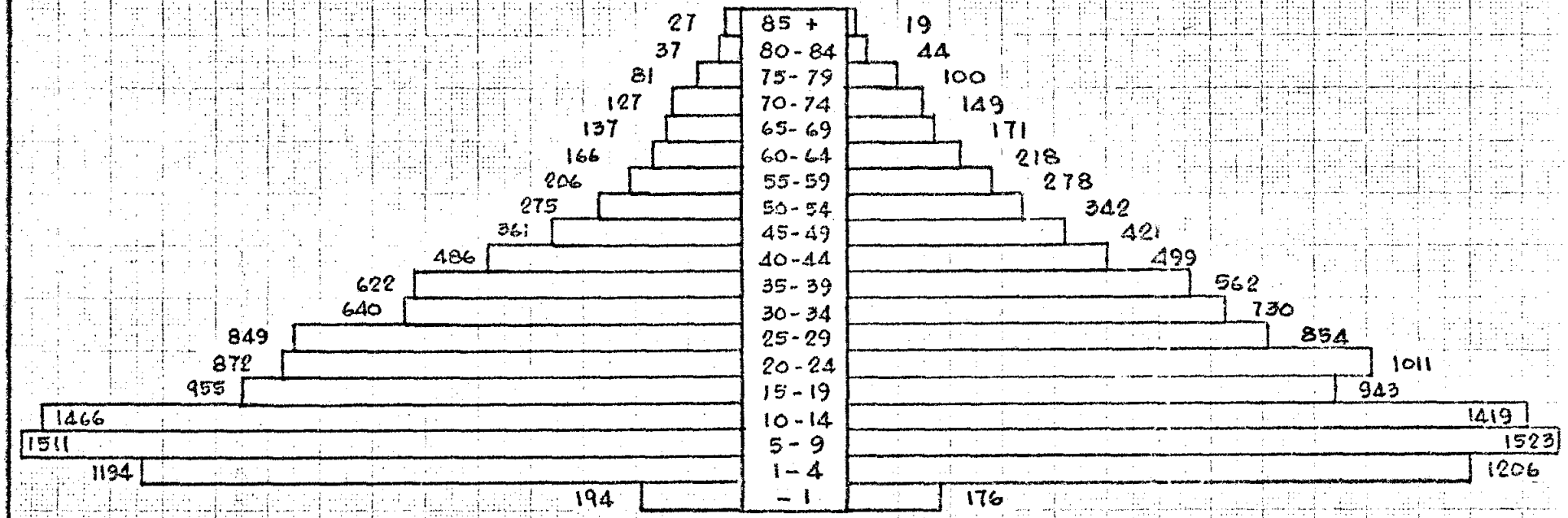
PIRAMIDE DE POBLACION

POBLACION TOTAL .-

20890

HOMBRES: 10225

MUJERES: 10665



CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 5

PARTICIPANTES:

DR. HUMBERTO LEYZAOLA CASTILLO

DR. MIGUEL AGUILAR SERRANO

DR. RAFAEL ANTONIO OLIVARES CALDERON

DR. MIGUEL ANGEL GUTIERREZ BARRON

GRUPO 3. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 5.

C O N T E X T O.

1. DATOS HISTORICOS.- DELEGACION AZCAPOTZALCO.

Atzcapotzalco surge inicialmente en las riberas del entonces Lago de Texcoco.

Durante los siglos XIII y XIV Azcapotzalco controlaba casi todo el altiplano central del país.

A la consumación de la conquista Azcapotzalco contaba con 17,000 habitantes y del antiguo esplendor de Azcapotzalco no quedo nada que lo recordara.

El 19 de agosto de 1821 el atrio de la Parroquia de Azcapotzalco fué escenario de la última batalla de la guerra de Independencia. Siendo Presidente Santa Ana en el año de 1854 se le concedió el título de Villa. La palabra Azcapotzalco significa lugar de hormigas o hormiguero.

DELEGACION MIGUEL HIDALGO.

En el área de esta delegación se encuentra Tacuba o Tlacopan que significa "sobre las jaras" y que fué la corte del reino del mismo nombre, creado por Ixcoatl, Rey Mexica, después de la destrucción del reino Tecpaneca en el año de 1428.

El 30 de julio de 1520 las fuerzas aztecas infligieron a los españoles su más cruenta derrota dando pie a la leyenda del llanto de Cortés en el "árbol de la noche triste". El 8 de septiembre de 1847 las tropas norteamericanas atacaron el Molino del Rey y el 13 del mismo mes bombardearon e invadieron el Castillo de Chapultepec.

2. ASPECTOS GEOPOLITICOS:

La zona en estudio está situada al nor-oeste del Distrito Federal.

a) Límites de la zona geográfica:

Norte: Calzada de Camarones.
Oriente: Avenida Cuitláhuac.
Calzada México-Tacuba.
Calzada Melchor Ocampo.

Sur: Calle Gutemberg.
Av. Ejército Nacional Mexicano.

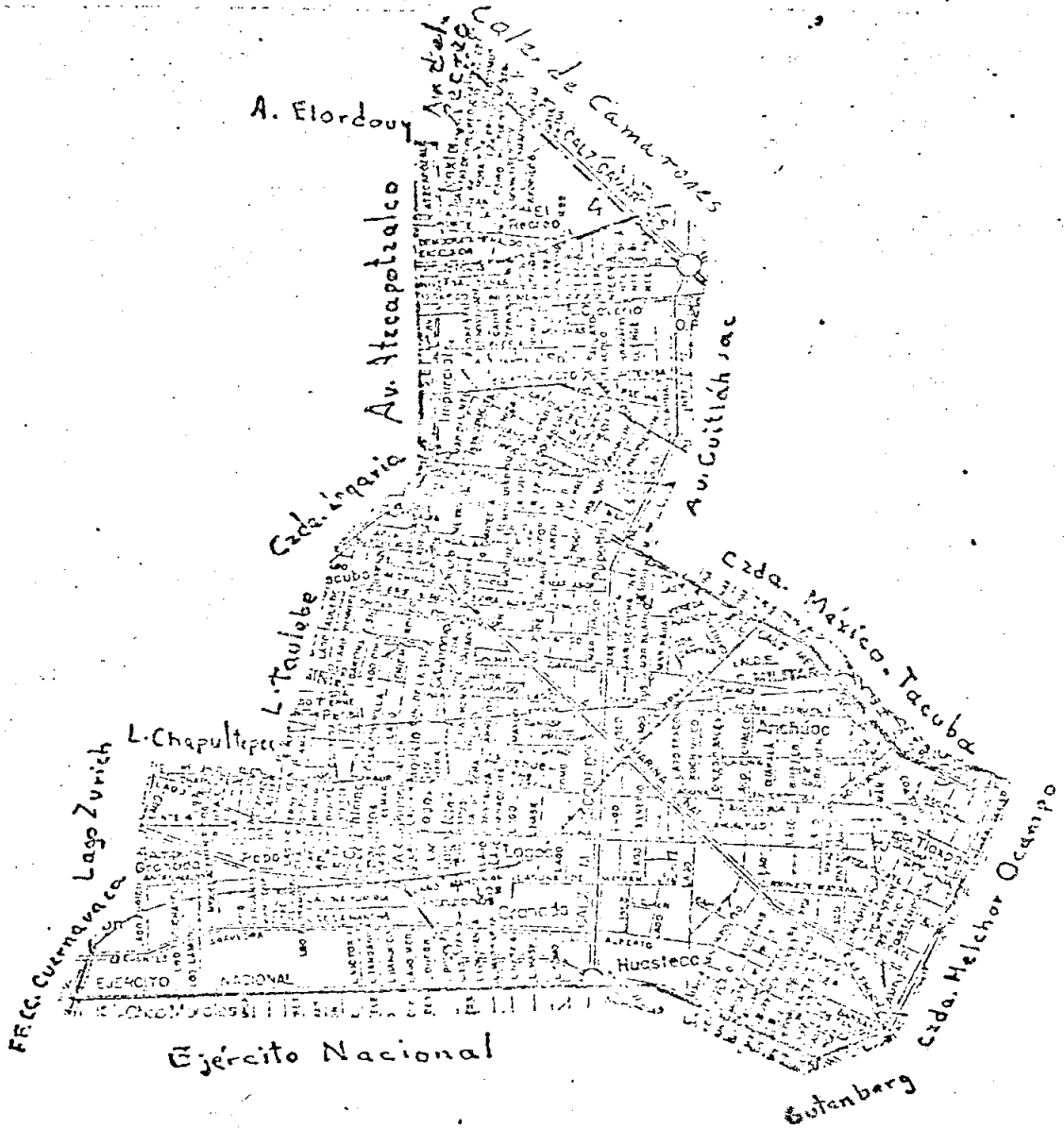
Poniente: Calle Camino del Recreo.
Calle Aquiles Elorduy
Av. Azcapotzalco
Calzada Legaria.
Calle Lago Taulebe.
Calle Lago Chapultepec.
Calle Lago Zurich.
Calle Ferrocarril de Cuernavaca.

b) Colonias:

COLONIA	DELEGACION
Ahuehuetes	Miguel Hidalgo
Anáhuac	Miguel Hidalgo
Anáhuac antígua	Miguel Hidalgo
Anáhuac Peralitos	Miguel Hidalgo
5 de mayo (parte UMF 17)	Miguel Hidalgo
Clavería	Azcapotzalco
Granada y Ampliación Granada	Miguel Hidalgo
Huasteca y Verónica Anzures	Miguel Hidalgo
Lagos Norte y Sur	Miguel Hidalgo
Manzanos	Miguel Hidalgo
Peralitos	Miguel Hidalgo
Popo	Miguel Hidalgo
Popotla (parte UMF 2)	Miguel Hidalgo
Recreo	Azcapotzalco
Reforma Pensil	Miguel Hidalgo
San Alvaro	Azcapotzalco
San Juanico	Miguel Hidalgo
Santa Julia	Miguel Hidalgo
Tacuba (parte UMF 17)	Miguel Hidalgo
Tlaxpana	Miguel Hidalgo
Un Hogar para cada trabajador (parte UMF 20)	Azcapotzalco
Verónica Anzures	Miguel Hidalgo

c) División política:

Las colonias pertenecen principalmente a las Delegaciones de Miguel Hidalgo y a la de Azcapotzalco (se anexa mapa de la zona de influencia de la UMF No. 5).



A. Elordouy
Av. Atecapotzalco
Av. Cuitláhuac
Czda. Legaria
L. Taulebe
L. Chapultepec
Lago Zurich
FF.CC. Cuernavaca
Ejército Nacional
Czda. México-Tacuba
Czda. Melchor Ocampo
Gutenberg
Anchuac
Huasteca
Granada
EJERCITO NACIONAL

d) Altitud:

Altura media sobre el nivel del mar, Miguel Hidalgo 2250 mts. y Azcapotzalco 2278 mts.

e) Hidrografía:

No existen ríos, lagos, lagunas, etc. La precipitación pluvial se desconoce.

f) Clima:

Temperatura máxima 30.7°C, mínima 5.6°C y media anual 15.3°C.

3. ASPECTOS DEMOGRAFICOS:

a) Densidad de Población:

En la Delegación Miguel Hidalgo es de 19,784 habitantes por Km^2 y en la Delegación Azcapotzalco de 22,861 habitantes por Km^2. Densidad promedio de 21,322 habitantes por Km^2.

b) Tasa de Crecimiento:

Durante el lapso de enero a diciembre de 1981, la población adscrita a la unidad creció en una proporción del 7% a la adscrita a Médico Familiar en un 3.4%. En 1982 se observó un crecimiento de 5% en relacion a 1981.

c) Análisis de la Pirámide Poblacional:

No existe diferencia significativa en cuanto a proporción de hombres y mujeres; es de estructura piramidal de base ancha, característica de un país joven, aunque tiende a conservarse regular hasta los 29 años.

d) Estructura de la familia y estado civil:

A la fecha estos datos se desconocen, se podrían tener cuando la tarjeta de Registro Familiar (R.F.-1) sean llenadas completamente por el Médico Familiar.

4. ASPECTOS SOCIOCULTURALES:

a) Servicios Públicos:

Podemos considerar que en esta zona existen pavimentación, agua,

DELEGACION [illegible]

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5

PIRAMIDE DE POBLACION ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR

1982

HOMBRES			MUJERES		
	53,471	49.1%		55,513	50.9%
273	0.5%	85 Y +	272	0.5%	
443	0.8%	80-84	427	0.7%	
765	1.4%	75-79	1077	2.0%	
995	1.9%	70-74	1022	1.8%	
1100	2.0%	65-69	1219	2.2%	
1404	2.6%	60-64	1459	2.6%	
1537	2.9%	55-59	1989	3.6%	
2194	4.1%	50-54	2421	4.4%	
2625	4.9%	45-49	2336	4.2%	
3548	6.6%	40-44	2648	4.8%	
3332	6.2%	35-39	3400	6.1%	
4372	8.1%	30-34	4315	7.8%	
4292	8.0%	25-29	5684	10.2%	
5294	9.9%	20-24	5651	10.2%	
5247	9.8%	15-19	5322	9.6%	
6008	11.2%	10-14	6019	10.8%	
6111	11.4%	5-9	5998	10.8%	
4550	8.5%	0-4	4270	7.7%	

TOTAL 108,984

GRUPO ETARIO	SEXO						TOTAL GENERAL	% GENERAL
	HOMBRES			MUJERES				
	TOTAL	%	% T GRAL	TOTAL	%	% T GRAL		
0 - 1 año	945	1.8	0.86	996	1.7	0.91	1941	1.8
1 - 4	3605	6.7	3.30	3664	6.6	3.36	7269	6.7
5 - 9	6111	11.4	5.60	5988	10.8	5.49	12099	11.1
10 - 14	6008	11.2	5.51	6019	10.8	5.52	12027	11.0
15 - 19	5247	9.8	4.81	5322	9.6	4.88	10569	9.7
20 - 24	5294	9.9	4.85	5651	10.2	5.18	10945	10.0
25 - 29	5252	9.8	4.81	5684	10.2	5.21	10936	10.0
30 - 34	4372	8.2	4.01	4316	7.8	3.96	8688	8.0
35 - 39	3332	6.2	3.05	3409	6.1	3.12	6741	6.2
40 - 44	2548	4.8	2.33	2648	4.8	2.42	5196	4.7
45 - 49	2055	3.8	1.88	2335	4.2	2.14	4390	4.0
50 - 54	2174	4	1.99	2421	4.4	2.22	4595	4.2
55 - 59	1587	3	1.45	1988	3.6	1.82	3525	3.3
60 - 64	1404	2.6	1.28	1459	2.6	1.33	2863	2.6
65 - 69	1100	2	1.00	1218	2.2	1.11	2318	2.1
70 - 74	995	1.9	0.91	1022	1.8	0.93	2017	1.8
75 - 79	705	1.3	0.64	1077	2	0.98	1782	1.6
80 - 84	463	0.8	0.42	427	0.7	0.39	890	0.8
85 y +	273	0.5	0.25	272	0.5	0.24	545	0.5
TOTAL	53,471	100.0	49.1	55,513	100.0	50.9	108,984	100.0

TOTAL MUJERES EN EDAD FERTIL : 29,365 (26.9%)

TOTAL NIÑOS DE 0-4 AÑOS : 9,210 (8.5%)

luz eléctrica y teléfonos en su totalidad, aunque en forma deficiente.

El drenaje, según el censo de 1970 en el 15% de la población de la zona se carecía de ese servicio.

Por la condición eminentemente urbana de esta zona, existen buenas vías de comunicación en toda la zona que comprenden: sistema colectivo de transporte (metro), varias líneas de camiones, trolebuces, colectivos y táxis.

Existen 4 oficinas de correo y telégrafos; 6 mercados; 7 centros recreativos; 10 guarderías; 4 hogares sustitutos; 22 jardines de niños; 46 escuelas primarias; 14 secundaris; 4 preparatorias o equivalentes; 4 de nivel profesional y otras 4 de instituciones educativas no especificadas.

b) Fuentes de trabajo:

La zona cuenta con importantes empresas dentro de las que sobresalen las de la industria automotriz: General Motors, Chrysler de México y la Hulera Euzkadi; otras como la Cervecería Modelo y H. Steele de México, todas ellas con un número de obreros superior a los 3,000 empleados.

c) Raza y religión:

Al igual que en todo el Valle de México, predomina la religión católica cristiana.

La raza es mestiza en alto porcentaje; con algunos extranjeros en número no significativo.

d) Líderes sociales:

Sólo tenemos reconocidos a los religiosos y en forma más localizada a los sindicales de las grandes empresas.

VALORES SOCIALES.

Valores de la población:

- La cuota que se paga al Seguro Social hay que desquitarla.
- Los servicios médicos son la única prestación que ofrece el Seguro Social.

- Los trabajadores de la Institución "comen" gracias a nuestras cuotas.
- Los derechohabientes aceptan sólo sus derechos pero no sus obligaciones.
- Los derechohabientes requieren la atención médica, inmediata, rápida y con amabilidad.
- Necesidades sentidas y expresadas mal orientadas.

Valores del personal de la Unidad:

- Uso inadecuado del tiempo de trabajo para satisfactores personales.
- La Institución hace como que me paga y yo como que trabajo.
- Los estímulos de la institución no son trascendentes.
- El derechohabiente consulta sin justificación.

Valores de las autoridades:

- La atención médica debe prestarse como cortesía, oportunidad, eficacia y alto sentido humano.

5. SISTEMA DE SALUD:

a) Población económicamente activa:

Solo contamos con datos proporcionados por las delegaciones políticas en donde estimaban que en 1980 el 17.8% del total de la población economicamente activa del D.F. se encontraba en estas delegaciones.

La población economicamente activa de las delegaciones Miguel Hidalgo y Azcapotzalco es de 60.1%

No contamos con datos recientes respecto al ingreso de la población en esta zona. Para el año de 1979, el 11% ganaba menos de 4,000.00 mensuales, el 48% entre 4 y 6,000.00, el 23% entre 6 y 10,000.00 y el 18% más de esa cantidad.

b) Vivienda, alimentación y escolaridad:

Se llevó a cabo un muestreo aleatorio de 491 familias que dan un total

de 2,350 personas, cuyos datos se encuentran registrados en la tarjeta de registro familiar (R.F.-1). Los datos encontrados son los siguien - tes:

VIVIENDA:

Tenencia	Familias	Porciento
Propia	64	13.1
Alquilada	277	56.4
Sin datos	150	30.5

TIPO DE VIVIENDA:

Sola	71	14.4
Departamento	129	26.3
Vecindad	132	26.9
Sin datos	159	32.4

NUMERO DE CUARTOS:

Una habitación	84	17.1
Dos habitaciones	114	23.2
Tres habitaciones	46	9.4
Cuatro o más	25	5.1
Sin datos	222	45.2

AGUA:

Dentro de la vivienda	279	56.8
Fuera de la vivienda	88	18.0
Otros	124	25.2

DISPOSICION DE EXCRETAS:

Excusado	313	63.8
Letrina	7	1.4
Fosa séptica	2	.4
Defecación a raz de suelo	1	.2
Sin datos	168	34.2

BASURA:

Disposición:

Sin recipiente	43	8.7

	FAMILIAS	PORCIENTO
Recipiente sin tapa	74	15.1
Recipiente con tapa	220	44.8
Sin datos	154	31.4
ELIMINACION:		
Lanzada a la calle	16	3.3
Quemada o enterrada	4	.8
Recolección organizada	247	50.3
Sin datos	224	45.6
FAUNA:		
Moscas	153	31.2
Cucarachas	66	13.4
Otros	45	9.2
Sin datos	227	46.2
ESCOLARIDAD:		
No leé ni escribe	179 indiv.	11.9
Leé pero no escribe	18	1.2
Leé y escribe	47	3.1
Primaria incompleta	342	22.7
Primaria completa	330	22.0
Secundaria o equivalente incompleta	194	12.8
Secundaria o equivalente completa	183	12.1
Preparatoria o equivalente incompleta	75	5.1
Preparatoria o equivalente completa	63	4.2
Profesional incompleta	37	2.4
Profesional completa	38	2.5
T O T A L	1506	100.0

ALIMENTACION:

Dentro del promedio de consumo diario se encontró lo siguiente:

Consume diariamente carne	36%
Leche	56
Huevo	70
Pescado	.2
Verduras	40
Frutas	44

HABITOS HIGIENICOS:

Aseo Bucal:

Aseo de boca 3 veces al día	58%
2 veces al día	30
1 vez al día	10
no se asea	02

Baño:

Diariamente	35%
Cada 3er. día	55
Cada semana	10

Cambio de ropa personal:

Diariamente	40%
Cada tercer día o más	60

Aseo de manos:

Antes de alimentos	80%
Antes de prepararlos	10
Después de ir al W.C.	03

Ingesta de agua:

Ingieren agua hervida	12%
Tienen filtro	09
Agua de la llave	53
Agua de garrafón	06
Consumo de refrescos	20

6. ASPECTOS BIOLOGICOS:

Morbilidad:

La morbilidad general en el año de 1981 se describe en el cuadro anexo (1), en los que encontramos tanto padecimientos infecciosos como crónico-degenerativos, lo que es congruente con la problemática nacional. Se anexa cuadro (2).

Como puede verse la mayoría corresponde a las llamadas enfermedades - transmisibles en donde el hacinamiento y deficientes condiciones ambientales, así como la mala educación higiénica propician su transmisión. La mayor esperanza de vida que actualmente tiene el mexicano favorece la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

CUADRO No. 1

CAUSA	CLAVE	TOTAL	- 1	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 Y +	%
1.- Infecc.Resp.Agudas	460 466	27 080	2 363	5 518	5 722	10 965	2 037	475	25.7
2.- Infecc. Intestinales	008 009	9 429	910	1 120	916	5 231	1 008	244	8.9
3.- Enf. de los Tejidos Dentarios Duros.	521	4 460	-	351	1 801	1 942	327	39	4.2
4.- Helmintiasis	120 129	2 291	34	423	655	972	162	45	2.3
5.- Trastornos de la Conjuntiva	372	1 371	72	140	249	683	175	52	1.3
6.- Otros Trastornos del Dorso y el no Especificado.	724	1 346	-	-	23	967	296	60	1.3
7.- Gastritis y Duodenitis	535	1 037	-	1	15	763	205	53	1.0
8.- Amibiasis	006	776	27	94	91	448	90	26	0.7
9.- Otros Trastornos de la Uretra y del Aparato Urinario.	599	671	11	40	57	393	128	42	0.6
10.- Enf.de la Pulpa y de los Tejidos Periapicales.	522	658	-	67	231	287	57	16	0.6
Todas las demás		56,244							53.4
TOTAL		105,343	3,417	7,754	9,760	22,651	4,485	1,052	100

Fuente: Forma 4-30-6 U.M.F.No.5

CUADRO No. 2

PADECIMIENTO	CLAVE	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGTO	SET	OCT	NOV	DIC	%
1.- Infecc.Resp.Agudas	460 466	26 956	1 975	3 528	2 900	1 863	1 810	1 710	2 277	1 689	2 132	2 184	2 564	2 324	62.4
2.- Infecc.Intestinales	008 009	9 194	458	546	677	719	914	1 183	1 311	981	768	632	535	470	21.1
3.- Parasitosis Intest.	129	1 965	116	154	206	108	196	207	267	198	108	151	124	130	4.5
4.- Amibiasis	006	1 190	37	57	75	71	142	142	187	147	105	73	81	73	2.7
5.- Otras Enf.Infecc.y Parasit.y las no Espec.	136	903	51	45	60	65	82	83	99	90	108	88	61	51	2.2
6.- Dermatofitosis	110	393	19	20	46	21	46	44	45	45	35	30	16	26	0.9
7.- Otras Dermatomicosis y las no especificadas.	111	248	-	-	17	..	25	32	57	38	28	21	16	14	0.7
8.- Intoxicación Aliment.	005	224	19	19	-	-	20	28	23	26	22	23	23	21	0.6
9.- Ascariasis	127.0	186	-	-	21	16	24	15	25	22	13	23	17	10	0.4
10.- Varicela	052	142	17	23	-	-	29	32	-	-	-	-	21	20	0.3
Todas las demás		1,811													4.3
TOTAL		43,212	2,692	4,392	4,022	2.863	3,288	3,476	4,291	3,236	3,319	3,225	3,458	3,139	100

Fuente: Forma 4-30-6 U.M.F.No.5

Mortalidad:

Fué necesario recurrir a los registros del XIII y II Distritos Sanitarios de la S.S.A. en virtud de no contar con esta información en la unidad, ya que, por ser un centro de primer nivel de atención, se extienden pocos certificados. Los datos que se tienen son de 1976 y en el encontramos una tasa de 4.1 x 1000 habitantes en Miguel Hidalgo y 5.1 x 1000 habitantes en Azcapotzalco, menores que las de la República Mexicana y de la Delegación No. 2 del IMSS en el Valle de México, del 7.3 y 6.1 x 1000 habitantes, respectivamente.

Las 10 primeras causas de muerte en ambas delegaciones son similares a las del país. Se anexa tabla (3).

Del total de las principales causas de muerte podemos decir que en su mayoría pueden ser prevenibles mediante acciones de detección oportuna (hipertensión arterial, diabetes, etc.), accidentes, o bien con medidas de saneamiento ambiental e higiénicas personales para abatir las enteritis y enfermedades respiratorias agudas.

Mortalidad Infantil:

La primera causa de muerte en este grupo es la producida por ciertas causas de la mortalidad perinatal, que nos está indicando una vigilancia inadecuada del embarazo, parto y puerperio a nivel de binomio madre-hijo. La suma de las enteritis y otras enfermedades diarréicas, influenza, neumonía e infecciones respiratorias agudas representan el 56.2% de todas las muertes que ocurren en este grupo de edad.

Mortalidad Pre-escolar:

En las delegaciones de esta zona fué de 128.9 x 100,000 habitantes del grupo de niños de 1 a 4 años de edad, notoriamente más bajas que las del país. Entre la Influenza y Neumonía, la Enteritis y otras enfermedades diarréicas y el Sarampión suman el 47.1% de la mortalidad en este grupo, siendo padecimientos transmisibles. El Sarampión que es uno de ellos ha desaparecido actualmente de los primeros lugares de mortalidad. Cabe resaltar que los accidentes aparecen en el tercer lugar como causa de muerte presentándose la mayoría dentro del hogar.

Mortalidad Escolar:

En los niños de edad escolar, son los accidentes los que ocupan el primer lugar como causa de muerte con una tasa de 4.3 x 100,000 habitantes del grupo y representan el 14.2 x 100 defunciones que ocurren en el. Ver cuadro (4,5,6).

CUADRO No. 3

Diez principales causas de muerte.

Delegaciones Azcapotzalco y Miguel Hidalgo 1976.

CAUSAS	DEFUNCIONES	POR CIENTO	COEFICIENTE
Influenza y neumonías (480-487) -	936	13.5	62.0
Enfermedades del corazón e hipertensivas (393-429)	904	13.1	59.9
Enteritis y otras enfermedades -- diarréicas (008-009)	568	8.2	37.6
Tumores malignos (140-208)	563	8.1	37.3
Ciertas causas de la mortalidad - perinatal (760-779)	475	6.9	31.5
Cirrosis hepática (571)	464	6.7	30.7
Diabetes mellitus (250)	402	5.8	26.6
Enfermedades cerebro vasculares- (430-438)	326	4.7	21.6
Accidentes (E800-E949)	240	3.5	15.9
Lesiones en los que se ignora si fueron accidental o intencionalmente (E980-E989)	228	3.1	15.1
Las demás causas (2)	1820	26.4	120.6
TOTAL	6926	100.0	458.9

1) causa básica según clasificación internacional de enfermedades. 9a. revisión 1975.

2) inclusive mal definidas.

• por 100,000 habitantes.

MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS PRINCIPALES.

Delegaciones de Azcapotzalco y Miguel Hidalgo. 1976

CAUSAS	DEFUNCION	POR CIENTO	COEFICIENTE
Ciertas causas de la mortalidad -	470	26.9	
Enteritis y otras enfermedades -- diarréicas (008-009)	463	26.5	
Influenza y neumonías (480-487)	383	21.9	
Anomalías Congénitas (740-759)	89	5.1	
Infecciones respiratorias agudas- (460-466)	63	3.6	
Las demás causas (2)	279	16.0	
TOTAL	1747	100.0	

1) causa básica según clasificación internacional de enfermedades. 9a. - revisión 1975.

2) Inclusive mal clasificadas.

No se obtuvo el dato de nacidos vivos de ese año.

CUADRO No. 9

MORTALIDAD PRE-ESCOLAR POR CAUSAS PRINCIPALES

Delegaciones de Azcapotzalco y Miguel Hidalgo. 1976.

CAUSAS	DEFUNCION	POR CIENTO	COEFICIENTE
Influenza y neumonías (480-487)	51	22.9	29.5
Enteritis y otras enfermedades-diarréicas (008-009)	41	18.4	23.7
Accidentes (E800-949)	20	9.0	11.6
Sarampión (005)	14	6.3	8.1
Infecciones respiratorias agudas (460-466)	11	4.9	6.4
Las demás causas (2)	86	38.5	49.7
TOTAL	223	100.0	128.9

1) causa básica según clasificación internacional de enfermedades. 9a.-revisión 1975.

2) inclusive mal definidas.

* por 100,000 habitantes del grupo.

CUADRO No. 6

MORTALIDAD -ESCOLAR POR CAUSAS PRINCIPALES.

Delegaciones de Azcapotzalco y Miguel Hidalgo. 1976

CAUSAS	DEFUNCION	POR CIENTO	COEFICIENTE
Accidentes (E800-E949)	17	14.2	4.3
Tumores malignos (140-208)	12	10.0	3.1
Influenza y neumonías (480-487)	11	9.2	2.8
Enfermedades del corazón - - -- (393-429)	5	4.2	1.3
Enteritis y otras enfermedades-diarréicas (008-009)	4	3.3	1.0
Las demás causas (2)	71	59.1	18.1
TOTAL	120	100.0	30.6

1) causa básica según clasificación internacional de enfermedades. 9a. revisión 1975.

2) Inclusive mal definidas.

• Por 100,000 habitantes del grupo.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5

10 PRIMEROS MOTIVOS DE CONSULTA POR GRUPO DE EDAD 1980 CUADRO No.7

-1		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 Y +	
CONTROL DE LA SALUD DEL LACTANTE O EL NIÑO		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		DIABETES MELLITUS		DIABETES MELLITUS	
*4364	**44.5	*7501	**76.5	*7380	**75.3	*11730	**119.7	*3474	**35.4	*1839	**18.7
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		INFECCIONES INTESTINALES		ENF. DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		EMBARAZO NORMAL		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		HIPERTENSION ESENCIAL	
1477	15.0	2332	23.8	3763	38.4	7768	79.3	2491	25.4	897	9.1
INFECCIONES INTESTINALES		CONTROL DE LA SALUD DEL LACTANTE O EL NIÑO		INFECCIONES INTESTINALES		INFECCIONES INTESTINALES		INFECCIONES INTESTINALES		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	
936	9.5	1229	12.5	1616	16.5	7014	71.6	1833	18.7	528	5.4
TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA		ENF. DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		CONTROL DE LA SALUD DEL LACTANTE O EL NIÑO		ATENCION ANTICONCEPTIVA		HIPERTENSION ESENCIAL		INFECCIONES INTESTINALES	
106	1.0	485	5.0	799	8.1	6120	62.4	1602	16.3	419	4.2
FARINGITIS NO ESP. NI CRO AGUDA NI CONO CRONICA		OTRAS ENF. INFEC. Y PARASITARIAS Y LAS NO ESP.		ENF.DE LA PULPA Y DE LOS TEJ.PERIAPICALES		ENF.DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		ENF.DE LOS TEJIDOS DENT.DUROS		OTROS TRAS.DE LOS TEJIDOS BLANDOS	
89	1.0	435	4.4	746	7.6	4151	42.3	859	8.7	206	2.1
DERMATITIS POR CONTACTO Y OTRO ECZEMA		HELMINTIASIS		OTRAS ENF.INFEC.Y PARASITARIAS Y LAS NO ESP.		OTROS TRAS.DEL DORSO Y EL NO ESP.		OTROS TRAS.DEL DORSO Y EL NO ESP.		OTRAS ARTROPATIAS Y LAS NO ESP.	
49	0.5	383	4.0	728	7.4	1575	16.0	603	6.1	177	1.8
AMIBIASIS		BRONQUITIS NO ESP. NO NI CONO AGUDA NI CONO CRONICA		HELMINTIASIS		GASTRITIS Y DUODENITIS		OTROS TRAS.DE LOS TEJIDOS BLANDOS		GASTRITIS Y DUODENITIS	
25	0.2	338	3.4	645	6.5	1292	13.2	593	6.0	128	1.3
OTRAS ANEMIAS Y LA NO ESP.		TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA		TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA		DIABETES MELLITUS		OTROS TRAS.DE LA URETRA Y DEL APAR. URINARIO		ARTRITIS REUMATOIDE Y OTRAS POLIARTROPATIAS INFLAM.	
23	0.2	238	2.4	326	3.3	913	9.3	425	4.3	124	1.3
DERMATITIS ATOPICA Y PATOLOGICOS AFINES		OTRAS ANEMIAS Y LA NO ESP.		OTRAS ANEMIAS Y LA NO ESP.		HIPERTENSION ESENCIAL		GASTRITIS Y DUODENITIS		OSTEOARTROSIS Y TRAS.AFI.ES.	
23	0.2	190	2.0	245	2.5	590	6.1	395	4.0	123	1.2
RINITIS Y RINOFARINGITIS CRONICA		AMIBIASIS		ENF.CRONICA DE LAS AMIGDALAS Y VEGETACIONES ADENOIDES		HELMINTIASIS		OTRAS ARTROPATIAS Y LA NO ESP.		OTROS TRAS.DE LA URETRA Y DEL APARATO URINARIO	
15	0.1	115	1.1	181	1.8	581	6.0	385	4.0	115	1.1

*TOTAL ** TASA X 1,000 DERECHOHABIENTES

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5

10 PRIMEROS MOTIVOS DE CONSULTA POR GRUPO DE EDAD 1981 CUADRO No. 8

-1		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 -64		65 Y +	
ROL DE LA SALUD DEL ANTE O EL NIÑO		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		DIABETES MELLITUS		DIABETES MELLITUS	
02	**74.5	*8418	**85.0	*8561	**86.3	*16125	**162.6	*4980	**50.2	*2344	**23.
CCIONES RESPIRATO AGUDAS		INFECCIONES INTESTINALES		ENF. DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		EMBARAZO NORMAL		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		HIPERTENSION ESENCIAL.	
010	40.4	1809	18.2	5146	52.0	11968	120.7	2985	30.1	1511	15.
ECCIONES INTESTINA		ENF. DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		INFECCIONES INTESTINALES		INFECCIONES INTESTINALES		HIPERTENSION ESENCIAL		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	
220	16.3	898	9.0	1435	14.4	8253	83.2	2352	23.7	708	7.
NQUITIS NO ESP. COMO DA NI COMO CRONICA		CONTROL DE LA SALUD DEL LACTANTE O EL NIÑO		HELMINTIASIS		ATENCION ANTICONCEPTIVA		INFECCIONES INTESTINALES		INFECCIONES INTESTINALES	
199	2.0	739	7.3	972	9.8	7485	75.5	1745	17.6	355	3.
TORNOS DE LA CONJUN A		HELMINTIASIS		CONTROL DE LA SALUD DEL LACTANTE O EL NIÑO		ENF. DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		OTROS TRASTORNOS DEL DORSO Y EL NO ESP.		OSTEOARTROSIS Y TRAS. AFINES	
175	1.7	634	6.4	810	8.1	5660	56.8	1328	13.4	318	3.
MATITIS POR CONTACTO TRO ECZEMA		OTRAS ENF. INFEC. Y PARASITARIAS Y LAS NO ESP.		OTRAS ENF. INFEC. Y PARASITARIAS Y LAS NO ESP.		OTROS TRASTORNOS DEL DORSO Y EL NO ESP.		ENF. DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		OTRAS ARTROPATIAS Y LA NO ESP.	
102	1.02	357	3.6	644	6.5	1840	18.5	952	9.6	262	2.
RINGIS		BRONQUITIS NO ESP. COMO AGUDA NI COMO CRONICA		ENF. DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES.		GASTRITIS Y DUODENITIS		OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS		OTROS TRASTORNOS LOS TEJIDOS BLAND	
91	0.9	344	3.4	607	6.1	1741	17.6	731	7.3	247	2.
S ANEMIAS Y LAS NO.		OTRAS ANEMIAS Y LAS NO ESP.		TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA		HELMINTIASIS		OSTEOARTROSIS Y TRAS. AFINES		GASTRITIS Y DUODENITIS	
58	0.5	325	3.2	429	4.3	1313	13.2	651	6.5	206	2.
NGITIS Y RINOFARIN S CRONICA		TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA		OTRAS ANEMIAS Y LAS NO ESP.		DIABETES MELLITUS		OTRAS ARTROPATIAS Y LA NO ESP.		OTROS TRAS. DE LA URETRA Y DEL APARATO URINARIO	
50	0.5	257	2.6	417	4.2	1123	11.3	621	6.2	187	1.
RITIS ATOPICA Y . PATOLOGICOS AFINES		AMIBIASIS		ENF. CRONICA DE LAS AMIGDALAS Y VEGETACIONES		HIPERTENSION ESENCIAL		OTROS TRAS. DE LA URETRA Y DEL APARATO URINARIO		ARTRITIS REUMATOI Y OTRAS POLIARTROPATIAS INFLAM.	
48	0.4	211	2.1	380	3.8	851	8.5	601	6.0	179	1.

TOTAL **TASA X 1,000 DERECHOHABIENTES.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD 1980 CUADRO No. 9

-1		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 -64		65 Y +	
INFECCIONES RESPIRATO-- RIAS AGUDAS		INFECCIONES RESPIRATO-- RIAS AGUDAS		INFECCIONES RESPIRATO-- RIAS AGUDAS		INFECCIONES RESPIRATO-- RIAS AGUDAS		INFECCIONES RESPIRATO-- RIAS AGUDAS		INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	
*975	**10.0	*4712	**48.1	*4589	**46.8	*7817	**79.8	*1647	**16.7	*368	**3.7
INFECCIONES INTESTINA-- LES		INFECCIONES INTESTINA-- LES		ENF.DE LOS TEJIDOS DEN- TARIOS DUROS		INFECCIONES INTESTINA-- LES		INFECCIONES INTESTINA-- LES		HIPERTENSION ESPECIAL	
429	4.3	1244	12.7	1140	11.6	3869	39.5	927	9.4	204	2.0
TRAS.DE LA CONJUNTIVA		HELMINTIASIS		INFECCIONES INTESTINA-- LES		ENF.DE LOS TEJIDOS DEN- TARIOS DUROS		HIPERTENSION ESENCIAL		INFECCIONES INTESTINALES	
52	0.5	232	2.3	926	9.4	1310	13.3	386	4.0	186	1.9
BRONQUITIS NO ESP. NI - COMO AGUDA NI COMO CRONICA		OTRAS ENF.INFEC.Y PARA- SITARIAS Y LAS NO ESP.		ENF.DE LA PULPA Y DE -- LOS TEJ.PERIAPICALES		TRAS.DE LA MENSTRUACION Y OTRAS HEMORRAGIAS A-- NOM.DE ORG.GEN.FEM.		OTROS TRAS.DEL DORSO -- Y EL NO ESP.		DIABETES MELLITUS	
49	0.5	219	2.2	408	4.1	915	9.3	273	2.7	74	0.7
DERMATITIS POR CONTAC-- TO Y OTRO ECZEMA		BRONQUITIS NO ESP. NI - COMO AGUDA NI COMO CRO- NICA		OTRAS ENF. INFEC.Y PARA- SITARIAS Y LAS NO ESP.		HIPERTENSION ESENCIAL		ENF.DE LOS TEJIDOS DEN- TARIOS DUROS		OTROS TRAS.DE LOS TEJIDOS BLANDOS	
23	0.2	196	2.0	371	3.7	792	8.0	255	2.6	71	0.7
OTRAS ENF.INFEC.Y PARA- SITARIAS Y LAS NO ESP.		TRAS.DE LA CONJUNTIVA		HELMINTIASIS		OTROS TRAS DEL DORSO Y EL NO ESP.		OTROS TRAS.DE LOS TEJI- DOS BLANDOS		ENF.DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS	
13	0.1	139	1.4	313	3.2	728	7.4	237	2.4	65	0.6
MICOSIS		DERMATITIS POR CONTACTO Y OTRO ECZEMA		TRAS.DE LA CONJUNTIVA		GASTRITIS Y DUODENITIS		OTROS TRAS.DE LA URETRA Y DEL APARATO URINARIO		GASTRITIS Y DUODENITIS	
12	0.1	126	1.2	199	2.0	637	6.5	193	2.0	46	0.4
AMILASIS		ENF.DE LOS TEJIDOS DEN- TARIOS DUROS		OTITIS MEDIA SUPURADA Y LA NO ESP.		OTRAS ENF.INFEC. Y PARA- SITARIAS Y LAS NO ESP.		GASTRITIS Y DUODENITIS		OTROS TRAS.DE LA URETRA Y DEL APARATO URINARIO	
11	0.1	111	1.1	155	1.5	610	6.2	174	1.7	45	0.4
OTRAS ANEMIAS Y LA NO- ESP.		OTITIS MEDIA SUPURADA- Y LA NO ESP.		BRONQUITIS NO ESP. NI CO MO AGUDA NI COMO CRONI CA		OTROS TRAS.DE LOS TEJI DOS BLANDOS		TRAS.NEUROTICOS		BRONQUITIS NO - ESP.NI COMO AGU- DA NI COMO CRÓN- CA	
7	0.07	74	0.7	122	1.2	573	5.8	164	1.6	45	0.4
OTITIS MEDIA SUPURADA- Y LA NO ESP.		OTRAS ANEMIAS Y LAS NO- ESP.		DERMATITIS POR CONTAC- TO Y OTRO ECZEMA		TRAS.DE LA CONJUNTIVA		OTRAS ENF.INFEC.Y PARA SITARIAS Y LAS NO ESP.		OTROS TRAS.DEL DORSO Y EL NO - ESP.	
7	0.07	72	0.7	116	1.1	532	5.4	157	1.6	43	0.4

*TOTAL **TASA X 1,000 DERECHOHABIENTES.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD 1981 CUADRO No. 10

-1		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 -64		65 Y +	
CCIONES RESP. AGU		INFECCIONES RESP. AGUDAS		INFECCIONES RESP. AGUDAS		INFECCIONES RESP. AGUDAS		INFECCIONES RESP. AGUDAS		INFECCIONES RESP. AGUDAS	
63	**23.8	*5528	**51.7	*5722	**57.7	*10966	**110.6	*2037	**20.5	*475	**4.7
CCIONES INTESTINA		INFECCIONES INTESTINALES		ENF. DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		INFECCIONES INTESTINALES		INFECCIONES INTESTINALES		DIABETES MELLITUS	
686	8.9	1143	11.5	1805	18.2	503	50.7	1008	10.1	217	2.1
AMACION DEL PARPADO		HELMINTIASIS		INFECCIONES INTESTINALES		ENF. DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		HIPERTENSION ESENCIAL		INFECCIONES INTESTINALES	
127	1.3	430	4.3	916	9.2	1943	19.6	541	5.4	197	1.9
STORNOS DEL OIDO EX NO		ENF. DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		HELMINTIASIS		OTROS TRASTORNOS DEL DORSO Y EL NO ESP.		DIABETES MELLITUS		OTRAS ARTROPATIAS Y LA NO ESP.	
123	1.2	352	2.5	660	6.6	1121	11.3	507	5.1	109	1.1
QUITIS NO ESP. CO GUDA NI COMO CRONICA		BRONQUITIS NO ESP. COMO AGUDA NI COMO CRONICA		ENF. DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES		TRAS. DE LA MENSTRUACION Y OTRAS HEMORRAGIAS ANORMALES DE LOS ORG. GENITALES FEM.		OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS		OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS	
121	1.2	244	2.4	396	4.0	1032	10.4	357	3.6	105	1.0
TORNOS DE LA CONIVA		OTRAS ENF. INFEC. Y PARASITOSIS Y LOS NO ESP.		OTRAS ENF. INFEC. Y PARASITOSIS Y LOS NO ESP.		GASTRITIS Y DUODENITIS		OTROS TRASTORNOS DEL DORSO Y EL NO ESP.		OSTEOARTROSIS Y TRASTORNOS AFINES	
98	1.0	200	2.0	352	3.5	1011	10.2	350	3.5	93	0.9
ATITIS POR CONTAC Y OTRO ECZEMA		TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA		TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA		HELMINTIASIS		ENF. DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS		GASTRITIS Y DUODENITIS	
58	0.5	172	1.7	285	2.8	913	9.6	328	3.3	72	0.7
LIASIS		DERMATITIS POR CONTACTO Y OTRO ECZEMA		OTRAS ANEMIAS Y LAS NO ESP.		TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA		OTRAS ARTROPATIAS Y LA NO ESP.		OTROS TRASTORNOS DE LA URETRA Y DE APARATO URINARIO	
47	0.4	133	1.3	189	2.0	747	7.8	302	3.0	64	0.6
ITIASIS		AMIBIASIS		OTITIS MEDIA SUPURATIVA Y LA NO ESP.		OTROS TRAUMATISMOS Y LOS NO ESP.		GASTRITIS Y DUODENITIS		ARTRITIS REUMATOIDE, Y OTRAS POLIARTROPATIAS INFLAMATURIAS	
34	0.3	125	1.2	186	1.8	720	7.2	288	2.9	62	0.6
ITIS ATOPICA Y ES PATOLOGICOS AFINES		OTRAS ANEMIAS Y LAS NO ESP.		DERMATITIS POR CONTACTO Y OTRO ECZEMA		OTROS TRAS. DE LA URETRA Y DEL APARATO URINARIO		OTROS TRAS. DE LA URETRA Y DEL APARATO URINARIO		OTROS TRAS. DEL DORSO Y EL NO ESP.	
33	0.3	119	1.2	161	1.6	720	7.2	261	2.6	62	0.6

*TOTAL ** TASA X 1,000DERECHOHABIENTES.

Una gran parte de ellos ocurren en la calle y se deben a accidentes de tránsito, lo que conlleva a implementar programas de educación vial. En este grupo etario continúan presentándose las enfermedades transmisi - bles como influenza y neumonías y las enteritis y otras enfermedades diarréicas.

DUPLICIDAD DE SERVICIOS:

Instituciones no pertenecientes al I.M.S.S.

- I.S.S.S.T.E. 2 clínicas
- S.S.A. tres centros de salud y uno de rehabilitación del sistema musculo-esquelético.
- S.E.P. Centro de higiene escolar
- Sanatorio para los trabajadores de la S.H.C.P.
- Instituciones privadas: Sanatorio Español y tres sanatorios particulares.

Según muestreo realizado por estudiantes de enfermería de Iztacala en 1982 se encontró:

- Utilizan el I.M.S.S.	51% de la población
- I.S.S.S.T.E.	12%
- S.S.A.	12%
- Medicina Privada	23%
Otro tipo de servicio	02%

NECESIDADES SOCIALES.

a) De la población:

Dentro de las necesidades sentidas y no expresadas o sea las aspiraciones podemos reconocer las siguientes a través de las encuestas de efectos sociales de la atención médica:

- Disminución del tiempo de espera para recibir la atención médica.
- Mayor agilidad en trámites de tipo administrativo.
- Menor tiempo de espera para citas en estudios de apoyo diagnóstico.
- Más cortesía en el trato de la asistente médica.
- Un servicio de Odontología con mejor trato humano.
- Atención médica de mayor calidad a través de una mejor exploración física y mayor comunicación Médico-Paciente.
- Trámite de envío a unidades de otro nivel con más agilidad.
- Menor carencia de medicamentos en la farmacia.
- Un servicio de ambulancia más expedito.

-Menor tiempo de espera para la consulta en especialidades.

b) Del personal:

- A pesar de que no se ha hecho ninguna investigación con metodología específica para conocer las necesidades del personal, a través de encuestas y observación directa podríamos mencionar las siguientes:

  - Capacitación contínua tanto en aspecto técnico como de relaciones humanas.
  - Mayor comunicación con los niveles superiores de mando.
  - Asesoría y supervisión contínua de los jefes de servicio.
  - Dotación eficiente de materiales de consumo y equipos de trabajo.
  - Mantenimiento eficiente de equipo y mobiliario.
  - Capacitación a los derechohabientes para que participen activamente en la conservación de su salud.
  - Que los programas de la institución permanezcan el tiempo suficiente para conocer sus resultados.

c) De la Institución:

- Las desconocemos actualmente. Para poder conocer las necesidades habría que conocer las políticas del sector salud en relación a que la salud es un derecho para todos.

SISTEMA DE ATENCION MEDICA:

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5.

Antecedentes:

Fué inaugurada en el mes de enero de 1948, por el entonces Presidente de la República, Lic. Miguel Alemán Valdéz siendo su población adscrita original de 40,000 derechohabientes, funcionando desde entonces como hospital general con especialidades diversas y medicina general con servicio de Urgencias.

Ubicación:

Se encuentra ocupando la manzana que forman las calles de Marina Nacional, Mariano Escobedo y Lago Garda, de la Colonia Anáhuac.

Características:

- Tipo:

  Pertenece a las instituciones de tipo administrativo profesional.

- Nivel de Atención Médica:

  Otorga atención médica de primer nivel.

- Regionalización:

  Pertenece a la zona Tacuba, la cual es parte de la Delegación No. 2 del Valle de México. El apoyo de 2o. nivel lo proporcionan con sulta externa del Hospital General del Centro Médico "La Raza", Hospital de Traumatología "Lomas Verdes" y Ortopedia de Magdalena de las Salinas. El tercer nivel de apoyo es el Hospital de Es pecialidades del Centro Médico "La Raza".

Población de la Unidad de Medicina Familiar No. 5:

La población adscrita a la Unidad hasta el 31 de enero de 1983 es de 140,264 distribuidos de la siguiente manera:

Adultos asegurados		65,604
Adultos beneficiarios		26,074
		91,678
Menores		48,586
	Total	140,264

La población adscrita a Médico Familiar hasta el 31 de enero de 1983 es de 101,536, distribuidos de la siguiente manera:

Adultos asegurados		40,600
Adultos beneficiarios		22,424
		63,024
Menores		38,512
	Total	101,536

Porciento de la población adscrita a Médico Familiar respecto a la población adscrita a la Unidad

72.38%

Estructura Física:

La Unidad ocupa una superficie de 3,639 mts.^{2} con 4,095-construidos. Consta de: planta baja, dos pisos, un estacionamiento, jardín, un patio, una casa de máquinas y 2 pequeñas zonas de jardín.

Recursos físicos:

En la planta baja existe el auditorio, el conmutador, 10 oficinas administrativas, el almacén, la casa de máquinas, la farmacia, 7 peines de laboratorio, 5 cubículos de Medicina Preventiva, 1 cubículo de curaciones, otro de inyecciones, dietología, C.E.Y.E., consultorio de planificación familiar.

En el primer piso están 22 consultorios de Medicina Familiar con 2 oficinas de los Jefes de Departamento Clínico con 2 consultorios colectivos y uno de Planificación Familiar para Médicos Familiares; además, 2 salas de rayos X, una sala de pláticas para Trabajo Social, 4 oficinas de Trabajo Social y el Comedor.

En el segundo piso están los 4 consultorios de Odontología, 3 aulas de enseñanza y 3 oficinas de conservación.

Recursos Humanos:

En forma global lo integran el Cuerpo de Gobierno que son 9, 50 Médicos Familiares, 4 Jefes de Departamento Clínico, 10 Odontólogos, 18 Enfermeras, Trabajo Médico Social 67 (incluye Trabajadoras Sociales y Asistentes Médicas), en el Laboratorio Clínico 23 personas (Técnicos y Administrativos), Medicina Preventiva 3), Radiodiagnóstico 5, Farmacia 8, Control de Prestaciones 35, Intendencia 33, Almacen 1 y Comunicaciones Eléctricas 2. Además en Planificación Familiar Voluntaria 3, P.N.T.A. 9, Vigilancia 6, Conservación 6, Orientación e Información 2 y Centro de Información 1. Haciendo un total de 313 elementos en la Unidad.

Recursos Materiales:

Cada uno de los servicios existentes cuenta con el equipo y materiales mínimos necesarios para desarrollar sus actividades.

Recursos Tecnológicos:

- Ley del Seguro Social
- Contrato Colectivo de Trabajo.
- Manual de Organización de Unidades de Medicina Familiar.
- Manual de actividades Técnico Administrativas de directores de Unidades de Medicina Familiar.
- Manual de actividades Técnico Administrativas del Jefe de Departamento Clínico de las Unidades de Medicina Familiar.
- Manual de actividades Técnico Administrativas del Médico Familiar.
- Manual de actividades Técnico Administrativas de Trabajo Médico Social.
- Manual de actividades Técnico Administ-ativas del Médico Odontólogo.
- Guías de diagnóstico-Terapéuticas
- Cuadro básico de Medicamentos

- Guías dietológicas.
- Manual del Expediente Clínico Unico
- Modelo de Medicina Familiar
- Manual del llenado de la R.F.L.
- Manual del llenado del expediente clínico único
- Manual de introducción al puesto.

ORGANIZACION:

La Unidad tiene fundamentalmente un tipo de Organización burocrática o de puesto, encabezado por el Director con apoyo de su cuerpo de Gobierno.

Para la atención de los pacientes el sistema cuenta con 50 Médicos Familiares.

El Sistema Médico Familiar de la Unidad está integrado por 4 Módulos que lo forman cada uno, 11 Médicos Familiares con sus respectivas Asistentes Médicas, un Odontólogo, 1 Trabajadora Social, y el Jefe de Departamento Clínico; el Módulo está encargado de la atención de un grupo de población de adultos y menores a la cual le brindan atención médica integral.

El Servicio de Odontología está integrado por 5 médicos por turno. El de Planificación Familiar da servicio a la población de la Unidad y a la población abierta.

El Servicio de Medicina Preventiva lleva a cabo las inmunizaciones, detecciones y acciones de Odontología Preventiva dentro de su propia área.

El Departamento de Trabajo Social Médico cuenta con una Asistente Médica por consultorio que asiste al Médico tanto en labores técnicas como administrativas.

Las Trabajadoras Sociales tienen actividades de campo y dentro de la Unidad.

El área de Enfermería está circunscrita a prestar apoyo al servicio Médico Dental, Planificación Familiar, Medicina Preventiva y dá servicio de curaciones, contando con su área de apoyo de C.E.Y.E.

El Servicio de Laboratorio cuenta con las secciones de Microbiología, Hematología y Química Clínica.

El Servicio de Rayos X trabaja de 8:00 a 21:00 horas en estudios simples y con medio de contraste.

La farmacia dá atención de las 8:00 a las 21:00 horas en días laborables, siendo sus actividades principales surtido, control y manejo de medicamentos.

En la Administración se brinda el apoyo a todo el equipo de salud: Control de registros de asistencia, forma 11, puntualidad, licencias, pases de salidad y entrada, vacaciones y sustituciones, etc.,

El Departamento de Control de Prestaciones basa principalmente sus actividades en la apertura de registros, verificación de vigencia y pago de subsidios. Tiene un Técnico de Archivo quien funge como Jefe del Servicio.

Se anexa organigrama.

Características.

Tipo: Administrativo profesional.

Disponibilidad: Se ha estudiado bajo dos aspectos:

- De acuerdo a la relación cita-consulta
- De acuerdo con el tiempo de espera

Sin cita	75%
Con cita técnica o administrativa	25%

Tiempo de espera:

Menos de 30'	28%
De 31 a 60'	26%
De 61 a 120'	34%
Más de 120"	12%

Accesibilidad:

En menos de 30' caminando	55%
En menos de 30' en vehículo	36%
Más de 30' caminando o en vehículo	9%
Costos promedio de transporte	$ 25.10

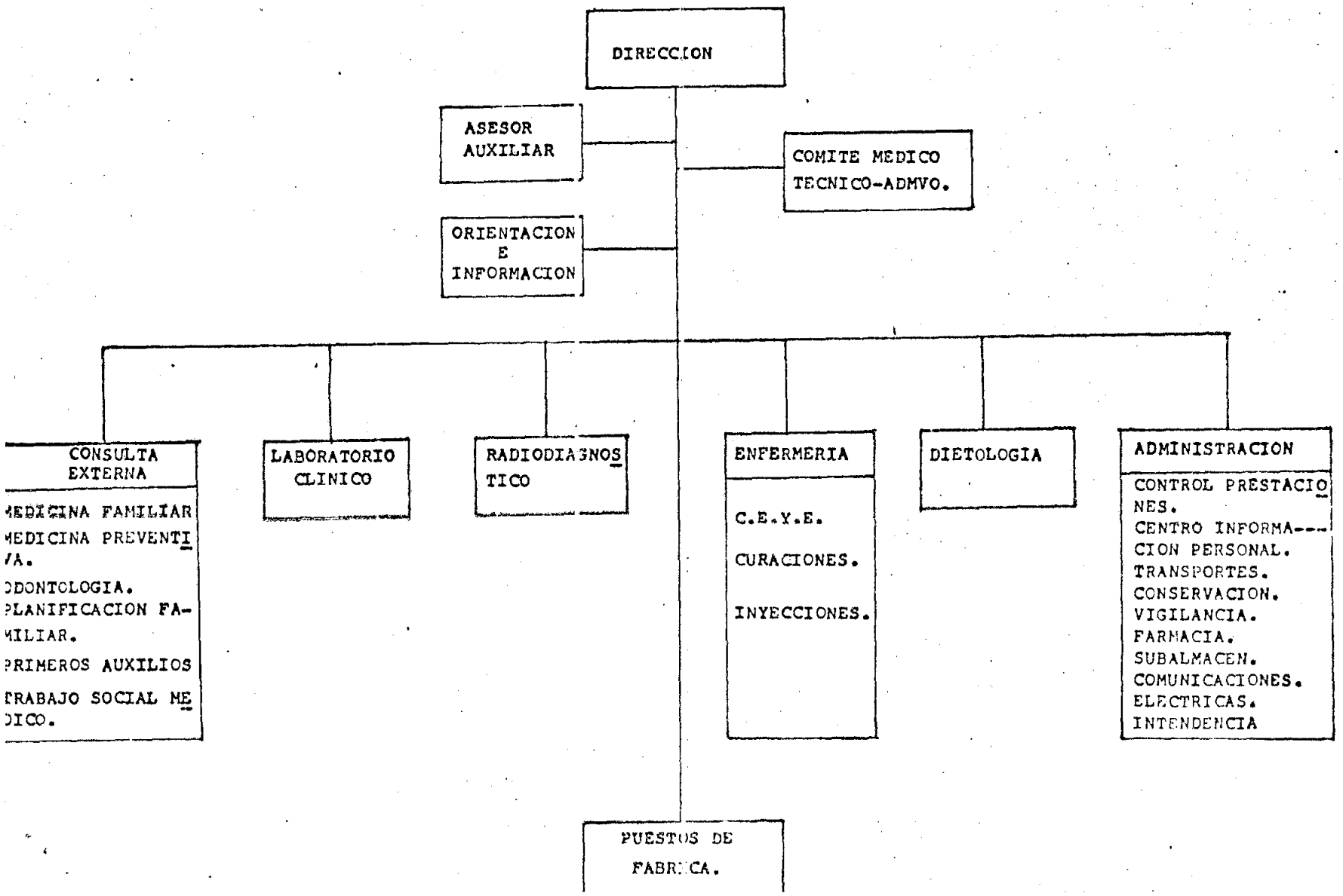
Aceptabilidad.

Valoración de la atención médica recibida en Medicina Familiar:

Muy buena	19%
Buena	68%
Regular	12%
Mala	1%

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5

ORGANIGRAMA



Programas.

Los programas existentes tanto prioritarios como extensivos son los normados por la institución.

Prioritarios:

- Programa de Planificación Familiar Voluntaria.

Extensivos:

Médico preventivos que comprende:

- Inmunizaciones.
- Detecciónes: DTB, DOC, Venéreos, DFR, DCM, Desnutrición e Hipertensión Arterial.
- Control prenatal y del niño sano.
- Prevención de Caries.

Además dentro de los extensivos se encuentran: Gastroenteritis, Capacitación y Desarrollo del Personal, Capacitación Administrativa del Cuerpo de Gobierno, enfermedades agudas infecciosas del aparato respiratorio, de donación de sangre y orientación y capacitación al derechohabiente.

Problemas detectados:

- Alta densidad de población.
- Pirámide de población con predominio de jóvenes.
- Alta incidencia de población en edad fértil.
- Alimentación deficiente y mal balanceada.
- Insuficiencia de servivios urbanos.
- Medio ambiente altamente contaminado.
- Alta incidencia de infecciones respiratorias agudas.
- Alta incidencia de infecciones gastrointestinales y parasitarias.
- Alta incidencia de enfermedades del tejido dentario duro.
- Alta incidencia de mortalidad de infecciones agudas del aparato respiratorio.

- Alta incidencia de mortalidad de infecciones gastrointestinales.
- Alta incidencia de mortalidad de padecimientos crónico-degenerativos.
- Alta incidencia de mortalidad perinatal.
- Alto índice de mortalidad preescolar por sarampión.
- Alto índice de mortalidad por accidentes de tránsito en edad escolar.

ANALISIS.

Se trata de una zona urbana con alta incidencia de población (21,322 hab. x km.^{2}) con predominio de gente jóven, consecuentemente en edad fértil, de nivel sociocultural de predominio medio-bajo, enclavada en una zona de tipo fabril, de hábitos alimentarios deficientes y mal balanceados, con insuficiencia de servicios urbanos y problemas de salud principalmente de infecciones agudas de vías respiratorias superiores, enfermedades gastrointestinales, parasitarias y crónico-degenerativas.

	SIGNIFICANCIA	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD
Programa de Planificación Fam.	++++	++++	++	++
Mejoramiento del ambiente	++++	++++	+	--
Educación para la salud	++++	+++	+	+
Infec. Gastro intes. y para.	++++	+++	++	+
Caries	+++	++	++	+
Detec. Dx precoz y control de enf. crónico-degenerativas	+++	+++	++	+++
Prevención de accidentes	+++	+++	+	+
Programa de inmunizaciones	++++	++++	++++	++++

P R O G R A M A.

HIPERTENSION ARTERIAL. PLANIFICACION:

MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

Tomando en cuenta que la institución desea prestar atención médica con oportunidad, cortesía, eficacia y alto sentido humano y basándose en la Ley Federal del Trabajo, Ley del Seguro Social y el Contrato Colectivo de Trabajo y que este programa tiene costo mínimo por uso de recursos ya existentes, creemos posible poder llevarlo a cabo.

Tomando en cuenta que la zona de influencia es densamente poblada, altamente

contaminada, industrializada, sometida al Stress y que en el año de 1981 como causa de consulta en la población de 15 a 64 años ocupó el 2°, 3er y 10° lugar haciendo un total de 4,714 casos y con el dato conocido de 1976 que junto con las enfermedades del corazón ocupó la segunda causa de mortalidad, creemos importante implementar este programa.

PROPOSITO:

- Mantener la productividad del paciente hipertenso.
- Detección oportuna, control adecuado y evitar las complicaciones.
- Mantener núcleo familiar integrado, evitando sea una carga familiar.

OBJETIVO:

Controlar y evitar las complicaciones de la hipertensión arterial en un 80%.

POLITICAS:

Efectuará la implantación del programa de hipertensión arterial a nivel de medicina familiar en coordinación con Medicina Preventiva.

Coadyuvará mediante la enseñanza y capacitación a la educación profesional del personal médico y paramédico, con el fin de detectar y controlar adecuadamente a los pacientes portadores de hipertensión arterial.

Procurará que la enseñanza y capacitación de la hipertensión arterial se entiendan como proceso dinámico y permanente con una finalidad educativa y de servicio.

Procurará que quienes reciban el beneficio de las acciones educativas estén en aptitud de aplicarlas y transmitirlas.

Reconocerá el beneficio individual y familiar que se deriva de la aplicación adecuada del programa de hipertensión arterial, contando con todo el apoyo del equipo de salud.

ESTRATEGIAS:

- Normar en el área médica la aplicación del programa de hipertensión arterial.
- Proporcionar la información requerida por el equipo de salud para la aplicación del programa.
- Informar a la población derechohabiente de los beneficios del programa.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

- Colaborar en las acciones de coordinación para la adecuada implantación del programa de hipertensión arterial.

ORGANIZACION:

1. Funciones:

   a) Médico-asistenciales: Toma de tensión arterial, control del enfermo, notificación y canalización a nivel de apoyo correspondiente.

   b) Administrativas: Implementación, implantación, coordinación de los programas, abastecimiento de material y equipo, informes y registros.

   c) De investigación: No hay función de investigación social biomédica o técnica dentro de este programa.

   d) Educación: Capacitación al personal médico, paramédico y a la población.

2. Tecnología:

   Toma de tensión arterial con estetoscopio y esfigmomanómetro. Uso del servicio de radiodiagnóstico y del laboratorio de acuerdo a las políticas de la institución.

3. Estructura:

   a) Física: La unidad de medicina familiar No. 5 del IMSS.

   b) Personal: De acuerdo al organigrama de la propia unidad.

4. Personal.

   No hay necesidad de selección, reclutamientoni capacitación por tener los elementos necesarios dentro de la unidad.

Se elaboran modelos de predecisión y operativo de acuerdo al programa que se refiere.

DIRECCION:

La dirección del programa estará a cargo del Director de la Unidad, que emanará las decisiones en forma vertical, de acuerdo a su organización, los cuales pondrán en marcha las disposiciones recibidas en relación a sus funciones.

La supervisión estará a cargo de cada jefe de servicio, de acuerdo a las funciones de su personal involucrado.

La supervisión integral del programa estará a cargo del propio director de la Unidad Médica.

Esta supervisión se hará periódicamente con el fin de detectar, coordinar, dirigir y corregir los errores para lograr un buen funcionamiento del programa.

El director hará funciones de líder democrático-participativo para involucrar a los participantes y obtener un mejor resultado personal y de sus metas.

CONTROL:

1. Costos.

   a) De la unidad: Dentro del presupuesto de la misma.

   b) Del programa: Se calcularán en base al tiempo empleado por el personal involucrado dentro del programa.

Problemas	Objetivo General	Areas Afectadas	Objetivos Especificos	Tiempo	Recursos	Metas
Alta incidencia de Morbimortalidad de la Hipertensión Arterial y sus complicaciones.	Controlar el padecimiento y evitar sus complicaciones.	Médicina Fam. Médico Fam. Médicina Prev. Epidemíologo Enf. Sanit. Codificador Trabajo Médico Social Trabajadora Social. Asis. de Consultorio. Jéfe de T.S. Coordinadora de Asis. de Consultorio Dirección Administración Jéfe de Dto. Clínico Jéfe de Enseñanza. Dietología	Detección a población mayor de 15 años. Control adecuado de la Hipertensión Arterial Canalización oportúna a 2/o nivel.	Un Año	Humanos : Director Administrador 4 jéfes de Dto Clínico. 50 Médicos Familiares. 17 Trabajadoras Sociales. Epidemiologo 2 Sanitaristas Dietísta Codificador Jéfe de trabajo Social. Coordinadora de Asistente de consultorío Físicos: Sala de Espera Consultorios de Méd. Fam. Aula para platicas. Tecnicos: Guias Dx. terapeuticas. Cuadro basico de medicamentos. Programa de H. Arterial. Exp. Clinicos Tarjeta R.F.1 Hojas 4.30.6/8 Hojas 4.30.8/8 Informe del Codificador Materiales: Esfignomanometro. Estetoscopío Pizarron Gises Fotafolios Material Audiovisual. Folletos.	El 100 % de la población mayor de 15 años se le tomara la T.A. Control : Detección cada 6 meses. Al hipertenso cada mes. Canalizar oportunamente al 100 % 5 platicas semanales de orientación y prevención por Enf. Sanitarista. Las asistentes de consultorío junto con el Médico Familiar haran la detección a la población consultante mayor de 15 años y dara 2 platicas por día. Trabajadora Social formación de 2 grupos al més. Cinco sesiones por semana sobre Hipertensión Arterial Capacitación al 100 % de los Médicos Familiares. Participación y coordinación con los grupos de Trabajo Social.
			Elaboración , control y evaluación del programa. Supervición por Enf. sanitarista. Control de platicas por Enf. sanitarista. Platicas y detección por Enf. sanitarista. Registro diario de casos detectados.	una semana Un Año		
			Detección a población consultante por Asistente de consultorio. Platicas por Asistente de consultorío. Formación de grupos por Trabajo Social. Desarrollo del programa y seguimiento de casos detectados. Los jéfes control, supervición e informe del progr	UN Año		
			Control y Evaluación del programa.	Un Año		
			Dotación de recursos necesarios.	Un Año		
			Elab. control y evaluación del programa. Información del programa al equipo de salud. Capacitación a Médicos Fam.	Una semana UN Año		
			Elab. del programa de Hipertensión arterial de la unidad. Elab. del programa de capacitación al equipo de salud Supervisa el programa.	Una semana Un Año		
			Elaboración del programa de platicas. Participa en el desarrollo de los grupos.	Una semana Un Año		

FECHA.	RESPONSABLE / Funciones	Director	Administra.	Jefe de Enseñanza	Jefe de dto Clinico	Médico Familiar.	Epidemiologo	Asitente de Consultorio	Coordinadora de Asis. de Consultorio.	Trabajo Social.	Jefe de Trabajo Social	Dietista	Enfermera Sanitarista	Codificador.			
4/4/83	Convocatoria Reunion de Expertos	X															
5/4/83	Reunion de Expertos	X	X	X	X		X				X						
5/4/83	Plant. del Programa	X					X										
5/4/83	Elaboración del programa	X		X	X		X				X						
8/4/83	Delimitación de funciones	X	X	X		X					X						
5/4/83	Elab. Progr. Méd. Fam.			X	X												
11/4/83	Elab. progra. Asis. Cons.			X	X						X						
11/4 15/83	Elab. Progr. Dietista.			X	X						X	X					
11/4 15/83	Elab. Progr. Sanitarista.			X	X		X						X				
18/4	Supervición Progr.	X															
19/4	Implantación de Recursos.	X		X	X		X		X		X						
26/4	EVAl. y Desarrollo de Rec.			X	X		X				X						
11/4 15/83	Elab. progr. Trab. Social			X	X						X						
19/4 26/83	Curso de Méd. Familiar.			X	X	X	X										
27/4	Detección H.T.A.					x		x					x				
19/4 26/83	Curso Asis. Cons.yT.S.			X	X		X	X	X	X	X	X	X				
	Canalización a grupos T.S.					x		x					x				
	Formación y manejo de grup.								x	x	x						

FECHA	RESPONSABLE / FUNCIONES	DIRECTOR	ADMINISTRADOR.	JEFE DE ENSEÑANZ	JEFE DE DTO. CLINICO	MEDICO FAMILIA	EPIDEMIOLOGO.	ASIS. DE CONSULTORIO.	COORDINA DE ASIS. CONSULTO	TRABAJO SOCIAL	JEFE DE TRABAJO SOCIAL.	DIETISTA	ENF. SANITARIA.	CODIFIC. DOR.
MENSUAL	INFORMES				X		X		X		X			X
	SUPERVICION				X		X		X		X			
	CONTROL EPIDEMIOLOGICO.						X							
MENSUAL	EVALUACION	X		X			X		X		X			
	Canalización 2/o Nivel					X								
	SOLICITAR RETROALIMENTACION AL 2/O NIVEL	X			X	X					X			
	REGISTRO DE DATOS													X
	REUNION DE EXPERTOS	X	X	X	X				X		X			

MODELO DE ATENCION MEDICA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1

DURANGO, DURANGO.

DRA. ANNAMARIA AHUATL
DRA. NORMALIZA CRUZ
DRA. CLEMENTINA VELAZQUEZ
DR. SERGIO CANO
DR. SERGIO MONTOYA

1. CONTEXTO.

1.1 El Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del IMSS en la Delegación Estatal de Durango, se localiza en el lado oriente de la Avenida Normal y Predio Canoas s/n en la ciudad de Durango, Capital del Estado y cabecera del Municipio de Durango; la cual fue puesta en servicio en septiembre de 1975.

La extensión territorial del Municipio es de 10,041.60 $Km.^2$, lo que dá una densidad poblacional de 39.92 por $Km.^2$

Altura sobre el nivel del mar 1,888 Mts.

1.2 Situación demográfica.

La población total del Estado es 1,211,000 habitantes se anexa Pirámide con distribución por edad y sexo.

La población del municipio calculada al 30 de junio de 1977 va de 265,701 de la cual 135,253 eran hombres y 130,448 eran mujeres.

1.3 La taca de crecimiento medio anual fué de 2.1% según datos de S.P.P. tiene fuerte movimiento de emigración. El promedio de miembros por familia en el municipio fué de 5.5 (censo de 1970 datos que deben ser actualizados).

1.4 Area geográfica.

Influye la zona central, sur y occidental del Estado de Durango.

1.5 Situación socioeconómica:

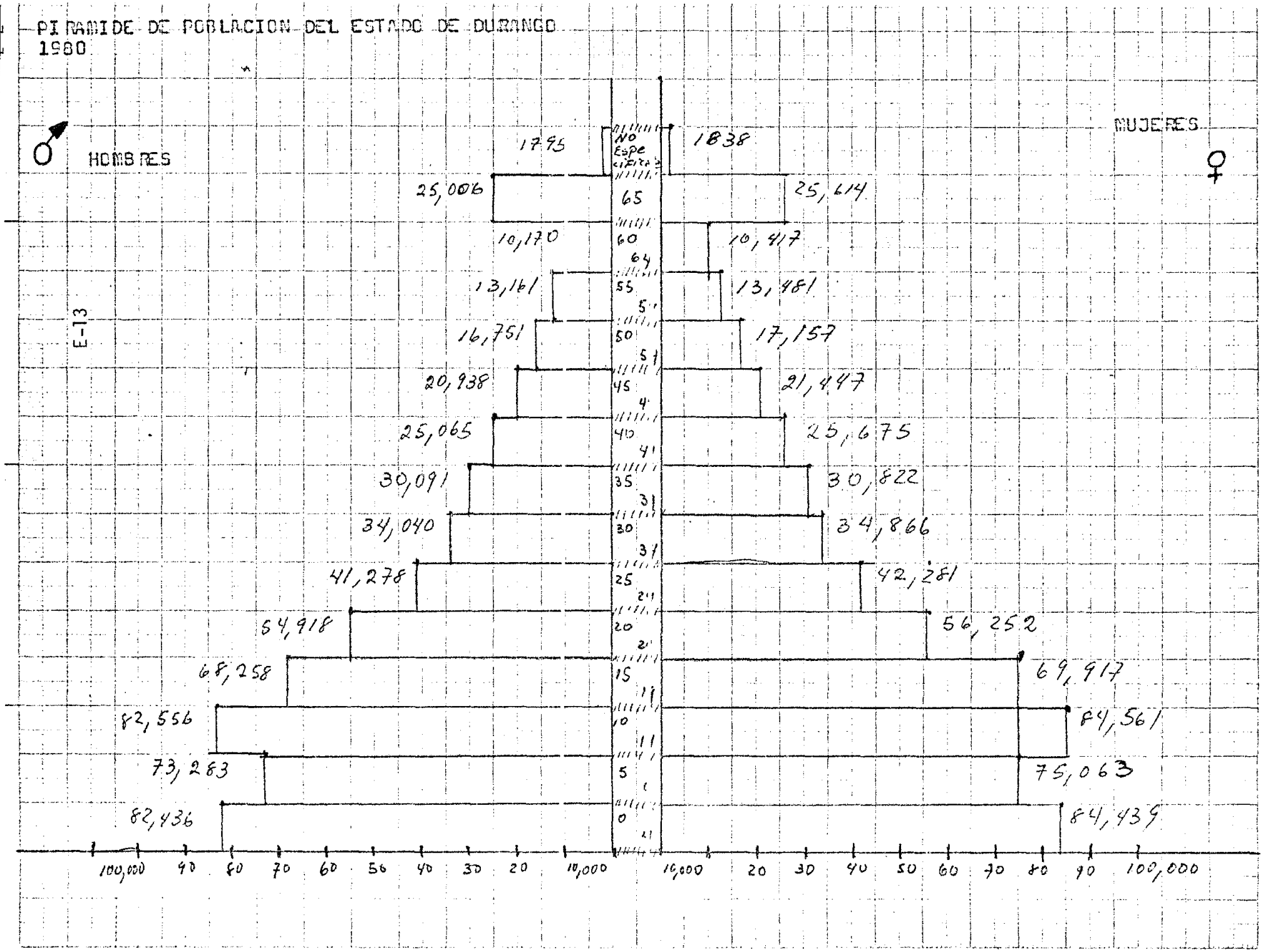
Alimentación.- La frecuencia del consumo de alimentos básicos en la población del Municipio de Durango es la siguiente según censo 1970.

Carne	La consumieron el	62.54%
Huevo	La consumieron el	67.68%
Leche	La consumieron el	62.14%
Pescado	La consumieron el	9.30%
Pan de trigo	La consumieron el	70.94%

2. VALORES.

En general los valores sociales de la población se desconocen, se investigaron por medio de una encuesta de actitudes entre la población.

PIRAMIDE DE POBLACION DEL ESTADO DE DURANGO
1980



Los proveedores a través de encuesta de actitudes.

Las autoridades por sus tesis profesionales discursos (indirectamente).

3. SISTEMA DE SALUD.

3.1 Situación económica.

De acuerdo al censo de 1970 de la S.I.C. la población economicamente activa en el Municipio de Durango era de 43,933 que representa el 17% de la población total con un índice de dependencia de 1.4.

3.2 La distribución de ingresos en la población economicamente activa del Municipio es la siguiente de acuerdo al censo general de población de 1970 es:

de $	200.00	a	499	-	10,865 personas	24.50%
de	500.00	a	999	-	14,914 personas	33.60%
de	1,000.00	a	1,499	-	4,960 personas	10.50%
de	1,500.00	a	2,499	-	3,059 personas	6.52%
de	2,500.00	a	4,999	-	1,842 personas	4.94%
de	5,000.00	a	9,999	-	679 personas	1.64%
de	10,000.00		mas	-	377 personas	0.84%

3.3 Vivienda, agua y eliminación de excretas.

Según el censo 1970 el número de viviendas y ocupantes que disponen de drenaje en el Municipio de Durango es de 18,372 viviendas y 128,604 ocupantes. Se considera que la población del Municipio vive en hacinamiento, ya que por cada vivienda hay 7.8 ocupantes.

El 58.42% de las viviendas cuentan con agua entubada para el servicio del 51.53% de la población, y solo el 57.97% de viviendas cuentan con drenaje para el servicio del 51.13% de la población.

3.4 Se desconoce eliminación de excretas y disposición de basuras se investigarán.

3.5 Se desconoce el material prodominante en los muros techos y pisos de viviendas lo cual se debe investigar.

3.6 Fauna se desconoce.

3.7 Escolaridad.

El censo de 1970 informó que lapoblación de 10 años y más en el Municipio de Durango un 0.4% es analfabeta y el 99.6% es alfabeta.

Aunque del 99.6% un gran porcentaje no termina la escuela primaria sobre todo en el medio rural.

En la cabecera existen instituciones de enseñanza superior a las que acuden estudiantes del Municipio, del resto del Estado y aún de otras entidades.

3.8 Alimentación

Hábitos:

	familias
buenos	724
regulares	2,627
malos por déficit	1,277
malos por exceso	343

Las características de la dieta de la población del Municipio está determinada por la capacidad de compra.

La disponibilidad de alimentos en el Municipio es buena.

3.9 Aspectos biológicos.

En 1981 hubo 3,875 nacidos vivos para una población adscrita de 109,661 dando una tasa de natalidad de 3.497%.

3.10 Tasa de mortalidad de la Unidad

1981 3.78 x 100

3.11 Duplicidad de servicios.

No existe.

En actividades preventivas hay coordinación.

y en actividades asistenciales cada institución tiene sus derechohabientes.

4. NECESIDADES SOCIALES.

Necesidades normativas del experto.

Vivienda, mejoramiento y condiciones de vivienda ya que un gran número de estas se improvisan y no disponen de servicio.

Protección de riesgos de trabajo.

El acceso directo a centros industrializados que maquilan la materia prima de población proveniente del medio rural los que no reciben inducción al puesto, propiciando alto índice de accidentes de trabajo.

Elevado aumento de gastroenteritis por problemas de eliminación de excretas.

Problemas respiratorios. Con hacinamiento y malas condiciones de vivienda.

Alto índice de criminalidad aunado al grado elevado de alcoholismo.

Enfermedades venéreas condicionadas por prostitución clandestina ya que legalmente está prohibida.

4.1 Necesidades de la población:

Necesidades sentidas y no expresadas. Se desconocen es necesario investigarlas por medio de entrevistas.

4.2 Necesidades sentidas y expresadas:

Demanda satisfecha
Médico familiar
Infección de vías respiratorias
Gastroenteritis
Resfriado común
Hipertensión arterial
Parasitósis intestinal
Diabetes Mellitus
Lumbalgias
Conjuntivitis y pterigión
Neurósis
Gastritis

Gran parte de los padecimientos están ligados a problemas de saneamiento ambiental, otros a factor X . tensionales del medio ambiente.

Demanda satisfecha de consulta no familiar.

Caries dental.

Fractura de falange de manos

Herida de las manos.

Dorsalgias y lumbalgias

Fractura de cúbito y radio

Traumatismo no especificado

Fractura de tibia y peroné

Diabetes Mellitus

Esquince lumbar

Hipertensión arterial

Contusión de miembro superior

La mayor parte se relacionan con enfermedades ocupacionales por falta de adiestramiento en los trabajadores.

Es importante señalar que la atención dental debida seguramente a defectos en la higiene dental.

Hospitalización:

Parto normal
Gastroenteritis
Abortos
Adenoamigdalitis crónica
Neumonías
Diabetes Mellitus
Parto distócico
Apendicitis
Fractura de radio y cúbito
Hernias.

4.3 Demanda insatisfecha de la población.

No se conoce se investigará por cuestionarios y entrevistas.

4.3 Demanda real.

Se desconoce.

4.5 Demanda probabilística.

Se sabe que estan aumentando agua potable y drenaje y que a 5 años se tendrá resuelto con esto la demanda por gastroenteritis acorde con las acciones educativas para su utilización.

Los esfuerzos para evitar los riesgos de trabajo son escasos y dispersos por lo tanto se considera que este panorama seguirá tendencia lineal ascendente.

4.6 Necesidades comparativas.

Entre los proveedores desean tener tecnología de Estados Unidos.

Los clientes desean recibir atención médica en el Hospital de Especialidades de Monterrey.

4.7 Necesidades de las autoridades.

Se investigarán por observación directa.

5. PROGRAMAS EXTENSIVOS.

Gastroenteritis
Atención prenatal
Control de diabetes
Control de hipertensión arterial
Control de estreptococcias
Control de infecciones respiratorias
Higiene dental
PROGRAMAS PRIORITARIOS
Control de accidentes de trabajo

6. DISPONIBILIDAD

Está formada por Instituciones de Seguridad Social comprendido en 2 organismos el I.S.S.S.T.E. con una Clínica Hospital ubicada en el Municipio y de la cual se desconocen, las características las cuales se investigarán por medio de entrevistas.

Y el I.M.S.S. un Hospital General de Zona al que derivan 16 Unidades de Medicina Familiar.

Instituciones de asistencia social representadas por la S.S.A. por un Hospital General y 18 Centros de Salud "B".

Un Centro de Educación Especial del D.I.F atiende problemas de rehabilitación desde niños hasta adultos.

Otro Centro de Rehabilitación financiado por un Patronato.

7. ACCESO

Para los derechohabientes que residen en la cabecera municipal no existen problemas de transporte y comunicación ya que se cuentan con todos los medios posibles, el tiempo mayor de transporte es de una hora en autobus no así para los asegurados que residen en el resto del Municipio.

8. ACEPTACION.

La población acepta ampliamente los servicios manifestados, ya que el 80% de la población está registrada con su médico familiar.

9. CALIDAD.

Se desconoce se investigará por medio de una encuesta para saber el grado de satisfacción de la población y la calidad de vida después de las acciones médicas.

10. COSTO se desconoce consultaremos los presupuestos.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

A). Aspecto Legal

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo 123 Apartado "A" Fracción V,XIII, XIV, XV, XXIX. Apartado "B" - XI.

La Constitución de 1917 se establecen las premisas que han de permitir la defensa de los intereses de los trabajadores elevando a su rango de ordenamiento constitucional, el establecimiento de Cajas de Seguros Populares, de invalidez etc. y otros fines análogos por considerarlos de utilidad social.

El 19 de enero de 1943, el diario oficial de la Federación publica, la Ley del Seguro Social.

En 1973 26 de febrero, se establece la Seguridad Social mediante la reforma administrativa se habla del derecho, inherente del hombre a una protección integral.

Frecuentemente por mandato Presidencial, el Derecho a la Salud, la Capacitación y la Educación a la población como un derecho de los mexicanos.

Ley Federal del Trabajo, Artículo 132, Derechos y Obligaciones de los Trabajadores y de los Patrones. I,III, IV, XII, XIII, XIV, XV, XVII, XVIII.
Artículo 134. II, IV, VI.

B). Aspecto Económico

Los Recursos Económicos en el Sector Salud IMSS en resolución al producto interno bruto, debido a las políticas de desarrollo acelerado del país.

Su disminución ha repercutido en los programas básicos de salud como se demuestra en la baja del 43% en 1978 al 37% en 1980.

La distribución del gasto del IMSS se aplica en la siguiente forma:

a). 85% para atención de consulta, hospitalización, urgencias y rehabilitación.

b). 9% para programas preventivos.

c). 5% para capacitación de los Recursos Humanos.

d). 1% educación de la población.

FINANCIAMIENTO

En cuanto al presupuesto del Hospital General de Zona de Durango, se hace en base a la aplicación de programas estructurados para tener una evaluación adecuada de los resultados de los proyectos.

C). Patrones de uso

El tipo de patrón utilizado es el "C"

1. Selección del Grupo Planificador.

1.1. El grupo planificador estará constituido por: Jefes de Departamento Clínico, Jefe de Enseñanza, Jefe de Trabajo Social, Ingeniero Residente, todos ellos elementos considerados contractualmente como " Confianza B" y designados por la Dirección por lo que su discreción y confiabilidad están aseguradas.

1.2. Dentro de este grupo están representados observadores de los cambios sociales de la comunidad que los analiza desde diferentes puntos de vista (Ingeniería, Trabajo Social, Médicos), y - de cuyas observaciones se origina una más general y útil.

1.3. El sistema de información que sirve al grupo - planificador es básicamente documental y está dado por:

1.3.1. Estadísticas del Hospital General de Zona.
1.3.2. Estadísticas del Departamento Delegacional de Medicina del Trabajo (salud ocupacional).
1.3.3. Informes del Departamento de Seguridad e Higiene en el trabajo dependiente de la Jefatura Delegacional de Jurídicos.
1.3.4 Boletín de prensa delegacional.

1.4. La descripción de puesto de todos los componentes del grupo, les asigna áreas de autoridad y se cuenta con el respaldo de las autoridades - de zona y delegacionales.

1.5. La " calidad óptima" entendida como máximo beneficio a menor costo será un objetivo a tomar en cuenta en la toma de decisiones; su aceptación por los patrones está asegurada, dado que los problemas de medicina del trabajo represen

tan para ellos erogaciones del 5 al 7 x 1 con - relación al IMSS. No se usarán modelos matemáti cos.

2. Planificación Global.

2.1. Propósitos.

2.1.1 De Producto: Integrar un grupo multi- disciplinario para un pro grama de prevención y dis minución de los accidentes de trabajo.
Disminuir en 5 años en for ma programada cuantitativa mente la tasa de accidentes de trabajo en los aserrade ros.

2.1.2 De Impacto: Mejorar el nivel de salud de la población.

2.1.3 Marginales: Incrementar la producción maderera.
Disminuir los gastos Patro nales e Institucionales - por accidente de trabajo.

2.2. Política.

Es interés del IMSS en la Zona 1 de la Delegación de Durango abatir el número de accidentes de trabajo.

2.3. Objetivo.

El personal de la unidad médica, los patrones y los trabajadores de los aserraderos participarán para disminuir los accidentes de trabajo en un 53.45% en 5 años, a través de acciones educa- tivas.

2.4. Estrategias.

2.4.1 Ejecutar las acciones especificadas - en el programa resultante con el concurso de personal multidisciplinario requerido y los recursos materiales del Hospital General de Zona No. 1.

2.4.2 El grupo planificador formará y educará al personal de los aserraderos para prevenir y disminuir los accidentes de trabajo.

ROBLEMA	OBJETIVOS GRALES.	AREAS OPERATIVAS	OBJ.ESPECIFICO	TIEMPO	SUB-OBJETIVO	TIEMPO	RECURSOS
ay 53.7 x 00 de acciden es de trabajo tendidos en a unidad y enerados en os aserraderos, ebido a que -- os trabajado- es son campe- inos y desco ocen procedi- ientos y tec ología de esos entros de tra- ajo.	1. Disminuir en los trabajadores de los aserrade- ros mediante ca- pacitación para el trabajo, ba- jo la asesoría de la Jefatura de Enseñanza y con la partici- pación de los - Jefes de Depar- tamento Clínico Trabajo Social e Ing. Residente en un 53.45% en un plazo de 5 años.	1.1. Enseñanza	1. Adecuar las normas institu-- cionales al pro- grama de capaci tación en un lap so de tres días a través del -- Jefe de Enseñan- za de la Unidad.	3 días			1. Jefe de Ense- ñanza. 2. Normas insti- tucionales de enseñanza. 3. Secretaria
			2. Elaborar por el Jefe de Ense ñanza, el pro-- grama de capaci tación.	5 días			1. Jefe de Enseñan za 2. Secretaria 3. Ing. Residente.
		1.2. T. Social	1.2.1 Identificar y ubicar fisicamente al 100% de los campesinos de los centros de traba- jo en la locali- dad	10 días	Recopilar la relación de em- presa y su ubi- cación en Medi- cina del trabajo por T.S.	1 día	1. Jefe de T. So- cial. 2. Relación de Em- presas de Medi- cina de trabajo 3. Plano de la cd.
					Realizar citas telefónicas con los empresarios para calendizar las visitas.		1. Jefe de T.So- cial. 2.
					Para T.S. efectuar las visitas programa das en un 100% por cada empresa	1 día	Jefe de T. Social. Directorío Telefó- nico.

PROBLEMA	OBJETIVOS GRALES.	AREAS OPERATIVAS	OBJ.ESPECIFICO	TIEMPO	SUB-OBJETIVO	TIEMPO	RECURSOS
					Explicar en cada visita los problemas relacionados con los accidentes de trabajo y proponer los programas de adiestramiento al 100% de las empresas.	1 día	1. Jefe de T. Social.
					Concertar cita del 100% de empresarios con el Director de la Unidad para establecer los pormenores de la actividad.		1. Jefe de T. Social.
		T. Social.	1.2.2 Participar en la enseñanza al grupo capacitador de cada empresa.		Explicar al grupo capacitador, para su réplica, las repercusiones en el hogar de los accidentes de trabajo.	6/12	1. T. Social 2. Rotafolio

PROBLEMA	OBJETIVOS GRALES.	AREAS OPERATIVAS	OBJ.ESPECIFICO	TIEMPO	SUB-OBJETIVO	TIEMPO	RECURSOS
		Ingeniero Residente.	1. Participar conjuntamente con el Jefe de Enseñanza en la elaboración del trabajo de -- capacitación.	5 días			1. Jefe de Enseñanza. 2. Secretaria.
			2. Demostrar al grupo capacitador para su réplica las técnicas para detectar, corregir y prevenir las condiciones de las áreas de trabajo que significuen un riesgo.	6 meses	1. Revisar junto con el grupo capacitador, las áreas de trabajo 2. Demostrar al grupo capacitador aquellas condiciones que signifiquen un riesgo real o futuro. 3. Enseñar al grupo las condiciones que impliquen riesgo.		1. Ing. Residente 2. Diapositivas 3. Grupo de trabajo. 4. Vehículo
			3. Adiestrar, orientar al grupo capacitador para su réplica en el manejo adecuado de la maquinaria y materiales de trabajo de cada empresa en particular.		3. Demostrar al grupo, en las áreas de trabajo el manejo -- adecuado del material y equipo.		1. Ing. Residente 2. Grupo de Trabajo. 3. Vehículo.

PROBLEMA	OBJETIVOS GRALES.	AREAS OPERATIVAS	OBJ.ESPECIFICO	TIEMPO	SUB-OBJETIVO	TIEMPO	RECURSOS
		Jefe de Depto. Clínico.	1. Coordinar y -- orientar a los Jefes de Enseñanza, T. So-- cial e Ing. -- Residente en la adecuación de normas institucionales al programa y en la elaboración del mismo.	8 días	1.Realizar Acuerdos específicos con cada una de las tres áreas, evaluando a cada una de ellas en sus respectivas actividades. 2.Integrar a todo el equipo para elaborar el programa.		1. Jefe de Depto. Clínico. 2. Jefe de Enseñanza. 3. Jefe de Trabajo Social. 4. Ing. Residente 5. Secretaria 6. Sala de Juntas. 1. Jefe Depto. C. 2. J. de Esneñanza 3. J. de T.S. 4. Ing. Residente 5. Secretaria 6. Sala de Acuerdo
			2. Participar con el grupo de trabajo en las visitas y actividades programadas para los centros de trabajo.	6 meses	2.1 Demostrar al grupo capacitador para su réplica,-- las consecuencias de un mal manejo en materiales y equipos y la de condiciones --- ambientales inadecuadas.		1. Jefe de Depto. Clínico. 2. Películas de 8m.m. 3. Proyector 4. Impresos.

Area Operativa / Acciones	Jefatura de Enseñanza	Depto. de trabajo Social.	Ingeniero Residente	Jefes de Departamento Clínico.	
Adecuar las normas institucionales al programa de capacitación.	✓		✓	✓	3 días
Elaborar el programa de Capacitación.	✓	✓	✓	✓	5 días
Identificar y ubicar a los empresarios.		✓			10 días
Participar en la enseñanza al grupo capacitador.		✓	✓	✓	6 meses

BIBLIOTECA DEL CIE

ORGANIZACION

FUNCIONES

MEDICO ASISTENCIALES : Diagnósticas.

Indicadores Directos : Mortalidad infantil
Se desconoce cuantitativamente, se sabe que es alta por elevado - índice de gastroenteritis, padecimientos respiratorios y partos distócicos; se investigará .

Esperanza de vida al nacer, se desconoce,se investigará.

Indicadores Directos : Alimentación, educación, ingreso saneamiento.

Existe una gran falta de saneamiento ambiental en importantes - núcleos de la población.
El 58% de los derechohabientes disponen de muy bajos ingresos.
99.6% de la población está alfabetizada aunque en gran número no termina la primaria.
La alimentación es inadecuada en calidad y está determinada por el poder de compra que es bajo.

PREVENTIVAS.

Individuales. -Promoción de la salud por medio de pláticas.
Protección específica equipo necesario para disminuir los riesgos de los accidentes de trabajo.
Grupales.- Saneamiento ambiental de los Centros de Trabajo.

Socioeconómicas y políticas. Motivar cambios de conducta a empresarios, líderes sindicales y políticos en beneficio de los trabajadores para la prevención de los riesgos de trabajo.

TERAPEUTICAS.

Brindar atención oportuna y eficiente en casos de que se presenten los accidentes de trabajo, acorde con las normas establecidas en cirugía y traumatología.

ORGANIZACION

FUNCIONES

MEDICO ASISTENCIALES : Control.

De cada accidente de trabajo se seguirá un control cada 15 días con el médico especialista indicado , se vigilará por trabajo social -- expedición oportuna de incapacidades, complicaciones que se presenten; su reingreso a centros de trabajo y en caso necesario su envío a rehabilitación; tratando de que el mayor número de pacientes que lleguen a este servicio se recuperen íntegramente en todas sus funciones en el menor tiempo posible.

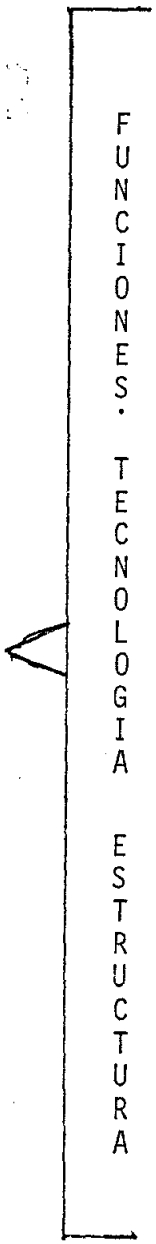
ADMINISTRATIVAS : Implementación. Los recursos físicos, humanos y materiales se cuenta con ellos
Implantación. El programa no se contrapone al sistema de IMSS y está acorde con sus políticas.
Suministros. Se vigilará que en los aserraderos existan los elementos necesarios para prevenir los accidentes (parte correspondiente a los empresarios).

En unidad médica material y equipo necesarios para prevenir los accidentes (yesos, vendas, clavos intramedulares, etc.).

Sistema de información, será lineal ascendente autoridades y empresarios, lineal descendente personal participante en el programa, la información se dará bimestralmente en relación con disminución de los accidentes, evolución y reingreso a centros de trabajo y participación del grupo capacitador.

Coordinación con los diferentes grupos de trabajo e integración de los mismos grupos capacitadores de los centros de trabajo, y empresarios, líderes sindicales y autoridades.

Mantenimiento. Se tratará de mantener elementos de trabajo, planta-física en óptimas condiciones para el desempeño de labores adecuadamente.



Contables : Serán llevadas a cabo por el Departamento de Contabilidad y se preparará el mecanismo de control interno, proceso de registro de datos, análisis e interpretación y evaluación financiera.

Educativa. : Se anexa programa.

Investigación : Se hará investigación clínica y social (epidemiológica) en base a evaluación de procesos terapéuticos, frecuencia y prevalencia de accidentes durante la aplicación del programa.

La tecnología que empleará será la alta y media (antibióticos, procedimientos quirúrgicos y prótesis).

Física : La planta física necesaria ya se haya instalada.

Organizacional : La organización ya cuenta con sus organigramas, para efectos del programa se hará uno de tipo estructural, tomando en cuenta al personal participante.

Análisis de puestos y normas son dictados a nivel central.

ORGANIZACION

PERSONAL

Reclutamiento
Selección
Capacitación.

Ya especificado en modelo de predecisión programa educativo y selección del grupo capacitador.

PROGRAMA EDUCATIVO PARA PREVENIR ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL ESTADO DE DURANGO.

Análisis Situacional.

En la zona de influencia del Hospital General de Zona # 1 de Durango, se atendieron en 1982, accidentes de trabajo -- equivalentes al 57.7 por mil de la población asegurada. Estos accidentes fueron generados en los aserraderos y su principal causa es que los trabajadores de esos centros - - de trabajo son campesinos que desconocen la tecnología y los procedimientos de esos centros. Para disminuir los accidentes de trabajo se implementará un programa de capacitación en el trabajo.

Marco Teórico Conceptual.

Dar informaciones generales que la gente pueda reconstruir dentro de sí, y aplicarla en la prevención de los accidentes de trabajo. Se espera que este programa mejore la calidad de vida de los trabajadores y la calidad de su vida productiva.

Propósitos.

Mejorar el nivel económico de la zona y aumentar la esperanza de vida de la población. Disminuir en forma significativa los accidentes de trabajo. Mantener una fuerza de trabajo capacitada en la prevención de accidentes. Incrementar la producción de los aserraderos.

Objetivos.

1. Al finalizar el curso el alumno podrá diferenciar en su área específica de trabajo, las condiciones de riesgo de acuerdo a tecnología, manejo inadecuado y conductas inapropiadas dentro de dichas áreas.

2. Que al terminar el curso los alumnos estén capacitados para enunciar por escrito las 10 principales causas de accidentes de trabajo en los aserraderos.

3. Al finalizar el curso los alumnos serán capaces de enumerar por escrito los 3 riesgos más frecuentes en los aserraderos.

4. Al finalizar el curso los alumnos podrán identificar ante una lista de todos los riesgos, los peligros que ofrece la maquinaria de trabajo de los aserraderos.

5. En un aserradero en función el alumno será capaz de analizar los 3 factores de riesgo existentes y relacionarlos con los 5 principales accidentes que se presentan en ese grupo, elaborando un ensayo.

Evaluación .

Objetivo 1 = Evaluación por pares

Objetivos 2,3 y 4 = Prueba escrita

Objetivo 5 = Ensayo.

DIRECCION:

FORMACION DE GRUPO

Se conformarán un equipo de trabajo constituido por:

a). Un educador para la salud
b). Un médico familiar
c). Un Ingeniero especialista de higiene y seguridad.
d). Un médico de Medicina Preventiva .

Este equipo se reunirá cada 15 días.

COORDINACION DE GRUPO

Se mantendrá un contacto permanente entre los siguientes - departamentos:

Medicina preventiva, Accidentes de trabajo, Clínico, Rayos X y Enfermería, esta interrelación es para que se mantengan informados de todos los pormenores relacionado con los trabajadores de los aserraderos.

SUPERVISION

La supervisión se hará semanalmente y estará dirigida por el Director de la unidad el cual enviará diariamente al -- Ingeniero de Higiene y Seguridad a los diferentes aserraderos para asesorarse si se están realizando las actividades Educativas y sus efectos en los cambios de conducta a los trabajadores con objeto de corregir las desviaciones - que se presenten.

LIDERAZGOS

El liderazgo que vamos a utilizar es el Situacional, es decir que el líder se enfrente a las acciones cambiantes con autenticidad.

GRUPO ASESOR

El grupo asesor estará constituido por:

a) Jefe de Enseñanza
b) Jefe de Medicina del Trabajo
c) Jefe del Departamento Clínico
d) Ingeniero especialista de Higiene y Seguridad.

MOTIVACION

Se cuidará el aspecto motivacional durante todo el desarrollo del curso. Haciendo hincapié en que los participantes del grupo reproductor fueron escogidos; y que su misión es muy importante ya que de ellos dependerá el que sus compañeros aprendan a evitar y prevenir los accidentes de trabajo. Al terminar el curso se le entregará un distintivo que llevará su nombre y la leyenda "grupo modelo".

AUTORIDAD, PODER E INFLUENCIA

Se procura construir el grupo reproductor de cada factoría con elementos que dentro de la escala jerárquica de la organización estén dotados de autoridad o bien con trabajadores de línea que por su antiguedad y-o por su comportamiento en el trabajo tengan influencia sobre el resto de sus compañeros.

CONFLICTO

Dentro de la organización la resistencia al cambio siempre se da, el objetivo de nuestro programa es introducir un cambio que aunque positivo puede encontrar resistencia y generar conflicto: Se establecerá un diálogo abierto con los trabajadores que sustituya la suposición por hechos y modifiquen los hábitos mediante la adquisición de conocimientos y habilidades.

CONTROL

1. Costo:

   Los costos que se pedirán a contabilidad como forma de control serán los siguientes:

1. Costo Acción Educativa al grupo " reproductor" de cada aserradero.

2. Costo atención médica de urgencias.

3. Costo de rehabilitación por pacientes.

4. Costo promedio de aparato ortopédico.

ESTANDARES

Los Estándares a utilizar serán los siguientes:

1. Número de consultas por hora en la atención de - accidentes (4 mínimo)

2. Día de incapacidad por pacientes atendidos (7 mínimo)

3. Por ciento de persona que se le dió introducción al puesto (80% mínimo)

INDICADORES

1. Consultas solicitadas por cada 1000 personas que trabajan en los aserraderos (mensual).

2. Consultas otorgadas entre las solicitadas por cada - 1000 (mensual).

3. Por ciento de personas asistentes a los cursos de capacitación entre las personas que trabajan en los aserraderos por 1000 (mensual).

4. Porciento de personas que aplican las medidas de seguridad entre el número de personas que asistieron al - curso (trimestral).

INFORMACION

Las informaciones que sean solicitadas serán las siguientes:

a). Número de trabajadores permanente de los diferentes - aserraderos.

b). Número de trabajadores de nuevo ingreso.

c). Número de trabajadores que asistieron al curso de introducción al puesto y capacitación.

d). Número de trabajadores que solicitaron la consulta por accidentes de trabajo (mensual).

e). Número de hora asignada a la consulta.

f). Número de consultas solicitadas.

g). Número de consulta otorgada.

h). Número de día incapacidad por pacientes

i). Número de personas que aplicaron la medida de seguridad.

AUDITORIA

De acuerdo a las incapacidades extendidas por accidentes de trabajo se realizará auditoría de los expedientes correspondientes para su comparación cada 15 días, cruzándola con la información de la Dirección .

EVALUACION

La atención médica ambulatoría en urgencias se evaluará por pares. Inicialmente con criterios implícitos a través de un observador y después con las experiencias, se hará un documento para hacerla por criterios explícitos.

Al finalizar cada año se evaluarán los resultados, el proceso, la planificación y el concepto para que los resultados si son buenos se repitan.

En cada atención médica y quirúrgica de accidente de trabajo en el servicio de urgencias se calificarán los resultados de inmediato y a 4 años con una calidad de vida de reincorporación total del trabajo.

Anualmente se harán investigaciones sociales para medir e identificar el grado de satisfacción de la población y de los proveedores.- A las autoridades se les realizará sólo observación naturista.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

PARTICIPANTES:

DRA. MARTHA SEPULVEDA

DRA. BLANCA E. PINEDA

DR. CARLOS STAFF

DR. CARLOS CARRERA.

DATOS HISTORICOS

La Unidad de Medicina Familiar No. 28, se fundó el día 16 de julio de 1974, durante la presidencia del Lic. Luis Echeverría Alvarez.

DATOS GEOGRAFICOS.

La Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera del IMSS está situada en la esquena que forman las calles de Gabriel Mancera y San Borja, Colonia del Valle. Su jurisdicción está comprendida casi totalmente en la Delegación Política "Benito Juárez", sólo una pequeña sección de las colonias Hipódromo y Escandón pertenece a la Delegación Miguel Hidalgo. Existten dentro del área de influencia 25 colonias.

Límites: Al norte por el Viaducto Miguel Alemán, desde la Avenida Lázaro Cárdenas hasta Av. de los Insurgentes, siguiendo por ésta hasta Av. Michoacán y por ella hasta Tacubaya. Al poniente por Juanacatlán, desde Av. Tacubaya hasta Av. Tamaulipas siguiendo por ésta hasta Benjamín Franklin, Patriotismo y Av. San Antonio hasta el Periférico Sur con Barranca del Muerto.

Al Sur, por Barranca del Muerto, Valerio Trujano y Río Churubusco hasta Calzada de Tlalpan. Al Oriente por Calzada de Tlalpan, Miguel Laurent y Eje Lázaro Cárdenas hasta el Viaducto.

Extensión territorial Delegación Benito Juárez.

Se considera una extensión de 28.3 Km^2 con una población calculada para el 1° de junio de 1982 de 1,162,462 habitantes.

Demografía: Se estima una densidad de población de 41,076 por km^2 con las siguientes características. Menores de 14 años 391,649 (33.69%), de 15 a 59 años 690 667 (59.41%), de 60 a 85 años y más 80 146 (6.90%). La población económicamente activa comprende el 52.4%, de ésta el 58% corresponde al sexo femenino. En cuanto a movimientos migratorios, el 60% de la gente que llega a esta delegación, procede de otras zonas del Distrito Federal, el 37.3% procede de otras entidades de la República y sólo el 2.7% viene del extranjero.

VIVIENDA.

Existe un total de 151 625 viviendas, de las cuales sólo el 29.6% son propias, el resto comprende edificios de apartamentos.

La vivienda cuenta en casi todos los casos con agua entubada, drenaje, energía eléctrica y otros servicios. El 95% están construidas de ladrillo.

MODULO

A(verde) (Condesa)
Escandón
Piedad Narvarte
Narvarte
Amoliac. Nápoles
Nápoles
Del Valle
Tlacoquemecatl del Valle

B (rosa) Vertiz Narvarte
Independencia
(Periodista)
Letran VAlle
Sta. Cruz Atoyac
Portales
Xoco
Pedro Ma. Anaya
Ermita

C (azul) Cda. de los deportes
Noche Buena
(San Juan)
Mixcoac
Insurgentes Extremadura
" Mixcoac
(San José Insurgentes)
Acasias
(Florida)

F-2

EDUCACION:

El 95.4% de la población se encuentra alfabetizada, de los cuales el 72% tiene estudios primarios o superiores. El 66.4% de la población asiste a escuelas primarias.

SANEAMIENTO DEL AMBIENTE.

Se cuenta con todos los servicios urbanos, sin embargo la contaminación del aire constituye un factor importante al igual que el ruido como consecuencia de la gran circulación de vehículos de motor.

La recolección de basura es deficiente, se efectúa por medio de camiones.

FAUNA NOCIVA Y TRANSMISORA.

El principal problema lo constituyen las ratas en mercados públicos y lotes baldíos.

ALIMENTACION.

La población consume tres o más días a la semana pan de trigo 91.8%, carne 44.5%, huevos 70.9%, leche 87.6% y pescado 2.1%.

COMUNICACIONES.

Existe una ampliared vial de comunicación, construida con los requerimientos de pavimentación, alumbrado, etc., además de un buen servicio de mantenimiento.

El teléfono llega a más del 70% de la población aérea.

RELIGION.

El 90% de los habitantes son católicos y el 10% de otras religiones o no creyentes.

VALORES:

De los usuarios: a) trato preferencial, b)elección de sus médicos tratantes.

De los proveedores: a)atención del usuario según horario establecido, b) asignación de su población adscrita sin presiones de los mismos.

De las autoridades. No desean quejas por parte de los usuarios.

SISTEMA DE SALUD:

S.S.A. Centros de Salud Mixcoac y Portales.

ISSSTE Clínicas del Valle, Revolución y Narvarte.
Centro Hospitalario 20 de Noviembre y Darío Fernández

IMSS Clínicas 28, 10, 9, H.G.Z. #1 y los Venados

D.D.F. Hospital de Xoco

D.I.F.

Sanatorios y Clínicas privadas 40

Médicos de diversas especialidades 350

DISTRIBUCION DE LA ATENCION MEDICA POR INSTITUCIONES:

I.M.S.S.	35%	700 camas censables
I.S.S.S.T.E.	22%	1000 camas censables
S.S.A.	43%	
D.D.F.		154 camas censables
Privados		405 camas censables
Totales		2259 camas censables

La Secretaría de Salubridad y Asistencia tiene acciones en el primer nivel de la atención médica con programas de Medicina Preventiva, Planificación Familiar y Mejoramiento del Ambiente. Atiende el 43% de la población del Area y Coordina las acciones del resto de las Instituciones que manejan estos mismos programas.

El IMSS tiene acciones sobre el primer y segundo nivel de la atención médica, tiene programas de Medicina Preventiva y Planificación Familiar.

El ISSSTE proporciona atención en los tres niveles, así mismo en el primer nivel existen programas de Medicina Preventiva y Planificación Familiar. Atienden al 22% de la población.

El D.D.F. Proporciona un Servicio de Urgencias o de sangre con Ministerio Público. No hay programs coordinados en otras instituciones.

El DIF. Proporciona servicios de recreación y capacitación con acciones independientes de otras instituciones.

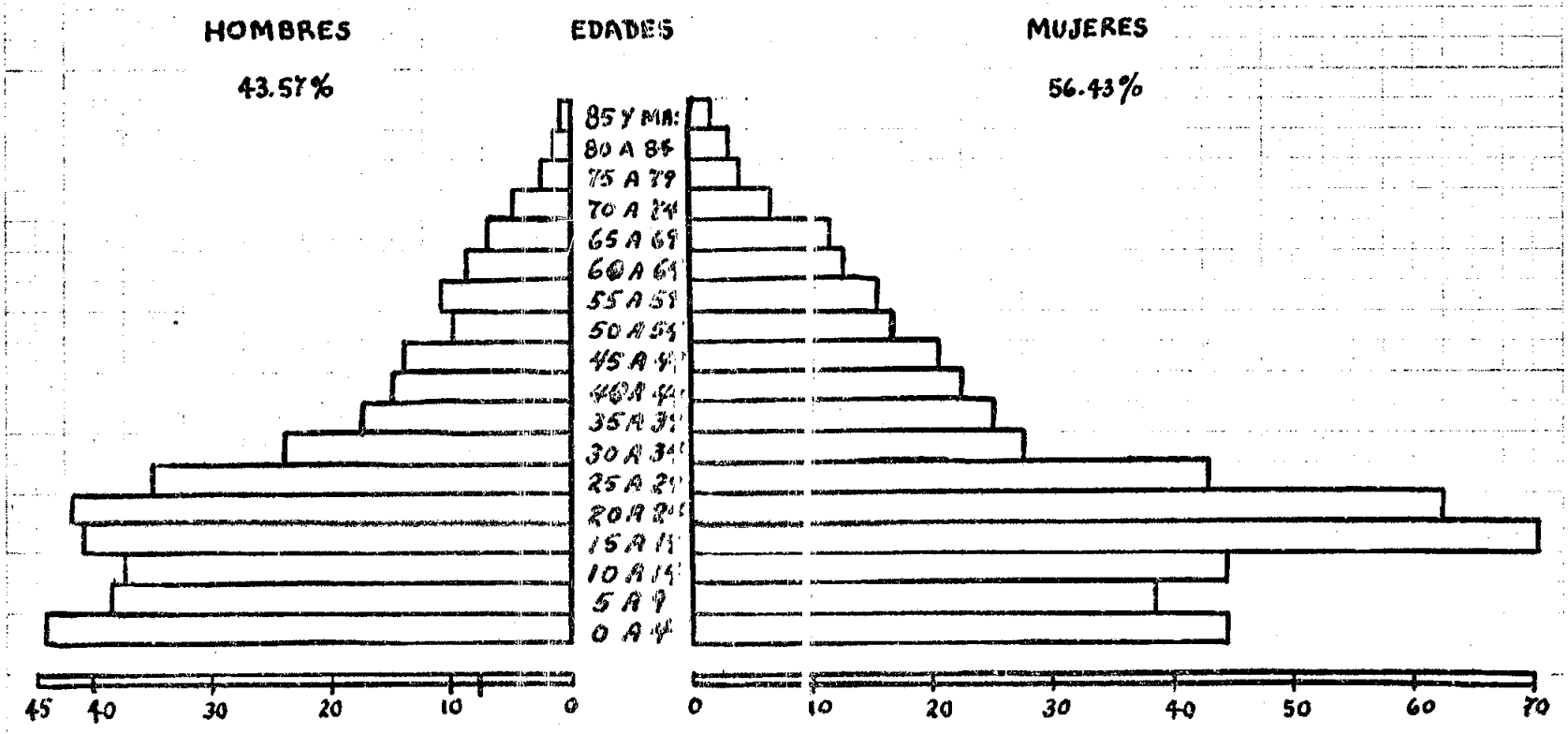
Los servicios privados actúan en forma independiente y no tienen programas oficiales de Medicina Preventiva ni de Planificación Familiar.

Anexo 2

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

DELEGACION BENITO JUAREZ, D.F.

1982.



FUENTE: CLINICA 28. I.M.S.S. MED. PREVENTIVA.

SISTEMA DE ATENCION MEDICA.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILAR NUMERO 28.

Límite al norte con la clínica 1 y 4; al oriente con la 10 y 15; al sur con la 8 y 19 y al poniente con la 9 y 12.

Pertenece a la Zona Gabriel Mancera con H.G.Z. # 1 en Gabriel Mancera y Xola.

Los Centros de Seguridad Social Xola y Maximino Avila Camacho están en su jurisdicción.

Las guarderías infantiles enclavadas en la zona son: 3, 25, 30 y 38.

Pertenece a la jurisdicción sanitaria # XIV con cabecera en el Centro de Salud Portales y subsidiario de Mixcoac.

Población adscrita	193,013**	
Adscrita a M.F.	137,827*	
No asiste	56,186	29.10%
Asegurados	64,269	46.63%
Beneficiarios adultos	31,219	22.63%
Beneficiarios menores	42,339	30.71%
Promedio de adscripción por medico	2,376	1.76%

PRODUCTIVIDAD:

Promedio de consultas mensualmente.

Médico familiar	18,395	15.85	c/día/médico
Urgencias	4,075	11.3	c/día/médico
Odontología	992	6.2	c/día/médico
Preventiva	191		

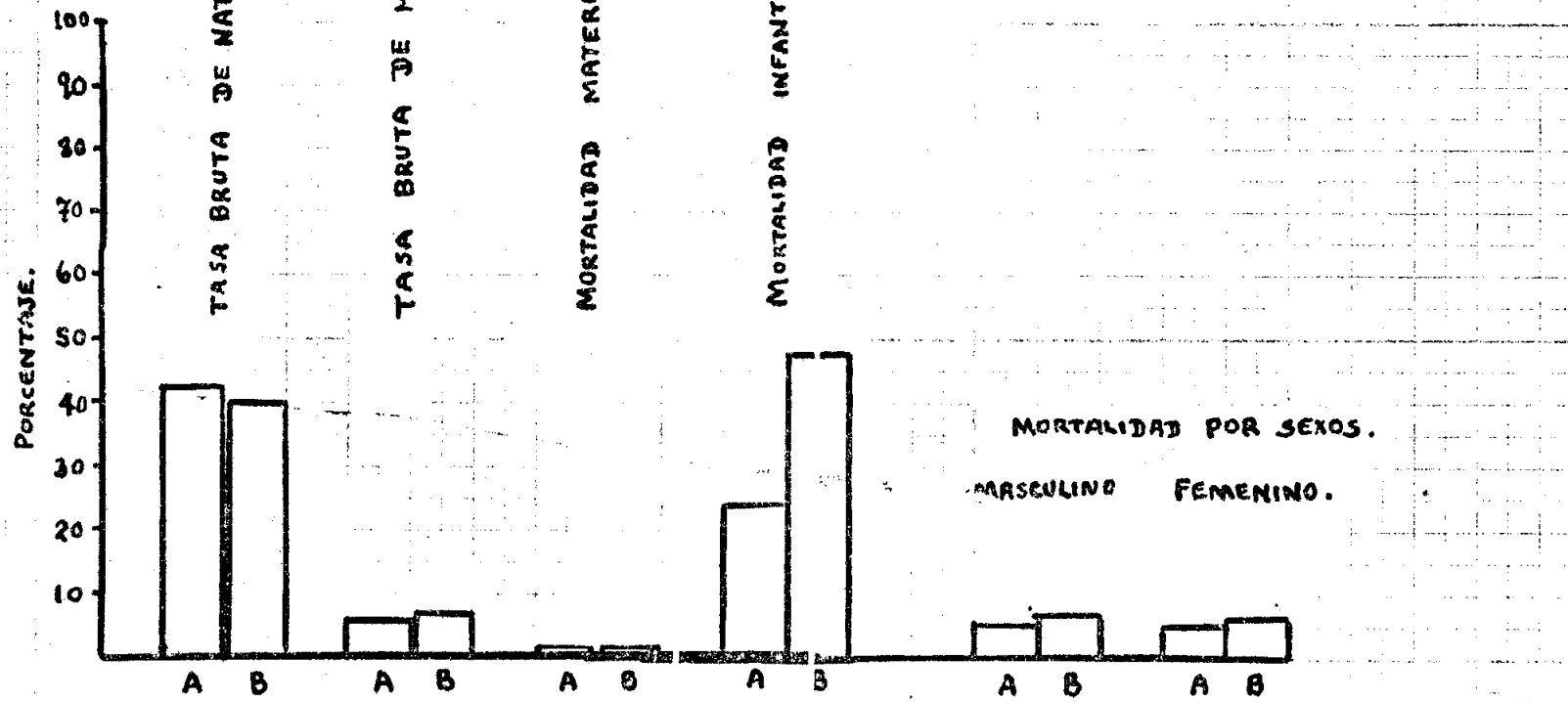
ENVIOS:

A 2do. nivel	2,166	9.1%
A 3er. nivel	137	9.5%

ENSEÑANZA:

Se imparte un curso de pregrado para alumnos de tercer año de la Facultad de Medicina.

HECHOS VITALES.



A: D. BENITO JUAREZ. B: PAIS.

FUENTE: Dirección Gral. Est. S.P.P. 1979.

TASAS POR 1000 Hbts.

F-7

DR. STAFF.

MORTALIDAD GENERAL Y TASA DE MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL (Anexos 9 y 10)

a) Mortalidad en el área de influencia de la Clínica 28 y del país.

Tasa bruta de mortalidad	9.02	8.41
Tasa de mortalidad materna	1.19	1.18
Tasa de mortalidad neonatal	26.11	26.33

b) Morbilidad.

Cinco principales causas de consulta durante 1981 en la clínica 28 fueron:

Enfermedades de las vías respiratorias	42,119	38.53%
Enfermedades del aparato digestivo	31,741	29.04%
Enfermedades del corazón y vasos	10,035	9.18%
Caries	9,949	9.10%
Diabetes Mellitus	5,493	5.02%
Total	95,417	90.95%
Otras	9,881	
	105,298	consultas/año

COBERTURA DE INMUNIZACIONES:

En la encuesta hecha en 4,481 niños menores de 6 años se encontró:

Protegidos con TRIPLE	95%
Protegidos con SABIN	95%
Protegidos con B.C.G.	78%
Protegidos contra SARAMPION	68%

NECESIDADES SOCIALES:

Normativas. Los médicos que prestan el servicio, desean una mejor organización en la entrega de expedientes así como de su conservación.

Sentidas no expresadas. Se desconocen.

Sentidas expresadas. Desean trato preferencial.

Comparativa o por envidia. No se conocen.

DEMANDA.

Satisfecha. Consultas normales 18,395 mensuales, lo que representa que cada médico familiar atiende el 15.9% de consultas por día y por jornada.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

Real se desconoce.

Anticipatoria (probabilística). No se conoce.

PROGRAMAS:

Prioritarios: a)inmunizaciones, b) planificación familiar.

Cobertura: Detección oportuna del cáncer, detección de fiebre reumática, detección de diabetes mellitus.

DISPONIBILIDAD:

Recursos físicos: Unidad de Medicina Familiar de tres pisos con 30 consultorios para Medicina Familiar y cuatro consultorios de Odontología, además servicio de Rayos X, Urgencias y Laboratorio Clínico.

Recursos Humanos: Médicos Familiares 58, Médicos de urgencia 17, Odontólogos 8, 80 Asistentes de Médicos, 8 Trabajadoras Sociales, un Epidemiólogo, un Departamento de Dietología. El cuerpo directivo de la unidad, un Director y dos ayudantes de la dirección y un Administrador. Enfermeras - Auxiliares de Enfermería.

ACCESO:

No hay problemas de localización ya que la zona cuenta con una amplia red de vías de comunicación, con avenidas, ejes viales y líneas de Metro y autobuses

Además el acceso en tiempo es cubierto por la existencia de dos turnos de Medicina Familiar y Servicio de Urgencias las 24 horas.

ACEPTACION:

El 71% de la población adscrita (193,013), considera satisfactoria la atención médica y adecuadas las instalaciones

CALIDAD: Es buena, basada en el promedio de consulta para cada médico familiar.

COSTO: No se conoce.

PROBLEMAS: Las enfermedades infecciosas de las vías respiratorias y del aparato digestivo constituyen el 67.57% de la demanda de consulta médica.

PROPOSITOS:

De impacto: Disminuir la frecuencia de enfermedades de vías respiratorias y de aparato digestivo.

De producto: Disminuir el ausentismo en los Centros de Trabajo.
Disminuir la demanda en la consulta.

OBJETIVOS.

Generales: Disminuir la demanda de atención médica por enfermedades de vías respiratorias y enfermedades del aparato digestivo, mediante programas de mejoramiento del ambiente y programas de educación higiénico-dietéticas.

Específico: Disminuir la morbilidad en un 50% en 2 años.

PROGRAMA EXTENSIVO:

Con el objeto de disminuir la demanda de atención médica, por enfermedades de "vías respiratorias" y la morbilidad en, un 50% y dos años.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL:

Desde el punto de vista legal, tanto de la ley federal del trabajo, como de la ley del seguro social, no existen limitaciones para la implantación de este programa. En cuanto a financiamiento, será cubierto por el presupuesto de gastos de la institución.

Patrones de uso: Tipo de acomodo, consulta principalmente servicios de medicina oficial.

Frecuencia: Más de cinco consultas al año. Edades: todas.

Prevalencia de enfermedad: Región, clima y estación.

Estructura familiar: Desconocida.

Ingreso: Alto

Modelo: Biomédico.

PROCESO:

A. PLANIFICACION.

1. Propósitos:

1.1 De impacto: Disminuir el grado de contaminación ambiental

1.2 De producto: Estimular al gremio médico para que se compenetre de la magnitud del problema, de enfermedades de las vías respiratorias.

1.3 Marginal: Mejorar la relación médico-paciente.

2. OBJETIVOS:

2.1 Que el 90% de la población derechohabiente, en término de 6 meses conozca los riesgos de contaminación ambiental, como causa de enfermedades respiratorias.

2.2 Estandarizar en el 90% de los médicos en término de meses, la conducta terapéutica más adecuada para el tratamiento de las enfermedades de las vías respiratorias.

2.3 Resolver en el término de un año, que el 90% de los vehículos de motor, tengan mecanismos adecuados para la combustión interna (cuanto a la eliminación de desechos).

3. POLITICAS.

Explícitas:

3.1 Disminuir el grado de polución del aire.

3.2 Establecer mecanismos para que los vehículos automotores disminuyan la producción de desechos de la gasolina.

3.3 Determinar los fármacos a utilizar en el tratamiento de las enfermedades de vías respiratorias superiores.

4. ESTRATEGIAS:

4.1 Formar grupos con personal médico y paramédico que realicen programas educativos a la población derechohabiente.

4.2 Establecer una relación entre las autoridades médicas (IMSS, ISSSTE, SSA, SM. DDF) y Delegaciones (política Benito Juárez), para que éstas dicten las medidas pertinentes que disminuyan el grado de contaminación (normas de uso de vehículos).

4.3 Utilización de estadísticas mensuales a nivel de farmacia, para establecer el uso más frecuente de los fármacos empleados en el tratamiento de enfermedades de vías respiratorias.

ORGANIZACION:

I. Funciones:

1. Médico asistenciales:

1.1 Diagnóstico: Se determinó que el 67.7% de las consultas lo constituyen las enfermedades infecciosas de vías respiratorias; condicionado a los factores ambientales, por el alto grado de contaminación.

1.2 Prevención: Se realizarán programas orientados a la población y a los conductores y empresas de autotransportes con el fin de disminuir la polución del aire.

1.3 Terapéutica: Fundamentalmente, dado por los programas de prevención y tratamiento curativo a los casos que se presentan en la unidad.

1.4 Control: A través de la información, estadística y contabilidad.

1.5 Rehabilitación: Terapia física, orientada a las funciones respiratorias.

2. Administración:

2.1 Implementación: Se dotará con los recursos humanos, físicos, técnicos y materiales, con el fin de disminuir la contaminación ambiental.

2.2 Implantación: Una vez finalizada la implementación, se implantará el programa.

2.3 Coordinación: Entre la dirección de la unidad, Secretaría de Salubridad, ISSSTE, Servicios Médicos del DDF, DIF, Delegación 5 del IMSS y Delegación Política Benito Juárez.

2.4 Abastos y suministros: Será proporcionado por la unidad de abastos de la Delegación.

2.5 Sistema de información: Se utilizará el sistema de información integrado.

2.6 Mantenimiento: Se utilizará el servicio propio para mantener la unidad en condiciones físicas y técnicas adecuadas.

2.7 Integración: Supervisión, para el cumplimiento de los pasos de la planificación.

3. INVESTIGACION:

Se utilizará la investigación social y de servicios de salud.

4. EDUCACION:

Enseñanza. Programa.

Marco Teórico Conceptual: Ley del Seguro Social
Financiamiento. Cargo a presupuesto de la unidad.

Propósito: Que el personal médico y paramédico, adscrito a la unidad de medicina familiar No. 28, se compenetre en la importancia del problema de la contaminación ambiental (polución del aire) como causa de enfermedad respiratoria.

OBJETIVOS:

1. El personal médico y paramédico conocerá en una semana la influencia de la contaminación ambiental como causa de enfermedad respiratoria.

2. El personal médico, estará capacitado para informar al 100% de su población adscrita de los riesgos de la contaminación ambiental.

3. El personal médico y paramédico, demostrará las medidas de higiene personal e higiene ambiental a sus pacientes una vez establecida la enfermedad de las vías respiratorias.

El grupo estará formado por el Director Médico, Médico Epidemiólogo, Enfermera Sanitarista, Trabajadora Social y Asistente Médico. Además personal procedente de la Dirección de Saneamiento Ambiental de la S.S.A.

El programa se llevará a cabo durante una semana, de la cual se ocupará una hora diaria. Consistirá en sesiones como método directo de enseñanza, utilizando las conferencias, taller, mesa redonda y material audiovisual. Al inicio de este programa se practicará una evaluación escrita del tipo de respuesta libre que se repetirá al final del programa.

Costos: $75,000.00

II. TECNOLOGIA:

Se utilizará el tipo de tecnología intermedia y del tercer tipo (Rx, laboratorio clínico, equipos audiovisuales).

III. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:

En base al organograma de la UMF No. 28
Física: El edificio de la UMF No. 28.

IV. PERSONAL:

De acuerdo a los recursos humanos con que cuenta nuestra unidad, se conformará de la siguiente manera: El Director Médico, 58 Médicos Familiares, 8 Trabajadoras Sociales, un Médico Epidemiólogo, una Enfermera Sanitarista, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería.

C. DIRECCION.

El grupo planificador estará formado por: Director Médico, Epidemiólogo, Enfermera Sanitarista y un representante por los Médicos Familiares y Personal de Enfermería. Con asesoría de la Secretaría del Mejoramiento del Ambiente.

Según el Gred Gerencial se utilizará el nivel 5.5.

D. CONTROL:

Se realizará en base a técnicas de información estadística y contabilidad.

Se emplearán como indicadores las tasas de mortalidad.

PROBLEMA	PROPOSITOS		OBJETIVOS	TIEMPO
ALTA DEMANDA DE ATENCION MEDICA POR ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS. CONTAMINACION DEL AIRE	IMPACTO	DISMINUIR EL GRADO DE CONTAMINACION AMBIENTAL.	Que el 90% de la población derechohabiente conozca los riesgos de la contaminación ambiental (Polución del aire) como causa de enfermedad respiratoria.	6 MESES
	PRODUCTO	Estimular en el gremio médico la magnitud del probleme de las enfermedades de las vías respiratorias, como consecuencia de la contaminación ambiental	Estandarizar en el 90% de los médicos, la conducta terapeútica más adecuada en el tratamiento de las enfermedades de las vías respiratorias.	6 MESES
	FINALES	Mejorar la relación médico-paciente.	Resolver que el 90% de los vehículos de motor tengan mecanismos adecuados para eliminación de gases por combustión interna.	1 AÑO

VARIABLE INSTITUCIONAL	COSTO	OBJETIVO INTERMEDIO	TIEMPO	RECURSOS	COSTO
DIRECTOR MEDICO PERSONAL MEDICO FAMILIAR EFIDEMIOLOGO ENFERMERA SANITARISTA. TRABAJADORA SOCIAL AUXILIARES DE ENFERMERIA.	Cargo al presupuesto de gastos de la U.M.F.	Programa educativo orientado al personal de la Unidad para la divulgación a la población de los objetivos primarios	COS SEMANAS	HUMANOS Director médico Epidemiólogo Enfermera sanitarista FISICO Aula. U.M.F. Trabajo de campo MATERIALES Proyectores Papelería en gral	50,000.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 9

PARTICIPANTES:

DR. ROBERTO GONZALEZ MORALES
DR. FRANCISCO JAVIER DOMINGUEZ ABARCA
DR. ARNULFO SANDOVAL CORDERO
DR. ALFONSO FERNANDO MOSTALAC MARTINEZ

1. INTRODUCCION.

Para que un Directivo ejerza sus funciones en forma adecuada, es necesario que conozca las características de la población a la que va a prestar sus servicios. El presente trabajo va encaminado con fines educativos, a fin de que los integrantes del Grupo No. 1 del curso de ORGANIZACION Y - DIRECCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS, que se imparte en el C.I.E.S.S., pongan en práctica los conocimientos impartidos y en su momento sean aplicados a la colectividad donde presten sus servicios.

2. CONTEXTO.

CARACTERISTICAS GENERALES:

- Nombre y tipo de Unidad.
- Unidad de Medicina Familiar No.9.
- Fecha de Inauguración.
- Enero 1948.
- Ubicación.
- Av. Revolución y Calle 7, Col. San Pedro de los Pinos, Código Postal 01180
- Límites Geográficos.
  La Jurisdicción bajo el control de la Clínica No. 09 del I.M.S.S., se encuentra al Sur-oeste del D.F., tiene la forma de herradura entre cuyas ramas se localiza la Clínica No. 12 del I.M.S.S., consideraremos por lo tanto el límite exterior e interior de la herradura en sus ramas Norte y Sur.

- Límite Exterior Oriente.- Principia al sur en la calle de Molinos y cruce con Boulevar Adolfo López Mateos, se prolonga hacia el norte - por la Av. Diagonal de San Antonio, Patriotismo, Av. Juanacatlán hasta el cruce con la Calzada de Tacubaya, siguiendo por ésta hasta la calle Argáez.

- Límite Exterior Norte.- Principia en el cruce de Argáez y Constituyentes, sigue por esta última, hasta el entronque con la carretera -- México-Toluca (incluyendo Rancho Nemetla).

- Límite Exterior Sur.- El límite sur se inicia en la calle de Molinos y su cruce con el Boulevar Adolfo López Mateos (anillo periférico) y se dirige hacia el poniente por las calles de Molinos, Rosa Trepadora hasta Barrancas.

- Límite Interior Oriente.- Se inicia en la Av. Central, continúa por Sur b18 hasta División del Norte, al llegar a la Calle de Jilguero sigue esta hasta la Av. Acueducto.

- Límite Interior Norte.- Sigue la Calzada Acueducto hacia el occidente hasta los límites con el Estado de México (incluyendo Rancho Nemetia).

- Límite Interior Sur.- Se inicia en Av. Central hacia el poniente hasta llegar al camino de Minas continúa por el mismo hacia seguir el curso del Río y la Barranca de Becerra quedando abierto en los límites con el Estado de México.

- Topografía.-

  Se caracteriza hacia los límites interiores por la presencia de lomerías, laderas y barrancas, que dificultan el traslado a la Unidad de colonias ubicadas al occidente, con barrancas y minas de arena, entre las que destacan las Barrancas de Becerra y del Muerto, así como las que forman en su cauce algunas corrientes de agua.

- Vientos Dominantes.-

Primer Trimestre:	Norte.
Segundo Trimestre:	Noroeste.
Tercer Trimestre:	Oeste.
Cuarto Trimestre:	Suroeste.

- Hidrografía.-

  Actualmente todos los ríos se encuentran entubados.

- Relaciones con otras Unidades del I.M.S.S.-

  El área de la Clínica No.9, colinda hacia el norte con la Clínica No. 1, hacia el sur con la Unidad de Medicina Familiar con Hospitalización No. 8 (Hospital General de Zona San Angel), al oriente con la Clínica No. 28, y en la parte central está ubicada la Clínica No. 12.

- Aspectos Demográficos.-

La población ubicada en la zona de influencia de la unidad es muy heterogénea, pues cuenta con colonias de clase media y media alta como son la Escandón, San Pedro de los Pinos, Condesa, Hipódromo-Condesa, Tacubaya, San Miguel Chapultepec, Colonias del Sur en don de los valores sociales son diferentes a las del resto de la pobla ción y la demanda de atención médica en forma comparativa es menor.

En el resto de las colonias ya mencionadas anteriormente está forma da por población de clase baja, obreros, zonas marginadas formadas y habitadas por paracaídistas inmigrantes internos y externos (Capu lín, Chorrito) y resto de colonias ubicadas al Noroeste y Suroeste de la Unidad, en donde se encuentran localizadas barrancas, que ha-cen difícil su acceso a la misma y no cuentan con servicios públicos el nivel educativo de esta población marginada está constituído en su mayor parte por analfabetas (58 % censo 1970) y un porcentaje - muy bajo de habitantes tienen instrucción primaria.

El ingreso per capita es bajo (sueldo mínimo o menor a éste), se encuentra presente el hacinamiento.

- Servicios Sociales.-

Escuelas Primarias Oficiales : 54
Escuelas Primarias Particulares: 23
Jardines de Niños: 18
Bibliotecas : 4
Escuelas Asistenciales Amiga de la Obrega: 3
Registro Civil : 2
Hogar Sustituto: 3
Instituciones de Salud:
Clínicas I.S.S.S.T.E.: 4
Hospital I.S.S.T.E.: 1
Tiendas I.S.S.S.T.E.: 1
Educación media:
Secundarias: 8
Preparatorias: 1
Escuelas Técnicas: 3
Educación Superior:
Universidad Femenina.
Universidad La Salle.

- Fábricas e Industrias varias.
- Embajadas:
  U.R.S.S.

- Valores Sociales.-

Los valores de la población varían de acuerdo al nivel socio-económico de que se trate; así vemos que en la población de nivel bajo, los valores predominantes son de tipo religioso al cual le dan mucha importancia, sin embargo a pesar de él han modificado sus conductas aceptando más abiertamente los programas de Planificación - Familiar, sabiendo que de antemano si no lo aceptaban sí practicaban soslayadamente el aborto provocado.

El sexo y los aspectos sexuales se tratan aún como tabús en este nivel por los ancianos y adultos, sin embargo son frecuentes los - delitos sexuales a menores.

Los valores morales son rígidos predominando el "Machismo" pero - existe una distorsión de los mismos valores morales en población adolescente existiendo drogadicción, pandillerismo, alcoholismo, y delincuencia juvenil.

Como ya mencionamos que predomina el "Machismo" la figura representativa que domina en los núcleos familiares es el hombre.

En la población de clase media que es el otro tipo de población - que se encuentra en la zona, los valores religiosos igualmente tienen relevancia, pero en menor cuantía. Los aspectos sexuales son tratados más libremente. Los valores morales son menos rígidos; el alcoholismo se considera de tipo "Social" y la drogradicción si no es aceptada si es "Tolerada".

El valor que se le considera al hombre y a la mujer es casi el mismo, influído esto por el gran número de familias en que ambos padre y madre trabajan.

- Lideres.-

  Entre sus lideres naturales se a detectado, al sacerdote de la parroquia, los maestros de las escuelas y jardines de niños y otros.

SISTEMA DE SALUD.-

- Distritos Sanitarios:

  Los distritos sanitarios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia cuentan con una cabecera Distrito y Centros Subsidiarios.

- Vivienda.-

- Número de Viviendas que forman la población.
  Dato no registrado.

- Materiales de construcción:

  En las colonias de clase media y media alta los materiales empleados en la construcción son :tabique, varilla y cemento.

  En las colonias de clase baja y zonas marginadas los materiales empleados en la construcción son: adobe, ladrillo, madera y cartón.

- Vivienda.-

Con agua entubada:	70%
Con drenaje:	75%
Con piso de tierra:	10%
Con energía eléctrica:	90%

- Habitación.-

Miembros por familia:	6.7
Cuartos por casa habitación:	2.5
Habitantes por casa habitación:	8
Ocupantes por cuarte:	4

- Alimentación.-

La alimentación varía de acuerdo a las clases sociales; en la clase baja y zonas marginadas es deficiente en calidad y cantidad, - difícil adquisición, precio alto, los hábitos de limpieza tanto - en los utensilios como durante la preparación de la comida, así - como en su manejo y conservación son totalmente deficientes. En la clase media y media alta los hábitos higiénico-dietéticos son aceptables dadas sus condiciones socio-económicas.

- Empleo:

Población económicamente activa 28% (1980).

Ingreso mensual promedio: se desconoce.

Se desconoce la porción de hombres y mujeres que trabajan, horas de trabajo, vacaciones, así como factores de contaminación mental y social.

Se encuentran localizadas en la zona de influencia de la Unidad, - otras Instituciones de Seguridad Social, como son: 4 clínicas del I.S.S.S.T.E., 1 Hospital del I.S.S.S.T.E., y por parte de la S.S.A. dos centros subsidiarios. Las relaciones institucionales existentes son únicamente de coordinación de acciones en caso de campañas epidemiológicas específicas, concretamente en campañas de Vacunación masiva a la población, con el objeto de distribuirse la zona geográfica y no superponer las acciones.

4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.-

Diez principales motivos de consulta (1982).

1.	Infecciones respiratorias agudas :	35644
2.	Padecimientos bucodentales:	16149
3.	Embarazos:	11373
4.	Helmintiasis :	6681
5.	Diabetes Mellitus:	6417
6.	Dotación Láctea (ayuda de lactancia):	5483
7.	Hipertensión arterial escencial:	3168
8.	Otros trastornos del dorso y el no especificado : Dorsalgias, lumbalgias, procesos degenerativos de columna, mal formaciones congénitas de columna.	2660
9.	Control del niño sano (revisión mensual de niños para control de peso y talla).	2483
10.	Trastornos de la conjuntiva.	2265

De los motivos de consulta antes enunciados, las infecciones respiratorias agudas, padecimientos bucodentales, las helmintiasis, son padecimientos que se presentan con mayor frecuencia en la población infantil, destacando el hecho de que las madres ya acuden a la unidad a solicitar su ayuda de lactancia y el control mensual de su niño, procedimientos ambos que con una adecuada orientación médica pueden disminuir la incidencia de tales padecimientos. Por otra parte cabe detectar que los embarazos como motivo de consulta se encuentran en el 3er. lugar, hecho muy importante ya que destaca la necesidad de incrementar las acciones de Planificación Familir a través del programa específico para ello con que cuenta la unida pero por otra parte también es significativo el hecho de que las futuras madres no acuden con la debida oportunidad y frecuencia al control de su embarazo.

La Hipertensión Arterial como motivo de consulta, va ocupando un lugar importante en la comunidad, debido a que está dejando de ser un padecimiento de clases sociales altas y se está generalizando sobre todo en personas adultas, debido en gran parte a situaciones de Stress como sucede en las etapas iniciales de la misma.

Las Lumbalgias, dorsalgias producidas por trastornos crónico-degenerativos, enfermedades profesionales o como secuelas de accidentes de trabajo, son un motivo frecuente de consulta en población adulta, al igual que las conjuntivitis.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD .	NUMERO	%
1. Infecciones respiratorias agudas.	35664	48.2
2. Infecciones intestinales	10666	14.4
3. Helmintiasis	6681	9.
4. Diabetes Mellitus	6417	8.6
5. Hipertensión escensial	3168	4.2
6. Dorsalgias y lumbalgias	2660	3.5
7. Trastornos de la conjuntiva	2260	3.
8. Gastritis y duodenitis	2226	3.
9. Cistitis, uretritis, infecciones del aparato urinario.	2106	2.8
10. Amibiasis	2065	2.7

Las tres primeras causas de morbilidad y la última se presentan con mayor frecuencia en población infantil, son padecimientos infecto-contagiosos y representan claramente el nivel socio-económico predominante de nuestra población de la zona de influencia, y son representativos - de países subdesarrollados; son padecimientos que teóricamente podrían ser abatidos con acciones específicas de educación a la población derechohabiente, sin embargo hay que tener en cuenta que gran parte de la población en tiempo de lluvias queda incomunicada o sus casas destruidas (por los materiales que usan en su construcción), no cuentan con los servicios públicos necesarios (agua, luz, drenaje) su nivel educativo es bajo, condicionantes todos ellos que influyen de gran manera en tales padecimientos y no pueden ser abatidos solo con acciones educativas, sino que es necesario la participación de las autoridades gubernamentales.

Las demás causas de morbilidad se presentan en población adulta con mayor frecuencia, empiezan a destacarse la aparición de padecimientos crónico-degenerativos como la D.M., Hipertensión, gastritis que reflejan en parte situaciones de Stress de la población condicionada por situaciones vivenciales de la propia comunidad y del país, padecimientos que exigen un control periódico y que se encuentran incluídos en las primeras causas de Mortalidad que veremos a continuación.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD.	NUMERO	%
1. Atenciones perinatales.	41	33.3
2. Diabetes Mellitus	19	15.4
3. Enfermedad isquémica del corazón	16	13
4. Enfermedad cerebro-vascular	10	8.1
5. Neumonía	8	6.5
6. Hipertensión escencial	7	5.6
7. Tumor maligno de traque,bronquios y pulmón	6	4.8
8. Traumatismo intracraneal	6	4.8
9. Glomérulonefritis	5	4
10. Anomalías congénitas.	5	4

La estadística con que contamos acerca de las causas de mortabilidad - no es del todo confiable, ya que gran parte de ella proviene de casos aislados que fallecen en los Centros Hospitalarios, no contamos con un mecanismo de captación que nos permita captar la totalidad de las causas de defunción de los derechohabientes, ya que en muchas ocasiones solicitan el Certificado Médico a Médicos Privados, nuestros sistemas de información institucionales no son del todo eficientes como quisiéramos y muchos casos se pierden por un subregistro de los mismos.

Sin embargo cabe destacar con lo que contamos que gran parte de las - causas de defunción son debidas a padecimientos crónico-degenerativos.

NECESIDADES SOCIALES.-

NECESIDADES NORMATIVAS:

a) De las Autoridades:

- Elevar la calidad de la Atención Médica.
- Disminuir los tiempos de espera en Medicina Familiar y Odontología.
- Evitar el rechazo por el Médico Familiar de los pacientes que - acuden en demanda de atención.
- Elaborar programas de capacitación y adiestramiento para el personal de la unidad.
- Fomentar y promover los programas de Educación Médica Contínua.
- Difundir y promover el Programa de Planificación Familiar.
- Difundir y promover los Programas de Odontología.
- Difundir y promover los Programas de Medicina Preventiva.
- Supervisar el cumplimiento de los Programas de la Unidad.

b) De los Proveedores de Servicios:

- Suministro oportuno y suficiente de medicamentos necesarios.
- Suministro oportuno de Material de Curación.
- Suministro oportuno de Material de Rayos X.
- Cumplimiento y respeto al Contrato Colectivo de Trabajo.
- Programación a cursos de enseñanza en otras Unidades.
- Mejorar las relaciones humanas con el cuerpo de Gobierno de la Unidad.

c) Necesidades sentidas y no expresadas:

- Se desconocen.

d) Necesidades Sentidas y expresadas (del Usuario).

- Recibir mejor atención médica.
- Recibir mejor trato por parte del personal.
- Disminuir tiempos de espera.
- Información útil y oportuna de los servicios que se prestan.
- No rechazar su demanda de atención médica.
- Contar en la unidad con los medicamentes prescritos.
- Contar en la unidad con material de curación y rayos X.

NECESIDADES COMPARATIVAS.

- Remodelación de la Unidad.
- Renovación de mobiliario y equipo de acuerdo a necesidades y nivel de atención.

DEMANDA.

- Satisfecha (1982) 289,488
- Real (1982) Se desconoce.
- Probabilística (1983) 318,436

PROGRAMAS .

Los programas de la Unidad son:

- Prioritarios: Planificación Familiar Voluntaria, Orientación Nutricional, Educación para la salud.

- Extensivos: Coordinación técnica administrativa, enseñanza Médica continua, capacitación para el trabajo, suministro adecuado de medicamentos, suministro de material de curación, suministro de material de rayos X y programas de Medicina preventiva.

Los recursos con que cuenta cada programa son variables, y dependen de políticas en muchas ocasiones que escapan a nuestro dominio. Así tenemos que al Programa de Planificación Familiar se le han brindado todos los apoyos y recursos institucionales, como médicos específicos para Planificación Familiar, folletos, implantación de cursos verticales emanados de la Jefatura de Planificación Familiar, supervisiones continuas por la propia Jefatura, formación de un Comité de Planificación en la propia unidad, etc., situaciones que si bién comprendemos son emanadas de necesidades de carácter nacional, actuan en prejuicio del resto de los programas los cuales en ocasiones no cuentan con nada más que buenas intenciones.

El Programa de Orientación Nutricional cuenta con la participación de todos los Médicos Familiares los cuales desarrollan detecciones del estado nutricional en niños de 0 a 5 años, envío a dietología en casos de desnutrición para orientación a la madre sobre aspectos higiénicos-dietéticos, pláticas a la población por trabajo médico-social sobre los mismos aspectos, detecciones por el Servicio de --

Medicina Preventiva,orientaciones a la madre por los propios Médicos Familiares, aspecto que es el que más incide en "tratar" de corregir el estado nutricional cuando este existe. En este programa se encuentra incluído el control del niño sano y la ayuda de lactancia que juegan un gran papel por lo menos en el primer año de vida con el objeto de tratar de elevar el nivel nutriconal de nuestros niños y de esta manera preservar la salud y mantenerla.

Los Programas de Medicina Preventiva cuentan con los recursos propios de medicina preventiva (Médico, enfermeras, material y equipo) aunque los médicos familiares inciden directamente en los subprogramas (D.O.D. D.O.C. Detección de Fiebre Reumática, Inmunizaciones, Detección de T.B. Venereos) en forma positiva, realizando las detecciones, iniciando tratamientos, canalizando al servicio para acciones específicas o valoraciones de casos, todo ello condicionado por la conciencia que se ha logrado crear en el médico acerca de la importancia de acciones preventivas y la aplicación de métodos específicos que incidan en la atención diaria a derechohabientes.

Los Programas de Educación para la Salud, Enseñanza Médica Continúa, etc., no funcionan adecuadamente en parte por carencia de recursos y cuando los tienen como en el caso de los Jefes de Departamento -- Clínico por apatía de los mismos y falta de supervisión de la Dirección de la unidad, lo que ocasiona que se dediquen a todo y que sus acciones y programa de supervisión no lo ejecuten en forma adecuada organizada y sistematizada.

Otros programas como son los de conservación y dotación de medicamentos, material y equipo de curaciones, rayos X debido al momento histórico que estamos viviendo y a las políticas mal entendidas de austeridad y no de optimización no pueden ser aplicados satisfactoriamente.

DISPONIBILIDAD.

La Unidad cuenta con los siguientes recursos para la Atención Médica:

- Recursos físicos:

1.1. Superficie total 2176 mts.2
1.2. Superficie construída 3 473 mts.2.
1.3. Areas verdes 298 mts. 2
1.4. Superficie de estacionamiento 627 mts.2.
1.5. Consultorios de Medicina Familiar 28
1.6. Area de Urgencias: Consultorios 3
Sala de curaciones 1
Camas tránsito 2
Cunas tránsito 6

1.7. Farmacia	1
1.8. Control de Prestaciones	1
1.9. Gabinete de Rayos X	1
1.10.Laboratorio de Análisis Clínicos	1
1.11.Puesto de Sangrado	1
1.12.Oficinas de los Jefes de Departamento Clínico	3
1.13.Oficina de Trabajo Médico Social	1
1.14.Servicios de Medicina Preventiva	1
1.15.Departamento de Conservación	1
1.16.C.E.Y.E.	1
1.17.Subalmacén	1
1.18.Vestidores (hombres y mujeres)	4
1.19.Servicio Sanitarios Público.	4
1.20.Area de Gobierno	1
1.21.Auditorio	1
1.22.Unidad Móvil para uso administrativo	1
1.23.Consultorio de dental	5
1.24.Consultorio de planificación familiar	1

2. Recursos Humanos:

2.1. Director de la Unidad	1
2.2. Administrador	1
2.3. Jefes de Departamento Clínico	6
2.4. Médicos Familiares	66
2.5. Médicos No Familiares (Urgencias)	12
2.6. Odontologos	9
2.7. Médico de Planificación Familiar	2
2.8. Personal de Enfermería	43
2.9. Personal Administrativo	56
2.10.Personal de Intendencia	35
2.11.Personal de Radiología	6
2.12.Personal de Laboratorio.	28
2.13.Personal de Farmacia.	11
2.14.Asistentes medicos	71
2.15.Personal de Trabajo Social	10
2.16.Dietista	1
2.17.Personal de Conservación	8
2.18.Personal de Transportes	1
2.19.Personal de Puesto de Sangrado	3
TOTAL	370
Empleados por 1,000 derechohabientes	3.4

3. PRINCIPALES INDICADORES.

1.	No. de Población adscrita a Medicina Familiar	125,838
2.	% de Adscripción a Medicina Familiar	90
3.	Promedio mensual de consultas otorgadas	24,124
4.	Promedio de Población por Médico Familiar	2,247
5.	Promedio de Beneficiarios por asegurado	2.35
6.	Médicos por 1,000 usuarios	2.2
7.	Promedio por consulta por horas médicas	2.29
8.	Promedio de consultas de Urgencias/hora	1.67
9.	Promedio de consultas Dentales/hora	1.63
10.	% de recetas sobre atenciones médicas	74.13
11.	Exámenes de laboratorio por 100 consultas	30.20
12.	Exámenes de Rayos X por 100 consultas	17.20
13.	Promedio de días por incapacidad expedida	4.24
14.	Días de incapacidad por asegurado al año	2.60

La Unidad de Medicina Familiar es un sistema de atención médica - con población adscrita, que atiende núcleos familiares en forma continua para resolver problemas de primer nivel en forma integral.

Por ser la puerta de acceso a los servicios institucionales se le considera unidad de primer contacto sobre el Instituto Mexicano - del Seguro Social y la población derechohabiente.

PROPOSITO.

Brindar anteción médica integral a núcleos familiares, con calidad, oportunidad y cortesía.

OBJETIVOS.

Resolver a la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar, los problemas de atención médica de primer nivel.

Brindar los servicios de Medicina Familiar al mayor número de derechohabientes.

Fomentar y propiciar la utilización permanente de los servicios de medicina preventiva.

Fomentar las acciones de rehabilitación física, psíquica y social.

Capacitar en forma permanente al personal que labora en la Unidad de Medicina Familiar y a la población que se beneficia orientandola en la utilización de los servicios que se ofrecen.

Realizar las acciones de salud con calidad humana.

ACCESO.

COMUNICACIONES:

- De difícil acceso: El tiempo para acudir a la Unidad varía de hora y media a dos horas y media, dado que los medios de comunicación son escasos y las condiciones geográficas del terreno difíciles. Se encuentran comprendidas en este rubro las Colonias: Barranca de Santa Lucía, Jalalpa, Constituyentes, Bella Vista, Barrio Norte, Olivar del Conde. El caso más patético es el de la Colonia Tolteca, el cual no tiene acceso de camiones, debiendo el derechohabiente caminar una hora para llegar a la Unidad.

- De fácil acceso: Se emplean de 10 a 15 minutos para llegar a la Unidad, encontrándose comprendidas las siguientes Colonias: San Pedro de los Pinos, Escandón, Mixcoac, Tacubaya, San Miguel Chapultepec.

MEDIOS DE TRANSPORTE.

Los medios de tranporte usados más comúnmente son masivos (autobuses y automóviles colectivos).

ACEPTACION.

La aceptación que la población derechohabiente tiene acerca de los servicios prestados por la Institución es favorable en parte, ya que satisface una de sus necesidades que es la de recibir atención médica, aunque el sentir expresado de la misma población es que se mejore el trato, tiempo de espera, oportunidad en la dotación de medicamentos, etc., situaciones algunas factibles de superar y -- tras difíciles de hacerlo, ya que el sentir general es: me descuen

tan y no me proporcionan lo que yo quiero; siendo por lo tanto necesario hacerle sentir que sus necesidades han sido satisfechas y en el caso de que no lo sienta, explicarle que están en camino de satisfacerse y que lo que se le proporciona es lo que necesita, - aunque lo que necesita muchas veces no está ligado con lo que él quiere. Si estas situaciones se conciliaran la aceptación sería aún mayor.

CALIDAD.

El criterio de la población en base a sus demandas, es de buena calidad, sin embargo carecemos de datos de las evaluaciones que se han hecho en base a parametros indirectos como sería: número de consultas, control de un padecimiento X en un tiempo X, etc.

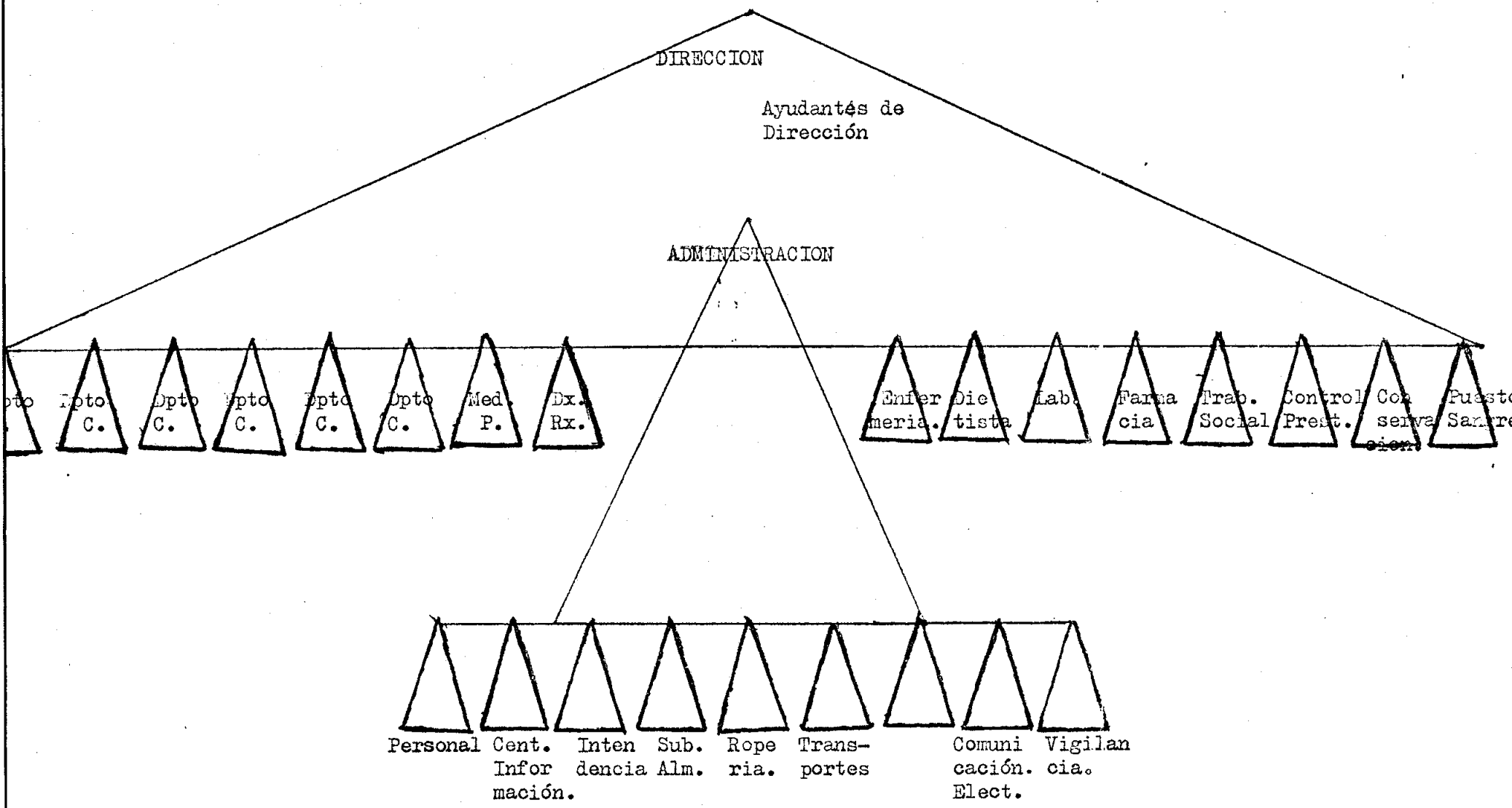
COSTO.

Se desconocen esos datos; sin embargo lo podríamos obtener en base a datos como: número de pacientes por hora vistos por el médico, consumo de materiales, etc.

C L I N I C A D E M E D I C I N A F A M I L I A R No. 9

G-16

ESTRUCTURA POR DELEGACION DE RESPONSABILIDADES A NIVEL DE CUERPO DE GOBIERNO



DETECCIONES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9

M E S	D E S N U T R I C I O N 1 9 8 2				F. R E U M A T I C A		
	0	1	2	3	SOSP.	INVEST.	ENF.
E N E R O	40	0	0	0	0	366	1
F E B R E R O	1556	48	17	0	4	387	2
M A R Z O	1732	0	0	0	0	412	3
A B R I L	776	0	0	0	3	397	0
M A Y O	746	70	13	0	15	300	0
J U N I O	663	81	11	0	0	564	0
J U L I O	834	29	9	0	5	285	0
A G O S T O	1102	65	4	0	18	804	0
S E P T I E M B R E	1021	87	2	0	2	419	0
O C T U B R E	1743	60	6	0	6	812	0
N O V I E M B R E	921	38	11	0	7	623	0
D I C I E M B R E	544	20	8	0	6	1125	0

CODIFICACION:

Desnutrición 0 Eutrofico
Desnutrición 1er. Grado.
Desnutrición 2o. Grado
Desnutrición 3er. Grado.

CAMPAÑA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.9 .

P.P.F.D.		P.P.F.P.		P.P.F.L.		P.P.F.I.		P.P.F.Q.S.		P.P.Q.V.		B A J A S	
la. vez	Subs.	la. vez	Subs.	la. vez	Subs.	la. vez	Subs.	la. vez	Subs.	la. vez	Subs.	la.vez	Subs.
70	234	37	85	39	22	5	11	0	34	1	2	0	25
95	310	83	110	61	64	9	9	0	55	4	1	15	6
106	216	80	94	62	28	13	8	0	41	2	3	26	0
88	225	47	70	54	26	9	8	0	30	8	1	27	0
79	288	42	118	65	21	9	10	0	42	5	1	14	0
158	610	100	163	115	61	15	21	0	74	7	2	29	3
110	353	24	118	48	37	2	11	0	131	4	1	27	0
108	369	37	148	39	46	4	24	0	118	5	8	29	0
82	295	61	103	62	32	5	16	0	64	2	2	0	25
113	295	47	94	49	46	14	8	0	82	2	2	12	0
203	303	87	78	68	32	0	17	0	103	0	3	18	0
175	177	81	79	47	23	26	6	0	100	2	1	14	

P.P.F.D. = Programa Planificación Familiar DIU.
P.P.F.P. = Programa Planificación Familiar Pastilla
P.P.F.L. = Programa Planificación Familiar Local. (Ovulos, espuma, preservativo, etc.).
P.P.F.I. = Programa Planificación Familiar Inyectabl
P.P.Q.V. = Quirúrgico Vasectomía.
P.P.F.Q.S. = Quirúrgico Salpingoclasia.

BIBLIOTECA DE SALUD

GRUPOS DE EDAD	H O M B R E S	M U J E R E S
55 a 59 años	1,616	1,999
60 a 64 años	1,114	1,534
65 a 69 años	1,069	1,379
70 a 74 años	797	955
75 a 79 años	507	655
80 a 84 años	417	475
85 y más	212	333
TOTAL	65,966	67,563

30 de junio de 1982.

PIRAMIDE DE LA POBLACION ADSCRITA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO .

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.9 LOCALIDAD VALLE DE MEXICO .

GRUPOS DE EDAD	H O M B R E S	M U J E R E S
0 a 1 año	426	365
1 a 4 años	5,085	4,909
5 a 9 años	9,079	9,370
10 a 14 años	8,667	8,835
15 a 19 años	5,094	5,498
20 a 24 años	5,703	6,136
25 a 29 años	6,113	6,859
30 a 34 años	5,343	5,692
35 a 39 años	4,366	4,240
40 a 44 años	3,151	3,196
45 a 49 años	2,397	2,717
50 a 54 años	1,810	2,425

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

- VALORES DE LAS AUTORIDADES.-

Se desconocen.

- ASPECTO LEGAL.-

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 123, el Código Sanitario, la Promulgación de la Ley del Seguro Social el 10 de Diciembre de 1943, y las declaraciones del Sr. Presidente de la - República Mexicana, Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, establece las bases y mecanismos por los cuales todo mexicano tiene el "Derecho a la Salud ".

Sin embargo para cubrir las necesidades del "Salud" el Gobierno destina únicamente el 5% del Producto Nacional Bruto .

En nuestro país existen varias Instituciones que brindan atención médica a la población como son la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el -- I.S.S.S.T.E., I.M.S.S., principalmente sin embargo hay que tomar en cuenta a otras Instituciones como Petróleos Mexicanos, D.D.F., Instituciones Bancarias, que prestan igualmente Servicios Médicos en menor cuantía a los Trabajadores de sus empresas.

La Institución en la cual laboramos el Instituto Mexicano del Seguro Social, establece que la salud no es un problema individual sino un problema colectivo, siendo necesario coordinar las acciones que se imparten a cada uno de sus miembros con las que se imparten a los grupos humanos, - esto es las Familias.

Concibiéndose en la actualidad los Servicios del Instituto como un todo, un sistema que vinculo la acción médica que se ejerce sobre el individuo y sobre la familia, con los servicios de las Unidades de Atención Médica, con los programas de Medicina Preventiva y Prestaciones Sociales que promueven en su conjunto la salud de la comunidad.

- ASPECTO ECONOMICO.

Información confidencial no accesible con fondos provenientes de participación tripartita.

- PATRONES DE USO DE LA ATENCION MEDICA.-

Tipo de acomodo.- Servicios Públicos.
Frecuencia.- Más de cinco consultas por año.
Estructura poblacional.- Adultos y menores.
Estructura familiar.- No se conoce.
Prevalencia.- Según edad, sexo, religión y estación.
Accesibilidad.- Alta.
Ingreso.- Medio y bajo.
Sensibilidad.- Dada según el servicio.
Enfermabilidad.- Alta.

PLANIFICACION.

- Mediano plazo de 1 a 5 años.

- PROGRAMAS ACTUALES QUE FUNCIONAN:

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA.

- o Programa de Detección Oportuna de Ca Cu .
- o Programa de Detección Oportuna de Diabetes Mellitus.
- o Programa de Detección del Estado Nutricional.
- o Programa de Detección y Control de Padecimientos Venéreos.
- o Programa de Inmunizaciones.
- o Programa de Educación Médica Contínua.

- PROGRAMAS ACTUALES QUE NO FUNCIONAN:

PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES DEL JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO.

PROGRAMA DE DETECCION DE T.B.

PROGRAMA DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

PROGRAMA DE SUMINISTRO DE MATERIAL DE EQUIPO.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO Y CONSERVACION.

- NUEVOS PROGRAMAS :

PROGRAMA DE APERTURA DEL NUEVO EXPEDIENTE CLINICO.

PROGRAMAS DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO.

- CONCLUSIONES:

Una vez efectuado el análisis de los programas enunciados anteriormente por parte de los proveedores de servicios y autoridades, se determinó por éstas últimas que dada su importancia, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad, es necesario incidir sobre el programa de "Atención Materno-Infantil", en la parte correspondiente a control prenatal.

- PROGRAMAS PRIORITARIOS.-

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA.

PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL.

PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA.

PROGRAMA DE ATENCION MATERNO-INFANTIL.

PROGRAMA DE ACTUALIZACION SOBRE EL CONTROL PRE-NATAL.

- PROBLEMA.-

El desconocimiento de las ventajas del control pre-natal por las pacientes embarazadas, obstáculiza la labor del médico para el diagnóstico preciso y envío oportuno para la atención del parto.

- JUSTIFICACION.-

La Atención Médica proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro - Social deberá otorgarse con calidad, oportunidad y cortesía, premisas que sustentan los principios Institucionales.

Teniendo el Instituto como uno de sus objetivos el preservar y elevar la salud de la población amparada bajo el Régimen de Seguridad Social y considerando a la familia como el cnetro de la Sociedad Humana, es necesario que la preservación de la salud se inicie en la familia misma y más profundamente en los futuros seres humanos aún gestantes en el vientre materno que el día de mañana serán los integrantes de sus propias familias y de la Sociedad.

Para lograr tal objetivo, es necesario que la madre embarazada desde las etapas iniciales defina aspectos generales del embarazo, identifique a groso modo los factores de riesgo y los aplique oportunamente, acción que se traducirá en un control prenatal adecuado y oportuno, auspiciado por los conocimientos adquiridos por la propia madre bajo la tutela Institucional y por el interés que el Médico Familiar demuestre para lograr que el embarazo transcurra en un clima que no cause trastornos a la dinámica familiar.

De está manera se lograrán abatir en forma importante las complicaciones del 1o., 2do. y 3er. trimestre del embarazo, y las tasas de Mortalidad Infantil y mortalidad materna, ya que podrán detectarse las complicaciones en caso de presentarse desde las etapas iniciales, y utilizar los mecanismos de control que permitan el equilibirio y la restauración de la salud del binomio madre-hijo, y su envío oportuno al nivel correspondiente para la atención del parto.

Aún cuando en la Unidad de Medicina Familiar No. 09, el control de embarazo ocupa el tercer lugar con 11,373 atenciones dentro de los 10 primeros motivos de consulta, y se tiene el conocimiento de que cada paciente embarazada acude en promedio a recibir 3 consultas pre-natales durante su período gestacional, se considera necesario por parte de las autoridades, Médicos Familiares, Trabajadores Sociales y Asistentes Médico la implantación de un programa de tipo educativo dirigido a elevar el nivel de conocimientos, que permita en base a lo anteriormente expresado, aumentar el número de consultas prenatales a fin de lograr un adecuado control pre-natal, que permita detectar y controlar oportunamente las complicaciones para la atención del parto.

- PROPOSITO.-

IMPACTO.- Disminuir la mortalidad materno-infantil.

PRODUCTO.- Aplicar los conocimientos adquiridos por el Médico Familiar en la consulta pre-natal.

MARGINADAS.- Enuncian los factores de riesgo del embarazo no controlado a las embarazadas.

- OBJETIVOS.-

GENERALES.- Incrementar en la población gestante adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No.09 el conocimiento de los factores de riesgo que se presentan en el embarazo en cinco días.

SUB'OBJETIVOS.- Que el 80% de las mujeres embarazadas acudan en el lapso de 0/12 a 2 platicas sobre control pre-natal.

Otorgar un curso al 80% de los Médicos Familiares, Trabajadoras Sociales y Asistentes Médico, que les permita enunciar a los derechohabientes los factores de riesgo en el embarazo.

- RECURSOS.-

  HUMANOS.- Director, Jefes de Departamento Clínico, Ginecólogo Programa de Planificación Familiar, Médicos Familiares, Trabajadores Sociales y Asistentes Médicos.

  FISICOS.- Consultorios de Médicina Familiar.
  Auditorio de la Unidad.

  MATERIALES.-Pizarrón, gis, rotafolios, test, equipo de proyección.

- UNIVERSO.- Población gestante adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 09.

- TIEMPO.- Cinco años.

- POLITICA.- Explícita.

- ESTRATEGIAS.- Se organizarán grupos educativos múltidisciplinarios bajo la coordinación del Jefe de Departamento Clínico, que posteriormente permitan impartir pláticas a las embarazadas, a fin de conocer la importancia y necesidad del control pre-natal.

- META.- Al término de cinco años, el 90% de las pacientes que sean canalizadas a segundo nivel para la atención del parto, deberán haber recibido un mínimo de siete consultas pre-natales por el Médico Familiar.

PROCESO.

- FUNCIONES.-

  PREVENTIVAS.- Disminuir las complicaciones del embarazo y parto por la falta de control pre-natal.

  EDUCATIVAS.- - Capacitar al personal de Trabajo Social y Asistentes Médicos, acerca de la importancia del control pre-natal.

  - Actualizar al Médico Familiar para que aplique los conocimientos adquiridos en el control prenatal.

- TECNOLOGIA.-

  PROYECTOR DE TRANSPARENCIAS.

- ESTRUCTURA.-

  Se anexa organigrama.

- PERSONAL.-

  RECLUTAMIENTO.- En el presente programa, se incluirá al 80% de adultos familiares, trabajadoras sociales y asistentes médicos.

  SELECCION.- Se hará de acuerdo a: aptitudes, actitudes, nivel de conocimientos y disposición para integrar los equipos de trabajo que posteriormente otorguen pláticas a las mujeres embarazadas.

  CAPACITACION.- Se capacitará mediante cursos sobre control pre-natal.

- DIRECCION.-

  La dirección del programa, estará a cargo del director de la Unidad de Medicina Familiar No. 08, siendo de tipo demográfico participativo.

  Formación y coordinación de grupos.- Estas actividades serán realizadas por los Jefes de Departamento Clínico, Jefa de Trabajo Social y Coordinadora de Asistentes Médicos.

  Supervisión.- Realizada por el Jefe de Departamento Clínico, quién informará al Director de la Unidad, del curso y logros del programa, detectando las desviaciones a las normas y procedimientos, así como la situación de las relaciones humanas existentes en el grupo, estableciendo los mecanismos para su corrección.

  Liderazgo.- Formal de acuerdo a la investidura de la autoridad quien deberá manejar el liderazgo situacional y reconocer a los lideres naturales con el objeto de que influyan positivamente en los grupos.

Grupo Asesor. - Ginecólogo del Programa de Planificación Familiar.
- Epidemiólogo.

- COSTOS.

Determinados en las tres fases por los salarios de las categorías en planilla y de los materiales educativos.

- ESTANDARES.-

Se aceptarán los rangos de:

- 90% de asistencia del curso.

- 90% del objetivo educativo (nivel de conocimientos).

- INDICADORES.-

Los indicadores para la toma de decisiones en el control del programa están dados en las tres fases:

- Fase de Integración: Tiempo de integración de los grupos.

- Fase de Adiestramiento: Aplicación de un test de pre y post medición que será el mismo.

- Fase de Aplicación: Medidas tomadas y específicadas en el modelo de predecisión.

- AUDITORIA.-

Se hará en base a los documentos existentes que forman parte del programa, tales como el programa mismo, grupos educativos formales, número de pláticas registradas, registro de asistencia, revisión de los test.

RESULTADOS.

- CALIDAD DE VIDA.-

El Programa permitirá elevar el nivel de conocimientos del equipo de salud sobre control pre-natal, lo que redundará en una mejor calidad de vida, en el binomio madre-hijo, y por ende del núcleo familiar.

- EVALUACION DEL SISTEMA.-

RESULTADO INMEDIATO.- Evaluación de los resultados del programa.

RESULTADO MEDIATO.- Evaluación de las metas obtenidas.

DETERMINACION DEL ESTADO DE SATISFACCION DE:.-

- La población en cuanto a su control pre-natal.
- Los proveedores de servicio en relación a si se le han proporcionado los conocimientos para el adecuado control pre-natal.
- De las autoridades en relación a su imágen institucional.

EVALUACION DE: .-

. CONTEXTO .

INSUMOS.

PROCESO.

ADIESTRAMIENTO

RECURSOS

HUMANOS

- DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 09.
- JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO.
- GINECOLOGO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.
- EPIDEMIOLOGO.

FISICOS

- AUDITORIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 09 .

MATERIALES

- PIZARRON.
- GIS.
- ROTAFOLIOS.
- TEST.
- EQUIPO DE PROYECCION.

CONTROL

APLICACION DE UN TEST DE PRE MEDICION Y POST MEDICION QUE SERA EL MISMO, A FIN DE DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS.

COSTO

DETERMINADO POR LOS SALARIOS DE LAS CATEGORIAS EN PLANTILLA Y EL DE LOS MATERIALES EDUCATIVOS.

FASE DE APLICACION

SUB-OBJETIVOS	TIEMPO	RECURSOS	COSTOS	CONTROL
QUE EL 80% DE LOS MEDICOS FAMILIARES APLIQUEN LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS SOBRE CONTROL PRE-NATAL.	CINCO AÑOS	- JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO. - MEDICO FAMILIAR. - ASISTENTE MEDICO. - TRABAJADORA SOCIAL.	DETERMINADOS POR LOS SALARIOS DE LAS CATEGORIAS EN PLANTILLA Y EL DE LOS MATERIALES EDUCATIVOS.	- MENSUALMENTE LA TRABAJADORA SOCIAL INFORMARA AL JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO DEL NUMERO DE EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A 2 PLATICAS SOBRE CONTROL PRENATAL. - MENSUALMENTE EL JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO SUPERVISARA LOS ENVIOS A 2o. NIVEL CAPTANDO EL NUMERO DE GESTANTES QUE RECIBIERON 7 O MAS CONSULTAS PRENATALES, Y MENOS DE 7 CONSULTAS PRENATALES, ESTABLECIENDO EL PORCENTAJE DE AMBAS. - MENSUALMENTE EL JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO RECABARA INFORMACION DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DEL NUMERO DE EMBARAZADAS QUE ACUDIERON PARA LA ATENCION DEL PARTO Y HABIAN RECIBIDO 7 CONSULTAS PRE-NATALES, MENOS DE 7 CONSULTAS PRENATALES Y LAS QUE HABIAN ACUDIDO EN FORMA ESPONTANEA ESTABLECIENDO LOS PORCENTAJES ENTRE AMBAS. - ANUALMENTE EL DIRECTOR DE LA UNIDAD EVALUARA LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ACUERDO A: - % DE GESTANTES QUE ACUDIERON A DOS PLATICAS SOBRE CONTROL PRENATAL. - % DE GESTANTES QUE ACUDIERON A UNA PLATICA SOBRE CONTROL PRENATAL. - % DE GESTANTES QUE NO ACUDIERON A LAS PLATICAS SOBRE — CONTROL PRENATAL. - NUMERO DE EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A LAS DOS PLATICAS Y RECIBIERON 7 O MAS CONSULTAS PRE-NATALES. - % DE MORBI-MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL EN GESTANTES QUE RECIBIERON DOS PLATICAS Y 7 6 MAS CONSULTAS. - % DE MORBI-MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL EN GESTANTES QUE RECIBIERON 6 6 MENOS CONSULTAS. - % DE MORBI-MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL EN GESTANTES QUE NO ACUDIERON A CONTROL.
QUE EL 80% DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES Y ASISTENTES MEDICOS CANALIZEN A LAS DERECHOHABIENTES GESTANTES AL MEDICO FAMILIAR PARA SU CONTROL PRE-NATAL.	CINCO AÑOS			
FORMACION DE SEIS EQUIPOS DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIOS QUE IMPARTAN LOS TEMAS DE CONTROL PRE-NATAL A LAS EMBARAZADAS UNA VEZ POR SEMANA.	CINCO AÑOS			

PROBLEMA	PROPOSITOS	OBJETIVO GENERAL	VARIABLE INSTITUCIONAL	OBJETIVO INTERMEDIO	FASE DE INTEGRACION. SUB'OBJETIVOS	TIEMPO	RECURSOS	CONTROL	FASE DE SUB'OBJETIVOS	TIEMPO
EL DESCONOCIMIENTO DE LAS TENTATIVAS DEL CONTROL PRE-NATAL POR LAS PACIENTES EMBARAZADAS, OBSTACULIZA LA LABOR DEL MEDICO FAMILIAR PARA EL DIAGNOSTICO PRECISO Y EN MIO OPORTUNO PARA LA ATENCION DEL PARTO.	IMPACTO DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL. PRODUCTO APLICAR LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS POR EL MEDICO FAMILIAR EN LA CONSULTA PRE-NATAL. MARGINALES ENUNCIAR LOS FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO NO CONTROLADO A LAS EMBARAZADAS.	INCREMENTAR EN LA POBLACION GESTANTE ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.9, EL CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE SE PRESENTAN EN EL EMBARAZD EN EL TERMIND DE CINCO AÑOS.	DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 09 .	QUE EL 80% DE LAS MUJERES EMBARAZADAS ACUDAN EN EL LAPSO DE DOS MESES A DOS PLATICAS SOBRE CONTROL PRE-NATAL.	FORMACION DE GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS CONSTITUIDOS POR MEDICOS FAMILIARES, TRABAJADORAS SOCIALES Y ASISTENTES MEDICOS.	DEL 11 AL 15 DE ABRIL.	DIRECTOR, JEFES DE DEPARTAMENTO CLINICO, JEFE TRABAJADORA SOCIAL, Y COORDINADORA DE ASISTENTES MEDICOS.	EL 15 DE ABRIL DEBERAN ESTAR INTEGRADOS LOS GRUPOS DE TRABAJO.	OTORGAR UN CURSO AL 80% DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES Y ASISTENTES MEDICOS QUE LES PERMITA POSTERIORMENTE ENUNCIAR A LAS DERECHO-HABIENTES LOS FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO DE NO SEGUIR UN CONTROL PRE-NATAL. CURSO AL 80% DE LOS MEDICOS FAMILIARES QUE LES PERMITA DEFINIR, IDENTIFICAR Y APLICAR LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS SOBRE EL CONTROL PRE-NATAL.	DEL 18 DE ABRIL AL 18 DE JUNIO - UNA PLATICA SEMANAL.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75

PARTICIPANTES:

DR. ALBERTO CASCANTE
DR. NORBERTO REYES
DRA. PATRICIA VINIEGRA
DR. ALFREDO HENRIQUEZ SASSO

CONTEXTO:

Medio ambiente:

La Unidad de Medicina Familiar No. 75, se haya enclavada en el Municipio de Natzahualcoyotl, Estado de México, en una extensión de aproximadamente 60 Km.^{2} , se encuentra delimitada al norte por el Bordo de Xochiaca, al sur la Av. Texcoco, al oriente la Av. Vicente Villada y al poniente la Av. Siete.

Se encuentra a la altura media de 2400 m. sobre el nivel del mar en una basta llanura sin alteraciones topográficas, resultado del relleno paulatino de lo que fuera antaño el Lago de Texcoco, el sistema hidrológico está constituido por lo que queda del Lago de Texcoco y el río de la Compañía; la región carece de manantiales, ojos de agua o veneros, y el agua potable se obtiene de pozos muy profundos.

Clima: Templado, semiseco, con lluvias en verano.

División política: Pertenece al doceavo distrito judicial con sede en la ciudad de Texcoco, su terreno se encuentra dividido en 59 colonias y un Fraccionamiento Industrial.

Comunicaciones y transportes:

La pavimentación alcanza una longitud de 165 Kms. de vialidad, estando pavimentadas únicamente las arterias principales, quedando mil Kms. de calles sin pavimentar. El Municipio se comunica con el Distrito Federal a través de la calzada Ignacio Zaragoza.

Transportes: Aproximadamente 500,000 personas se transportan a sus labores y otras actividades en las zonas fabriles o comerciales del D.F., y en los municipios de Naucalpan, Tlanepantla, Ecatepec, Texcoco y los Reyes, la Paz; para esto se requiere una movilización de unidades de transporte verdaderamente notable, existen en la zona aproximadamente 6500 unidades de transporte urbano, táxis coletivos y de carga en general. - Las principales líneas urbanas son: San Rafael, Aviación, Colonias del Vaso de Texcoco, Chimalhuacan, Caracol y Autotransportes Blancos de Netzahualcoyotl. El servicio de Ferrocarril colinda con los terrenos del Parque Industrial, la línea México-Cuautla-Cuernavaca y la ruta México-Veracruz.

Servicios Públicos:

Se cuenta con dos oficinas de telégrafos, dos de correos, tres bancos, una biblioteca municipal, una estación de bomberos y dos gasolineras;

una funeraria estatal y varias de iniciativa privada, así como tres cementerios, los teléfonos públicos se encuentran en pésismas condiciones y hay aproximadamente 700 líneas privadas. Se pueden considerar dos Diarios locales El Sol y El Gallo ambos de circulación interna. Están registrados en la Presidencia Municipal 52 mercados con 11111 locales de los que solo 1147 reunen las características adecuadas para la venta de alimentos ya que los alimentos que alli se expenden son malos, caros y con nula higiene.

La basura se acumula en varias toneladas ya que se carece de un sistema adecuado de recolección ya que se generan diariamente un promedio de mil a dos mil toneladas de desperdicio y de tres a seis toneladas de basura, contando el municipio con una capacidad de recolección de mil trescientas toneladas a través de setenta unidades, quedando un remanente de basura de cuatro mil setecientas toneladas, asimismo parte del Bordo de Xochiaca forma los terrenos del basurero del D.F., donde ejércitos de pepenadores encuentran diariamente su medio de subsistencia y es de alli de donde emana el omnipresente polvo característico de la región.

El agua potable se obtiene por una dotación promedio de 2500 litros por segundo, proveniente de 25 pozos ubicados en el lado oriente del municipio, se distribuye a través de doce Kms. de tubería de cemento-asbesto, continuándose con una red de poliducto de 200 Kms. y una red secundaria de 600 Kms. de poliducto y cobre, las grandes distancias hacen que no haya suficiente presión, interviniendo de forma importante las fugas en las tuberías. El 60% de la población carece de agua potable y el 54% de las viviendas no están conectadas al drenaje el cual frecuentemente se encuentra obstruido por cadáveres de animales y basura.

Fauna nociva: Los tiraderos de basura, mercados y tinaguis se convierten en comederos de perros callejeros, criaderos de moscas y ratas lo que condiciona gravísimos problemas por la sobrepoblación canina calculándose que existe un perro por cada ocho habitantes.

Electrificación: Actualmente el 100% de las colonias cuentan con servicios eléctricos, sin embargo, son frecuentes los apagones.

Vivienda: Generalmente las casas han sido contruidas por los propios colonos, la mayoría se encuentra sin terminar contando con dos o tres cuartos, mal distribuidos y puede decirse que la característica de las viviendas es de pueblos mestizos por la insalubridad y promiscuidad. El 50% de la vivienda es propia el 37.5% rentada y un 10% viven con familiares teniendo como promedio 6.4 habitantes por cuarto; el 90% usa gas como combustible y el 52% tiene agua intradomiciliaria.

Nutrición:

La dieta ordinaria es a base de frijol, chile, pastas, arroz, tortillas y eventualmente se consume carne, leche o huevo. En los últimos años la inflación y el creciente desempleo han agudizado el problema y en Ciudad

Netzahualcoyotl de cada cien personas en aptitud de trabajar solo 55 tienen trabajo.

Educación:

La quinta parte de la población es analfabeta y cabe mencionar que el nivel cultural y escolar del padre es mayor que el de la madre, lo que repercute en todos los aspectos de la vida familiar y en la salud dado que esto propicia y perpetúa la ignorancia de los hábitos higiénicos y la concepción magica de las enfermedades.

Existen 180 escuelas primarias, 16 estatales y 14 particulares y se calcula que asisten 200,000 niños, siendo la población suceptible de asistir de 67,000 de lo que puede concluirse que solo la tercera parte de los niños de seis a catorce años acude a la escuela básica. Existen 38 escuelas secundarias federales, 15 estatales, 10 particulares y 28 telesecundarias, hay además 2 escuelas técnicas, 2 preparatorias, 1 escuela de enfermería, 1 normal para educadoras y 3 normales para maestros.

Recreación y esparcimiento:

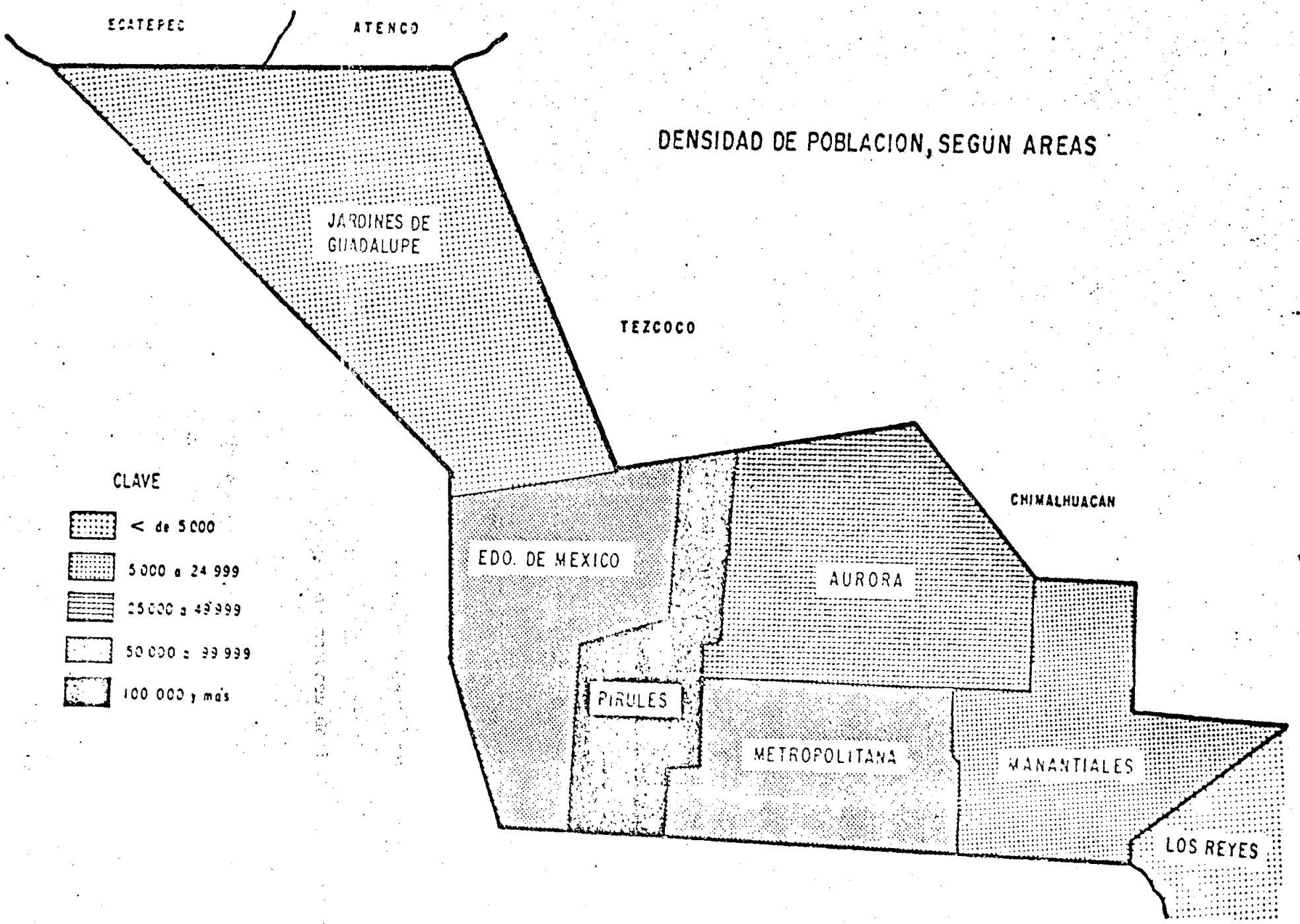
Existe sólamente un Centro de Recreación que merece se nombre como tal, es la Unidad Deportiva Netzahualcoyotl del IMSS, que proporciona a la población infantil capacitación deportiva (trascendente en una población numerosa y en riesgo de adquirir hábitos inadecuados por falta de satisfactores). Se cuenta con 4 cines y 4 Centros Sociales.

Servicios Religiosos:

Existen 40 Inglesias católicas, la mayor parte dirigidas por jesuitas, que han contribuido en el desarrollo sociocultural y económico de la comunidad.

Marco Histórico:

El municipio de Netzahualcoyotl, nace del proceso natural de la desecación del Lago de Texcoco y la ambición desmedida de las inmobiliarias así como la poca disposición del Gobierno Federal para hacer valer decretos y disposiciones presidenciales; así, la migración por hambre de los trabajadores del campo crea un mosaico de costumbres y surge una ciudad miserable, en el municipio de Netzahualcoyotl, en los años 60 - surge un movimiento popular voluntario llamado "Movimiento Restaura - dor de Colonos" que dá por resultado que en mayo de 1973 se publique en el Diario Oficial de la Federación el Contrato de Fideicomiso irrevocable de traslado de dominio a favor de Nacional Financiera, la que ad - quiere los derechos de los fraccionadores.


ECATEPEC
ATENCO
DENSIDAD DE POBLACION, SEGUN AREAS
JARDINES DE GUADALUPE
TEZCOCO
CHIMALHUACAN
EDO. DE MEXICO
AURORA
PIRULES
METROPOLITANA
MANANTIALES
LOS REYES
CLAVE
< de 5 000
5 000 a 24 999
25 000 a 49 999
50 000 a 99 999
100 000 y más

H-4

POBLACION ADSCRITA A LA UNIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 75.
31 DE MAYO DE 1981.

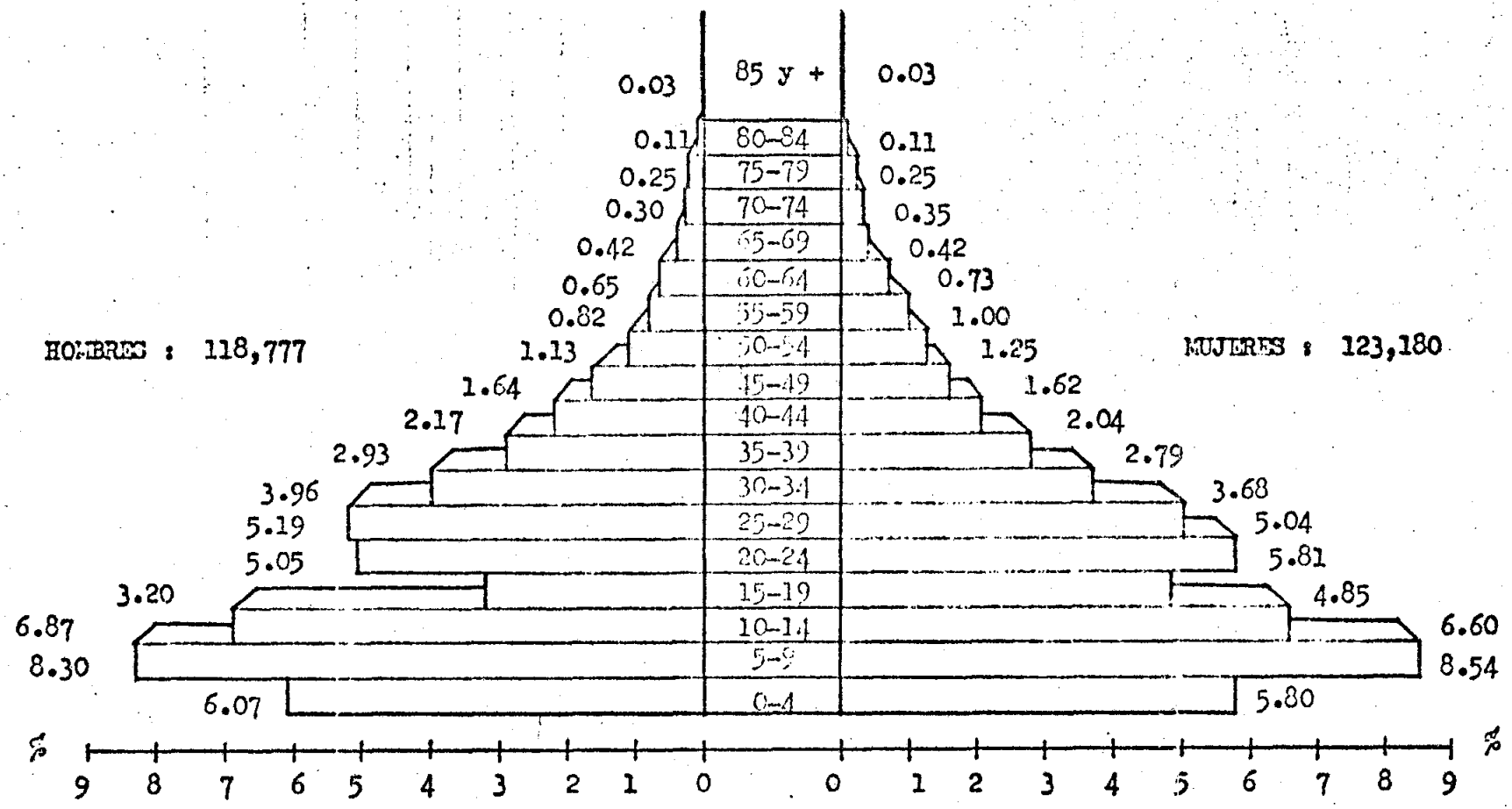
GRUPOS DE EDAD	SEXO MASCULINO Número	%	SEXO FEMENINO Número	%	T O T A L Número	%
0 - 4 - de 1	1,887	0.78	1,790	0.74	3,677	1.52
0 - 4 1 - 4	12,800	5.29	12,243	5.06	25,043	10.35
5 - 9	20,082	8.30	20,663	8.54	40,745	16.84
10 - 14	16,622	6.87	15,969	6.60	32,591	13.47
15 - 19	7,743	3.20	11,735	4.85	19,478	8.05
20 - 24	12,219	5.05	14,058	5.81	26,277	10.86
25 - 29	12,558	5.19	12,195	5.04	24,753	10.23
30 - 34	9,582	3.96	8,904	3.68	18,486	7.64
35 - 39	7,089	2.93	6,751	2.79	13,840	5.72
40 - 44	5,250	2.17	4,936	2.04	10,186	4.21
45 - 49	3,968	1.64	3,920	1.62	7,888	3.26
50 - 54	2,734	1.13	3,024	1.25	5,758	2.38
55 - 59	1,984	0.82	2,419	1.00	4,403	1.82
60 - 64	1,573	0.65	1,766	0.73	3,339	1.38
65 - 69	1,016	0.42	1,016	0.42	2,032	0.84
70 - 74	726	0.30	847	0.35	1,573	0.65
75 - 79	605	0.25	605	0.25	1,210	0.50
80 - 84	266	0.11	266	0.11	532	0.22
85 y +	73	0.03	73	0.03	146	0.06
T O T A L	118,777	49.09	123,180	50.91	241,957	100.00

FUENTE: Formas 4-30-5/A y 4-30-13.
Muestra de 195,105 derechohabientes adscritos a Médico Familiar.

CV.

H-6

POBLACION ADSCRITA A LA UNIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 75.
31 DE MAYO DE 1981.



TOTAL DE POBLACION ADSCRITA: 241,957.

FUENTE: Formas 4-30-5/A y 4-30-13.

POBLACION SEGUN EL NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA CD. NEZAHUALCOYOTL MEX. 1980

NUMERO DE MIEMBROS	NUMERO DE FAMILIAS	%	NUMERO DE HAB.
2	19 817	4.71	39 634
3	63 481	15.10	190 443
4	63 739	15.16	254 957
5	66 232	15.76	331 161
6	55 056	13.10	330 336
7	45 772	10.89	320 406
8	35 930	8.55	287 440
9	25 959	6.17	233 630
10	19 211	4.57	192 110
11	12 679	3.02	139 469
12	7 049	1.68	84 590
13	3 180	0.76	41 341
14	1 246	0.30	17 439
15	816	0.19	12 246
16	86	0.02	1 369
17	86	0.02	1 464
TOTAL	420 339	100.0 %	2 476 023

PROYECCION BASADA EN MUESTREO REALIZADO EN 1974

PROMEDIO DE MIEMBROS POR FAMILIA: 5.9

Netzahualcoyotl, es un ejemplo de urbanización en el subdesarrollo y su problemática no puede entenderse ni explicarse sino dentro del contexto de su región, del sistema político, económico y social al que pertenece. Asentamientos no regulados han ocacionado crecimiento sin planificación que impide la utilización adecuada del espacio urbano y evita la instalación adecuada de los servicios municipales.

Estado de Salud:

La población de Netzahualcoyotl, es impresionante por su volúmen pero lo es más por su crecimiento acelerado, esto se explica por la fuerte migración del campo a la ciudad y en segundo lugar su elevado índice de natalidad. Se calcula que los resultados del Censo de 1980 darán como resultado que sea la tercera ciudad de la República, superando a Monterrey y Guadalajara. Su población es eminentemente joven, los menores de quince años representan el 51.3% y el 40.4% tiene entre quince y cuarenta y cuatro años.

El estado de salud de la población se presenta a través del análisis de indicadores de mortalidad y morbilidad, demanda de atención médica satisfecha relacionándolas con los factores condicionantes del medio ambiente que de una u otra forma están influyendo en el panorama epidemiológico de la región.

Destaca en primer lugar la mortalidad infantil con un 43.3% del total de las defunciones; en segundo lugar el grupo de 15 a 44 años con un 15.6% y en tercer lugar el grupo de 65 años o más con un 15%.

Entre las tres principales causas de defunción tenemos en primer lugar las enteritis y otras enfermedades diarreicas que ocasionarón el 16.2% del total de muertes y abarcó los grupos de menores de un año y de uno a cuatro años. En segundo lugar con un 16.1% aparecen las neumonías y los grupos más afectados son menores de cuatro años y mayores de sesenta y cinco. En tercer lugar están las lesiones, las que se ignoran si fueron accidentales o intencionales con un 6.7%, y los grupos afectados son de 15 a 44 años y los preescolares.

De los padecimientos prevenibles por vacunación (tuberculósis, tosferina, tétanos, poliomelítis y sarampión) se destacaron la tuberculósis, el sarampión y la tosferina. Asimismo se destacan por su importancia la cirrosis hepática, la diabétes mellitus y la hipertensión arterial.

La demanda de atención tiene las mismas causas que las reflejadas en la mortalidad, aunándose el control prenatal y la atención del parto.

Valores:

No es posible en este momento investigar los valores de la población para tal efecto sería necesario la utilización de encuestas cualitativas, - test, etc.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

Sistema de Salud:

En el área se cuenta con Instituciones dependientes de la S.S.A., I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., Instituciones Privadas de la U.N.A.M., D.I.F. y del P.R.I.

La población a cubrir en las diferentes Instituciones es como sigue:

IMSS, 500,000 derechohabientes.
Sistema Salud de Ciudad Neza 1,000,000 de personas.
ISSSTE, 60,000 personas.
DIF, 2,400 personas.

Instituciones Privadas; aproximadamente 500,000.
15 Consultorios del P.R.I.

La SSA, proporciona servicios de atención médica a través de 13 Centros de Salud y 1 Hospital General de Zona, que cuenta con 250 camas.

IMSS, cuenta con 1 Hospital General de Zona y 4 Unidades de Medicina Familiar.

ISSSTE, proporciona atención a través de una Clínica de Primer Nivel.

DIF, cuenta con 3 Consultorios Periféricos, 40 Jardines de Niños y 1 Subcomité de Voluntarios.

La Unidad Médica Familiar No. 75 cuenta con una población adscrita a la Unidad de 250,000 derechohabientes y una población adscrita a Médico Familiar de 206,000 derechohabientes, distribuidos en 80 Consultorios de Medicina Familiar lo que da un promedio de 2,600 derechohabientes por Médico Familiar.

Recursos Humanos:

Director	1
Jefe Departamento Clínico	8
Administrador	1
Jefe de Enfermería	1
Jefe T.S.M.	1
Coordinadora Asistentes Médicos	4
Jefe Control de Prestaciones	1
Coordinador Técnico de Farmacia	1
Jefe de Laboratorio Clínico	1
Asesor Auxiliar de la Dirección	2
Centro Costos	1
Epidemiólogo	1
Ingeniero Conservación	1

Médicos Familiares	100
Asistente Consultorio	107
Enfermeras Generales	26
Auxiliares Enfermería	60
Trabajadoras Sociales	14
Odontólogos	10
P.P.F.	1

Medicina Preventiva:

Auxiliar de Enfermería	40
Sanitaristas	2
Dietista	1
Universal Auxiliares de Oficina	90
Nueva Tarjeta de Afiliación	18
Choferes	2
Almacenista	1
Conservación: Oficiales	27
Servicios Generales Intendencia	80
Vigilancia	16
Farmacia: Auxiliares	12
Laboratorio	33

Total .....

Recursos Físicos:

Consultorios de Medicina Familiar	40
Consultorios P.P.F.	1
Consultorios Odontología	8
Cubículos curaciones	4
Cubículos vacunación	4
Oficina de Trabajo Social	1
Dirección	1
J.D.C.	1
J.T.S.M.	1
J. Enfermería	1
Laboratorio	10 Peines
Farmacia	1
Jefatura Asistentes Médicos	1

Recursos Materiales:

Los asignados por los Centros de Costos.

La Unidad proporciona en promedio 40 mil consultas mensuales, siendos las 10 principales causas de demanda de atención médica.

1. Infecciones respiratorias agudas.
2. Infecciones intestinales
3. Helmintiásis.
4. Enfermedad de los tejidos dentarios duros.
5. Diabetes Mellitus
6. Amibiasis
7. Transtorno de la uretra y aparato urinario.

8. Trastornos de la conjuntiva.
9. Gastritis y duodenitis
10. Otros trastornos del dorso.

De ser necesario los pacientes son canalizados a los niveles de atención conducentes ya sea de Segundo y Tercer nivel.

Análisis de la Problemática:

1. Diferencias biológicas por mal nutrición cuyo orígen es económico y cultural lo que repercute en el nivel competitivo del mercado de trabajo, incrementando el desempleo, situación que también evita la participación eficiente de la mujer en su papel de educadora del núcleo familiar, lo que se traduce en impotencia y agresividad ante el medio.

2. Deficiente cobertura de la demanda en las atenciones médicas más simples.

3. En vista de la sobrepoblación canina (uno por cada ocho habitantes) se hace necesario adecuar las relaciones con los Centros Antirrábicos y Autoridades Públicas para disminuir la incidencia de rabia humana y canina.

Necesidades Sociales:

1. Las necesidades normativas ó del experto son:

   a) Mejorar las relaciones humanas.

   b) Adecuar los recursos materiales humanos.

   c) Mantenimiento de programas permanentes de inmunización y nutrición a niños menores de 6 años.

   d) Implementación de un centro antirrábico y establecimiento de un programa de control de radio humana y canina.

   e) Mejorar los programas de enseñanza e investigación clínica y de educación continua.

   f) Implementación de un programa de eliminación de basuras.

   g) Adecuar la accesibilidad para mejorar la atención médica.

2. Necesidades de proveedores:

   a) Que las Unidades donde laboran sean accesibles a sus domicilios.

b) Las Instituciones Gubernamentales conexas al sector salud cumplan con sus programas de mejoramiento social.

c) Adecuación de la atención de Segundo Nivel de Atención Médica así como disminución del diferimiento de citas.

d) Que se adecúen los programas de capacitación contínua de acuerdo con los niveles de atención y motivos de consulta.

3. Necesidad sentida y no expresada.

Se desconocen en el momentos; para esto es necesario que el equipo de salud a través de los elementos necesarios efectúe una investigación sociológica tratando de describir estas necesidades.

4. Necesidades sentidas y expresadas:

a) Que el Instituto Mexicano del Seguro Social brinde habitación.

b) Mejorar la calidad de la atención médica que se recibe.

c) Que se le den medicamentos de patente.

d) Disminuir tiempo de espera.

e) Mejorar relación médico-paciente.

5. Necesidades comparativas.

Demanda:

a) Satisfecha: 500,000 consultas anuales.

b) Real: Desconocida.

c) Probabilística. Desconocida. Se podría hacer una proyección lineal que revela un promedio de 600,000 consultas anuales.

6. Sistema de atención Médica: Administrativo profesional.

7. Programas:

De acuerdo con la sobrepoblación ya mencionada los programas priori-

tarios en la unidad son:

a) Programa de planificación familiar.

b) Programa de inmunizaciones.

c) Programas extensivos.

d) Programa D.O.D. y D.O.C.

e) Programa apertura fiebre reumática.

f) Programa de remisas tuberculosas.

g) Programa materno infantil.

h) Programa de obesos.

i) Programa de uso racional de rayos x y laboratorio.

DISPONIBILIDAD. Se cuenta en la unidad con 80 consultorios de medicina familiar, área de medicina preventiva, laboratorio y Farmacia.

ACCESO: Adecuado; isócrono.

ACEPTABILIDAD: Desconocida.

CALIDAD: Es posible conocer algunos aspectos de la calidad a través de encuestas.

COSTOS:	Medicina familiar	$ 700	- consulta
	Odontología	$ 573	- consulta

MARCO TEORICO CONCEPTUAL:

Valores de la autoridad: Desconocido

Legal.

Ley del Seguro Social de 1943

Artículos de la Constitución Mexicana

Ley Federal de Trabajo

Económicos:

Información confidencial no accesible , basada en contribución tripartita.

Patrones de uso:

Tipo de acomodo: Servicios públicos.

Frecuencia alta: Más de 5 consultas por año

Estructura poblacional: Niños y Adultos.

Estructura familiar: No se conoce.

Prevalencia: Según edad, sexo, religión y estación.

Accesibilidad: Alta

Ingreso: Medio.

Sensibilidad: Dada al Servicio.

Enfermabilidad: Alta

Hay brecha de modelos de salud, enfermedad entre el proveedor y el usuario.

Planificación:

Se hará a mediano plazo, de 1 a 5 años modelos conceptuales y que funcionen.

Programas actuales y que funcionan:

P.P.F al 100%
Inmunización - 100% 98.4%

Detección oportuna de fiebre reumática

Uso racional de Rayos X y Laboratorio

Detección oportuna de diabetes.

Programas actuales que no funcionan:

D.O.C.
Rescate de remisas de T.B.P.
Obesos
Materna Infantil

Nuevos programas:

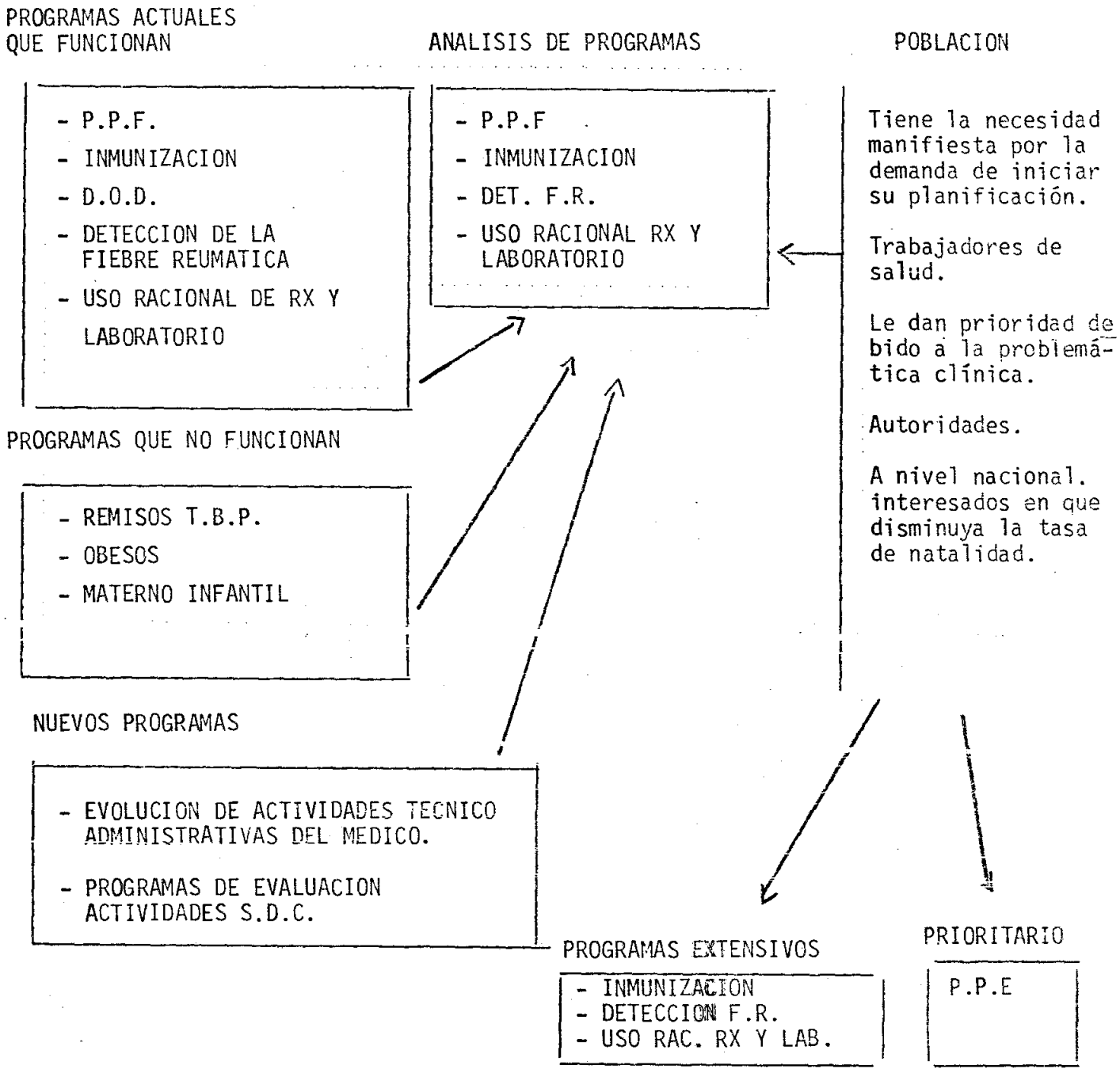
Evaluación de actividades técnico administrativas del Médico Familiar.

Programa de evaluación de actividades del Jefe del Departamento Clínico.

Del análisis de los programas anteriores quedan como resultado:

- P.P.F.
- Inmunización
- Detección fiebre reumática.
- Uso racional rayos X y laboratorio.

MODELO CONCEPTUAL



PROGRAMA EDUCATIVO DE PPF PARA MEDICOS FAMILIARES UMF-75

JUSTIFICACION:

Dada la elevada mortalidad materno-infantil provocada por desconocimiento de los conceptos de salud-enfermedad (sobre todo del tiempo o intervalo intergenésico), estado nutricional, edad adecuada para procrear, edad adecuada para el término del embarazo etc. en la población femenina de 15 a 45 años en el área de ciudad Netzahualcoyotl, se hace imperativo contar con un programa que regule la fertilidad, sobre todo en estos momentos de crisis económica por lo que atraviesa el país.

PROPOSITOS:

1. Impacto. Disminuir la tasa de morbi-mortalidad materno infantil en la población susceptible de la UMF - 75.

2. Lograr que el personal médico adscrito a la UMF-75 conozca el programa de PPF para brindar una mejor atención a la población derechohabiente.

3. Marginal: Mejorar los hábitos sociales de la población.

OBJETIVOS:

1. Al finalizar el curso el 80% de los médicos familiares estará capacitado para identificar a las mujeres en edad fértil de su población adscrita en tres meses.

2. El médico familiar será capaz de resolver el 80% de las demandas de PPF en mujeres de 15 a 45 años con la aplicación del DIU (T de sobre 220) en un lapso de seis meses.

3. En el término de un año el 20% de la población médica de la UMF-75 será capaz de ejecutar vasectomía en el consultorio de PPF con la técnica habitual.

MATERIAL Y METODOS:

Recursos Humanos.

Personal médico de la UMF-75. Médico asesor en planificación familiar del H.G.Z. 25.

Recursos materiales: Franelógrafo, diapositivas, rotafolio, perlículas.

Universo de trabajo: Población médica adscrita a la UMF-75

Tiempo: Se desarrollará el programa en 3 meses, con clases teórico prácticas de 60 minutos de duración, dos veces por semana, utilizando el método enseñanza-aprendizaje dirigido, heurísitico y disonante.

Política: Abierta.

Estrategia: Curso que permitirá mejorar el conocimiento cognoscitivo, efectivo y psicomotríz en el área de planificación familiar.

Evaluación: Se efectuará un exámen de pre-medición con la técnica de selección múltiple para el aspecto teórico y mediante la observación del asesor de PPF se evaluará la técnica de aplicación del DIU así como la de la vasectomía.

FUNCIONES MEDIO ASISTENCIALES EN EL P.P.F.

1. Captar a la población susceptible (mujeres en edad fértil de 15 a 45 años de edad).

2. Aplicar métodos terapéuticos para prevenir embarazos no deseados.

3. Controlar a las mujeres en edad fértil para espaciar sus embarazos.

4. Control periódico de pacientes subsecuentes que han ingresado al programa.

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS.

En base al número de mujeres en edad fértil se solicitarán los recursos necesarios para desarrollar el programa, aplicando para los que lo requieran mantenimiento preventivo.

INVESTIGACION.

Se hará una investigación clínica a todas las pacientes que han ingresado al programa en 6 meses tomando enc uenta: Edad, paridad, padecimientos concomitantes, antecedentes morbidos, método anticonceptivo usado con el fin de valorar la calidad de la atención, retroinformando al programa si el caso lo amerita.

EDUCACION.

Se instuirá a todo el personal de la unidad a través de pláticas modulares 2 veces por semana durante un mes para que comprendan de la bondad del programa aplicándoles premedición y postmedición cognoscitiva, para que intervengan en desarrollo del programa.

TECNOLOGIA.

Se usarán métodos anticonceptivos disponibles en el IMSS.

ESTRUCTURA.

El programa estará a cargo del Director de la Unidad a través del Jefe del Departamento Clínico delegando este la responsabilidad al Médico Ginecólogo encargado del programa y de los médicos familiares. (Se anexa organigrama).

PERSONAL.

El personal está integrado por el médico ginecólogo, un auxiliar de enfermería, médicos familiares que alimentan al programa y el resto del personal paramédico que integran el equipo de salu de la unidad.

FORMACION Y COORDINACION DE GRUPOS.

Se forma el equipo de trabajo con el siguiente personal:

a) Un médico ginecólogo.

b) 10 médicos familiares.

c) Una trabajadora social

d) Un jefe de departamento clínico

e) Un auxiliar de enfermería.

La coordinación será con los diferentes servicios de la Unidad: Medicina Preventiva, Laboratorio, Famacia, Rayos X, Enfermería, Control de Prestaciones y Trabajo Social.

SUPERVISION.

Se llevará a cabo por el Director de la Unidad a través del Jefe del Departamento Clínico en forma directa durante la aplicación del Diu, e indirecta por medio de la revisión del expediente clínico para valorar la prescripción médica.

LIDERAZGO.

Se utilizará el liderazgo situacional que actuará dependiendo de la problemática que se presente en la Unidad.

ASESORES.

Estará integrado por el Jefe de Departamento Clínico y Asesor Delegacional de PPF.

CONTROL:

a) Costos.

Se pedirán al departamento delegacional de contabilidad los costos del programa tomando en cuenta los recursos materiales, tecnológicos y humanos que se requieren con los cuales se podrán evaluar mes a mes los resultados.

INDICADORES.

Cada médico familiar ingresará al programa 6 pacientes de primera vez por mes, el ginecólogo aplicará 5 Diu diariamente y revisará 20 pacientes subsecuentes. Estos indicadores serán supervisados pro el Jefe de Departamento Clínico.

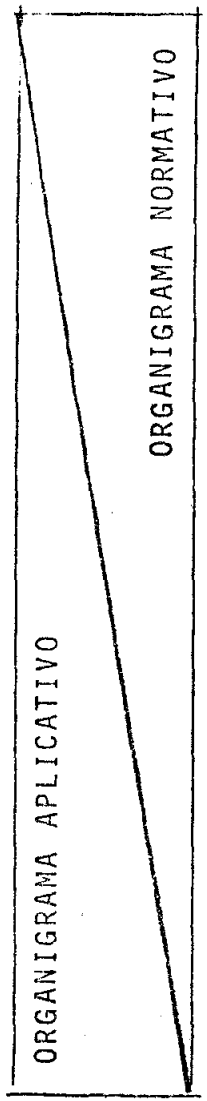
AUDITORIA.

Se auditará los expedientes clínicos de cada médico familiar por el Jefe de Departamento Clínico, cruzando la información con el reporte diario del médico familiar.

EVALUACION.

La evaluación será semanalmente en base al informe del médico familiar y del ginecólogo, comparando el resultado con la meta programada.

ORGANIGRAMA DEL P.P.F.



JEFATURA DE P.P.F.

JEFATURA DE SERV. MEDICOS

ASESOR DELEGACIONAL DE P.P.F.

DIRECTOR DE U.M.F.

J. D. C.

M.P.P.

M.F.

Información

Comunicación en dos sentidos

DERECHOHABIENTES
NO DERECHOHABIENTES

SEGUNDA FASE	OBJETIVO	TIEMPO	CONTROL	RECURSOS	COSTO	TERCERA FASE	RECURSOS	TIEMPO	COSTO	CONTROL (corto plazo)	RESULTADOS FINALES
Adiestramiento del grupo multidisciplinario.	Capacitar al 100% del personal médico y para-médico en la aplicación del DIU-T-Cu-220	2 meses 4 Abril 4 Junio	Test de pre-medición y post-medición que muestre el área afectiva, cognocitiva y psicomotris.	Humanos: Director (como responsable del programa). Médico Ginecólogo encargado del programa PPF y médicos asesores de la Delegación. Físicos y Materiales: 1-Aula de la Unidad, 2-Rotafolio y pizarrón, 3-Diapositivas y películas, 4-Equipo propio de inserción (DIU)	$50,000	Ejecución del programa.	Humanos: Médicos familiares, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales UMC Director de la Unidad. Materiales: Impresos sobre planificación familiar Instrumental médico, DIU-T-Cu-220	Durante 5 años	Con cargo al fondo fijo asignado a PPF.	I: Mensualmente se medirá el gasto (uso) de dispositivos intra-uterinos para evaluar la meta. II: Se solicitará información mensual a los HGZ y HGO sobre el número de defunciones maternas y neonatales. III: Se efectuarán cortes semestrales para determinar la cobertura de cada M.Fam. de acuerdo con su población adscrita en relación con la población en edad fértil que deba planificar. IV: Se recabará mensualmente a través del sistema de información (4-10-6) el número de diapositivos insertados. V: Anualmente se cruzará con los HGZ y H. de G.O. los datos de morbimortalidad materno-infantil de los pacientes adscritos a la UMF-75.	
		3 meses									
Capacitar a los líderes y grupos sobre la importancia de conocer los riesgos del embarazo y los métodos de planificación familiar.	Que logren identificar los riesgos del embarazo y los métodos de planificación.			Trabajadores Sociales y personal de campo Rotafolio, diapositivas y películas.	$25,000	Los grupos organizados se encargarán de la formación de los comités sonales a fin de vigilar la difusión y aplicación del programa.	Los mismos mencionados en la 2ª fase.	Permanente	Bipartita		

PROBLEMA	PROPOSITOS (impacto)	OBJETIVO GENERAL	VARIABLE INST.	OBJETIVO INTERMEDIO	PRIMERA	TIEMPO	RECURSOS	CONTROL
Dado que existe diversidad de criterios entre los proveedores y los usuarios en cuanto al conocimiento de los factores de riesgo del embarazo, lo que condiciona elevada mortalidad materno infantil.	Disminuir la tasa de morbi-mortalidad materno infantil en la población susceptible de la UMF No 75.	Disminuir la tasa mortalidad materno infantil en un 80 % relacionado a la población femenina en edad fértil adscrita a la UMF No 75 en un periodo de 5 años	Directos en la UMF No 75	Que el 80% de la población femenina en edad fértil con edades entre 15 y 35 años planifique su familia con el uso del DIU-T Cu-220	Integrar dos grupos para su capacitación. Estos estarán formados por los médicos familiares y personal de enfermería del turno matutino y vespertino de la UMF-75.	Del 18-Marzo al 3-Abril 1985.	Se manejará con el control de costos existente en el Seguro sobre PPF. 1- Director 2- Jefes de Depto. Clínico. 3- Jefe de Trabajo social. 4- Jefe de enfermeras.	El día 3 de Abril deberán estar formados los grupos multidisciplinarios según manual de procedimientos. (ruta crítica).
Los diferentes conceptos entre proveedores y usuarios sobre factores de riesgo en el embarazo condicionan una elevada mortalidad materno	(producto) Lograr que el personal médico adscrito a la UMF No. 75 conozca el programa de PPF para brindar una mejor atención a la población derechohabiente.						Se carga el costo a la consulta ext. de Medicina Fam.	
	(marginal) Mejorar los hábitos sociales de la población.		Usuario	Dar a conocer a la comunidad a través de sus líderes la importancia de los factores de riesgo del embarazo y pluralidad excesiva de hijos.	Identificar a los líderes de la comunidad y grupos organizados de la propia comunidad.	30 días		