

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS  
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANIZACION Y DIRECCION  
DE LOS SERVICIOS MEDICOS

MEMORIA DEL CURSO

Del 2 de febrero  
al 27 de marzo de 1981

**CIESS**  
MEXICO - 1981



## **Conferencia Interamericana 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.

*6/1/81*

ORGANIZACION Y DIRECCION  
DE LOS  
SERVICIOS MEDICOS

CURSO REALIZADO EN EL  
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

DEL 2 DE FEBRERO AL 27 DE MARZO DE 1981

1 9 8 1

PAISES REPRESENTADOS

- BOLIVIA
- MEXICO
- PANAMA
- PERU

PRESIDENTE DEL CIESS  
LIC. ARSENIO FARELL CUBILLAS

DIRECTOR DEL CIESS  
DR. JOSE NIETO DE PASCUAL

ADMINISTRADOR GENERAL  
LIC. MARGARITA RODRIGUEZ SOTO

PROFESOR TITULAR  
DR. ARMANDO CORDERA PASTOR

COORDINADOR ADJUNTO  
DR. ENRIQUE PARRA DAVILA

## INSTITUCIONES REPRESENTADAS

- CAJA PETROLERA DE SEGURIDAD SOCIAL DE BOLIVIA
- DIRECCION DE PENSIONES DEL ESTADO DE DURANGO
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
- CAJA DEL SEGURO SOCIAL DE PANAMA
- INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL
- SERVICIOS MEDICOS DE PETROLEOS MEXICANOS

Directorio de Asistentes al Curso:  
ORGANIZACION Y DIRECCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS  
celebrado del 2 de febrero al 27 de marzo de 1981, en el:  
Centro Interamericano de Estudios sobre Seguridad Social  
Calle San Ramón, Unidad Independencia;  
San Jerónimo Lídice, México 20 D.F.

Dr. Paulino Alfonso Alvarez Navarro  
Domicilio: Edificio No. 24 Suite 502  
Villa Olímpica  
Tlalpan, México 22 D.F.  
Tel: 568-39-26                      Fecha Cumpleaños: 23 de febrero  
Pediatria Clínica No. 26 IMSS  
Chilpancingo No. 56  
Col. Hipódromo-Condesa  
México D.F.  
Tel: 564-52-00    574-32-95

Dr. Luis Barrera Acevedo  
Domicilio: Chimalcoyotl No.14 Casa No. 5  
Col. Torriello Guerra  
México 22 D.F.  
Tel: 73-77-41(5)                      Fecha Cumpleaños: 2 de enero  
Cargo: Jefe Departamento Clínico  
Clínica No. 9 IMSS  
Revolución y Calle 7  
San Pedro de Los Pinos  
México D.F.  
Tel: 277-0071

Dr. S. Daniel Calderón R.  
Domicilio : Cumbres No. 199  
Col. Las Reynas  
Irapuato, Guanajuato  
Tel: 7-1725 (LADA)                      Fecha Cumpleaños: 6 de enero  
Cargo: Jefe Dpto Clínico Med. Fam.  
Clínica-Hospital General de Zona No. 2 IMSS  
Irapuato, Gto.  
Tel: 6-41-00

Dr. Jaime Córdoba Gutiérrez †  
Dom: Alvaro Obregón No. 74-301  
Col. Roma Sur  
México 7 D.F.  
Tel: 574-89-92    564-37-41    F.C.- 30 de abril  
Cargo: Medico No. familiar (anestesiólogo)  
Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 IMSS  
Rio Magdalena No. 286  
Tizapán La Hormiga  
México 21 D.F.  
Jefe del Servicio de Anestesiología-Quirófanos y Recuperación

Directorio No. 2

Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana  
Av. Ejercito Nacional No. 1032  
Col. Polanco  
México 10 D.F.  
Tel; 557-57-11

Dr. Reginaldo Douglas Barrera  
Domicilio: La Locería Calle "B" 49-A  
Col. Bethania  
República de Panamá  
Tel: 60-8060 64-5953 Fecha Cumpleaños : 2 de junio de 1931  
Cargo: Sub-Jefe del Programa de Odontología  
Caja del Seguro Social  
Plaza 5 de Mayo  
Edificio de Adiestramiento  
República de Panamá  
Tel: 62-85-15 Clínica Particular 25-59-64

Dr. Juan Lorenzo Espino Villalobos  
Dom; Colombia 128-A  
Col. Guadalupe  
Culiacán, Sinaloa  
Tel: 3-74-81 Fecha Cumpleaños: 15 Diciembre 1948  
Cargo: Director de Unidad Médica IMSS  
Hospital General de Zona No. 1  
Culiacán, Sinaloa  
Zarco y Andrade  
Tel; 359-60

Dr. Aquiles Feria Cruz  
Dom. Hamburgo No. 107  
Fracc. del Valle  
Aguascalientes, Ags.  
Tel: 648-34 Fecha Cumpleaños: 3 de Julio  
Cargo: Director Médico Hospital General  
con Med. Familiar IMSS  
José Ma. Chave No. 1202  
Aguascalientes, Ags.  
Tel: 518-99

Dr. Jorge Armando Flores R.  
Cultura No. 135  
Col. Universidad  
San Luis Potosí, S.L.P.  
Tel: 325-03 Fecha Cumpleaños: 4 de julio  
Cargo: Subdirector Hospital General de Zona M IMSS  
M. Ocampo y Benigno Arriaga  
San Luis Potosí, S.L.P.  
Tel: 201-36 238-05



Directorio No. 3

Dr. Jorge Gómez Guzmán

Dom: Unidad 2o de Noviembre No. 10

Pachuca, Hgo.

Tel: 251-69

Fecha de Cumpleaños: 11 de Diciembre

Cargo: Supervisor Médico Delegacional. Jefe de Servicios Médicos  
IMSS

Carretera a Tulancingo S/N

Pachuca, Hgo.

Tel: 219-47 258-40 Ext. 130.

Dr. Humberto Jaime Alarid

Almoloya No. 10

Col. Vergel de Coyoacán

México, 22 D.F.

Tel 677-79-74

Fecha de Cumpleaños: 5 de Diciembre

Cargo: Director de Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS

Francisco del Paso y Troncoso Esq. Luis Lara Pardo

México 8 D.F.

Tel: 552-56-43

Dr. Alfredo Jiménez Orozco

Calz: Madero No. 432

Centro (Oaxaca)

Tel: 6-71-43

Fecha Cumpleaños: 12 de Enero

Cargo: Subdirector Médico Clínica-Hospital General de Zona No. 1 MSS

Calz. Heroes de Chapultepec No. 601

Oaxaca, Oax.

Tel: 660-21 620-33 Ext; 110

Dr. Carlos Jinés Yallico

Domicilio: Independencia No. 990 \*H\*

Miraflores, Lima . PERUA

Tel: 45-07-18 y 616077 Fecha Cumpleaños: 16 de Diciembre de 1932

Cargo: Médico Jefe de Servicio

Instituto Peruano de Seguridad Social

Av. Salaverry No. 1291

Jesús María, Lima. PERU

Tel: 718564

Dr. Mario Lagunes Rodríguez

Av. M. Negrete No. 345 (Jalapa y Orizaba)

Col. Ignacio Zaragoza

Veracruz, Ver.

Tel: 743-46

Fecha de Cumpleaños: 8 de enero

Cargo: Director Médico H. General de Zona No. II IMSS

Dom. Fco. Trujillo y Carretera del Golfo

Cárdenas, Tabasco. México

Tel: 206-87

Dr. Celerino Román Lara y Gallardo

Domicilio: Del Rey No. 115 Ote.

Directorio No. 4  
Toluca. , Edo de México  
Tel: 446-81 462-17 Fecha Cumpleaños: 9 de agosto  
Cargo: Subdirector Médico  
Hospital General de Zona con Med. Fam. No. 8  
Paseo Tollocan s/n  
Toluca, Edo de México  
Tel: 4-08-21 ( Directo) 407-33 Ext. 164  
<sup>21-08</sup>

Dr. Jorge Locela Valera  
Dom: Aldama No. 1100  
Salamanca, Gto.  
Tel: (Lada) 829-18 Fecha Cumpleaños: 23 de Abril  
Cargo: Jefe de Hospital y Enseñanza  
Hospital General de Zona No. 3 IMSS  
Calle Rubén Darío y Díaz Mirón  
Salamanca, Gto.  
Tel: 805-80

Dr. Rubén Lozano Guevara  
Dom. Av. Montecarlo No. 285  
Col. Hornos-Insurgentes  
Acapulco, Gro  
Tel: 260-32 Fecha Cumpleaños: 30 de Mayo  
Cargo: Supervisor Médico Delegacional IMSS  
Av. Cuauhtemoc No. 95 (Centro)  
Acapulco, Gro.  
Tel: 217-06 y 304-10

Dr. Emilio Madrigal Trigos  
Dom: Alvaro de Ámézquita No. 24  
Acapulco, Gro  
Tel: 382-08 Fecha de Cumpleaños: 25 de Julio  
Cargo: Director Hospital General de Zona No. 1  
Acapulco Gro. ( Av. Cuauhtemoc s/n)  
Tel: 2-00-28 y 258-80 Ext. 165

Dr. Eduardo Sergio Moisen Estevez  
Dom: Paseo del Anahuac No. 92  
Col. Paseos de las Palmas  
México 10 D.F.  
Tel: 294-05-88 Fecha de Cumpleaños: 27 de Septiembre  
Cargo: Subdirector Unidad de Medicina Familiar No. 61 IMSS  
Naucalpan Edo de México.  
Tel. 576-17-00  
Cargo: Jefe de Guardia Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana  
Av. Ejercito Nacional No. 1032  
México 10 D.F.  
Tel: 557-57-11

Directorio No. 5

Dra. Juana Adelina Moriel Santiesteban

Dom: Constitución No. 28

Parral, Chih.

Tel: 257-94

Fecha Cumpleaños: 28 de Noviembre

Cargo: Subdirector Clínica Hospital General de Zona No. 23

Prol. Independencia s/n

Parral, Chih.

Tel: 224-67

Dr. Rogelio Dario Noli Castillo

Dom: Calle 8a. Paseo Gorgas No. 10096

Colón, Rep. de Panamá

Tel: 47-1437

Fecha Cumpleaños: 8 de Octubre

Cargo: Director Médico

Hospital Amador Guerrero

Calle 10

Colón, Rep. de Panamá

Tel: 47-1850

Dr. Enrique Olguín García

Dom: Av. San Felipe No. 305

Chihuahua, Chih.

Col. Parques de San Felipe

Tel: 327-88

Fecha Cumpleaños: 15 de Julio

Cargo: Médico Familiar IMSS

Av. Universidad y García Conde

Chihuahua, Chih.

Tel: 304-04

Dr. Francisco Olivera Cedillo

Domicilio: Casa No. 46

Ciudad Pemex, Tabasco

Tel: 439

Fecha de Cumpleaños: 29 de Septiembre

Cargo: Jefe de los Servicios Médicos

HOSPITAL AUXILIAR PEMEX

Domicilio Conocido

Ciudad Pemex, Tabasco

Tel: 468

Dr. Eduardo Romero Martínez

Dom: Luis Pérez Verdia No. 372

Col. Ladrón de Guevara

Guadalajara, Jal.

Tel: 15-54-94

Fecha Cumpleaños: 27 de Marzo

Cargo: Jefe Departamento Clínico IMSS

Los Reyes, Mich.

Tel: 212-96

Directorio No. 6

Dr. Juan Carlos Santiesteban

Dom: Conavi No. 621

Santa Cruz, Bolivia

Tel: 3-2869

Fecha de Cumpleaños: 19 de Marzo

Cargo: Director Policonsultorio

Caja Petrolera de Seguridad Social

Santa Cruz .Bolivia.

Tel: 391-LL

Lic. Leodegario Soto Cesaretti

Dom: C 3ra. Calle del Lago 122

Col: Fraccionamiento del Lago

Durango, Dgo.

Tel: 181-40

Fecha Cumpleaños: 2 de Octubre

Cargo: Coordinador de Estudios de los Servicios Médicos

Dirección de Pensiones del Edo. de Durango.

20 de Noviembre s/n

Durango, Dgo.

Tel; 272-24

Dr. Javier Velasco Moreno

Dom: Chápulco 4 Interior 404

Col. La Paz

Puebla, Pue.

Tel: 48-72-23

Fecha Cumpleaños: 30 Junio

Cargo: Médico Familiar M IMSS

Boulevard 5 de mayo y 9 Oriente

Puebla, Pue.

Tel: 46-05-00 Ext. 134

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 2 DE FEBRERO DE 1981.

El curso se inauguró el día 2 de febrero de 1981 a las 9:30 horas con la presencia del Dr. José Nieto de Pascual Director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, del Dr. Luis Alvarez Balbás en representación del Dr. Luis Torregrosa Feráez, Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Dr. Gastón Novelo, Secretario del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, del Dr. Carlos Campillo Saenz, Jefe de Enseñanza e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Dr. Armando Cordera Pastor, Coordinador del curso.

A las 10:00 horas se inician las labores propias del curso con palabras de bienvenida por parte del Dr. Armando Cordera y presentación de las Sritas. Psicólogas Beatriz Figueroa Muñoz y Berta Rodríguez Astorga.

A continuación se entrega a los alumnos del curso dos cuestionarios; uno para el alumno con carácter de confidencial y para resolver en forma individual y otra de evaluación preliminar que será entregado al día siguiente debidamente contestado.

Se procede a la formación de grupos integrados por tres alumnos para realizar un ejercicio de relaciones humanas consistente en la presentación de los alumnos del curso.

En una segunda fase se continúa con la integración del grupo al realizar un diálogo en el que participan todos los alumnos sobre las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los resultados que pretendo lograr en este grupo?
2. ¿Qué espero aportar a este grupo de compañeros?
3. ¿Qué cambios espero lograr en mi persona?

Se comentaron las respuestas de los diferentes grupos, encontrando gran similitud en los conceptos y destacándose la importancia de la comunicación como primer proceso social.

Posteriormente se lleva a cabo una planeación conjunta con la formación de tres grupos de nueve alumnos cada uno para realizar el siguiente ejercicio: "Vamos a hacer de cuenta que somos in-

tegrantes de un comité para estructurar las normas Políticas, Sociales y Administrativas de una Unidad de Seguridad Social.

Posteriormente en la tarde se comenta el trabajo de cada uno de los grupos en relación con el simulacro de una Unidad de Seguridad Social, analizándose los conceptos y diferencias.

Nuevamente se integran dos grupos con la repartición de dos fascículos a cada uno de los integrantes con los temas:

#### COMUNICACION

#### COMUNICACION NO VERBAL

Se reúne cada uno de los dos grupos para realizar un ejercicio de lectura comentada sobre los escritos y se distribuye el material para ser presentado al día siguiente.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL MARTES 3 DE FEBRERO DE 1981.

Se continúa las actividades con las Sritas. Psicólogas sobre los temas de Comunicación.

Se realiza una lectura comentada. La palabra comunicación deriva del Latín COMUNICARE que significa poner en común.

La comunicación es la trasmisión de ideas, pensamientos, emociones y sentimientos entre dos o más personas y esta constituido por: EMISOR, MENSAJE, CANAL Y RECEPTOR.

Cuando la comunicación es verbal puede ser modificada por diferentes factores como: Culturales, Semánticos, Físicos, Fisiológicos y Psicológicos.

La comunicación puede ser formal en forma descendente, ascendente u horizontal.

La comunicación informal puede dar lugar al RUMOR y este siempre será negativo.

Se lleva a cabo un ejercicio de comunicación verbal con seis alumnos y en el se aprecia claramente la deformación de la información y se hacen comentarios de todas las variables que influyen en este tipo de información en cadena.

Se distribuye a continuación un cuestionario de 22 preguntas para ser contestado en 3 minutos. En este ejercicio las preguntas No. 1 y 22 son la clave. Posteriormente se realizan comentarios sobre los métodos de lectura, los distractores, las emociones y presiones externas que influyeron en la contestación del cuestionario.

Posteriormente se realizó la lectura del fascículo de COMUNICACION NO VERBAL.

Este tipo de comunicación se basa en la teoría de que el cuerpo humano puede comunicarse por sí solo. La comunicación no verbal es aquella que no utiliza palabras y se efectúa con movimientos de todo el cuerpo, expresión facial, contacto visual, movimientos de las manos, postura, los objetos, el espacio, el tiempo,

la retroalimentación, los mensajes mezclados y la cultura.

Posteriormente siete alumnos llevan a cabo con coordinación de las Sritas. Psicólogas un SOCIODRAMA DE ROLES donde se presentan diferentes personajes: EL JEFE, EL INTELECTUAL, EL TIMIDO, EL REBELDE, EL DON JUAN, EL CHISMOSO y EL ATENTO.

Se comenta la importancia de los prejuicios, así como nosotros ayudamos a que algunas gentes jueguen en la vida sus propios roles. De ahí la importancia del criterio para analizar estos roles en nuestra comunidad.

Se pasa a otro SOCIODRAMA sobre Liderazgo en el que participan cinco alumnos con los diferentes tipos de líder, representando los roles correspondientes al: Burocrático, Autoritario, Dejar hacer, Dejar pasar, Democrático.

La participación y actuación de todos los participantes es excelente, se les pide a continuación que informen sobre sus vivencias, tanto a los líderes como al RECEPTOR.

Se hace el comentario de que el liderazgo conlleva en sí muchos factores como: Situación, personas, circunstancias y sobre todo la personalidad del LIDER.

Se reparten dos fascículos uno con el tema: "ES LA AYUDA ALGO PROVECHOSO" de Jack Ceibb y el otro "COMO TRATAR LA RESISTENCIA AL CAMBIO" de Paul R. Lawrence para ser leídos en forma individual.

Por la tarde se inicia la integración de todo el grupo de alumnos como tal y se les comisiona para integrar los comités de COORDINACION, SOCIALES Y RELATOS los que establecerán las normas de cada comité durante el desarrollo del Curso.

Se despide a las Sritas. Psicólogas.

Finaliza las actividades del día con la reunión de cada uno de los Comités para la integración, formulación de objetivos, normas y actividades de cada uno de los comités, los que quedan enunciados de la siguiente manera:



COMITE DE COORDINACION

1. El comité será rotatorio durante el curso.
2. Las actividades del comité estarán a cargo del grupo integrante.

ACTIVIDADES:

1. Confirmar la asistencia de los ponentes programados.
2. Conocer al personal sustituto en caso necesario.
3. Solicitar Currículum Vitae o los datos relevantes del maestro conferencista.
4. Vigilar que la sala de sesiones esté con completo orden y se cuente con el material didáctico necesario a solicitud del expositor.
5. Recibir al expositor en la entrada del Edificio.
6. Hacer la presentación general, destacando los datos relevantes y anunciando el tema a desarrollar.
7. Se le informará al expositor del fiel cumplimiento del tiempo programado para cada ponencia mediante el uso del semáforo.
8. Agradecer al expositor al término de su ponencia a nombre de los integrantes del grupo.

### COMITE DE RELATOS

#### Participantes:

Esta comisión estará integrada por un grupo de alumnos que desempeñarán sus funciones durante los días hábiles del 2 al 19 de febrero el primer grupo, del 20 de febrero al 10 de marzo el segundo grupo, y del 11 al 27 de marzo el tercer grupo.

#### Objetivos:

Elaborar un documento, "MEMORIA", que contemple las actividades generales del grupo durante el desarrollo del curso de Organización y Dirección de los Servicios Médicos llevado a cabo del 2 de febrero al 27 de marzo de 1981.

#### Actividades:

- a) Elaborar un resumen diario de actividades del curso y presentarlo a consideración del resto del grupo diariamente.
- b) Complementar el resumen con citas bibliográficas en relación con los temas tratados.
- c) Entregar el material al Coordinador del Curso para su aprobación y difusión.

#### Normas:

1. Deberán participar en esta comisión todos y cada uno de los alumnos en forma rotatoria y por grupo de acuerdo al calendario establecido.
2. La comisión estará integrada por un coordinador general y tres equipos: El de Resumen, el de recopilación bibliográfica y el de presentación, integración y entrega de material.
3. El equipo encargado del resumen se distribuirá las actividades llevadas a cabo durante el día, con apoyo de todos los integrantes de la comisión.
4. El equipo de recopilación bibliográfica se encargará de obtener las citas bibliográficas que apoyen y complementen el tema o temas tratados a través de la biblioteca o en coordina-

ción con el profesor titular del tema presentado.

5. El equipo de presentación, integración y entrega de material será el responsable de presentar el resumen del día anterior al grupo para su ampliación, corrección y aprobación. Posteriormente integrará dicho resumen que será entregado al coordinador general del curso para su publicación y difusión.

#### COMISION DE ACTIVIDADES SOCIALES Y CULTURALES

1. Justificación: Los alumnos del Curso de Organización y Dirección de los Servicios Médicos convivimos durante dos meses en el desempeño de actividades educativas de carácter intensivo que necesariamente producen tensión y agotamiento, por lo que se hace necesario fomentar el desarrollo de otras actividades de tipo recreativo que ayuden a conservar el equilibrio emocional de los alumnos.
2. Propósito: Fomentar las buenas relaciones humanas entre los integrantes del grupo mediante el desarrollo de actividades sociales, deportivas y culturales fuera del horario del curso.
3. Para lograr este objetivo se acordó lo siguiente:
  - 3.1 Organizar la Comisión de la siguiente manera:
    - 3.1.1 Un secretario cuyas funciones serán las de coordinar los trabajos de la Comisión y registrarlos por escrito.
    - 3.1.2 Un tesorero cuyas funciones serán las de recolectar las aportaciones, administrar el fondo que se constituya y rendir cuentas del mismo.
    - 3.1.3 Siete vocales los cuales serán responsables de cumplir satisfactoriamente los encargos específicos.
  - 3.2 Crear un fondo fijo para sufragar algunos de los propósitos del grupo.

- 3.3 Elaborar y distribuir entre los alumnos un directorio que incluya datos personales y profesionales de los mismos.
  - 3.4 Elaborar y distribuir entre los alumnos un directorio de los profesores del Curso.
  - 3.5 Organizar eventos sociales, deportivos y culturales de acuerdo al interés mayoritario del grupo y tomando en cuenta, en forma especial, a los alumnos extranjeros.
  - 3.6 Proporcionar a todos los alumnos información oportuna sobre los eventos a desarrollar. En el caso concreto de actividades culturales no organizadas por la Comisión, se proporcionará sin requerimiento para los eventos que se consideran de interés general y a solicitud para aquellos eventos que sean de interés particular.
4. Normas de la comisión:
- 4.1 La organización señalada en el punto 3.1 será permanente. Los cargos serán ocupados en forma rotativa por los alumnos del Curso cada 18 días.
  - 4.2 Será de la estricta responsabilidad de cada integrante de la Comisión el cumplimiento correcto de las actividades que se le asignen.
  - 4.3 Será también responsabilidad de cada integrante comunicar oportunamente al secretario de la Comisión, cualquier dificultad que impida el correcto desempeño de las actividades asignadas.
  - 4.4 Cualquier situación no prevista será resuelta por el secretario, debiendo comunicarla posteriormente al resto de integrantes de la Comisión.

EVENTOS PROGRAMADOS POR LA COMISION

1. Sociales:

- 1.1 Convivio a cargo de los alumnos Jaime Córdoba y Francisco Olivera Cedillo el día 21 de marzo de 1981.
- 1.2 Paseo a las Grutas de Cacahuamilpa y Taxco, Gro., a cargo del Dr. Jorge Armando Flores.
- 1.3 Acto de clausura. Fecha y encargado pendientes.

2. Deportivos:

- 2.1 Caminata matinal. Diariamente, a cargo de Juana Adelina Moriel.
- 2.2 Torneo de ajedrez. A cargo de Juan L. Espino; fecha pendiente.
- 2.3 Torneo de ping-pong. Encargado Dr. Calderón.  
Fecha pendiente.

3. Culturales:

- 3.1 Visita al Museo de Antropología e Historia. El día 21 de febrero de 1981. Encargado Dr. Mario Lagunes.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL MIERCOLES 4 DE FEBRERO DE 1981.

El Comité de Coordinación presentó al grupo a la Lic. Olga Palmero y al Lic. Manuel Millor.

El Lic. Millor inicia su plática con el tema: Los Sistemas de Seguridad Social y el Desarrollo Socioeconómico de América Latina.

Se divide el enfoque en varios puntos de vista:

1. Desarrollo Socioeconómico de América Latina.
2. Sistemas de Seguridad Social.
3. Enfoque de los sistemas de Atención Médica dentro de la Seguridad Social.

Existen tres objetivos clave como imperativos del proceso de desarrollo: 1) Unidad Nacional; 2) MODERNIZACION; 3) INTEGRACION NACIONAL.

Desarrollo.- Es la conjunción del proceso económico y social favorable.

Nuestros países tienen dos formas de dependencia: Interna y Externa y están ligadas entre sí. Han pasado por tres etapas: Colonial del siglo XIX a la PRIMERA GUERRA MUNDIAL.

En América Latina después de la Primera Guerra con el debilitamiento de Inglaterra, entra a escena Estados Unidos con intereses agrícolas y mineros, para después iniciar una época de industrialización. A partir de 1930 Brasil inicia el proceso de dependencia Industrial y Económica por las Transnacionales.

Este proceso histórico nos lleva a una situación actual que está representada por tres tendencias: Estancamiento; Marginalidad; Desnacionalización.

La Marginalidad por los países de Europa, en América Latina por más desarrollados a los menos desarrollados y la que corre dentro de cada país por sectores, mala distribución de la riqueza que mientras persista la Seguridad Social tendrá países no adecuados o lentos.

En la Desnacionalización, la Industria depende de la Tecnología Importada y la cultura está dada por el mestizaje.

En el estancamiento, la riqueza del país no avanza a una tasa apropiada. Productividad baja por un 45 a 50% dedicado a la agricultura y 0.4 a 0.5% a Investigación Tecnológica. Endeudamiento de más de 300,000 millones.

En Latinoamérica hay una dualidad estructural con un sector moderno y uno arcaico que debe desaparecer para alcanzar los objetivos ya señalados.

En la Marginalidad es importante el crecimiento demográfico que en Latinoamérica es de 1.9% anual, en México es de 3.2 a 3.3% y duplicará su población cada 21 ó 22 años.

Se cuestiona cómo mejorar o propiciar el cambio pero se admite que es a través de un desarrollo socioeconómico y político.

En el socioeconómico entra el patrimonio con la totalidad de riesgos y su manejo que implica distribución equitativa de la riqueza que lleve a un equilibrio socioeconómico; optimizar nuestros recursos y la distribución de puestos claves por técnicos no por políticos.

En la esfera política tenemos la institucionalidad y la virtud, entendiendo por ésta el factor que hace de un político un Servidor público honesto.

Algunos lineamientos de acción a tomar en consideración son:

1. Logro de una mejor redistribución del ingreso a través de una mejor participación estatal, en término de virtud para incrementar el bienestar social.
2. Lograr la eficacia y honestidad de mecanismos de recaudación fiscal.
3. Aumento de la producción en todos los sectores de la economía.
4. Logro de tasas de creación de empleo que superen el incremento de la tasa de desarrollo.

5. Elevación de los niveles educativo, técnico y profesional que deben producir mayor capacitación.
6. Ampliación de los programas de Seguridad Social tratando de cubrir a la población íntegramente.
7. El mejoramiento de las infraestructuras básicas a nivel nacional.
8. Intesificación de las campañas de control de la natalidad.
9. Promoción de la descentralización política económica y administrativa.

A continuación la Lic. Olga Palmero presenta el tema: Los Sistemas de Seguridad Social en América Latina.

Se busca un sistema práctico en los sistemas de seguridad social para establecer su dirección y evolución. Se señalan parámetros a comparar en sistemas semejantes.

Los sistemas de Seguridad Social se inician con Bismarck en Alemania y posteriormente casi todos los países cuentan con un sistema de Seguridad Social aunque sea parcial, siendo difícil trasplantar un sistema de un país a otro.

La garantía del trabajador en su trabajo y la participación del Gobierno, estructuran las bases iniciales de la Seguridad Social.

En 1935 aparecen los sistemas de Seguridad Social en Argentina, Brasil, Uruguay, Chile y Cuba. Tenían prestaciones diferidas, sin interés social, a diferentes grupos de tipo sectorial y bien circunscritos. En esta primera etapa apreciamos la estructura de estos cinco sistemas con las mismas características y define una parte muy importante de la tendencia de la Seguridad Social en aquella época: Prestaciones sin contenido social.

Se hizo un análisis y comparación de estos cinco sistemas. Ninguno incluye la prestación médica, sino en forma muy diferente.

A partir de 1942 se determina un cambio importante en la Seguridad Social con W. Beveridge el cual sienta las bases de transformación y políticas de seguridad social bajo los conceptos de Universalidad y se inicia en este momento la incorporación de



familiares o sea de grupos contributivos y no contributivos; en esta segunda época aparecen nuevos sistemas en Colombia y Ecuador.

En esta segunda etapa ya hablamos de asalariados superando el concepto de sectores.

Existe una diversidad de Sistemas de Atención Médica, la universalidad de los sistemas de atención médica y aquellos que se extienden al campo son evidentemente los mejores.

En el sistema mexicano hablamos de una institución nacionalizada el Instituto Mexicano del Seguro Social se inicia por ley en el año de 1943 y se integra con todas las prestaciones; en 1973 se agrega la rama de guarderías, la cual es única en América Latina; se basa en un esquema modificado de Seguridad Social. Un punto importante es el establecimiento de los Servicios de Seguridad Social para los grupos marginados. En 1979 se forma IMSS-COPLAMAR e implica una acción multidireccional en prestaciones médicas que contribuyen con servicios de desarrollo comunal; es decir hacen de la seguridad social un mecanismo de incorporación de 14 millones de personas.

Se tiene una cobertura de 6½ millones de asegurados con 24½ millones de derechohabientes y un total de 38½ millones o sea el 56% de la población total del país.

El Dr. Cordera nos presenta el tema sobre Sistemas de Atención Médica.

Se decía que no era posible investigar las necesidades sociales sin embargo Abraham Maslow ideó un sistema que ayuda a explicar la jerarquización de ciertas necesidades individuales.

En la pirámide se encuentran en la base las necesidades básicas o fisiológicas (alimentación, vestido, abrigo) en el segundo nivel están las de seguridad, luego las sociales o de aceptación, luego necesidades de estimación (reconocimiento) y finalmente necesidades de autosatisfacción. Así, cuando se van superando cada una de estas necesidades otra emerge de acuerdo a la jerarquía.

A continuación se refiere que Nisberg y Brooks quienes señalaron variantes en algún grupo social, específicamente en la so-

ciudad negra, encontrando que en la base está "el ir la pasando" en el segundo nivel diversión, en el tercer religión, en el cuarto llamar la atención y en el vértice "vencer al blanco con las reglas del blanco".

Jonathan Bradshaw propone una Taxonomía de las necesidades sociales y la divide en cuatro:

1. Las necesidades del cliente que pueden ser sentidas y expresadas.
2. Las sentidas y no expresadas.
3. Las necesidades del experto y
4. Las necesidades por comparación (envidia)

En la combinación de estas cuatro necesidades se puede dar lugar a 14 posibilidades.

Alastair Campbell clasificó los problemas de atención médica por sus características comunes y las dividió en:

1. Un sistema de atención médica que es comercial-competitivo regido por las leyes de la oferta y la demanda.
2. Sistema administrativo-profesional donde hay dos grupos; los administrativos y los profesionales de la medicina que interpretan las necesidades de la población y diseñan un programa de atención médica.

En México el primer sistema es responsable del 15% de las acciones y el segundo del 85% .

3. Sistema democrático-consultativo que es único y se da en los países socialistas, lo que le da la característica de que los usuarios y proveedores hacen funciones que les corresponden a ambos. (Ejemplo: Médicos descalzos).

Suchman analiza la actitud de las personas al sentirse enfermas y encuentran cuatro niveles:

- 1) Socializa su rol de enfermo;
- 2) Empieza a preguntar a gente que respeta;
- 3) Pregunta a alguien que tiene conoci-

mientos de Medicina (en este nivel actúan los médicos descalzos y los paramédicos).

4. Si la enfermedad persiste va con el médico en donde existen dos variables:

- 1) que acepte el consejo del médico y se haga dependiente;
- 2) que no acepte; posteriormente al curarse socializa su reingreso al trabajo y lo justifica para ser readmitido.

Según Suchman, se debe entrenar a la gente para los diferentes niveles con el fin de que se reincorpore a su trabajo lo más rápidamente posible y esto se efectúa sólo a partir del segundo nivel, que constituye, en ese caso, el primer contacto con el sistema de atención médica.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL VIERNES 6 DE FEBRERO DE 1981.

El Dr. Gastón Novelo y el Dr. Sánchez Zamora abordan el tema: "La medicina como prestación de la seguridad social".

Nos recuerda a Bismark en 1883; en aquella época nace el primer Seguro Social para beneficio de los trabajadores alemanes con énfasis en el de enfermedad, en él hay un propósito de protección a la salud.

Se analizan conceptos de medicina, Seguro Social y Salud.

Medicina: Es una ciencia y un Arte que nos sirve para prevenir y curar las enfermedades y rehabilitar a aquellos que resulten impedidos; la medicina en sus niveles de prevención, curación y rehabilitación siempre es integral, al no poder separar al hombre de su ambiente, la medicina siempre es social.

En cuanto a Seguridad Social hay muchas definiciones y todas se complementan, se puede considerar como la parte de la política socio-económica del estado por la cual se buscan condiciones de vida, salud y trabajo. Socialmente suficientes a fin de garantizar mayor progreso y productividad.

El origen de este concepto se encuentra en la vida misma, desde el nacimiento a los 16 años (etapa preactiva) que es de dependencia. El infortunio que afecta a esta etapa es la orfandad y el abandono.

De los 16 a los 24 años se inicia la etapa productiva; a partir de los 24 años a los 65 años es la etapa adulta, pero de 16 a 65 años se considera etapa activa; aquí aparecen los accidentes, la incapacidad, probablemente la muerte prematura, el desempleo, el matrimonio, hijos. Todos estos hechos aumentan las cargas económicas.

Después de los 65 años viene la vejez o etapa postactiva y vuelve a presentarse una dependencia de tipo familiar.

Las necesidades sociales son la causa de la inseguridad social predominando las necesidades biológicas que amenazan al individuo durante todo el período de su vida. "La seguridad social

es el puente que se tiende entre la desesperación y la esperanza". Debe ser una política social y económica del estado para el bienestar de los miembros de una comunidad que oriente al desarrollo.

No es lo mismo "seguridad social" que "Seguro Social"; la primera es un ideal que pretendemos alcanzar; los seguros sociales son un instrumento real y tangible que van a beneficiar a determinados sectores de la población y a protegerlos contra determinados riesgos.

Las instituciones de Seguridad Social van a dar atención médica, no de salud. La atención médica es la prestación o procedimiento para cumplir con las finalidades de la medicina.

La atención médica es la que se programa con recursos humanos, materiales, económicos y administrativos; se requieren las técnicas y procedimientos para hacer que estos recursos sean suficientes, garantizando oportunidad, eficacia, y calidad; y todo ello resulte de gran trascendencia para la optimización de recursos y disminución de costos.

La preocupación actual es racionalizar el uso de los Servicios Médicos, dar una atención médica integral pero ya que los recursos no son infinitos, debemos hacer un uso racional, sin desperdicios, con la finalidad de que exista un equilibrio financiero.

La medicina dentro de la seguridad social tiene dos objetivos: 1) Beneficiar a grandes sectores de la población, lo cual es posible y se viene realizando sin distinción de sus condiciones socio-económicas; 2) Que estas instituciones ofrezcan una Medicina Integral.

Obstáculos: Se requiere elevar el nivel educativo de la población por otra parte el perfil del médico que sale de las universidades es distinto de los médicos que se requieren en los servicios institucionales.

Se continua con el tema "La seguridad social" en los países de los educandos".

Se presenta los resúmenes con la coordinación de la Lic. Palermo y el Lic. Millar de los siguientes países: Bolivia, México, (IMSS, ISSSTE, PEMEX).

Por la tarde el Dr. Cordera inicia con el tema "Principios de la Investigación". Todo se inicia con la percepción de un problema.

¿Qué es un problema?

Alvin Gouldner sociólogo americano dice: "Un problema es un estado de insatisfacción entre personas o grupos, ante hechos reales, presentes o anticipados, que no permite llegar a un fin. Generalmente no actuamos ante problemas sino ante quejas y estas pueden ser manejadas fácilmente. En un problema tienen que existir dos grupos, uno con determinados conocimientos, experiencias y expectativa que mientras sea de este grupo se le denomina queja. En la atención médica puede corresponder a los usuarios del servicio, en algunos casos llamados clientes.

Otro grupo es el de los proveedores del servicio que al tener otros conocimientos, experiencias y expectativas hacen que se establezca el PROBLEMA.

Hay varias alternativas dentro de la solución de problemas y se establece que hay tres posibilidades: 1) La definición de los valores; 2) Los medios y 3) El fin.

Probablemente el más difícil de resolver es el de los valores.

Es así como se inicia la investigación, porque existe un problema.

Popper filósofo austriaco y Madawar, médico inglés Premio Nobel, señalan que lo primero que sucede cuando se hace una investigación es que se percibe el problema y se considera que uno mismo lo puede resolver; "si no hay solución o no soy parte del problema, entonces el problema no existe".

A nivel subliminal yo tengo una idea de cómo se puede resolver el problema; en una investigación, nosotros tenemos que plantear cuál es el problema, como lo percibimos.

Después de percibir el problema continuamos con el ACOPIO DE DATOS.

Gouldner señala que ante un problema existen dos actitudes:  
1) La clínica y 2) La ingenieril.

La clínica es la forma como actúa un médico cuando está frente a un enfermo: pregunta cómo se inició la enfermedad, en qué contexto, trata de establecer causas, antecedentes, etiología, etc., es decir elabora la historia clínica que es un estudio DIACRONICO del paciente; de cada dato hace una semiología e identifica cada una de las variables independientes tratando de relacionarla con una ley o principio que rige a dicho síntoma hasta llegar a lo sincrónico o sea que lo que está sucediendo en el momento actual al paciente. Si se conocen las leyes de estas variables se tienen mayores posibilidades de establecer un diagnóstico correcto con posibilidades mejores de tratamiento; a todo esto se le llama enfoque clínico.

El Enfoque Ingenieril resume y enfoca los datos básicos, no averigua el problema ni sus leyes, obtiene y quiere datos concretos y actuales; la actitud del Ingeniero y la del Clínico son diferentes.

Se comenta también el expediente clínico, el cual a sido sometido a muchas críticas. Las tendencias actuales consideran que deberán existir dos expedientes, uno de salud y otro de enfermedad. En el de salud se anotarán aquellos datos que no van a cambiar como por ejemplo: fecha de nacimiento, tipo sanguíneo, inmunizaciones, enfermedades anteriores, intervenciones quirúrgicas importantes: sólo Suecia lo lleva a cabo; parcialmente en otros países como Holanda, Inglaterra, Dinamarca y algunos centros médicos en los Estados Unidos.

La otra es la historia de la enfermedad actual como acontecimiento esporádico. De existir algún dato importante podrá pasar al expediente de salud. Esta idea parte del conocimiento de que el 97% de los datos que tiene un expediente como se elabora generalmente no tiene valor posterior.

Uno de los problemas de Latinoamérica es el espacio social compartido por derechohabiente y no derechohabiente.

Es importante que en un sistema de Medicina Familiar tengamos:

1. El concepto de Familia que obliga a estudios de sociología. A partir de este concepto deberán de generarse una serie de acciones a diferentes niveles para reforzar a la familia.

Por último se comentó que cuando más se avanza en un programa de investigación más se encuentran problemas que obligan a la revisión del todo.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL LUNES 9 DE FEBRERO DE 1981.

El tema de Las Políticas de Atención Médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social fue expuesto por el Dr. Luis Alvarez Balbás.

Se resumieron algunas características históricas del Instituto a través de cuatro décadas de su vida como resultado del movimiento revolucionario que se abre a la clase trabajadora a través de tres grandes servicios; prestaciones sociales, médicas y económicas.

En estos 40 años de desarrollo se marcan dos grandes etapas; la primera el crecimiento y desarrollo muy rápido partiendo de cero y llegando hasta 150,000 trabajadores; de cero clínicas a más de 1,800 de las cuales cerca de 200 son de especialidades; con más de 100 camas y 28,000 médicos. Se señala que del 60 al 70% de los médicos del país trabajan en la seguridad social y el 60% de los estudiantes de medicina pasan en su preparación por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Existe una diferencia en las generaciones de médicos por las diferentes etapas en que ha evolucionado el IMSS.

En un principio la medicina de primer contacto fue realizada por médicos generales, ahora se realiza por médicos familiares. Este último maneja otras variables como son: salud pública y sobre todo el núcleo familiar. Otra mitad de los médicos del IMSS son médicos especialistas y dan atención a otros niveles.

La atención en las unidades se ha ido definiendo hacia tres niveles de atención médica.

En el primer nivel se establecen Unidades de Atención que cubren más o menos el 80% de la demanda y se refiere a aquellos padecimientos cuyo diagnóstico y tratamiento son de una relativa facilidad; a este nivel trabajan médicos familiares con todo su equipo de salud y unidades ambulatorias; aquí la gran mayoría de los servicios son de prevención.

En el segundo nivel hay Unidades Médicas con consulta externa y



Hospitalización que se apoyan en cuatro especialidades básicas: Pediatría, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Cirugía General y algunas otras especialidades de acuerdo a las necesidades; a este nivel se resuelve del 7 al 8% de las demandas de atención y son Unidades de Concentración.

En el tercer nivel se actúa sobre el 2 al 3% de las demandas y son aquellas que requieren mayor especialización. Los tres grandes Centros de este nivel son Monterrey, Guadalajara y México; próximamente se contará con otro Centro Médico en Mérida.

En la formación de nuevas Unidades siempre se requiere crear la suficiente infraestructura del primer contacto y luego implementar el segundo nivel y el tercero. Así, una de las políticas es el consolidar los tres niveles de atención médica e implica reubicar personal, problema de construcciones, revisión de normas y procedimientos, y definir funciones para hacerlo operativo.

Otra política importante es la de formación directa de especialistas para la institución, tenemos escasez de algunas especialidades así como de enfermeras tituladas y especializadas, se están realizando convenios con las Universidades de formación de especialistas según las necesidades de la institución; existen ya programas para formación de especialistas que se modifican en forma rotatoria para que se obtengan especialistas con aptitudes y actitudes en relación con los niveles operativos.

En el proyecto de Unidades de Atención es muy importante la formación de módulos que no alteren el funcionamiento, simultáneamente la formación de cuadros básicos de medicamentos con análisis de calidad, almacenamiento, duración y servicios.

El aspecto operativo es complejo y debe hacerse en forma correcta en relación con los tres niveles.

Otra política es la descentralización de la operación de los Servicios para ello es necesaria la formación de buenos administradores.

Existe también la política de la descentralización de la toma de decisiones a niveles gerenciales con el fin de que el responsable sea el Director de Hospital. A esto se agregan programas para desarrollo a nivel gerencial.

Otra política es la expansión de los recursos dentro de las posibilidades de la institución y la elevación de la calidad y capacitación de los servicios médicos. Con ello termina su ponencia el Dr. Alvarez Balbás.

El Dr. Cordera continúa el programa con los principios de Investigación recordando que el primer bloque está integrado por percepción del problema acopio de datos y definición del problema este bloque se continúa con el segundo que está integrado por: HIPOTESIS, la cual es una proposición de una solución tentativa acerca del problema, se plantea como una respuesta provisional a una pregunta.

SEGUNDA JUSTIFICACION; que está constituida por la significancia o sea la importancia y pertinencia; la trascendencia que es la forma en que repercute en tiempo y espacio y la viabilidad de la investigación o sea la aceptación social.

Se continúa con objetivos y metas. En general un objetivo es el enunciado de un resultado una vez que ha terminado la acción y que debe ser unívoco, claro, preciso, medible, factible y aceptable.

Los pasos para enunciar un objetivo son: 1) el sujeto que va a demostrar el resultado; 2) resultado, expresado por un verbo; 3) condiciones; 4) grado útil de especificidad; 5) el criterio de precisión, el estándar aceptable en el que se tiene que lograr.

Al definir el método se hace el análisis del tipo de investigación a seguir en una encuesta se analiza ésta e incluye una matriz de dos entradas para analizar cada uno de los datos y los tipos posibles de respuesta.

Se deben definir las variables independientes.

Según el problema, es necesaria la colaboración de algunos expertos en estadística, sociología, abogacía, y en algunas circunstancias epidemiólogos y un experto en Informática.

Por la tarde se continuó con el planteamiento de un modelo normativo expuesto según los criterios del Dr. Cordera.

Modelo es la representación gráfica de una realidad empírica o de una teoría científica.

El modelo está constituido de la siguiente forma:

NECESIDADES  
SOCIALES

DEMANDAS  
Y ASPIRACIONES

GRANDES PROGRAMAS  
EXTENSIVOS Y PRIORITARIOS

Los programas deben tener un grado de cobertura y de profundidad, los programas prioritarios deben tener apoyo político y un ambiente favorable.

Todos estos programas actúan dentro de un sistema de atención médica que contempla:

1. Disponibilidad de los servicios
2. Acceso que debe ser Isócrono
3. Aceptación diferente para cada familia y grupo social
4. Calidad y
5. Costo

Una vez que se tiene el programa se analizan tres aspectos: Los insumos, el proceso y los resultados.

Los insumos: consisten en un marco conceptual dado por aspectos económicos, jurídicos, sociales, políticos y tecnológicos.

Dentro de los insumos hay políticas estrategias, que es la forma de relacionar la parte interna de los recursos con la sociedad; y de aquí saldrán los planes de tipo técnico que se derivan del aspecto social.

En el proceso hay tres puntos: 1) Organizar; 2) Dirección y 3) Control.

La organización a su vez integrada por:

- a) definición de funciones
- b) tecnología adecuada para las funciones
- c) estructura física y organizacional
- d) manejo de personal

La dirección implica funciones de liderazgo y supervisión.

El control tiene como base la informática, la estadística y la contabilidad,

Y por último los resultados que de no llevar a la mejoría a la sociedad no son útiles.

A continuación se trató el tema de aspectos generales sobre sociología y su importancia en los sistemas de atención médica.

Fue a partir de Marx, Comte y Durkheim cuando toma importancia la relación histórica con los fenómenos sociales.

La historia estudia los antecedentes en relación al lugar y el tiempo.

La sociología estudia los fenómenos sociales para comprobar leyes generales que posteriormente se comprueban en sociedades diferentes.

La psicología social se basa en el concepto de Freud que menciona que el individuo ante ciertos estímulos responde en forma repetitiva en lo que se refiere a la conducta.

El estudio de la sociología considera inicialmente el todo, estudia las partes para reintegrar el estudio del todo y como toda ciencia es fragmentaria y provisional pues al cambiar la sociedad puede cambiar el concepto.

En sociología es importante reconocer los patrones culturales primarios y secundarios que actúan en él. Los primarios corresponden a la familia, la escuela y los amigos y los secundarios corresponden al estado. Sin embargo, afecta mayormente el primario. Se tienen varios grupos de pertenencia, pero también varios modelos de referencia (lo que es semejante al modelo de competencia).

La sociedad actúa sobre el individuo para moldearlo, la organización es cambiante y consciente de sus fines.

Hay dos tipos de organización: Los que parten de una población conocida y los que la desconocen. Ejemplo: El Instituto Mexicano del Seguro Social y su población que es conocida y la Cruz Roja que tiene cúpulas flotantes por desconocer su población.

Mayntz expresa que el problema de los países en desarrollo consiste en no hacer un muestreo social adecuado ya que se centran en la organización interna ignorando lo externo. Copiando otras técnicas sin haber estudiado sus problemas.

Existe una tendencia a la burocratización de las instituciones entendiéndose como burocratización aquello que se centra en el proceso y no en los resultados. (Liderazgo, supervisión, estadística, etc.)

El sistema de atención médica es un conjunto de elementos que se interrelacionan para prevenir, curar, controlar, paliar o rehabilitar la enfermedad.

Todo sistema está formado por elementos diacrónicos y sincrónicos y tiene un límite. Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados, los cerrados no duran mucho tiempo por su entropía. Todo sistema necesita energía para funcionar.

En el análisis de los sistemas existen dos formas: la funcionalista en la cual se considera que hay que realizar cambios para que todo se mantenga igual y la estructuralista. En este último se considera que en un sistema hay tres subsistemas que son:

- 1) el determinante que en última instancia (que se apropia de la plusvalía);
- 2) el dominante, que es el que aplica la ley y
- 3) el de autonomía relativa que sólo puede modificar el sistema si hay una coyuntura.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL MARTES 10 DE FEBRERO DE 1981.

Las actividades del día son coordinadas por el Dr. Cordera. Se comenta que el directivo médico tiene que realizar dos tipos de trabajo: el habitual o cotidiano y el inherente al proceso administrativo; siendo el porcentaje al principio mucho mayor hacia el trabajo habitual y posteriormente se produce el cambio hacia el proceso administrativo.

Se estableció que al referirse a los conceptos de salud y enfermedad no deberán expresarse conceptos opuestos. Desde un punto de vista pragmático la Organización Mundial de la Salud define como salud a un estado de bienestar bio-psico-social.

Al preguntar sobre cualquier clasificación o categorización las posibilidades de contestación deben ser exhaustivas mutuamente, excluyentes y tener categorías residuales (NO SE Y NO QUIERO).

Se discutió una variable, la edad y dado que esta investigación tiene propósitos educativos se aceptó como referencia de edad mayor 12 y menor de 12 dado que a esta edad el concepto de salud y enfermedad puede tener variantes entre lo biológico y lo social.

Se descartaron como variables independientes la procedencia, el sexo, los ingresos, la habitación y la alimentación, dado que esta investigación, teniendo propósitos educativos, es necesario realizarla en corto tiempo y la investigación de estas variables llevaría mucho tiempo.

Para la variable del grado de escolaridad se concedió mayor y menor de 6 años, que es la edad en que puede cambiar el concepto.

El trabajo como variable independiente se consideró que es importante en cuanto a los conceptos de asalariado o no; ya que el primero al contar con algunas prestaciones puede tener un concepto psico-social, y el concepto del segundo es de tipo biológico.

El estado de salud actual es de importancia sobre todo en los legos ya que su idea acerca de la salud es muy sincrónico; se le da importancia cuando están enfermos y se deberá relacionar con el tipo de enfermedad.

Otra variable que se consideró importante es el número de personas que componen el grupo familiar y que conviven bajo el mismo techo; estableciéndose para el estudio en más de 5 y menos de 5.

Todas las variables anteriores son de pertenencia y se agregaron variables de referencia como: 1) ¿Dónde se atiende usted por primera vez cuando está enfermo? y 2) ¿Dónde preferiría usted tratarse? agregándose también los conceptos sobre salud y enfermedad.

Se continuó el ejercicio analizando si es posible conceptualizar las variables en forma cruzada.

Consideramos que se le dedicó un tiempo muy importante al análisis, pero ello es indispensable, un diseño de investigación lleva tiempo y habrá que mantener bajo el número de variables y reducido el de investigadores para darle mayor precisión a los resultados.

En la parte instrumental de la educación se pueden utilizar dos criterios siempre y cuando uno sea conceptual y otro metodológico.

Se continuó con la realización de un formato de encuesta.

Por la tarde se efectuaron tres sociodramas para preparar la encuesta y posteriormente cada uno de los alumnos realizó el trabajo de campo aplicando la encuesta en 7 legos y 1 experto, utilizando como área de campo las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social Nos. 8, 18 y 22.

RELATO DE ACTIVIDADES DEL MIERCOLES 11 DE FEBRERO DE 1981.

El Dr. Cordera inicia señalando "La Ley de Pareto": Dado que los recursos son siempre insuficientes, los debemos utilizar donde tengan mayor impacto.

Las acciones se repiten en un número limitado de patrones ejemplo: Esquemas para tratamiento de T.B., en los cuales se llevó a cabo la formación de las guías de diagnóstico de terapéutica en que sólo 94 padecimientos eran responsables del 80% de las atenciones de primer contacto.

Se comenta también los estudios del Dr. Adolfo Vélez Gil en la Universidad de Cali, Colombia sobre cirugía ambulatoria.

Existen dos esquemas de los valores de libertad, igualdad y responsabilidad social: Esquema A.- Establece libertad para que todo mundo funcione en un mercado libre, y el Esquema B.- Que establece igualdad para que todo mundo tenga acceso a la salud y a la educación.

En relación con la certificación de incapacidades, ésta es una actividad que se realiza mucho en las instituciones de seguridad social.

El exceso de certificados de incapacidades es un problema muy importante a resolver ya que bloquea la productividad.

La demanda conocida es la satisfecha, la demanda real se desconoce. La demanda probabilística es factible de ser calculada tomando en cuenta factores geográficos, políticos y ambientales, existiendo algunas técnicas para su cálculo que con un cierto rango permiten predecir el comportamiento médico de la población.

Por la tarde se hace la presentación del Dr. Ernesto Espinoza Arteaga que expondrá el tema "Patrones de uso de los Servicios de Atención Médica".

Las necesidades sociales son extraordinariamente amplias y por lo tanto no son posibles de satisfacer en su totalidad y sólo lo son las sociomédicas.



Se analiza el esquema tomado de la obra de Donabedian que tiene dos áreas de estudio. Por un lado se encuentra la conducta del cliente y por el otro la conducta del proveedor y al centro las necesidades. Del lado de la conducta del cliente: éste reconoce la necesidad - toma la decisión de buscar la atención - proceso de búsqueda - y finalmente la adopción del rol de enfermo. Del lado de la conducta del proveedor: hay un proceso diagnóstico y como consecuencia una decisión terapéutica y finalmente los resultados de dichas acciones.

Se analizan los factores relevantes en relación a los patrones de uso de atención médica (Anderson y Andersen), mencionándose los siguientes elementos:

1. Composición de la población por edades y sexo.
2. Incidencia de enfermedades.
3. Proximidad y facilidad para la atención médica.
4. El ingreso familiar.
5. La residencia.
6. Las percepciones del proveedor y del usuario.

Agregándose a los factores anteriores: el factor de tipo filosófico, que se subdivide en axiológico y en teoría de la enfermedad. Finalmente el No. 8.- Factor conductual.

Anderson y Andersen dividen a la Oferta de Servicios en: Servicios Públicos personales. Servicios públicos se dan en forma masiva. Servicios personales se otorgan a través de diferentes conductos.

Finalmente se dictan tres ejemplos distintos de Patrones de uso. Mencionándose el estudio del Grupo de Morelos, en el que referente a tratamiento previo se encontró un 38%, siendo de tipo casero el 8.4%, medicina tradicional el 1.4% y automedicación el 27.8%. También en la encuesta realizada por ese mismo grupo, se investigó las causas de la no utilización de los servicios: -no ha sido necesario; -no se desea utilizar; -no tiene confianza al médico; -afiliación reciente; -falta de atención por personal administrativo; -desconocimiento de servicios; -la empresa donde labora tiene servicios médicos; -utiliza servicios médicos particulares.

## RELATO DE ACTIVIDADES DEL JUEVES 12 DE FEBRERO DE 1981.

El Dr. José Luis García Fernández, ponente del tema sobre "Análisis de Estadísticas Biomédicas" refiere que el tema es bastante árido, por lo que se buscará la participación activa de todo el grupo.

La estadística fue un método creado para recolectar, elaborar, analizar e interpretar números; y aún cuando maneje datos de personas o cosas siempre las explica de manera matemática. La aplicación es a nivel de planificación, recolección de datos, elaboración de información y análisis e interpretación de fenómenos biomédicos.

Cuando se estudia un grupo de personas, estas tienen diferencias entre sí, lo que constituye una variación real. Por variación añadida se entiende a toda la serie de dificultades que se agregan al proceso de investigación.

En estadística es muy importante el método de muestreo y sólo debe emplearse en universo amplio en que las personas o elementos son diferentes entre sí. Ofrece ventajas y desventajas, siendo por supuesto mayor el número de las primeras, entre las que mencionaremos: 1) Ahorro de tiempo; 2) Ahorro de dinero; 3) Ahorro de trabajo; 4) Más exacta que el estudio total del universo. Entre las desventajas: Puede caerse en un error de muestreo.

Existen tres clases de muestras: 1) representativa; 2) seleccionada o demostrativa y 3) probabilística. De todas estas se ha visto que la probabilística y la representativa son las mejores y más confiables.

Las condiciones de muestra probabilística son: 1) conocer la probabilidad de elección de un elemento; 2) elección de elementos al azar.

La información debe presentarse en forma que permita y facilite su procesamiento estadístico. De esta forma los datos deben agruparse en forma correcta, habiendo una escala cualitativa y una cuantitativa que pueden ser discontinua (no divisible numéricamente), o continua (divisible numéricamente).

Se definió lo que es tasa: "relación entre el fenómeno estudiado y el total del universo donde acontece". Se analizaron los diferentes tipos de tasa; tanto la cruda como la específica, así como a sus componentes estructurales realizándose ejercicios para su mayor comprensión.

A continuación inicia el tema sobre "Indicadores socio-médicos de salud".

Define lo que es índice e indicadores. Los indicadores nos sirven en medicina para evaluación, donde comparamos lo planeado con tra lo encontrado. A continuación nos presenta un modelo de insumo-producto. La estructura y programación, como siguiente paso el proceso a que se somete el mismo y la productividad, el resultado que es lo que realmente interesa en los servicios de salud y por último el efecto obtenido manifestado por el impacto que causa el resultado.

Para evaluar se necesitan índices e indicadores sin los cuales no sería posible la investigación. De esta manera se encuentra una serie de indicadores que son los aceptados actualmente para obtener los diferentes niveles de salud de una población:

1. Indicadores de población
2. Indicadores socio-económicos
3. Indicadores de modo de vida
4. Indicadores sobre modo de uso de servicios de salud
5. Indicadores vitales
6. Indicadores de costo en metálico de servicios de salud

A las 14:30 horas el Dr. Armando Cordera, Coordinador del Curso presenta al Dr. Rogelio Montemayor Galindo, Titular de la Jefatura de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Inicia la exposición del tema "Programas Prioritarios en el IMSS", hace mención a la evolución y desarrollo de la seguridad social en México y que de acuerdo a esta evolución y una serie de estudios a través de las necesidades y características de nuestra población, se establecen programas que se van considerando como prioritarios en el Instituto Mexicano del Seguro Social:

1. Programa de Planificación Familiar
2. Medicina preventiva en todos sus renglones, haciendo énfasis en los padecimientos gastrointestinales y orientación nutricional.

3. Consolidación de la red asistencial por niveles de atención
4. Programas para la adecuación de la atención médica
5. Actualización de Normas y Procedimientos

La ponencia del Dr. Montemayor es repartida a cada uno de los participantes.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL VIERNES 13 DE FEBRERO DE 1981.

El Dr. Jorge Nieto Merodio, expone el tema "La consulta externa".

El término de consulta externa es adecuado cuando en la unidad hay hospitalización. Cuando no existe esta última el término debería ser "consulta ambulatoria". Al lugar donde se prestan los servicios se le denomina "unidad". La consulta externa debe ser impartida de acuerdo a las necesidades de la población. Debemos resolver las demandas, utilizando adecuadamente los recursos de que disponemos.

Los niveles que otorgan la consulta externa son el primario y secundario.

- Nivel primario:
1. campo de acción muy amplio
  2. dirigido a grupos de población pequeña
  3. localizado en la propia comunidad
  4. dirigido a pacientes ambulatorios (atención continuada)

- Nivel secundario:
1. campo de acción reducido
  2. problemas específicos y poco frecuentes
  3. distante al domicilio del paciente
  4. atención intermitente (discontinua)

Los servicios de consulta externa deben estar accesibles y disponibles para los pacientes.

Accesibilidad: posibilidad real de tener entrada a los servicios.  
Disponibilidad: existencia de los servicios.

Se menciona que para introducir la prestación médica en una comunidad, es necesaria la investigación siguiente:

1. nivel de salud
2. demografía
3. política
4. problemas sociales
5. recursos económicos
6. factores culturales

En una Unidad de Medicina Familiar en base a indicadores se calcula que de todos los usuarios que asisten, un 80 a 85% acuden a consulta externa.

Cada derechohabiente genera 3.5 consultas por año, así se puede decir que si tenemos 1,000 de estas, generarán 3,500 consultas por año, esto es de utilidad para calcular la fuerza de trabajo.

Se entiende por servicios para la prestación médica, al conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos que han sido asignados para la prestación de la misma.

El tema "Servicios de Hospitalización" por el Dr. Jesús Abrego.

Se da la definición del término HOSPITAL "es el organismo arquetipo de la atención médica".

"Es una parte integrante de una organización médica-social cuyo fin es proporcionar a la población atención médica completa e integral, siendo además un centro de formación de personal del equipo de salud".

También se definió ATENCION MEDICA, "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, de la prevención médica y del fomento de la salud". Una atención médica ideal, es aquella que cumple con sus objetivos en forma eficiente y suficiente.

Para llevar a cabo el estudio del Servicio de Hospitalización se puede plantear en base al proceso administrativo.

Se define PLANEAR, como predeterminar el curso a seguir.

En la organización, se lleva a cabo la estructuración, distribución del trabajo, funciones y conjugación de recursos.

Existen ciertos principios a manejar en la fase de organización y son: de la Especialización, de la Unidad de mando, del Equilibrio autoridad/responsabilidad, del Equilibrio dirección/control.

Existen ciertas reglas que deben contemplarse: 1) escribir todas

las funciones; 2) definir cada una de ellas; 3) excluir las idénticas y 4) dejar sólo las que deben existir (por producto, por territorio, por proceso).

Finalmente en la fase de dirección, palabra que deriva del latín *Di* = intensivo, *Regere* = gobernar; hay distintas definiciones según diferentes autores, entre las que destacan la siguiente: "Es la etapa de la administración en que se impulsa y modera la voluntad de cada miembro para que realice sus acciones de acuerdo a los planes aprobados".

"Es la parte esencial de la Administración. Es el elemento más real y humano".

Posteriormente se definen las características, principios y reglas de mando; y finalmente la resolución de los conflictos, en sus diferentes formas: por dominación, por conciliación y por coordinación.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL LUNES 16 DE FEBRERO DE 1981.

El Dr. Jesús Abrego, inicia la plática sobre "Principios básicos para organizar los servicios de urgencias". Refiere que la organización de un hospital se refleja precisamente en la forma en que funciona el servicio de urgencias y como consecuencia las actividades emanadas de la Dirección.

Se manejan dos términos o conceptos: Emergencia y urgencia.

**Emergencia:** "es el estado del paciente en el que la admisión no se realiza en la forma habitual o electiva, sino que por la naturaleza del propio padecimiento, o por presentarse fuera de horario habitual o por la aprensión del paciente es necesario prestarle la atención de inmediato, aún cuando no corra peligro su vida".

**Urgencia:** "la vida del paciente está de por medio y una dilación o la postergación podrá agravar la afección e incluso provocar la muerte" (es la verdadera urgencia)

Los Servicios de Urgencias están integrados por un Jefe de Servicio (un médico regido por las acciones de la Dirección), una jefe de enfermeras, una enfermera jefe de quirófanos, una enfermera jefe de piso, enfermeras supervisoras, enfermeras especialistas y generales, asistentes sociales, anesthesiólogos y personal de seguridad.

Las políticas de un servicio de urgencias son: GENERALES e INTRAHOSPITALARIAS:

- Lograr la máxima satisfacción del derechohabiente.
- Brindar atención médica de calidad, oportuna y cortés.
- Establecer un sistema de comunicación permanente con los familiares del paciente.
- Otorgar la documentación necesaria en los casos de accidentes de trabajo.
- El traslado del servicio de urgencias a hospitalización debe hacerse con toda la documentación según normas y procedimientos de la unidad.
- Responsabilizar a los jefes de servicio para que se establezca trato amable con los usuarios.



- Difundir las normas del instituto para resguardar y/o devolver las pertenencias del paciente.
- Establecer programas de capacitación a todo el personal de urgencias.
- Crear conciencia en la equidad en la carga de trabajo.
- Unificar el criterio para el manejo de las pacientes.

Finalmente explicó los criterios de admisión.- En primer lugar hay que definir si se trata de una urgencia, una emergencia o un caso electivo.

- Si después de 48 horas no se ha logrado establecer un diagnóstico el paciente deberá internarse (de lo contrario bloquearía las camas del servicio de urgencias).
- No generar consulta subsecuente, estas deben ser manejadas en consulta externa.
- Identificar al paciente y notificar a los familiares. En caso de estar inconsciente y no contar con documentación que permita identificarlo se manejará como desconocido.
- Dar aviso inmediato al ministerio público en los casos de heridas por arma, sospecha de envenenamiento, muertes repentinas, suicidios.

El tema de la "Organización de los servicios de enfermería" por la Srta. Ma. de la Luz Pesqueira.

El departamento de los Servicios de Enfermería está bajo la jurisdicción por jerarquía de área del subdirector o director. La jerarquía del departamento presenta dos formas: A) la institucional y B) la de área. La primera señala su categoría, responsabilidad, líneas de autoridad y comunicación. La de área, integra los servicios a su cargo dentro de la organización de los servicios paramédicos, señalando sus categorías.

El departamento está a cargo de una enfermera con categoría nominal de Jefe del Departamento de enfermería, y tiene funciones independientes y dependientes; las primeras forman un 60% de sus actividades tales como administración, organización y desarrollo del personal y las segundas dependientes un 40% y son las relacionadas a la coordinación interdepartamental de los servicios involucrados en los cuidados de los pacientes.

El departamento de enfermería es uno de los más grandes dentro del hospital y según estadísticas nacionales, un 50 a 57% está constituido por el mismo.

La finalidad y objetivos del departamento de enfermería son diversos y dentro de los más importantes se pueden mencionar:

1) prodigar cuidados más eficientes, humanos y seguros para el individuo que acude a la institución; 2) coordinar y equilibrar los recursos materiales y humanos de enfermería para que el hospital pueda cumplir en forma integral sus postulados.

Acerca de las diferentes funciones que desempeña el departamento, así por ejemplo la enfermera jefe de piso a cabo la administración del servicio de su piso; la enfermera profesional todo lo técnico; la enfermera especializada lo inherente a su especialidad (pediatría, cirugía, etc.).

Para llevar a cabo el cálculo de personal, éste se establece en base a las necesidades de cada hospital, sus servicios y número de camas.

- A las 14:30 horas se lleva a cabo la plática sobre "Servicios Paramédicos, funciones y estructura", por el Dr. Enrique Parra.

Inicia su plática solicitando la participación de los asistentes al curso y de los diferentes países acerca de la idea que tiene sobre qué o quienes forman los servicios paramédicos; después de escuchar los diferentes conceptos, nos refiere que siempre ha existido dificultad para determinar quienes integran dichos servicios. Y así nos expone que en 1980 se lleva a cabo una reunión que incluyó a más de 30 gentes, expertos y la participación de 5 países, con el objeto de definir cómo están integrados estos servicios, concluyéndose después de haberse efectuado una revisión exhaustiva del tema y de muchas discusiones dos conceptos fundamentales:

1. El de Servicios paramédicos: que son aquellos destinados al otorgamiento de la atención médica directa e integral al individuo a través de un grupo multidisciplinario interactuando entre ellos con el médico para el bienestar del individuo y constituido por personal profesional y/o técnico no médico, integrados dentro de un organismo formal.
2. Personal Paramédico: son profesionales y/o técnicos no médicos, organizados dentro de un sistema de salud interrelacionados que participan e interactúan con el médico y otros grupos utilizando técnicas y procedimientos encaminados a satisfacer el bienestar del individuo y la comunidad.

Los Servicios Paramédicos son los elementos de enlace, trabajan con el médico y para el individuo como una unidad bio-psico-social, las acciones de los servicios son desencadenadas por el médico, su acción es no iatrogénica y de bajo riesgo. Entre estos servicios están los de Rayos X, medicina nuclear, fisioterapia, hemodinamia, etc.

El personal paramédico tiene capacitación formal en aspectos técnicos específicos, su actuación es la atención primaria la cual disminuye en cuanto avanza el nivel de atención médica; debe ser capacitado para el cambio trabaja con el médico y para el paciente.

Los que reúnen estas características son:

1. Enfermería
2. Trabajo social
3. Dietología
4. Farmacia
5. Diversas áreas técnico-médicas

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MARTES 17 DE FEBRERO DE 1981.

El Dr. Armando Enríquez, expone el tema "Atención domiciliaria". La atención domiciliaria es otro instrumento más de las prestaciones médicas. Hace mención a que en los países de oriente la visita domiciliaria se realiza por falta de recursos físicos; en cambio en países como Suiza y los Estados Unidos de Norte América, la visita domiciliaria se encuentra abolida, debido a la gran red asistencial con que cuentan estos países.

La atención domiciliaria era tradicionalmente otorgada por el nivel primario y hace aproximadamente 25 años, se otorgaban para satisfacer las demandas ya que los recursos físicos no eran suficientes.

Actualmente este instrumento se ha implementado por la atención domiciliaria impartida por el nivel secundario con los llamados servicios progresivos, que son otorgados a pacientes de cirugía Hospitalaria de corta estancia, puerperio, neonato y casos de pediatría, esto precisamente para optimizarse los recursos físicos e indirectamente para evitar las infecciones cruzadas: Antes de darse de alta al paciente se realiza una investigación a través de trabajo social, para conocer las condiciones que imperan en el hogar del paciente y si estas son adecuadas se continúa con el plan trazado.

Se llega a la conclusión de que la atención domiciliaria tiene un alto contenido humano y que de la simple relación médico-paciente, en el domicilio de éste, se convierte en relación médico-familia.

Debido a la multicausalidad en la aparición de las enfermedades, el factor social juega un papel importante en la aparición de estas, por lo que se considera necesario el incremento de la atención domiciliaria, no solo a través de las solicitudes del paciente, sino deben ser programadas y tener la oportunidad de conocer el medio social en que se desenvuelve el paciente, el ambiente que impera en el hogar, conocer al núcleo familiar y así poder prestar una atención médica continuada.

Así mismo se hace la aclaración de que la atención domiciliaria no es privativa de los médicos, sino que puede realizarla todo un equipo o personal paramédico como un instrumento para cumplir con programas o campañas específicos.

Para que el médico pueda realizar estas acciones en forma adecuada, necesita tener asignado un determinado sector (regionalización) del área de influencia de la unidad en que labora, en otras palabras que exista accesibilidad.

A continuación se presenta el tema "La medicina preventiva y su importancia para la salud", por la Dra. Georgina Velázquez.

Se inicia la plática con una breve reseña histórica de la evolución de la medicina preventiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que creó la estructura adecuada para la realización de programas médico-preventivo no sólo en beneficio de la población derechohabiente sino también para la que no lo es. En la actualidad y gracias al avance científico y tecnológico de las ciencias biomédicas integrales, no se concibe a la medicina moderna si no incluye los aspectos de prevención de las enfermedades en forma integral con los de curación y rehabilitación.

Se entiende por medicina preventiva a la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la eficiencia física y mental del individuo y de la familia, a través de la interrupción de los mecanismos de la enfermedad por acciones individuales y colectivas. La medicina preventiva está destinada a grandes grupos humanos con el objeto de controlar con oportunidad los riesgos que amenazan su salud.

La realidad nacional justifica plenamente la prioridad que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha dado a la filosofía y a las acciones preventivas. Sabemos que la mayoría de las enfermedades que se presentan son vulnerables a las acciones de medicina preventiva. La tercera parte del total de defunciones registradas en la población se debe a enfermedades trasmisibles que pudieron evitarse mediante acciones de medicina preventiva. Esta situación adquiere proporciones dramáticas en los menores de 5 años, en donde dichas enfermedades ocasionan el 50% de las muertes y no hay duda de los beneficios que se logran con las medidas específicas como la vacunación contra el sarampión, tosferina, poliomielitis, etc.

La mal nutrición sigue siendo la "causa oculta" de los elevados índices de mortalidad perinatal, infantil y preescolar, afecta al 75% de la población, dando como resultado desnutrición en el 50% de los niños de uno a cuatro años. Hasta 1979 se estimaba que aproximadamente 35 millones de mexicanos no alcanzan a cubrir una dieta mínima.

Los programas médico-preventivos para hacer frente a la problemática de salud, son planeados por la Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva, que es fundamentalmente un organismo técnico-administrativo.

El tema "Teoría general de sistemas" a cargo del Dr. Agustín Rodríguez Malpica se inicia con una lectura comentada sobre definición de los sistemas. Un sistema es un método organizado o complejo; un complejo o combinación de cosas o partes que forman un todo unitario o complejo. El término sistema cubre una gama amplia de conceptos.

Por ejemplo sistemas orográficos, fluviales o el sistema solar.

De acuerdo a los sistemas de nuestro universo Kenneth Boulding los clasificó en una jerarquía de niveles: Primer nivel: o estructura estática; Segundo nivel: de análisis sistemático, dinámico, como el sistema solar; Tercer nivel: es el del mecanismo de control o sistema cibernético; Cuarto nivel: es el sistema abierto o estructura regulada; Quinto nivel: puede denominarse nivel genético asociativo. En total se comprenden 9 niveles y los últimos tres son sociales y humanos, entrando en el campo de las ciencias sociales articulados a la humanidad y a la religión.

Bertalanffy, distingue sistemas abiertos y cerrados. Los sistemas físicos y mecánicos pueden considerarse cerrados. A los sistemas biológicos y sociales como abiertos.

La diferencia entre sistemas abiertos y cerrados estriba en que en los abiertos existe la posibilidad de intercambio con el medio que lo rodea. La entropía radica en que dicho intercambio puede provocar tanto la estabilidad como la inestabilidad o desorden del sistema, en cambio en los sistemas cerrados ésta aumenta o permanece constante pero, nunca disminuye.

Características de los sistemas: todo sistema está formado por un conjunto de cosas, objetos, sujetos y conceptos que reciben el nombre de elementos; estos se relacionan unos con otros o bien en pequeños grupos. A ésta interacción de elementos en grupos se le denomina "módulo funcional" y debe reunir la propiedad de funcionar como una sola unidad. Un sistema debe tener un orden y estructura. Orden es la disposición racional de elementos y módulos de un sistema. La estructura se refiere a las relaciones más persistentes e importantes del sistema, que lo identifica y caracteriza.

Se habla de complejidad de un sistema cuanto mayor es la dificultad para identificar y definir la relación de las partes que lo integran.

Los sistemas están influidos por el medio ambiente, un medio externo o campo y uno interno o substrato que le afecta; facilitando u obstaculizando su funcionamiento, el más cercano a él es el entorno y el más lejano es el contorno.

Se analiza un modelo de insumo-producto con su entrada, proceso, salida, censor, información, retroinformación y ajuste, entorno y contorno.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MIERCOLES 18 DE FEBRERO DE 1981.

La Dra. Ma. del Carmen González Cortés, expone el tema sobre "Medicina del Trabajo y su importancia en la Seguridad Social".

Hace mención a la Carta del Atlántico en la cual Be eridge alude que para que exista paz universal es necesaria la existencia de JUSTICIA, TRABAJO y SALARIO. Que la justicia sea equitativa, que las oportunidades para el trabajo sean iguales para todos y finalmente un salario que permita satisfacer las necesidades básicas.

En lo que a México se refiere, en el año de 1917 en la Ciudad de Querétaro nacen los Principios de Justicia Social. Surge la necesidad de proteger a la clase trabajadora de nuestra entidad federativa y así en el año de 1931 fue promulgada la Ley Federal del Trabajo.

En el año de 1950 se efectúa una reunión de la OMS/OIT en la que se plantea la necesidad de una revisión de lo que significa Medicina del Trabajo; se obtienen algunas políticas que a continuación se enumeran: 1) Promover y/o mantener el más alto grado de bienestar del trabajador; 2) Proteger al trabajador del ambiente nocivo en su trabajo; 3) Prevenir al trabajador de los riesgos en su trabajo; 4) Colocar y mantener al trabajador física y mentalmente en el área de trabajo de acuerdo a su capacidad.

La Medicina del Trabajo trata de plantear el problema con un enfoque epidemiológico aplicando acciones preventivas.

La Medicina del Trabajo se ocupa de tres renglones: TRABAJO, SALUD y MEDICINA DEL TRABAJO EN SI.

Se entiende por trabajo a toda actividad física o mental consciente, inherente solo al hombre que trata de transformar su medio ambiente con un fin predeterminado.

Salud: lograr el estado de bienestar bio-psico-social.

Medicina del Trabajo: rama de la medicina que se encarga de proteger al hombre de los riesgos inherentes al ejercicio de su trabajo.



La Medicina del Trabajo estudia los riesgos de trabajo, se dividen en dos capítulos:

1. Accidentes en ejercicio del trabajo
2. Enfermedades en ejercicio del trabajo

Accidente es toda lesión orgánica o perturbación funcional o física, inmediata o posterior, o incluso muerte en ejercicio del trabajo. También quedan incluidas las derivadas en el trayecto de su domicilio a su trabajo o viceversa (accidente en tránsito). El accidente es un suceso súbito e imprevisto.

Enfermedad del trabajo: todo estado patológico derivado de la acción continuada de un agente que tenga su origen en el trabajo o en aquel medio en el cual el trabajador se ve obligado a prestar sus servicios.

Como consecuencia de los riesgos del trabajo (accidentes o enfermedades) se pueden generar:

1. Incapacidad temporal
2. Incapacidad total permanente
3. Incapacidad parcial permanente
4. Muerte

El pago de incapacidad por riesgos del trabajo es del 100% del salario del trabajador, iniciándose desde el mismo día en que sucede el riesgo y se prolonga por el tiempo en el que el paciente tarda en recuperar sus facultades para reintegrarse a su trabajo. En su defecto se iniciará pensión, que puede ser parcial o total permanente, en ambos casos variará el porcentaje de la pensión. En caso de muerte el 60% de la pensión es para la esposa por viudez y el 20% para cada hijo. Si no deja viuda se otorga un 20% a cada progenitor.

El Profesor Américo Migliónico presentó el tema "Técnicas de apoyo. Ciencias cuantitativas"

Presentó un modelo que se denomina de deducción matemático, ya que a través de sus fases y la creación de una teoría matemática, se llega a una conclusión o deducción de hechos reales.

En las cuatro primeras fases se encuentra el acopio de hechos y

objetos, la definición de atributos de esos objetos y la existencia de relaciones entre los mismos; sigue otra fase con la definición informal de un modelo mental que explique los hechos, todo esto a partir de la realidad. En las siguientes etapas es en donde se hacen las abstracciones de objetos y atributos la creación de una teoría matemática (con esos objetos y atributos) especificando las relaciones. En esta parte es donde se analizan lógicamente y matemáticamente, para dar paso a la deducción de la teoría matemática, y finalmente establecer una confrontación entre lo predicho por la teoría y los hechos reales.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL JUEVES 19 DE FEBRERO DE 1981.

El Lic. Díaz Bonaga presenta el tema "Marco Jurídico de la Planificación de Sistemas de Atención Médica".

En la exposición de motivos de la ley de José Vicente Villada, en 1904 se leen diversas reflexiones sobre las condiciones ambientales de los obreros mexicanos, las cuales afectaban la salud de las familias proletariadas, y los empresarios sugieren mejorar la habitación y el régimen alimentario esto con el fin de abatir los egresos provenientes de riesgos profesionales.

Rodolfo Reyes en el proyecto de Ley Minera presentado en 1907 hace un planteamiento para convertir la legislación del trabajo en materia federal y la necesidad de reformar la constitución de 1857 incluyendo una serie de normas. Con la idea de garantizar al obrero un salario mínimo, una jornada máxima, el descanso dominical, la igualdad de salarios entre extranjeros y nacionales, la seguridad e higiene en las fábricas y talleres, así como una protección especial para el trabajo de las mujeres menores. Además de la prohibición absoluta para emplear niños menores de 12 años.

El 2 de julio de 1913 Salvador Mercado en el Estado de Chihuahua promulga la ley sobre accidentes de trabajo.

Cándido Aguilar, Gobernador de Veracruz, establece la obligación del patron para otorgar servicios médicos a los trabajadores enfermos, además de recibir alimentos y una indemnización de la empresa.

Rafael Zubarán establece la obligación patronal de contar con los instrumentos y el personal necesario para impartir los primeros auxilios, señala el deber de la empresa a proporcionar habitación cómoda e higiénica al obrero que reside fuera de la población.

Las instituciones de seguridad social en México surgieron confundidas con las normas laborales ya que era exclusivo objeto el proteger a los trabajadores de los abusos e injusticias de los patronos.

El artículo 123 Constitucional es una recopilación sistemática de las leyes y proyectos surgidos en diferentes lugares de la república.

El Artículo 123 en su apartado A Fracción XXIX establece que es de utilidad pública la ley del seguro social y que esta comprenderá los seguros de invalidez, vejez de vida de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores campesinos no asalariados y otros sectores sociales y sus familias. Esta disposición es la base de la seguridad social en nuestro país.

Las actividades del Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentran adecuadamente normadas, por la Constitución general de la República, Ley del Seguro Social y sus reglamentos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social nació con la declaración de la Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación de el 19 de enero de 1943, con objeto de constituirse un instrumento de la seguridad social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propio, tiene encomendado el instrumento básico de la seguridad social que es el seguro social establecido como un servicio público de carácter nacional.

La organización y administración del seguro social, por disposición legal se encomendó al Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Instituto se encuentra obligado a proporcionar los servicios mediante prestaciones en especie y en dinero en la forma y condiciones previstas por la ley y sus reglamentos independientemente de lo estipulado en la Ley del Seguro Social con respecto a la atención médica, tiene otros ordenamientos que regulan esta prestación, la PLANIFICACION DE ATENCION MEDICA debe circunscribirse a las estipulaciones contenidas en sus reglamentos, los cuales son: 1) reglamento de las ramas de riesgo profesionales y enfermedades no profesionales y maternidad; 2) reglamento de traslados de enfermos; 3) reglamento de expedición de incapacidades; 4) reglamento de la comisión del cuadro básico de medicamentos; 5) reglamento de la comisión del cuadro básico de equipo médico y materiales de curación.

El 19 de febrero de 1981 se lleva a cabo la discusión del tema "Concepto Genérico de Planificación" siendo el ponente el Dr. Ernesto Espinosa A.

Se inicia la exposición con la diferencia entre planeación y planificación.

Planeación.- Es un proceso de tipo técnico (nivel micro)

Planificación.- Proceso de tipo social (nivel macro)

Se define la planificación como el proceso mental, racional de estudio de alternativas futuras, con toma de decisiones actuales en relación al ¿qué? ¿cómo? ¿cuándo? ¿dónde? y ¿cuánto?

La planificación puede ser: a) estratégica; b) táctica.

La planificación estratégica se refiere a planes de tipo integral que relaciona lo interno con lo externo.

La planificación táctica es la medida correctiva oportunista que se hace a niveles operativos a corto plazo y a nivel de área restrictiva.

Un concepto genérico de planificación el cual se categoriza de la siguiente forma:

- a) a largo plazo      5 años o más
- b) a mediano plazo    de 1 a 5 años
- c) a corto plazo      menos de 1 año

La naturaleza genérica de planificación sirve para toma de decisiones en el presente en relación a alternativas futuras.

El Dr. Enrique Parra presenta el tema "Elementos de la Planificación. Propósitos, objetivos, políticas y estrategias"

Propósitos: Son deseos a donde se pretende llegar. Hay propósitos de : a) Producto, son los que se logran en lo individual; b) Impacto, son el resultado que obtiene a quien vamos a servir; c) Marginal, es un propósito agregado, no el principal.

Objetivos: Es el enunciado del resultado una vez que termina la acción y debe ser: Unívoco, claro, preciso, aceptable, cuantificable y factible.

Políticas: Desde el punto de vista de planificación es una línea de pensamiento son guías u orientaciones que gobiernan la acción.

Las políticas pueden ser: a) Explícitas, las que se hacen del conocimiento general; b) Implícitas, las que se sobreentienden sin necesidad de explicación; y c) Confidenciales, las que se manejan a nivel directivo.

Estrategias: Se refiere a cómo se van a utilizar los recursos para lograr los objetivos y para que sean de utilidad; deben de ser congruentes interna y externamente para lograr el objetivo deseado, pudiendo ser a corto, mediano y largo plazo.

La Planeación Estratégica se establece a niveles directivos y de ahí se establecen los lineamientos que se canalizan a las unidades operativas.

La Planeación Táctica consiste en la determinación de los recursos humanos, materiales y financieros así como la organización y procedimientos necesarios para que se cumplan los lineamientos establecidos. Esta planeación se establece fundamentalmente en los mandos medios.

La Planeación Operativa consiste en la puesta en marcha de las acciones; es el trabajo efectivo que se realiza. La operación se establece en los niveles de base.

La Filosofía de la Planeación son dos: 1) la creación de determinados ambientes propicios o favorables; 2) es el establecimiento de una serie de supuestos en base al comportamiento ordenado y regular de la realidad.

La Estructura de la Planeación conlleva a cierto número de planes y los planes tiene interrelación y armonía.

La Responsabilidad fundamental de la Planeación corresponde a los altos niveles.

Contribución: a) objetivos  
b) prevalencia  
c) extensión  
d) eficiencia

- Objetivos:** Esto lo refiere a que todo el proceso de planeación contribuya al logro de los objetivos.
- Prevalencia:** Dado que la planeación es la primera etapa prevalece a lo largo de todo el proceso administrativo.
- Extensión:** Es un concepto físico que se extiende a lo largo y ancho de toda la organización.
- Eficiencia:** Es lo que se mide en relación de magnitud del logro del objetivo en relación a tiempo, costo y esfuerzo.

#### Principios de Planeación:

- a) Compromiso
- b) Flexibilidad
- c) Cambio de rumbo

**Compromiso:** Es el establecimiento de un tiempo.

**Flexibilidad:** No deben ser rígidos los planes.

**Cambio de rumbo:** Se debe de establecer elementos con el fin de detectar determinada desviación.

#### Pasos de la Planeación:

- a) Establecer objetivos
- b) Establecimiento de premisas
- c) Identificación de alternativas
- d) Evaluar alternativas
- e) Seleccionar una alternativa

#### Dimensiones de la Planeación:

1. **Sujeto:** Se refiere a producción, investigación, fuerza de trabajo, etc.
2. **Elementos:** Se refiere a objetivos, políticas, estrategias, programas, etc.
3. **Organización:** Corporativa, subsidiaria, departamento, etc.

4. Características:
- a) compleja o simple
  - b) corporativa o estrecha
  - c) estratégica o táctica
  - d) racional o irracional
  - e) económica o costosa

Impulso de la Planeación:

Esta se desarrolla a partir de la Segunda Guerra Mundial, principalmente la de forma corporativa o integral de grupos funcionales de investigación de operaciones y esfuerzo por ver el futuro.



RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL VIERNES 20 DE FEBRERO DE 1981.

El Dr. Manuel Bobenrieth sustentó la Conferencia "Evaluación de la Atención Médica Ambulatoria".

Inició su disertación con dos preguntas ¿qué es calidad? y ¿qué es evaluación? Toda definición involucra un esfuerzo de precisión y un límite para que quede claro lo definido.

En toda comunicación hay dos componentes: a) un elemento explícito "lo que se dice" y b) un elemento implícito, lo que se pretende decir con el mensaje y muchas veces es el más importante, es Metacomunicación: "lo que se quiere decir".

No se puede evaluar lo que no se puede medir o comparar.

Las escuelas del pensamiento humano fijan tres etapas para evaluar una acción: Estructura, Proceso y Resultado.

Estructura.- Relación directa entre recursos y su organización; la calidad del proceso y la calidad del resultado. La estructura de una organización puede ser económica, financiera y humana.

Proceso.- La dotación de un recurso es secundario, lo que más interesa es lo que sucede por lo que toma un enfoque dinámico. Relación directa entre calidad de atención y calidad de proceso.

Resultado.- Sin negar el valor de los recursos ni del proceso, lo que importa es lo que sucedió al final; tiene el mayor número de indicadores vitales. El resultado no sólo se puede medir en funciones vitales, sino en satisfacción del paciente. También se puede ver el resultado con el grado de satisfacción de quien lo proporciona.

Para evaluar se necesita tener un punto de comparación: como registrar "A" y tener claro lo que es "B" y después comparar lo que dista entre "A" y "B". El grado en que concuerda o debiera de existir eso es calidad.

Calidad.- Es el grado de aproximación o separación entre lo que sucede y lo que hemos aceptado que deberá suceder.

Para evaluar hay cuatro grandes enfoques:

1. Observación: Alguien observa el resultado de la atención y la compara con algo o un estándar establecido.
2. Registros: Partimos del supuesto de la calidad del registro y la calidad de la atención médica lo cual no está debidamente comprobado; esto ha traído como consecuencia nuevos diseños de registro.
3. Trazadores o Marcadores: Son programas de detección y consiste en tomar de una comunidad y en forma seleccionada la patología prevalente (diabetes, fiebre reumática, etc.) y definir cuáles pueden ser prevenibles y tratados ambulatoriamente. Seguir a estos pacientes en la comunidad. El supuesto es que lo que les sucede a estos pacientes es lo que les sucede al resto de otros pacientes de otras patologías. (Dr. Kessner 1973).
4. Etapas o Fases:
  - 4.1 Enfermedad establecida sin complicación alguna
  - 4.2 Enfermedad presente con complicación local
  - 4.3 Enfermedad presente con complicaciones graves o compromisos de enfermedad generalizada.

Finalizó su conferencia magistral con una definición de:

LIDER: "COMPRENDER LO QUE SUCEDE INSPIRA A LA GENTE QUE TRABAJA Y ACTUA".

A continuación el Lic. Gastón Martínez M. presentó el tema "Marco Sociopolítico de la Planificación de Prestaciones Médicas".

Inició su ponencia con la definición de "marginalismo" aquel sector de la población mayoritaria con actividades y con aporte muy bajo y percepción mínima que no participa del desarrollo social y económico de determinado país.

En México esta población tiende a disminuir en forma porcentual pero en número es mayor.

Se habla del colonialismo que aún prevalece en nuestros países dando como ejemplo que en México el 50% de la población es marginada.

El conferenciante basó su ponencia en un extracto del libro del Lic. Pablo González Casanova "La Democracia en México".

En sus conclusiones importantes:

La disminución relativa de la población marginal y el incremento absoluto de la población participante corresponde sin embargo un crecimiento absoluto de la población marginal.

Esta población marginal tiende a ubicarse en el campo y a ser marginal no solo en un aspecto sino en varios a la vez.

Marginalismo y Sociedad Plural.- La población supermarginal es la indígena que tiene casi todos los atributos de la sociedad colonial.

Sociedad Plural y Colonialismo Interno.- El problema indígena es esencialmente un problema de colonialismo interno. Las comunidades indígenas son nuestras colonias internas. La comunidad indígena tiene las características de la Sociedad Colonizada. Acostumbrados a pensar en el colonialismo como un fenómeno internacional, no hemos pensado en nuestro propio colonialismo.

Aspectos del Colonialismo Interno

Coincide el monopolio comercial con el aislamiento de la comunidad indígena con respecto de cualquier otro centro o mercado; con el monocultivo, la deformación y la dependencia de la economía indígena.

Existe una explotación conjunta de la población indígena por las distintas clases sociales de la población.

La explotación es combinada como en todas las colonias de la historia moderna, mezcla de feudalismo, capitalismo, esclavismo, trabajo asalariado y forzado, aparcería y peonaje, servicios gratuitos.

La economía se caracteriza por ser de subsistencia, mínimo nivel monetario y de capitalización. Tierras de baja calidad, carencia de tecnología, bajo nivel de productividad, carencia de servicios, (índices altos de alcoholismo y prostitución, agresividad de unas comunidades contra otras y culturas mágico religiosas).

#### Decisiones Políticas y Desarrollo Económico

Las decisiones que tienden a satisfacer las necesidades del México marginal y desorganizado corresponden más a actos de caridad social que de justicia social y desarrollo, lo que se confirma por el carácter meramente asistencial y por los exiguos recursos que reciben las instituciones dedicadas a este inmenso sector.

A continuación pasamos a grupos de discusión con un temario de cuatro preguntas:

1. Principales obstáculos a que se enfrenta la implantación de los servicios médicos en una sociedad con problema de marginalismo.
2. Algunas de las manifestaciones de la sociedad plural en la operación de los servicios médicos.
3. La extensión de los servicios médicos en el contexto del colonialismo interno.
4. La participación de la sociedad rural y sus implicaciones en el desarrollo de los servicios médicos.

Nos reunimos nuevamente y se leyeron los resúmenes de los tres grupos de discusión dos grupos tocando el tema uno, y uno tocando el tema tres.

Se dieron las siguientes resoluciones:

Económico-Preparación del Personal: a) técnico en medicina;  
b) modificar planes de estudio para crear una nueva conciencia;  
c) reclutar a marginados para prepararlos como agentes de cambio.

Cómo organizar estos sistemas y finalmente cómo una alternativa.  
Crear la carrera institucional del médico.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL LUNES 23 DE FEBRERO DE 1981.

El tema de "Modelos de Planificación" fue expuesto por el Dr. Armando Cordera.

Un modelo es "una representación gráfica de una realidad empírica o de una teoría científica", los modelos funcionan como una guía para orientar las acciones.

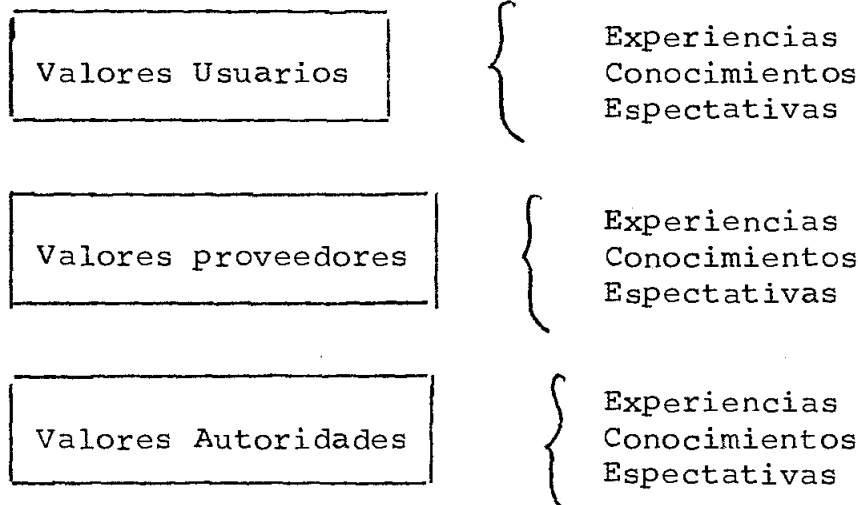
Existen una gran variedad de modelos, por ejemplo el llamado modelo de réplica, que tiene su campo dentro de los aspectos físicos por lo que en nuestro caso, relacionado con las ciencias sociales no sería útil.

Para tal caso, se conocen tres modelos que nos pueden ser útiles en el terreno de la planificación de la atención médica y que son: El modelo conceptual; El modelo de predecisión y El modelo operativo.

Para iniciar el ejercicio de estos, es necesario partir de la idea de que ya se ha efectuado el diagnóstico situacional definiendo, por ende, los programas a desarrollar. Ante esta situación se inicia con el modelo conceptual.

Modelo Conceptual: este modelo se caracteriza por definir los grupos que van a quedar dentro del sistema de atención médica, dilucidando las teorías, creencias y valores de un grupo determinado.

Sin embargo, hay que considerar que la investigación y exploración de valores es un procedimiento complejo y nada fácil de efectuar. Steiner utiliza el siguiente modelo:



Se centra básicamente en tres capítulos fundamentales: los valores de los usuarios de la atención médica, luego los valores de los proveedores de la misma y por último los valores de las autoridades. En cada uno de estos capítulos se investigarán aspectos tales como: las experiencias, los conocimientos, las expectativas, etc.

De estos tres campos de valores a explorar, el de las autoridades es el que mayores dificultades presenta, pudiéndose indagar a través de los antecedentes de las personas.

Ya indagados e identificados los valores tanto del grupo de usuarios, proveedores y de las autoridades o políticos, estas se vacían en un solo listado obteniéndose de esta manera los valores generales inclusive para facilitar esta acción, se puede dar cierto peso a los valores y así poder jerarquizarlos dando la importancia de acuerdo al propio criterio del planeador.

Una vez relacionados los problemas, se procede a efectuar un Modelo de Predecisión.

El Modelo de Predecisión, fue desarrollado en la Universidad de Stanford y consiste en una matriz o cuadro de doble entrada, terminando habitualmente en una hoja grande ("sábana") constituida por múltiples columnas y un número indeterminado de barras.

Normalmente en la primera columna se enuncia el problema general, practicándose una dicotomía, es decir identificando el problema en forma de afección al usuario y al proveedor, pudiendo ser más los grupos por separado, marcándose en la tercera columna y separándolo por barras. En la segunda columna se describe el objetivo mismo que deberá derivar precisamente del problema, enunciándose en la cuarta columna ya en forma específica. En este último ejercicio nuevamente se desarrolla una nueva dicotomía orientando a los objetivos específicos en varios aspectos que son: tiempo; recursos y acciones, cuantas veces sea necesario hasta alcanzar la columna de evaluación.

Este modelo tiene ventajas tales como presentar un programa que permite una concepción absoluta y universal del problema y sus soluciones permitiéndole efectuar decisiones.

Jautsch expresó "que en lugar de tratar de obtener un resultado me

diante la expresión de su X No. de tiempo, debiera ser en forma inversa, es decir, que deberíamos tener en un número determinado de años (ejemplo 15) y de ahí se analiza que deberíamos tener a los 14, que a los 13 y así sucesivamente hasta llegar al momento en que se está programando.

Se considera que ambos estilos son efectivos y pueden ser compatibles.

Por último y después de haber definido por precisión los problemas o acciones a desarrollar, se estructura el modelo de operación.

El cual también consiste en un cuadrículado de doble entrada marcando en la 1a. columna las fechas tentativas según la acción, las cuales deben estar de acuerdo a las planteadas en el modelo de predecisión. En la 2a. columna, se divide en su parte superior dando a la misma columna el área para enlistar las acciones y las barras las personas que intervendrán en el desarrollo de las mismas acciones (ver ejemplo).

FECHA	PERSO NA	JEFE	DIREC.	JEFE DEPTO. CLIN.	GRUPO ASESOR	No. 1
	Inaugura					
	Instruc.					

A continuación se enlistan las acciones por importancia, situación que será definida por el mismo planificador.

Acto seguido se confronta la acción con el personal que se decide se responsabilice y se registra.

La planificación se inicia a partir de un descontento lo que impulsa a una serie de acciones como elaborar un Diagnóstico Situacional que no permita tener un concepto total y real de la situación, luego analizar los valores de grupos como los usuarios de la atención médica, los proveedores y las autoridades obteniéndose los conceptos generales que orientan a elaborar un modelo de predecisión para dar presentación a los programas y su análisis y por último un modelo operativo que conlleva a programar acciones para solucionar los problemas prioritarios.

Funciones Asistenciales de los Servicios de Atención Médica expuesto por el Dr. Enrique Parra.

Considera el ponente de importancia inicial que la Unidad debe hacer un diagnóstico situacional: a qué población va a servir, la morbilidad y mortalidad que ha sufrido la misma, los recursos (físicos, humanos, tecnológicos, etc.) y crear los servicios que sean necesarios para satisfacer la expectativa de salud; debe así mismo, considerar sus entorno y el macrosistema del que forma parte y del que no puede substraerse, sino coordinarse: con otros subsistemas de salud, los líderes naturales y las autoridades como líderes formales.

Se debe conocer la Organización de los Servicios, de donde se deducen y asignan las funciones; estructurar el Tramo de Control de los niveles de autoridad con claridad, ya que puede caerse en el burocratismo, evitando esto, con la comunicación adecuada, involucrar a la Base que aportara valores en la toma de Decisiones.

Los problemas que puede tener la Organización son de dos tipos: Estructurales y Funcionales.

De los estructurales se señala:

La dualidad de mando. La necesidad de identificar adecuadamente el nombre del Organismo y el Objetivo para el que fue creado y que sea congruente.



Estructurar adecuadamente el tramo de control en las áreas inferiores u órganos operativos.

De los funcionales se asienta:

- Dispersión de funciones
- Omisión de funciones
- Duplicidad de funciones
- Incongruencia de funciones con objetivos
- Excesiva especialización en el trabajo
- Excesiva multiplicación del trabajo

Con todos estos problemas, se hace el Diagnóstico y se elabora el Esquema de Funciones y Actividades (que podría definirse como el conjunto de acciones y esfuerzos para lograr algo). Generalmente los pasos para agrupar las funciones son de dos tipos:

Funciones sustantivas, que serían la razón de ser de un departamento.

Funciones complementarias o de apoyo.

Dichas funciones tendrán siempre apoyo Administrativo para el manejo de los recursos (humanos y materiales, financieros, intencionalidad y seguridad).

Para llegar a estas funciones, se procede:

- I. Investigación preliminar.
- II. Recopilación de información.
- III. Análisis y Diagnóstico.
- IV. Diseño de la Propuesta.
- V. Ajuste de la Propuesta.
- VI. Elaboración del Manual de Organización.
- VII. Programa de Implantación.
- VIII. Evaluación y Retroinformación.

Se señala, al final la importancia de que los objetivos sean los que surjan de la base, que en ésta forman queda involucrada en la consecución de los mismos.

El tema sobre la "Función de la Informática Médica" fue presentada por el Físico Sergio Beltrán.

Inicia el ponente exponiendo que, si se toma como Grado de Desarrollo, la utilización del Capital de un País, veremos que el "Capital Humano" en Estados Unidos ha invertido su actividad desde 1890:

	1890	1979
Agricultura	46%	4%
Industria	54%	24%
Servicios	16%	26%
Información	4%	46%

Este siglo se caracteriza por la complejidad de la información, que crea una especialidad: el análisis de la información, especialidad que se presenta en todas las actividades, como ocurre en las Unidades de Medicina Familiar:

Distribución del Tiempo de Contacto Médico Paciente:

85% Obtención de información (interrogatorio)  
y Proceso de la información (Diagnóstico)

15% Servicio no informativo (inyecciones, etc.)

Conceptualmente, la Informática Médica debe considerarse como La Ciencia acerca de la Naturaleza, desarrollo y aplicación de Algoritmos en Medicina, y puede describirse como la técnica que involucra documentación, análisis, control y síntesis de la práctica médica; como desarrollo de procedimientos para la Administración y Análisis que contribuye a la toma de decisiones.

Siendo la Medicina una ciencia inestable en sus manifestaciones, la Informática ha tenido logros modestos, ya que es difícil generalizar los dos componentes esenciales: el Médico y el Paciente.

Tiene un ámbito de análisis muy reducido, pero tiene una ventaja, involucra a toda la organización en un mismo evento: la consulta, y en consecuencia "corta" a la organización al problema específico que debe resolver.

Existen tres corrientes de información: a) Sistema integral; b) Sistema total y c) Sistemas funcionales.

Se opta por el Sistema Integrado después de analizar los inconvenientes de los otros dos, porque presenta las siguientes ventajas: a) evita la redundancia de datos; b) hace uso eficiente de los equipos; c) permite instalar equipos más pequeños; d) su diseño permite mayor flexibilidad ante los cambios; e) tiene mejor aceptación por el usuario ya que sólo es responsable de su función; f) el diseño de estos sistemas requiere de mayor imaginación del diseñador; g) mayor claridad de objetivos de la organización y sus partes; h) definición precisa de las interrelaciones funcionales.

Hace un análisis de un subsistema de atención médica, presentando el Esquema General de la Integración del conocimiento: a) conocimiento; b) demográfico; c) nosológico; d) recursos; e) servicios; f) relacionalidades; g) estudios especiales.

Cabe señalar que la complejidad de las relaciones dentro de la organización no ha permitido la creación de un Esquema Universal de Información.

Termina su exposición presentando un sistema experimental que se está implementando en Italia: The Patient Information Distributed System, que pretende identificar grupos de necesidades iguales que van a originar el Diseño del Sistema de Atención Médica.

El siguiente tema "Funciones: Coordinaciones" presentado por el Dr. Héctor Aguirre Gas.

La Coordinación se define como la función a través de la cual, las acciones de los diferentes grupos participantes de un proceso se hacen acordes y congruentes con el objetivo que se pretende lograr, con objeto de optimizar los resultados.

La Coordinación puede establecerse entre diferentes áreas de un Departamento o entre Departamentos iguales de diversas organizaciones, siendo la primera coordinación interna y la segunda externa.

Existe Coordinación entre áreas similares con funciones diferentes: Coordinación normativa y operativa.

La Coordinación es el medio de proporcionar información a los niveles superiores de la operación que aporta experiencias o resultados obtenidos con anticipación. Se hace imperativo la Coordinación que permita uniformar la información en su presentación y criterios que permitan la utilización completa de dicha información para tomar decisiones.

Se señala asimismo, que la uniformidad en los objetivos de un grupo de áreas o departamentos pertenecientes a un sistema permite que el logro de los mismos sean congruentes con un objetivo principal, que es el objetivo de la organización.

Una coordinación adecuada de los recursos con que cuenta cada una de las áreas de un sistema permite aprovecharlos en beneficio del sistema.

La Coordinación establecida entre diferentes unidades de un sistema permite, a través de la detección de desviaciones, establecer un control de la operación e iniciar los procedimientos correctivos.

Por último, considera que una adecuada coordinación entre los supervisores de área, permite establecer puntos de comparación a la efectividad del supervisor como los parámetros supervisados en cada área.

El tema "Función: Estándares o Indicadores" por el Dr. Enrique Ibarra Herrera.

Indicador es un número proveniente de estadísticas, generalmente es un coeficiente que sirve para describir uno o varios hechos relevantes.

Sirve como un análisis referencial que tiene validez en su momento; es tan bueno, como los hechos registrados que lo alimentan, tiene aplicación en un ambiente determinado y señala un máximo y un mínimo.

Para su aplicación en la Seguridad Social, se definieron varios indicadores:

1. Indicadores para las personas protegidas.
2. Indicadores de las Prestaciones del Seguro Social.
3. Indicadores económicos y financieros.
4. Indicadores para la administración.

Los componentes para conocer los indicadores indirectos que nos permite conocer el estado de salud de una población, son:

Alimentación.- Cantidad de calorías per capita (proteínas animales).

Educación.- Índice de alfabetización (más de 20% en países subdesarrollados, 10 a 19% en países en vías de desarrollo y 5% en desarrollados).

Condiciones de trabajo.- Índice de desempleo (tolerable 5 a 10%).  
El tipo de ocupación (al sector primario secundario y terciario).

Consumo adicional.- Número de teléfonos, Radios, T.V., etc.

Transportes.- Si hay carreteras, Ferrocarriles, Barcos, Aviones, etc.

Viviendas.- Índice de ocupación por cuartos (bueno 2 personas).

Dotación de agua.- Intradomiciliaria e hidrantes.

Drenaje.

Consumo de ropa.- Kilos de fibra consumida por persona.

Recreo y diversiones.- Cine, teatro, etc.

Renta anual per capita.

El número de profesionistas por cada mil habitantes.- Esto permite conocer el nivel de vida que va a originar demandas de atención.

Indicadores Directos:

Estructura demográfica de la población.

Morbilidad.

Mortalidad que es más confiable.- La frecuencia de enfermedad varía según el tipo de población:

25 a 30% en la población urbana  
25 a 45% en la población rural.

La demanda de atención está generada por un número fijo de la población que es de 31%.

Indicadores de Productividad.- Número de consultas  
Número de recetas  
Consultas de letra, vez y  
subsecuentes y  
Concluye que, para usar los  
indicadores, debe tenerse en  
mente que es un mecanismo re  
ferencial, dando un rango en  
su aplicación; son cuantita  
tivos.

Y a una pregunta de los asistentes señala que el concepto de Cali  
dad, es un valor subjetivo, que solo puede ser calificado por un  
personal especializado sin que se pueda medir por Stándares.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MARTES 24 DE FEBRERO DE 1981.

El Lic. Carlos Pérez García, Jefe de Planeación del Instituto Mexicano del Seguro Social trató el tema "Financiamiento de la Atención Médica".

El 45% de los ingresos se originan en las 6 delegaciones del Valle de México, 7.4% en Nuevo León y 5.7% en Jalisco.

En el ramo de seguro de enfermedades y maternidad que corresponde al 9% de los salarios se financia en 5/8 partes por los patronos, 2/8 por los trabajadores y 1/8 por el estado.

Gracias a la implantación de mecanismos de planeación, evaluación y control de las estructuras financieras ha habido importante abatimiento en la mora de cobranzas, se han hecho convenios con empresas para recuperación de adeudos y se liquidaron en 1978 los pasivos de la Institución encontrando que en 1980 existe un superávit de 13 mil millones de pesos y las reservas técnicas garantizan la solidez financiera del Instituto siendo éstas del orden de \$ 7,722,000,000 que están invertidos en valores de alto rendimiento y una buena parte se tiene en activo fijo que permite la incorporación de nuevos grupos lo que se manifestó en 1979 con un incremento de 10% y se espera en 1981 que sea del 15%.

Para la atención curativa ha habido un aumento en las cifras absolutas de \$ 28,000,000 de pesos aunque porcentualmente ha disminuido del 53 al 35% y ha obligado a racionalizar el gasto y a crear sistemas de gastos unitarios.

CONCLUSION: El uso más eficiente de los recursos, el aprovechamiento de la capacidad instalada y el abatimiento de los costos unitarios ha consolidado la estructura financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social; ha permitido ampliar los servicios y garantiza el debido cumplimiento a los compromisos actuales y futuros.

	1944	1952	1962	1972	1976	1980	IMSS-COPLAMAR
Cobertura (Municipios)		D.F. y 36				1,545	425
Polación económicamente activa.			13%			31%	
Pensionados		13,729				730,000	
Asegurados	136,741					6,488,000	
Derechohabientes						24,411,000	14,000,000
Consultas	1,000,000				49,000,000	71,000,000	
Recursos Financieros		30,000,000				130,000,000,000	
Planificación Familiar				1.2% del presupuesto		3% del presupuesto.	



RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MIERCOLES 25 DE FEBRERO DE 1981.

El Dr. Ciro Gamboa trató el tema "Estrategias para la Prestación de Servicios Médicos".

Se inicia la exposición haciendo referencia al término Estrategia, indicando que el mismo es eminentemente de uso militar pero que actualmente se le utiliza en la Administración. Hay quienes hacen diferenciación entre un procedimiento normativo y un procedimiento estratégico.

Procedimiento normativo.- Tiene perfectamente señalado y normado cómo deben hacerse las cosas, hay una trayectoria clara a seguir.

Procedimiento estratégico.- Es el resultado de la interacción de elementos en un sistema. Es un procedimiento que se adecúa a la realidad que se pretende trascender.

Niveles de atención.- Son una convención de organización de recursos que interactúan con ciertas características de una población. Los recursos pueden ser físicos, económicos, humanos, etc. White describe la proporción de la utilización de los tres niveles de atención:

- 1000.- Población típica
- 720.- Población que recibe atención ambulatoria
- 100.- Población admitida en algún hospital
- 10.- Población admitida en algún hospital universitario

Por lo tanto se concluye que la mayor proporción de la población es atendida en el primer nivel.

Atención de Primer Nivel.- Es la puerta de entrada al sistema, en él se atienden padecimientos de alta frecuencia y baja complejidad, es el responsable de derivar a los siguientes niveles. Tiene una relación estrecha con los niveles de prevención de Leavell y Clark y su distintivo es que requiere de la participación de la comunidad. La atención en el primer nivel es más rentable que en los otros dos.

Segundo Nivel.- En este nivel aparece claramente el concepto de Hospital existe mayor implemento tecnológico para el Diagnóstico y el tratamiento. La diferencia entre el segundo y el tercer nivel se establece por la implementación tecnológica diagnóstica y terapéutica, más elevada en este último.

El Servicio de Urgencias del cual aún se discute su ubicación, debe tomar en cuenta la accesibilidad y la distancia para el Paciente.

Medicina Familiar.- Es una especialidad que surge como resultado de las necesidades sociales. Se considera una especialidad porque: a) requiere de un cuerpo de conocimiento claramente establecido; b) campo único de acción; c) tiene área activa de investigación y d) requiere de entrenamiento específico.

Se define a la medicina familiar como un conjunto de conocimientos y habilidades aplicadas por el médico familiar cuando proporciona atención primaria de la salud, continua e integral, sin tomar en cuenta edad sexo o padecimiento.

Regionalización.- Como estrategia involucra a las estructuras y a los procesos.

En cuanto a la estructura requiere de la delimitación de la población. Que exista una gradación de los servicios. La creación de un sistema integrado de autoridades.

Proceso.- Todas las actividades, enlace y flujo que intervienen entre un lugar y otro. Es un flujo centrípeto de pacientes e información relacionados con los logros del sistema y un flujo centrifugo de habilidades, técnica e información.

Descentralización.- El ponente inicia sudiscusión con frases de Alfred Sloan "yo no considero al gran tamaño cojo una barrera. Para mí sólo es un problema de administración".

"La responsabilidad de la administración central es determinar qué decisiones pueden tomarse más efectiva y eficientemente por las oficinas centrales y cuáles por las divisiones".

"La buena administración descansa en una reconciliación de la centralización y la descentralización o descentralización con control coordinado".

VENTAJAS:

1. De la Descentralización

- Iniciativa
- Responsabilidad
- Desarrollo del personal
- Decisiones próximas a los hechos
- Flexibilidad

2. De la Coordinación

- Eficiencia
- Economía

"Una administración sólida también requiere que las Oficinas Centrales deban en la mayoría de los casos, vender sus propuestas a las divisiones ....(esto) proporciona un seguro contra decisiones insuficientemente consideradas.... (y) asegura que cualquier decisión básica se realiza sólo después de profunda consideración por todas las partes involucradas". Alfred P. Sloan.

Elementos de la Descentralización:

1. Comité Ejecutivo Circunscrito a la elaboración de los principios que la organización operativa deberá desarrollar apropiadamente y hacer realidad en forma cuidadosa, en lugar de constituirse en un grupo administrador.
2. Importante representación del grupo operativo en el Comité Ejecutivo.
3. El responsable de las operaciones debe ser designado con autoridad real .... y desarrollar una organización razonable que mantenga contacto tanto con el grupo operativo como con el Comité Ejecutivo.
4. Coordinación por Comités interdivisionales.
5. Evaluación por comités interdivisionales.

A continuación se trata el tema "Principios básicos de la Educación" por el Dr. Enrique Parra.

Todo directivo debe tener conocimientos básicos sobre educación, pues debe realizar acciones educativas en su unidad.

Un orden teórico para iniciar la programación de un curso se inicia con definir:

1. Actividades profesionales: estas se refieren a las actividades que realizan las personas en forma ordenada y programada.
2. Justificación: esta debe tener; significancia, trascendencia y viabilidad.
3. Propósitos del curso: son los deseos a donde aspiramos llegar.
4. Objetivos generales del curso: es el cambio de conducta que debe observar el educando cuando cesa la acción del maestro.
5. Contenido del curso.
6. Actividades de los participantes.
7. Actividades de educación continua.

#### PRINCIPIOS DE APRENDIZAJE

1. Que tenga significación, esto lleva relación con la importancia y la pertinencia.
2. Requisitos previos: deben existir éstos como principio de aprendizaje, si no hay requisitos previos la gente puede perder interés.
3. Motivación: los educandos tienen deseos para . . . .
4. Práctica adecuada: y convenientemente distribuida.
5. Comunicación cara a cara.
6. Coherencia interna y externa: lo que se enseña en el aula debe ser aplicable afuera.

7. Desvanecimiento: disminuir el apoyo del maestro.
8. Modelamiento: hay que predicar con el ejemplo.
9. Cierta grado de novedad.

#### AREAS DE CONOCIMIENTO

- I. Cognocitiva = conocimiento
- II. Afectiva = sentimiento
- III. Psicomotora = destreza

Dentro de cada una de estas tres áreas tenemos una taxonomía.

Area cognocitiva: a) conocimiento; b) comprensión; c) aplicación; d) análisis; e) síntesis; f) evaluación.

Area afectiva: Esta área ha sido muy estudiada y tiene cinco pasos escalonados.  
1) enteramiento; 2) respuesta; 3) valor;  
4) organización y 5) caracterización.

Area psicomotora: a) manejo de actos; b) imitación; c) manipulación; d) precisión; e) control y f) naturalización.

El objetivo educativo debe responder a las siguientes preguntas:

El quién, o sea la variable institucional. El qué, o sea la conducta demostrable. El cómo, son las condiciones con que se va a desarrollar el objetivo (es todo lo que se dá o se niega). El cuánto, es el criterio de precisión.

Finaliza la clase con un ejercicio educativo en el cual se manejan los verbos en las diferentes taxonomías.

## RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL VIERNES 27 DE FEBRERO DE 1981.

El Dr. Vedyalud Chávez se encargó del tema "Iniciación de Servicios de una Unidad Hospitalaria".

El inicio de labores en unidades de atención médica, es sinónimo de "puesta en servicio", que sirve para describir el proceso de poner en uso un inmueble para atención médica.

Poner a funcionar un hospital nuevo, requiere de un proceso que dura varios años, desde la elaboración del programa hasta el funcionamiento, de manera que no exista el peligro de olvidar o subestimar trabajos vitales para el éxito final, situación que podría ocurrir como consecuencia de la presión de las múltiples variables que ocurren en estas circunstancias.

La misión a que estará destinado un hospital, nacerá de las necesidades sociales de la población a la que prestará servicio y de los recursos con que cuente la institución que lo construye.

Las etapas principales para poner a funcionar un hospital son las siguientes:

La primera etapa, de planificación, es aquella que se refiere a los estudios previos que conducirán a justificar la necesidad social del hospital. La segunda es lo que se llama programa médico arquitectónico, en esta etapa trabajan en coordinación médico y arquitecto con objeto de estimar las características de la obra en común acuerdo. La tercera etapa es la presentación del anteproyecto y consta fundamentalmente de planos generales, es el variamiento del programa médico arquitectónico en planos. La cuarta etapa es la asesoría en lo referente a las instalaciones especializadas en lo particular a las sanitarias de tipo médico; las eléctricas, oxígeno, gas combustible, ductos, clima artificial, etc. La quinta etapa es la especificación de los aparatos o muebles que requieren instalación, los muebles para servicio médico, el instrumental y el material para la operación de la institución.

En la construcción de un hospital, deben estar presentes durante todas sus etapas y en coordinación con el ingeniero encargado de las obras, tanto el ingeniero residente de mantenimiento como los

jefes de servicio o de departamento con que contará la unidad, así como los asesores. Estas personas pueden estar integradas en un comité, al cual los contratistas de la obra deben informar regular y periódicamente de los progresos de la construcción y la fecha estimada de terminación, pues es fundamental para el programa de adiestramiento del personal.

Por otra parte, se ha señalado, entre las tareas importantes de la puesta en servicio de una unidad hospitalaria, el adiestramiento del personal que prestará sus servicios, para adecuar sus capacidades técnicas con las actividades que le serán encomendadas; esto debe contemplar tanto al personal antiguo como al de nuevo ingreso y al eventual.

También se vigilará el buen funcionamiento de las medidas de seguridad, medidas contra incendios, postes de señalización; se hará verificación de ascensores, de los servicios mecánicos, de los servicios telefónicos. Se vigilará la dotación adecuada de equipo tanto especializado como no especializado en todos los departamentos, se hace notar en este aspecto las ventajas de reducir la variedad. En instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social se maneja de acuerdo a "cuadros básicos de equipo, mobiliario e instrumental".

Se recomienda antes del inicio de las funciones de la unidad, efectuar un simulacro de atención médica, en todos y cada uno de los departamentos de tal manera que con precisión se detectan las fallas y los faltantes, sin descuidar un solo detalle, en áreas físicas, instalaciones, mobiliario de todo tipo, equipos artículos de consumo, muy importantes el adiestramiento del personal para cada área de trabajo; esta experiencia trascendente hará que observemos las necesidades que habremos de satisfacer con nuestros recursos materiales y humanos, de tal suerte, que al funcionar la unidad hospitalaria se disminuya al mínimo la posibilidad de hacer adaptaciones de último momento, y se cuente con los recursos necesarios para lograr los fines con que se creó la unidad.

El Dr. Enrique Ibarra Herrera expone el tema "Funciones: Normas, Procedimientos y Reglamentos".

Hace referencia de que a nivel nacional y desde hace doce años se están gestando cambios dentro del ámbito administrativo, es la reforma administrativa, que consiste en descentralizar funciones y

responsabilidades. En el seguro social, para hacerlo posible, se deben dar normas para garantizar el funcionamiento, ya que todo debe estar articulado al programa de desarrollo.

Norma.- Definición de conceptos.

Conjunto de preceptos adoptados por consenso en base a experiencias previas, que guían la forma en que debe realizarse una operación, trabajo o tarea. Con premios y sanciones sociales.

Procedimiento

Es una serie de tareas concatenadas, que forman el orden cronológico y la forma establecida de realizar un trabajo.

Un conjunto de acciones u operaciones sucesivas, descritas cronológicamente, que indican el orden en que deben realizarse para el logro de una meta determinada y de acuerdo a una política preestablecida.

Se observa que todo procedimiento lleva un fin, sea de algo que ya tenemos preestablecido y dentro de un ámbito determinado. Se pone como ejemplo el acto quirúrgico, que se efectúa en un orden secuencial que hace que los cirujanos tengan cierto tipo de uniformidad, que tendrá variantes de acuerdo a la técnica utilizada.

Objetivos de los procedimientos:

- Mejorar la ejecución del trabajo (es dirigido al trabajador que está en la operación).
- Mejorar la realización del trabajo administrativamente.
- Estandarizar metodología.
- Economizar esfuerzos humanos y reducir la fatiga innecesaria.

Reglamento.- Definición de conceptos. Conjunto de operaciones que se refieren a prescripciones que se deben seguir en forma obligada.

Manual.- Es un documento que contiene en forma ordenada y sistemática información y/o instrucciones sobre historia, organización política y/o procedimientos de una empresa que se considera necesarios para la mejor ejecución del trabajo.



La elaboración de manuales de procedimientos puede ser desde un punto de vista centralizado o descentralizado. Si es centralizado se hará con el personal que tenga capacidad administrativa y experiencia en la operación.

Los manuales y los reglamentos deben estar sujetos a revisión periódica para mantenerlos vigentes en forma continua.

Teniendo políticas, procedimientos y reglamentos podemos obtener los controles para determinar la calidad.

Algunas ventajas de los manuales:

1. Tener enunciados que posteriormente van a ser útiles para determinar la calidad.
2. Eliminar la confusión.
3. Eliminar incertidumbre y duplicación.
4. Disminuir supervisión.
5. Propiciar la uniformidad.
6. Servir de base al adiestramiento a nuevo personal.
7. Base para el programa de simplificación del trabajo y control de costos.
8. Evitar la implantación de procedimientos incorrectos.
9. Conocer lo que se está haciendo.

Consignar toda instrucción por escrito simplifica la determinación de responsabilidades en caso de falla o errores; son el medio más simple y eficaz para enseñar el trabajo a los nuevos empleados; facilitan la selección de empleados, ya que son un medio para examinar su capacidad para el trabajo; ayudan a controlar el cumplimiento de las rutinas y su alteración arbitraria.

El tema "Implementación de las normas" fue presentado por los Doctores Marco Alfonso Goya Narganes y Josafat Castellanos Crespo.

El Dr. Goya inició la conferencia manifestando que surge la necesidad de elaborar o actualizar una norma por distintas circunstancias:

- Por el establecimiento de un nuevo sistema o procedimiento.
- Porque a través de la supervisión y evaluación se detectan desviaciones o deficiencias que requieren una norma.
- Por observación directa de la operación de los sistemas, que hacen ver la necesidad de normar determinados procesos.
- Por sugestión del área operativa.
- Por adelantos técnicos o administrativos que se considere conveniente introducir en el sistema.

Existen diferentes tipos de instrumentos normativos que pueden implementarse para normar los sistemas, como manuales de organización, manuales de procedimientos, manuales técnicos, instructivos y reglamentos. Corresponde a dependencia como "Organización y Métodos", establecer los lineamientos generales o estándares para la elaboración de cada uno de los de instrumentos normativos de una institución, así como brindar apoyo y asesoría para que las normas tengan congruencia y uniformidad.

Ya identificado nuestro instrumento normativo, debe elaborarse un programa que contemple antecedentes, justificación, objetivos, responsables, fechas de inicio y terminación, y etapas; este programa debe someterse a la consideración de las autoridades superiores, para que una vez autorizado, se proceda a su desarrollo.

Etapas del programa.- Deben definirse cuidadosamente y procurar ir cumpliendo con ellas en los tiempos que previamente se hayan estimado, algunas de ellas pueden ser recopilación e información, investigación de campo (realización de encuestas y/o entrevistas a informantes clave) análisis de la información, elaboración del anteproyecto, autorizaciones.

Elaboración del anteproyecto.- Se puede elaborar con talleres y comisiones, es importante que el personal de la operación participe en forma activa. Puede solicitarse asesoría de expertos de otra dependencia o institución.

Prueba piloto.- Puede requerirse que la norma sea sometida a esta prueba antes de editar el documento, del resultado de la prueba dependerá que la norma se edite en definitiva o que sufra algunas modificaciones finales.

Edición, difusión e implementación.- El documento definitivo, ya autorizado, deberá imprimirse ajustándose a los lineamientos establecidos por la institución y el programa de difusión y de implementación requiere de un sistema bien planeado, que garantice que la norma llegue a todos los niveles para los que fue elaborada y el personal la conozca a fondo, para que se aplique correctamente.

Otra etapa de la implementación está constituida por la motivación y nos expone esta parte del tema el Dr. Josefát Castellanos quien nos explica que la motivación consiste en tratar de conseguir buenos colaboradores a través de estímulos, incentivos u otros factores que contribuyan a crear un ambiente de bienestar y satisfacción para el obrero o empleado.

El dinero no es un incentivo tan definitivo como lo suponen muchos.

Negar a un trabajador su capacidad para sentir, pensar y participar, representa un problema en contra de su meta social y espiritual.

Se efectúa un ejercicio escrito donde se hace resaltar diferentes incentivos para contribuir en la implementación.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL LUNES 2 DE MARZO DE 1981.

Se inician las actividades con la conferencia impartida por el Dr. Carlos Sariñana Natera del tema "Funciones Educativas en el Sistema de Atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social".

Las funciones educativas se dividen en tres rubros. Las relacionadas con:

- a) La enseñanza de pregrado.
- b) La enseñanza de postgrado.
- c) La capacitación continua.

a) Departamento de Estudios de Pregrado.

- Funciones: Planear, coordinar, asesorar, supervisar, evaluar las actividades inherentes a la realización de programas para la formación de técnicos y profesionales de la salud, que sean congruentes con las necesidades de la seguridad social.

- Estructura de la Organización: Tiene establecidas tres oficinas coordinadoras.

- 1). Oficina coordinadora de ciclos clínicos. Se encarga de elaborar programas previos al internado y servicio social de las carreras técnicas y profesionales.
- 2). Oficina coordinadora del internado de pregrado. Elabora programas previos al servicio social, tendientes a lograr que los educandos adquirieran conocimientos sobre los padecimientos más frecuentes en el país y que los motive para la comprensión y el desarrollo de la medicina social.
- 3). Oficina coordinadora de servicio social. Elabora programas que permitan a los pasantes de las diferentes carreras, ofrecer sus conocimientos y capacidades al servicio de la comunidad.

b) Departamento de Estudios de Postgrado.

- **Funciones:** Es el encargado de preparar especialistas en las diferentes ramas médicas y paramédicas, propone las normas para este tipo de enseñanza y determina en conjunto con la Jefatura de Servicios Médicos el número de educandos de acuerdo con la capacidad y los recursos humanos.
- 1). La encargada de formación de especialistas en las cuatro especialidades básicas y otras áreas específicas.
- 2). La oficina coordinadora para la especialidad de medicina familiar.
- 3). La oficina encargada de formar enfermeras especialistas en Salud Pública, Enfermería Quirúrgica, Terapia Intensiva, Pediatría, Docencia y Administración de servicios.

c) Departamento de Capacitación Continua.

- **Funciones:** Analiza las condiciones de salud de los derechohabientes para fundamentar sus programas jerarquizando las necesidades de capacitación y actualización en el personal médico y paramédico así como la posibilidad para satisfacerlas.
- **Estructura de organización, oficinas de capacitación del personal:** 1) directivo; 2) de salud y 3) docente.
- **Modalidades de capacitación continua.** Cursos monográficos, adiestramiento en servicio, visita de profesores y extranjeros, autoenseñanza programada, asesoría técnica para radiólogos y laboratoristas, asesoría y actualización clínica.

La siguiente actividad estuvo a cargo del Dr. Ciro Gamboa quien presentó el tema "Tecnología y su impacto en la atención médica".

La Real Academia de la Lengua nos define los siguientes conceptos:

**Tecnología.-** Conjunto de conocimientos propios de un oficio mecánico o arte industrial.

**Técnico.-** Se relaciona con la aplicación de las ciencias y las artes.

**Técnica.-** Conjuntos de habilidades y destrezas.

Una de las cuestiones importantes a las que debemos buscar respuesta, es saber cuáles son las variables más importantes que afectan la conexión entre la ciencia y la tecnología. Simón Kuznets nos dice que debemos considerar tres:

1. Un descubrimiento científico nunca es lo suficientemente específico como para permitir al inventor usarlo sin experimentación.
2. Si se requiere de un gran esfuerzo para explotar un descubrimiento científico en pro de un invento importante, tal esfuerzo no se hará a menos que exista la perspectiva de una demanda substancial del producto o que el inventor en potencia tenga cierta visión respecto a los posibles usos de la aplicación del descubrimiento.
3. Hay que advertir que un invento importante es sólo un esbozo que indica, en una forma probada, que el nuevo proceso es factible o que el nuevo aparato funciona, pero que no muestra todo su potencial.

Ahora bien, de las relaciones entre la ciencia, la tecnología y el desarrollo económico, Kuznets dice que podemos extraer una lección de los países desarrollados en donde se ha observado lo siguiente: cuando una tecnología logra hacerse específica y coincidente con una necesidad y además se llega a conocer su potencialidad, cae en un desarrollo acelerado con límites muy importantes como el económico ya que para ser rentable necesita de otra tecnología o bien se limita por los mismos problemas que genera, ya que aparecen nuevos problemas y necesidades que para ser superados necesitan infraestructura tecnológica, científica e industrial. Situaciones que un país en desarrollo difícilmente podrá superar.

Por lo antes mencionado surge la pregunta ¿qué se debe hacer en los países en desarrollo con respecto a la tecnología? Kuznets afirma que es necesario la formación de científicos y tecnólogos que sean capaces de seleccionar aquellas técnicas que se puedan utilizar y hacer ajustes necesarios, a fin de que encajen o se adapten con el tipo de recursos con que cuenta el país.

Por otra parte y con respecto a la transferencia de tecnología Gunnar Myrdal afirma: es necesario establecer que si uno desea que la tecnología científica e industrial implique el máximo de ventajas para los países en desarrollo, no debe limitarse a transferirla, es necesario adaptarla a las condiciones que prevalecen en dichos países: clima, factores productivos, mano de obra, personal calificado, extensión de los mercados, etc. Myrdal recomienda que para asegurar una transferencia tecnológica, habrá que enviar a los maestros a las universidades de los países en desarrollo para que comprendan los problemas prácticos que se presentan y no hacer que sean los estudiantes los que viajen para aprender las técnicas ya que no aprenden sus posibles adaptaciones.

Conclusiones de grupo finales:

- La tecnología es ciencia aplicada.
- No se limita a equipos sino incluye conocimientos, métodos, procedimientos destrezas.
- La tecnología es un medio; no es buena ni mala. Se debe establecer para qué se quiere y qué se espera obtener de ella.
- Para adoptar una tecnología en nuestro medio hay que disponer de la mayor información posible sobre los recursos y los problemas que se pretenden resolver.
- Si se pretende transferir alguna tecnología debemos de saber cuánto tiempo podremos darle mantenimiento y cuánto nos va a servir.
- La decisión para la transferencia de tecnología difícilmente es decisión de grupos, siempre se decide en forma personal.
- A todos nos compete el problema antes mencionado, por lo que debemos pugnar por adaptar lo que realmente necesitamos.

Terminamos las actividades del día con la intervención del Dr. Enrique Parra concluyendo el tema de objetivos educativos con su visión en: a) objetivos del país; b) objetivos de instituciones; c) objetivos de carrera; d) objetivos de materia.

El siguiente paso en la elaboración de un programa educativo es la elaboración de la carta descriptiva que debe hacerse por el coordinador del curso. Una carta descriptiva debe llevar los siguientes rubros:

1. Objetivos de la materia.
2. Requisitos previos de la persona para alcanzar el objetivo.
3. Evaluar el objetivo.
4. Material de apoyo.
5. Area física.
6. Tiempo en minutos.
7. Nombre del tema.
8. Técnica o método de enseñanza.
9. Actividades de los participantes.
10. Características del Maestro.
11. Nombre del Maestro.



RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MARTES 3 DE MARZO DE 1981.

El Dr. Enrique Parra se encargó del tema "Métodos de Enseñanza":

1. Por forma de razonamiento
  - a) Inductivo (de lo particular a lo general)
  - b) Deductivo (de lo general a lo particular)
  - c) Analógico o comparativo (de lo particular a lo particular)
2. Coordinación de la materia
  - a) Lógico (datos y hechos de menor a mayor complejidad)
  - b) Psicológico (El orden se fundamenta en la motivación del momento, va de lo concreto a lo abstracto y de lo próximo a lo remoto)
3. Concretización de la materia
  - a) Simbólicos o verbalísticos (se da información por medio de símbolos o de la palabra hablada).
  - b) Métodos intuitivos (objetivaciones o concretizaciones por medio del contacto directo con el objeto en estudio o con su representación)
4. Sistematización de la materia
  - a) Rígidos (sin flexibilidad)
  - b) Semirígidos (permite flexibilidad, se adapta a situaciones reales)
  - c) Ocasionales (aprovecha la motivación y los acontecimientos importantes)
5. Actividades de los alumnos
  - a) activos (el alumno participa preponderantemente)
  - b) pasivos (el maestro desarrolla la mayor actividad)
6. Universalización de los conocimientos
  - a) Universalizado (abarca varias disciplinas interrelacionadas)
  - b) No universalizado o de especialización (asignaturas por aislado)

7. Relación profesor-alumno
  - a) Individual o de tutoría
  - b) Recíproco
  - c) Colectivo
  
8. Aceptación del enseñado
  - a) Dogmático (el alumno debe aceptar sin discutir)
  - b) Heurístico (el profesor incita al alumno hacia la aceptación o búsqueda de la verdad, facilitando el estudio por medio de la investigación)
  
9. Métodos y técnicas didácticas
  - a) Tradicional (el maestro expone e interroga)
  - b) Moderno (creación pedagógica nueva, no hay método único, condiciones de técnica de acuerdo a contenido y objetivos por alcanzar, la responsabilidad del profesor es planificar, motivar, controlar, dirigir y reformar)
  
10. Por tipo de práctica
  - a) Analógica
  - b) Equivalente

Métodos y técnicas cuantitativas que se utilizan en planificación Dr. José Nieto de Pascual.

Lo que en epidemiología y estadística se conoce como TASA ESPECÍFICA en teoría de la probabilidad se conoce como PROBABILIDAD CONDICIONAL  $P(A/B)$  que es la probabilidad de que dos eventos se puedan dar en el mismo tiempo. La probabilidad condicional es igual a la probabilidad compuesta, combinada o total  $P(AB)$  sobre la probabilidad marginal  $P(B)$  lo que constituye la fórmula de Bayes, que permite evaluar probabilidades que de otra manera sería imposible.

En la probabilidad condicional en la que un evento da respuesta positiva en relación directa a un evento real, mientras más alta sea la respuesta será más sensitiva; si la respuesta es positiva ante un evento negativo, mientras más pequeña sea esta hablare-

mos de especificidad sin embargo puede resultar que exista un evento complementario con respuesta positiva sin una causa real, esto es considerado como falsa positiva que depende de la especificidad; lo que obliga a repetir la prueba. Puede no haber respuesta a pesar de existir una causa real, lo que constituye una falsa negativa que no depende de la especificidad sino de las características de la población.

Es deseable que las pruebas sean de gran sensibilidad y alta especificidad.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MIERCOLES 4 DE MARZO DE 1981.

Se discute el tema "Análisis y Descripción de Puesto", el Ponente fue el Dr. Armando Cordera.

PUESTO es el conjunto de conocimientos, habilidades, esfuerzos y responsabilidades que lleva a cabo una persona en condiciones específicas.

El análisis y descripción de Puesto es una tarea nada fácil, por su complejidad, indicando que primero debe hacerse el análisis del puesto y después describirlo. Todo éste trabajo sigue una metodología que podría señalarse como sigue:

1. Observar las actividades que desarrolla una persona en el desempeño de las acciones que le implica su puesto. Simplemente anotarlas sin emitir ninguna opinión o valor.
2. Se puede hacer un intento de análisis, que servirá de base para el siguiente paso.
3. Entrevista con la persona observada para preguntarle por actos o movimientos que se hayan calificado como trascendentes o intrascendentes, permitiendo al entrevistado que sea él, quien señale las características de las acciones. Se pregunta, sin condicionar la pregunta:

¿Por qué hace usted esta acción?

Si el análisis considera que hay acciones y movimientos que son inútiles y que su eliminación consciente podría abreviar una tarea reduciendo su tiempo y disminuyendo el esfuerzo, se discute con el interesado.

4. Lo trascendente o no lo califica el entrevistado.
5. Se produce un cuadro de doble entrada llevándose un registro gráfico de las actividades llevadas a cabo para crear conciencia de las observaciones hechas.
6. Se establecen las actividades que se pueden llevar a cabo conjuntamente evitando lo inútil.

El estudio de TIEMPOS Y MOVIMIENTOS se hace en la fase de la organización, y permite al supervisor planear las actividades por acciones iguales, eliminando los pasos inútiles.

En el análisis de Puesto, se lleva a cabo este orden:

1. Identificación del Puesto:
  - 1.1 Título del Puesto
  - 1.2 Departamento
  - 1.3 Sección
  - 1.4 Supervisor inmediato
  - 1.5 Fecha de análisis
2. Definición del Puesto.
3. Contenido del Puesto.
  - 3.1 Funciones cotidianas
  - 3.2 Funciones periódicas
  - 3.3 Funciones esporádicas
4. Accesorios del Puesto.
  - 4.1 Productos o materiales que maneja
  - 4.2 Equipo que utiliza
  - 4.3 Lugar donde se efectúa la función

El Análisis de Puesto es una forma inicial del Diagrama de Flujos que permite, mediante una simbología específica, el trayecto de las actividades que se llevan a cabo en una organización.

La selección de personal para ocupar un puesto es tarea difícil y para ello utiliza los perfiles psicotécnicos que se investigan en cuatro campos:

- Aptitud (lo que puede aprender)
- Aprovechamiento (lo que aprendió)
- Capacidad (lo que puede hacer)
- Medidas proyectivas (lo que hará)

Para que una persona pueda aprender, necesita: Motivación, experiencia, potencial intelectual, capacidad para trabajar en condiciones estables y bajo presión, ambiente adecuado y recursos adecuados.

Que, en la capacidad (el poder hacer) debe existir: ejecución, o sea la característica de poder aplicar lo aprendido; creatividad, liderazgo, don de mando y dispuesto a tomar riesgos; condiciones físicas apropiadas para el puesto que se desempeña; Relaciones Humanas con los compañeros y la autoridad (que pueden ser ascendentes o descendentes); manejo de conflicto y madurez o sea la posibilidad de vivir la realidad.

Son dos las condiciones fundamentales: el Potencial Intelectual y las Relaciones Humanas, a partir de ellas se estudian las otras variables.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL JUEVES 5 DE MARZO DE 1981.

El tema "Sistema Administrativo, contabilidad y personal" por el Lic. Elías Díaz Sandoval.

Se dijo que el Servicio Administrativo tiene como funciones:

- Asesorar a los encargados del Centro de Información en los aspectos contables presupuestales y de control administrativo.
- Revisar y tramitar todos los documentos relativos a informes contables y presupuestales (gastos y metas) que se generen en los Centros de Información y que deban remitirse a las Oficinas Centrales.
- Coordinadamente con Jefatura Delegacional de Servicios Médicos, establecer los programas de supervisión, tendientes a preservar la debida obsurrancia del instructivo de normas, funciones y procedimientos del Centro de Informaciones de Unidades de Servicios Médicos.

Las funciones de subalmacén son:

1. Fórmulas mensualmente solicitud de reposición de dotación fija al Almacén Delegacional o a los Almacenes Centrales, según el caso, abarcando dentro de lo posible el período del día 1° al último del mes.
2. Llevar registro por medio de tarjetas Kardex para controlar todo y cada uno de los artículos en existencia.
3. Dotar a cada uno de los servicios de la unidad (Forma CC-3) de los artículos requeridos autorizado como Dotación Fija.
4. Verificar que:
  - a) La solicitud sea entregada en la fecha prevista en el calendario.
  - b) La cantidad solicitada para el período de reprovismamiento no sobrepase a la autorizada como Dotación Fija.

- c) Los artículos solicitados estén comprendidos dentro de la Dotación Fija.
  - d) En caso de solicitud extraordinarias éstas están autorizadas por el administrador.
5. Localizar los artículos disponibles solicitados.
  6. Entregar los artículos al Servicio Solicitado.
  7. En caso de devolución constar la cantidad devuelta en la Forma CC-3.
  8. Suministrar la cantidad de artículos consignados y valorar los mismos con el precio de la última entrada.
  9. Obtener el acumulado en unidades físicas.
  10. Requisitar mensualmente la Forma CC-21 recibidos del Almacén Delegacional, que se debe enviar al Centro de Información de la Unidad.
  11. Convertir las cantidades surtidas a granel en unidades equivalentes a la Forma CC-7

#### Normas para el establecimiento de Dotación Fija.

1. Catálogo del área de Servicio sujetos a control considerando los Centros de Costo. Debe coordinarse con los jefes o encargados de los Servicios, el Administrador y en caso de Servicio de Hospitalización, Consulta Externa y Urgencia o con la Jefa de Enfermera. En la misma Forma CC-1 se anotará las Fuentes de suministro por lo que se abastecerá cada una de las áreas o servicio excepto en medicamentos, sangre y dietología.

#### 2. Programa de Surtido del Subalmacén

Se determina las fechas de solicitud para el abastecimiento deberá considerarse la necesidad de captar los consumos del día 1° al último de cada mes.

En los casos de los Servicios en que la Central de Equipo y



Esterilización abastezca en períodos superiores a 24 horas, la responsable de dicha central conjuntamente con el Jefe o Encargado del Servicio.

3. Dotación Fija: Son las cantidades determinadas para mantener como existencia a fin de satisfacer requerimientos de artículos de consumo por parte de los Servicios de la Unidad durante un período prefijado.

Se determinará dotaciones fijas para los siguientes niveles:

- a) Para cada servicio de la unidad incluso la Central de Equipos, Esterilización y el Subalmacén considerado como consumidores.
- b) Por la Central de Equipo de Esterilización (como abastecedor) Los plazos determinantes para el cálculo de las Dotaciones Fijas serán las siguientes:

Para los Subalmacenes de Unidades Foráneas que se encuentran ubicados en la misma localidad de los almacenes delegacionales es 45 años factor 1.5.

De Unidades Foráneas que se encuentran ubicados en distintas localidades de los Almacenes Delegacionales 60 días factor 2.0.

La Unidad Médica del Valle de México 75 días factor 2.5.

Para las Centrales de Equipo y Esterilización: Se proveerán de las Dotaciones Fijas soporten 15 días reabasteciéndose se cada 10 días.

La Dotación Fija de los artículos sujetos a canje se determinará hasta en un tanto igual de los que se encuentran en rotación en los servicios.

Se podrá tener en cada Servicio una reserva de producción hasta por 50% del consumo normal del período prefijado.

El Encargado del Centro de Información de la Unidad y el Encargado del Subalmacén son los responsables de la evaluación e integración física de las Dotaciones Fijas.

Con el objeto de adecuar las Dotaciones Fijas a la operación normal de la Unidad, deben ser revisados cada seis meses como plazo

máximo pero puede ser modificado en cualquier tiempo previa autorización de las personas encargadas.

Se dijo también que la contabilidad es el control, la información y el registro de las operaciones y entre sus funciones están el de: a) registrar los gastos; b) establecer prioridades de gastos y costos; c) conocer el estado financiero; d) implementar; e) establecer sistema de control; f) conocer los ingresos y aspectos estadísticos; g) controlar el presupuesto; h) supervisar y practicar las auditorías. En fin el Departamento de Contabilidad es el que nos permite conocer el estado financiero de la Institución el cual es un elemento de información, planeación y evaluación de la economía y de los movimientos de inversión.

El Servicio de Personal: Se dijo que existen normas de contratación que no deben ser rígidos sino adaptados a cambios, que existen reglamentos, requisitos, normas que cumplir. Se ofrecen oportunidades de capacitación ya sea para ingresar o ascender. Hay que definir la relación de jornada de trabajo, permisos, licencias, días festivos, descanso, vacaciones.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL DIA 6 DE MARZO.

Se comentó el tema del Servicio de Intendencia. Este servicio tiene la responsabilidad de organizar un programa para mantener un alto nivel de limpieza, que facilite el desenvolvimiento de las actividades propias de la Atención Médica, así como una atmósfera de higiene y confort.

Limpieza.- Puede definirse a la limpieza como un real saneamiento del ambiente, utilizando todos los medios modernos (como la Ingeniería Industrial) para el ejercicio de las acciones rutinarias y exhaustivas.

Los capitulos que componen la organización de un servicio de intendencia son:

1. Introducción:

Es necesario planear, organizar, supervisar y controlar las actividades del área administrativa para apoyar las acciones técnico-médicas.

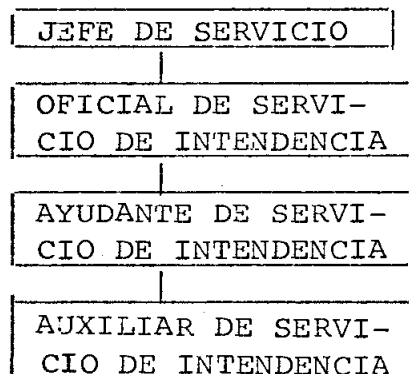
2. Objetivo:

Desarrollar una técnica efectiva y confiable de limpieza en todas las áreas tanto médicas como paramédicas con que cuenta la unidad médica.

3. Organigrama:

Para conocer su ubicación en la estructura.

4. Organigrama de servicio:



5. Funciones:

Jefe de Servicio: Organiza, programa, ordena, supervisa y evalúa las acciones.

Oficial de Servicio: - Controla a personal  
- Pone en marcha los programas  
- Supervisa las acciones  
- Trasmite ordenes y planes  
- Elabora programas menores

Ayudante de Servicio: - Trasmite ordenes  
- Supervisa y evalúa la limpieza  
- Ejecuta acciones de limpieza en substitución por ausencia del auxiliar.

Auxiliar de Servicio: - Ejecuta actividades de limpieza.  
- Traslada y acomoda pacientes  
- Acciones de camilleria en general  
- Acomodo de muebles.

6. Actividades:

- Distribución de fuerza de trabajo
- Calcular en forma adecuada y eficiente la fuerza de trabajo para guardias y días festivos
- Programar los descansos y vacaciones del personal
- Distribuir el horario en forma escalonada para alimentos.
- Contar con programas de descansos de acuerdo a la jornada de cada trabajador.

7. Sistema de limpieza:

- Conocer el cuadro básico de productos y utencilios de limpieza.
- Calcular las dotaciones.
- Establecer las operaciones básicas de limpieza RUTINA: inicial media final EXHAUSTIVA. de cada una de las áreas.

- Contar con un programa de entrega de materiales y artículos de limpieza.
- Programa de supervisión
- Programa de evaluación.

#### 8. Recursos humanos:

La fuerza de trabajo se determina en base al número de metros cuadrados que tienen que limpiarse, considerándose tres tipos de áreas de acuerdo a sus características de equipo y mobiliario presente o no.

Area libre - se toman 500 m<sup>2</sup> y se justifica - 1 trabajador 8 horas.

Area semiobstruida - 350 m<sup>2</sup> - 1 de 8 hrs.

Area obstruida - 250 m<sup>2</sup> - 1 trabajador de 8 horas.

#### 9. Control:

- Contar con un control de equipo y mobiliario
- Control de reportes y desperfectos
- Graficar las evaluaciones mensuales de limpieza
- Informar sobre la efectividad de los trabajadores de nuevo ingreso.
- Mantener actualizado y bien adiestrado al personal.

#### SERVICIO DE DIETOLOGIA.

##### Concepto:

Es el servicio que tiene bajo su responsabilidad: la planeación cálculo, solicitud, adquisición, recepción, higienización, operaciones previas de cocción, presentación, distribución, control y evaluación de la alimentación que se proporciona a pacientes y personal, así como de los gastos de operación que genera el servicio y la promoción de la Orientación Dietética Nutricional a pacientes, familiares de éstos, estudiantes, personal del servicio y personal de la unidad.

Objetivos:

1. Proporcionar alimentación adecuada a pacientes y personal.
2. Evaluar la calidad de la atención proporcionada a pacientes y personal.
3. Programar y promover en coordinación con otros servicios la enseñanza Dietético Nutricional a pacientes, familiares de éstos, a personal del servicio, a personal de otros de departamentos y a estudiantes.
4. Controlar los recursos humanos, la materia prima, equipos y utensilios de una manera administrativa.
5. Participar en actividades académicas y de investigación de mercadotécnica de los alimentos.

Actividades por categoría:

Jefe de servicio.

Subjefe de servicios

Oficial de servicio de dietología

Ayudante del servicio de dietología

Auxiliar del departamento de dietología

Departamentos:

Jefatura

Almacen de viveres

De preparación previa

De producción

De ensamble para dietas de pacientes

De ensamble para dietas de personal

Laboratorio de leches

VIGILANCIA

Introducción:

En base a los lineamientos de seguridad social institucional se efectuó un estudio para determinar el sistema de vigilancia del I.M.S.S. realizado por las Jefaturas de Servicios Generales, Re laciones Laborales, Servicios de Personal y la Unidad de Organi

zación y Métodos.

#### JUSTIFICACION.

Debido al volumen de bienes muebles e inmuebles que constituyen una Unidad Médica, así como las múltiples actividades que se desempeñan y el gran número de personas que acuden a consulta o internamiento hospitalario acompañados la mayor parte de las veces el Servicio de Vigilancia debe desarrollar actividades para mantener un control adecuado y constante, organizada y cortés.

#### FUNCIONES BASICAS

Proporcionar a las unidades la Vigilancia, seguridad, investigación de robos y control necesarios para su buen funcionamiento.

1. Contar con un sistema de vigilancia y control de accesos a la unidad.
  - 1.1 De acuerdo al área física de la Unidad, establecer la ubicación estratégica del vigilante.
  - 1.2 Delimitar el área física de responsabilidad de cada agente de seguridad.
  - 1.3 Delimitar las funciones y actividades de cada elemento.
  - 1.4 Establecer los horarios de rondines a los servicios.
  - 1.5 Verificar físicamente que los servicios que previamente se determinen estén cerrados.
  - 1.6 Elaborar programa de supervisión del jefe de grupo.
  - 1.7 Establecer rutina para casos de emergencia o siniestro.
  - 1.8 Establecer rutinas para casos de robo y agresión.

- 1.9 Estructurar información básica de información al derechohabiente.
- 1.10 Detección y manejo de artefactor explosivos.
- 1.11 Rutinas de control de pacientes agresivos.
- 1.12 Determinación de uniforme reglamentario y equipo complementario.
- 1.13 Coordinación de áreas para apoyo y relevo.
- 1.14 Contar con prioridades de áreas de servicio, en ausentismo.
2. Gestionar la autorización de asignación de recursos humanos.
  - 2.1 Administración de Recursos Humanos.
  - 2.2 Determinación de plantilla en base al área física y necesidades específicas.
  - 2.3 Establecer perfil del personal de seguridad.
  - 2.4 Establecer programación de sustitución para descansos, vacaciones, licencias e incapacidades.
  - 2.5 Establecer programa de inducción al puesto.
  - 2.6 Establecer programa de capacitación en relación a las normas y políticas institucionales, técnicas de investigación, normas jurídicas y artes marciales.
3. Ejercer una eficiente supervisión y control de las salidas de artículos y mobiliario de la unidad.
  - 3.1 Controlar y verificar las salidas de mobiliario y equipo
4. Tener controlada la entrada y salida de los vehículos a la unidad.



- 4.1 Llevar bitácora de características de vehículos y tipo de carga con el registro de hora de entrada y salida.
- 4.2 Contar con relación de vehículos autorizados para uso del estacionamiento.
5. Investigación de los robos detectados.
  - 5.1 Contar con formatos de actos administrativos para casos de robo.
6. Informe mensual de problemas pendientes y casos resueltos.
7. Detectar las fallas y desviaciones del sistema.
  - 7.1 Detección de fallas de seguridad del área física.
8. Controlar las entradas y salidas de personal y personas ajenas a la unidad.
  - 8.1 Llevar control de pases de salida del personal de la unidad.
  - 8.2 Llevar control de pases de salida de personas ajenas a la unidad.

#### POLITICAS.

La Coordinación de Servicios Generales dictará las normas en materia de seguridad, apoyada por la Asesoría Técnica de Sistemas de Seguridad.

El Departamento de Seguridad será el único responsable de realizar investigaciones en las Unidades del Instituto.

El Servicio de Seguridad a través de su personal, solicitará la intervención de los organismos públicos de seguridad en los casos que considere necesario.

Reforzar la seguridad del mobiliario y equipo elaborando los resguardos respectivos.

El personal de las Unidades antes de retirarse deberá estar seguro de que los elementos de trabajo de los cuales es responsable queden debidamente protegidos.

JEFATURA DE SERVICIOS  
GENERALES

SUBJEFATURA DE SERVICIOS  
GENERALES

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD

OFICINA DE  
VIGILANCIA

OFICINA DE  
INVESTIGACIONES

OFICINA CUSTODIA  
DE VALORES

CEN. CAPACITACION  
Y ENTRENAMIENTO

SECCION  
ADMINISTRATIVA

JEFE DE SEGURIDAD  
DE AREA (34)

JEFE DE GRUPO DE  
INVESTIGACIONES

JEFES DE GRUPO

INSTRUCTORES

INVESTIGADORES

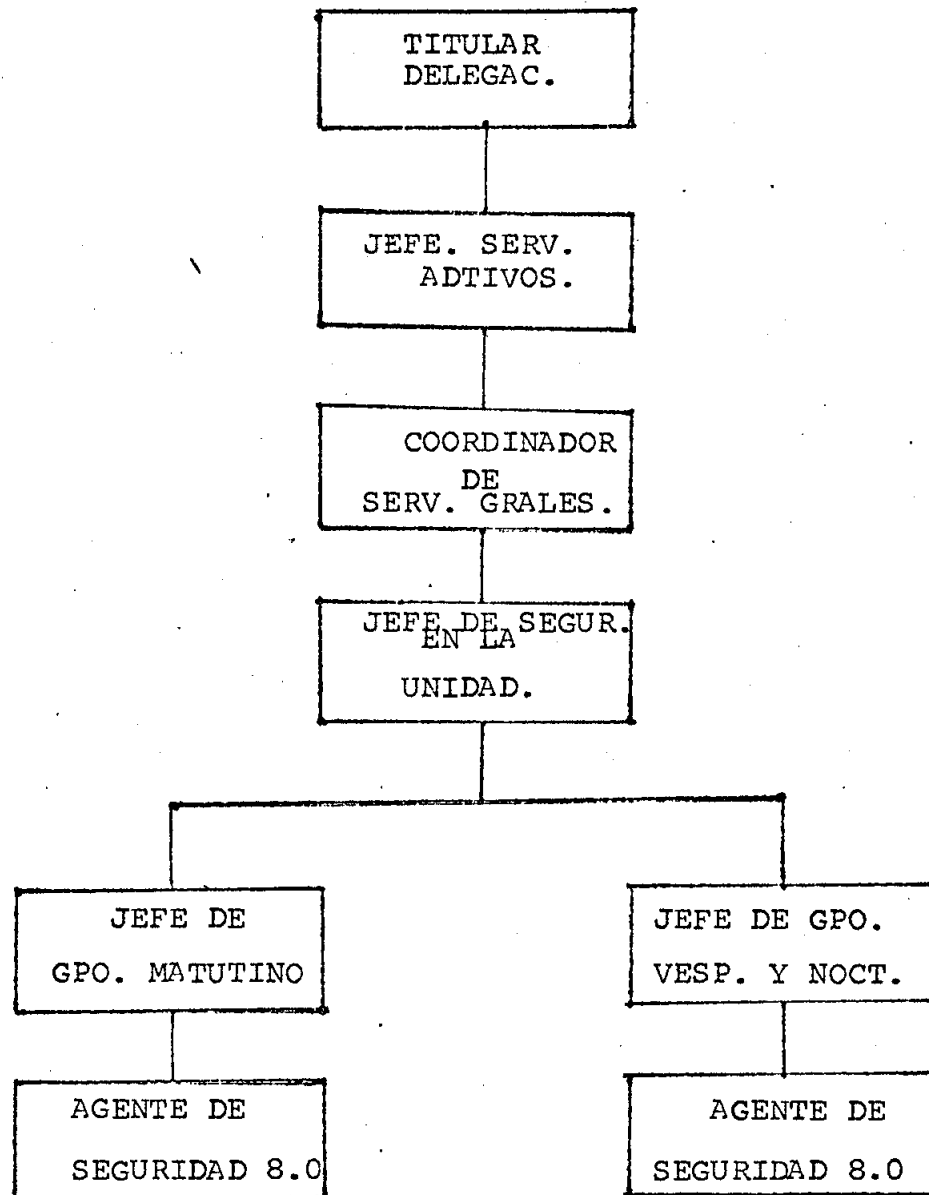
CUSTODIO

AGENTES DE SEGURIDAD  
EN INSTRUCCION

3 JEFES DE GRUPO

3 GRUPOS AGENTES  
DE SEGURIDAD

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD DEL I.M.S.S.



## LAVANDERIA

Ha dejado de ser el problema tradicional que representaba para el Administrador de Hospitales; la automatización ha permitido agilizar el procedimiento y multiplicar la productividad.

Con un tiempo de permanencia promedio de 25 minutos para la ropa del hospital se resuelve el lavado y el planchado. La ropa se divide por el grado de suciedad y la naturaleza de las manchas. Otra división sería por su origen: ropa para cama, de cirugía, de enfermos, de personal y de uso general. Otra división más sería: ropa plana blanca, azul para Cirugía, afelpada o de franela, contractual, de lana, cobertores.

Puede considerarse que el 99.7% de la ropa que se procesa es de algodón, el 2% es de algodón y fibras sintéticas y el 1% es de lana

La primera área es la de clasificación de la ropa que ingresa:

ligeramente sucia  
regularmente sucia  
muy sucia  
con manchas resistentes.

De allí al área de proceso, que se divide en:

Lavado  
enjuague inicial  
prejabonadura  
jabonadura  
blanqueo  
neutralización

continúa en una banda sin fin hasta las exprimidoras que la refieren a las tómbolas o secadoras y se dividen:

Una porción de ropa plana a los Mangles y dobladoras.  
Otra a la sección de forma para su planchado y presentación.

Una función accesoria, esta formada por la substitución de ropa en mal estado que se rompe durante su proceso.

De aquí se envía a la Ropería.

La ropería se considera como una extensión del servicio de lavandería a nivel de hospital; está atendida por personal del servicio de Intendencia, sus actividades básicas son:

1. Proveer ropa limpia
2. Doblar y guardar la ropa limpia
3. Recolectar la ropa sucia
4. Clasificar la ropa sucia
5. Contar y enviar ropa sucia a la lavandería
6. Recibir ropa limpia
7. Almacenar ropa recibida
8. Limpieza y fumigación de su área.

Este personal se vé ayudado por funciones análogas que lleva a cabo personal de las diferentes áreas en cada uno de sus servicios para realizar la : cuenta, entrega y acomodación de ropa limpia en anaqueles y reposición de la ropa sucia recolectada. Así mismo controla, maneja, informa consumos, pérdidas y determina usos de la ropa dentro de su servicio.

El "Stock" de operación se obtiene considerando el número de camas, multiplicado por 5 lo que da por resultado la dotación de ropa para cada servicio.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL LUNES 9 DE MARZO DE 1981.

El Dr. Roberto Sandoval Delecolle sustentó la Conferencia "Promoción de la Salud". Señaló que una organización de seguridad social sólo podrá dar medicina integral si tiene entre sus metas la educación para la salud. Ningún programa para la salud está completo si le falta entre sus rubros la educación para la salud, para que se modifiquen positivamente hábitos y costumbres de la población y asociarse a la educación popular que proporciona capacitación, adiestramiento y desarrollo.

Los expertos de la Organización Mundial de la Salud dicen: La educación es para todos; en el campo de la salud será en diferentes niveles, lo más homogéneos posibles para que los conocimientos sean los más adecuados. Estos no deben ser privativos de la rama médica sino de todas las ramas afines con la medicina y para-médicas.

Se utiliza la enseñanza programada la cual debe contener textos, manuales y guías, que sean útiles para el médico, la enfermera, la trabajadora social, etc. Otra forma de enseñanza es a través de las publicaciones.

La educación popular debe contar con folletos, carteles y rotafolios; además de radio y televisión.

La comunicación se divide en dos: Directa (boca a boca) y la indirecta (radio, televisión y prensa).

A continuación la doctora Josefina Márquez Avila sustentó la Conferencia "Nutrición" como programa prioritario de medicina preventiva.

La mal nutrición constituye por su amplitud y trascendencia uno de los principales problemas de salud en México.

Factores que determinan el estado nutricional:

DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS

Producción, transporte  
y almacenamiento de  
alimentos

Factores culturales eco-  
nómicos sociales y psico-  
lógicos

Capacidad productiva

Consumo de alimentos

Grado de madurez física  
mental y emocional

Momento metabólico en con-  
diciones fisiológicas y  
fisiopatológicas

Estado de nutrición

Estados nutricionales  
genéticos

APROVECHAMIENTO DE ALIMENTOS

La mitad de la población de menores de cinco años sufren algún grado de desnutrición y una de cada cinco mujeres en edad reproductiva sufre desnutrición.

Desnutrición: Es el estado patológico inespecífico y sintomático, potencialmente reversible, originado por la deficiente utilización celular de los nutrientes esenciales. Puede ser primaria, secundaria o mixta.

A continuación el Dr. Jesús Saucedo Rodríguez sustentó la Conferencia "Áreas rurales".

Existen en el Instituto Mexicano del Seguro Social 92 brigadas rurales en 23 delegaciones con el siguiente personal en cada una de ellas: un pasante de medicina, cuatro pasantes de enfermería y un promotor de saneamiento, sus actividades fundamentales son tres: inmunizaciones, educación para la salud y promoción para el saneamiento.

Para la educación para la salud, se llevan a cabo las siguientes acciones: pláticas directas a la población. En saneamiento dos actividades (para obras; como letrinas, fosas sépticas, excretas etc.) y aplicación de insecticidas como D.D.T., cloro, etc.

Actualmente se efectúan dos programas de saneamiento ambiental en forma experimental, uno en el Estado de México y otro en el Estado de Veracruz con una buena respuesta de parte de la población.

Una nueva actividad son las brigadas laborales que también están siendo recibidas con buena aceptación por parte de los trabajadores y patrones en los centros de trabajo.

Funciones y Actividades del Departamento de Trasmisibles de la Jefatura de Medicina Preventiva:

Las enfermedades trasmisibles siguen ocupando los primeros lugares en las tasas de morbilidad y mortalidad en la República Mexicana.

Dentro de la estructura del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Jefatura de Medicina Preventiva, el Departamento de Control de Enfermedades Trasmisibles Agudas contiene tres oficinas principales: La de Inmunizaciones, de Venereos y la de odontología Preventiva. A estas tres oficinas se encuentra dando apoyo técnico un laboratorio de Salud Pública.

**INMUNIZACIONES:** Se dedica básicamente a aumentar la cobertura en aquellas enfermedades que son susceptibles de prevención y protección.

Los productos biológicos que se utilizan en esta área obedecen a las enfermedades susceptibles de prevención y son los siguientes:

- Sabin trivalente (Antipoliomielitis)
- D.P.T. (Difteria, Pertusis, Tétanos)
- Antisarampión
- B.C.G. (Calmet gram)
- Toxoide Tetánico
- Antitifoídica
- Antirrábica





ge. (La primera fue la viruela). En el caso de la D.P.T., no se recomienda su aplicación después del año por la fracción difteria.

#### TOXOIDE TETANICO

En el país se registran elevadas cifras de casos de tétanos, especialmente en las ciudades o regiones de las costas que presentan clima húmedo.

Esta vacuna debe ser aplicada cuando menos dos ocasiones para garantizar una protección de 10 años, la cual da una protección al año de la última aplicación. Estimula después de su aplicación la formación de anticuerpos tres semanas. Por otro lado existe el Toxoide Tetánico el cual es la vacuna de tipo pasivo e inocula los anticuerpos en forma inmediata y directa y su duración dentro del organismo es de tres semanas. Consecuentemente a estos conceptos se recomienda que todo paciente que presente herida de cualquier característica sospechosa de contraer la enfermedad, si tiene antecedentes de aplicaciones según el cuadro o esquema descrito, no es necesario aplicar nada, solo ejercer acciones locales en la herida o lesión. Por otro lado si carece de antecedentes o hay dudas de las aplicaciones, es conveniente utilizar el tratamiento combinado, es decir, antotoxina tetánica que va a cubrir las tres primeras semanas y el Toxoide Tetánico, quien cubrirá a partir de las tres semanas en que finaliza su cobertura la primera y cubre hasta 10 años.

En el caso de las mujeres embarazadas debe investigarse el antecedente de aplicación anterior de lo contrario se aplica en la forma convenida (1a. aplicación al 6° mes y la 2a. al 8° mes), luego, una al año y tendrá cobertura para 10 años.

#### ANTIRRABICA

En este tipo de vacuna se pretende, a diferencia de las demás, disminuir su aplicación ya que las complicaciones de encefalitis que produce, nos obligan a precisar su indicación para su aplicación.

El tipo de vacuna que actualmente se utiliza es la de Cerebro de Ratón Lactante, de la cual se requiere la aplicación de 14 dosis. Existiendo en el mercado tres tipos generales de vacuna: el Sero Antirrábico ya expuesto, la Gamma antirrábica y las Células

diploides. Este último, producto se aplica en nuestro medio cuando se llegan a presentar cuadros de reacción a la aplicación del suero en cual uiera de sus momentos. Este requiere solamente de 6 aplicaciones en la siguiente forma:

El día de la lesión la 1a. aplicación  
tres días después la 2a. aplicación  
siete días después la 3a. aplicación  
catorce días después la 4a. aplicación  
treinta días después la 5a. aplicación  
noventa días después la 6a. aplicación

#### ENFERMEDADES VENEREAS

Las acciones ante esta patología son enfocadas básicamente a dos aspectos principales:

- A) Sífilis
- B) Gonorrea

En relación a la SIFILIS, se trata de intensificar la búsqueda a través de estudios de laboratorio tales como el VDRL y el RPR.

VDRL.- Se limita en los niveles primarios de atención médica considerándose que para su realización es necesario desarrollar una tecnología (microscopio), que en ocasiones no es accesible para cualquier personal.

RPR.- Este estudio se efectúa a través de dos gotas de sangre en un reactivo y es manejable por personal auxiliar de enfermería lo que permite su acceso fácil; es tan efectivo, confiable que el VDRL.

#### ODONTOLOGIA

En esta oficina se manejan dos grandes acciones:

- a). Aplicación tópica del fluor
- b). Auto aplicación de fluor

Ambas son conducidas a personal tanto derechohabiente como no derechohabiente, dependiendo de la zona que se desarrolle. Teniendo para el presente año la expectativa de efectuar un programa de CEPILLADO DENTAL.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MARTES 10 DE MARZO DE 1981.

Los ponentes fueron el Dr. Modesto Garrido Arévalo y colaboradores.

Se inició la exposición mencionándose que existen cuatro programas prioritarios de detección:

1. De Ca. Endocervical
2. De la Fiebre Reumática
3. De la Diabetes
4. De la Tuberculosis

Se definieron las actividades de los Directivos de las Unidades Médicas, en el sentido de compartir las responsabilidades con los epidemiólogos, enfermeras en Salud Pública en la dirección, control y evaluación de los Programas, así como la ejecución de los mismos a cargo de las auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales y médicos familiares.

1. Programa de Detección del Cérvico-uterino:

Se inicia en el año 1962. Se practica en forma sistemática, en las mujeres mayores de 25 años de edad, mediante la técnica del Papanicolau, considerándose sospechosas las células tipo III, IV y V, las que requieren para su confirmación un estudio histopatológico; de ser positivas, serán derivadas a los servicios de tratamiento especializado y control post-tratamiento. Se hizo notar que sigue siendo la primera causa de mortalidad por Cáncer en México (13.5%).

2. Programa de Detección de Fiebre Reumática:

Se inició este programa a partir del año 1961, a consecuencia de su alta prevalencia en nuestro medio. A partir de 1971, se desarrolla con la participación del médico familiar y se establecen metas programáticas con la investigación del 2% de las consultas, en una población de alto riesgo, como son los niños de 4 a 14 años de edad. Se integra el equipo de trabajo con un Epidemiólogo, médico familiar, cardiólogo, odontólogo, laboratorista y la trabajadora social.

3. Programa de Detección de la Diabetes:

Se inició en el año de 1969, enfocado a la población de mayores de 24 años de edad y preferentemente a los hijos de los diabéticos, obesos, cardiópatas, hipertensos y mujeres con antecedentes gineco-obstétricos (Se anexa gráfica).

4. Programa de Detección de Tuberculosis:

Se revisó la dinámica de la epidemiología de la tuberculosis. Se hizo hincapié sobre la importancia de controlar los casos de bacilíferos, a fin de romper la cadena de infección. Igualmente se resaltó la importancia de la aplicación del B.C.G., especialmente a los menores de 15 años, que da una protección del 80% del riesgo de enfermedad; habiéndose abatido en forma muy considerable la presentación de casos de meningitis tuberculosa. Se mencionaron criterios del manejo del B.C.G., la quimio-terapia profiláctica primaria y secundaria. Se hizo referencia a los esquemas generales de tratamiento en México y las experiencias en otros países de América Latina (Se anexa gráfica).

Seguidamente el tema "Administración Sanitaria" fue tratado por el Dr. Arnoldo de la Loza Saldívar.

Definición: Organo de apoyo y/o responsable para el desarrollo de funciones básicas del proceso administrativo: "Planificación, Organización, Dirección y Control" y para las actividades generales de Salud Pública, Enfermería Sanitaria, Trabajadora Social e Información Estadística. Mecanismo de la Organización: Implementación de sistemas, Asesoría y Análisis estadísticos.

#### FUNCIONES

- a) Apoyar técnicamente la investigación y análisis de situaciones de problemas de salud de la población derechohabiente, para integrar diagnósticos en base a los cuales se elabora el Plan General y los Programas Específicos de Medicina Preventiva.
- b) Participar con la Titular y las distintas áreas de la Jefatura en la Organización, Implementación del Plan General y Programas.

- c) Coadyuvar al diseño e implementación de Sistemas Generales de Operación de los Programas, Normas, Procedimientos e Instructivos de Medicina Preventiva.
- d) Intervenir en la determinación y asignación de los recursos humanos y materiales necesarios para el funcionamiento de los sistemas.
- e) Participar con la Titular en la elaboración del Presupuesto y analizar las desviaciones de su ejercicio.
- f) Recopilar, analizar, publicar y presentar al Titular y las distintas áreas de la Jefatura el informe Estadístico y Epidemiológico pertinente.
- g) Formular y proponer las normas para el Programa, desarrollo y evolución de los Planes y las relativas a Enfermería y Trabajo Social.
- h) Evaluar la eficiencia de acciones preventivas incluyendo asesoría y supervisión.
- i) Aplicar las Políticas de funcionamiento interno que le corresponden.
- j) Participar en la Coordinación entre los órganos de la Jefatura y con otros que sean necesarios.
- k) Participar en los programas de educación continua, formación y actualización de recursos humanos en materia de su competencia.

El tema "Indicadores de Salud y Acciones Preventivas" a cargo del mismo ponente.

Los Indicadores de la Salud se conocían en forma indirecta por los índices de morbilidad y mortalidad de los diferentes padecimientos. Mencionó entre otros (Boletín Epidemiológico Anual-1980) los padecimientos más frecuentes en la población infantil del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 1979, los siguientes:

1.	Enfermedades respiratorias agudas	47.7 %
2.	Enteritis y otras diarreas	21.8 %
3.	Disentería bacilar y amibiasis	5.4 %
4.	Helmintiasis	4.0 %
5.	Gripe	3.1 %
6.	Otras	18.0 %

Puede predecirse el curso de la enfermedad, siguiendo un Modelo Matemático de Boss-Jenkins, para tomar acciones preventivas.

Durante su exposición enfatizó la frecuencia y prevalencia de algunas enfermedades como Sarampión, tos Ferina, Difteria, Tétanos, y Poliomiелitis y el impacto que sobre ellos han causado las campañas masivas de vacunación.

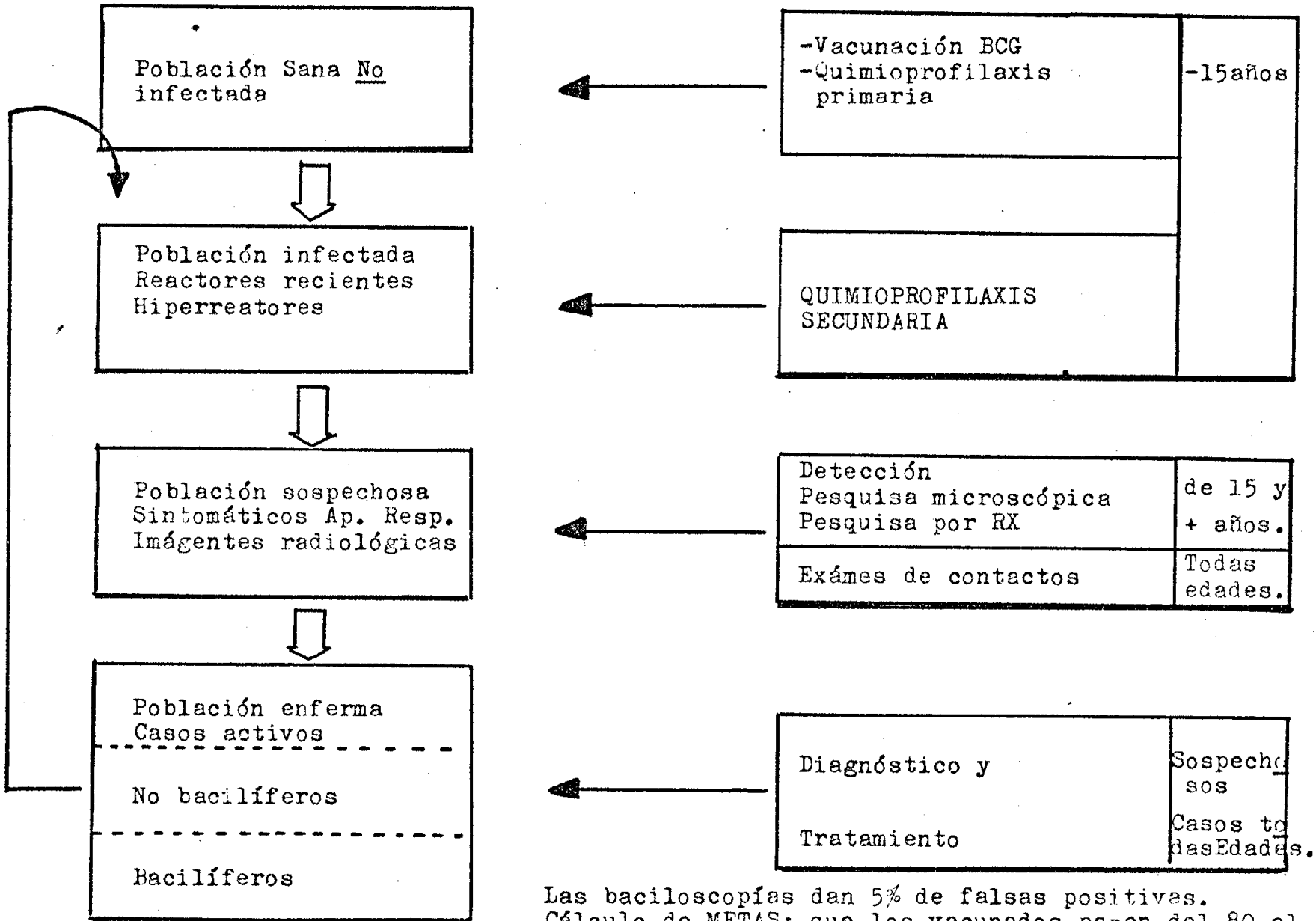
Dinámica epidemiológica y actividades de

SITUACION DE LA POBLACION

Control

ACTIVIDADES

UNIVERSO

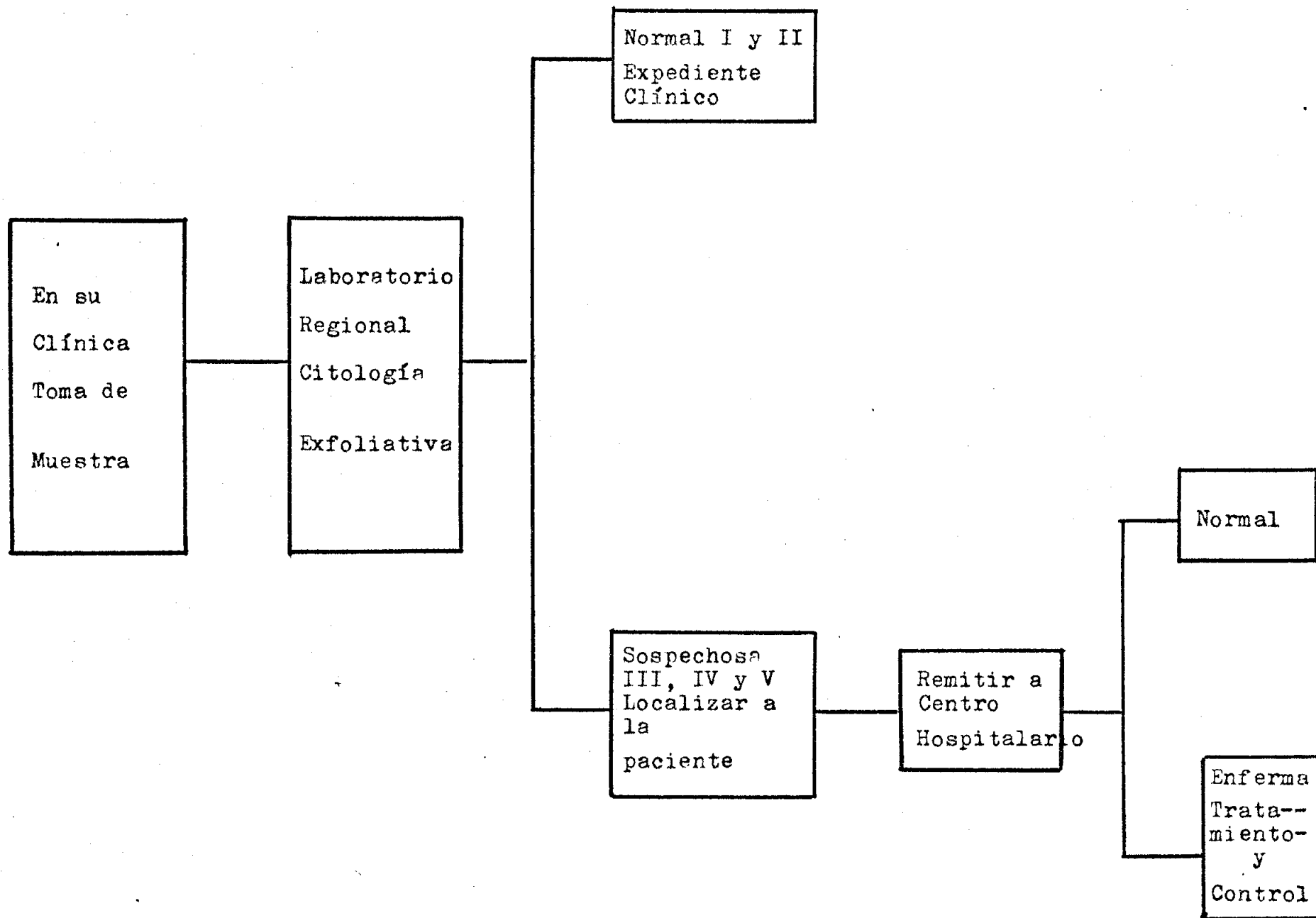


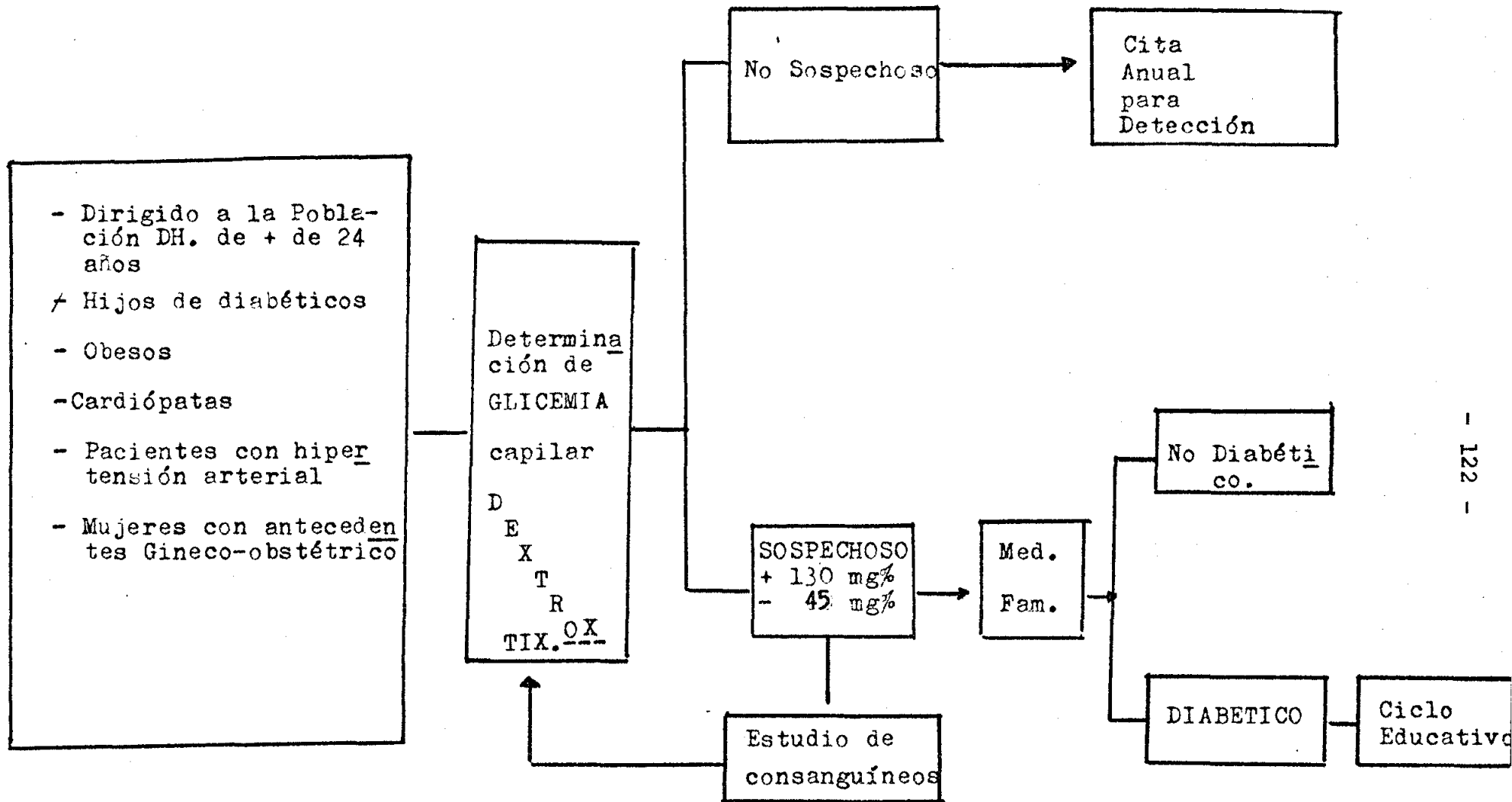
Las baciloscopías dan 5% de falsas positivas.  
Cálculo de METAS: que los vacunados pasen del 80 al 100%  
Se requiere: Supervisión de Delegaciones, Jefaturas, -  
adiestramiento continuado, Cursos, Material.

Fuente: JMP/IMSS



PROGRAMA DE DETECCION OPORTUNA DEL CANCER  
CERVICO-UTERINO.

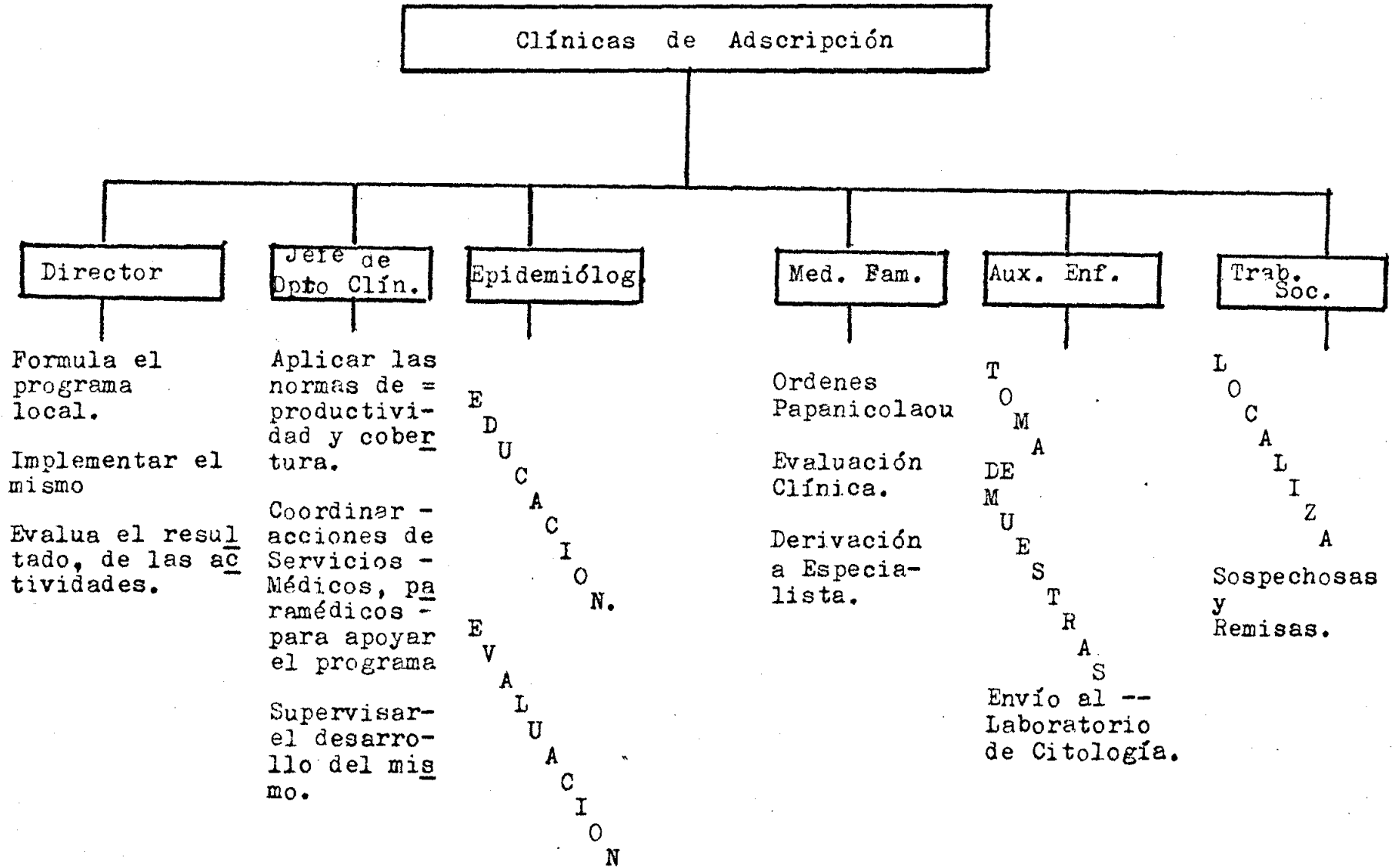




Detecciones:  $8 \times 10^6$   
 Promedio: 4.3%  
 Sospechosos: 1.2% Casos nuevos  
 Meta anual: 80 por cada 1000 pacientes investigados.

Fuente: DGPM.

FUNCIONES DE LOS SERVICIOS SEGUN NIVELES DE ATENCION MEDICA.



RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MIERCOLES 11 DE MARZO DE 1981.

Coordina la reunión el Dr. Armando Cordera Pastor.

Algunas aclaraciones sobre el tema del día anterior sobre estructura. Se señala que en la etapa de Organización la determinación de las funciones, la tecnología, la estructura y la gente debe ser secuencial y precisamente en este orden; si determinamos la estructura antes que las funciones y la tecnología, se vuelve aquella una "camisa de fuerza" en la organización. Se señaló también que existen básicamente dos tipos de estructura la física y la organizacional. Después se expuso brevemente el concepto de Leavitt sobre la organización quien la describe como algo dinámico y en cambio constante (de donde deriva que la mejor manera de elaborar un organigrama no es a través de un corte único en el tiempo sino en forma semejante a como se describen gráficamente las jugadas de fútbol americano, ya que las posiciones y las relaciones cambian a cada momento).

A continuación se hizo una introducción al tema Poder, Influencia y Autoridad. Max Weber define al poder como la probabilidad que tiene un actor para imponer sus deseos o hacer las cosas a pesar de la resistencia de los demás. Se dijo también siempre que se hable de organización es necesario hablar de poder, ya que el que no tiene poder no puede cambiar nada y todo queda en intenciones. El poder es indispensable para cambiar las cosas. El poder tiene diferentes orígenes, así, tenemos que existe el poder "por tradición". El poder también puede obtenerse por apoyo de los jefes, se puede tener posibilidad de poder física para mandar y existen también aquellos que "nacieron para mandar" (carismáticos).

La Autoridad se definió como el derecho legal que tiene una persona para dar órdenes y tratar de modificar la conducta de los demás. La Autoridad emana directamente de la posición jerárquica. Es importante no confundir Autoridad con Poder, ya que la primera no basta por sí sola para modificar la realidad.

La Influencia se define como la posibilidad de cambiar la conducta de los demás basándose sólo en cualidades o atributos personales : prestigio, simpatía, sabiduría, etc. Lo ideal para el líder o directivo es conjuntar estos tres modos de interactuar con la realidad, sin embargo no es fácil lograrlo. Por otra parte, teóricamente se recomienda valerse en primer lugar de la influencia, en segundo lugar de la autoridad y por último, como medida extrema, del poder para lograr lo que deseamos, ya que si con la influencia lo logramos, ya no será necesario recurrir a las otras instancias.

A continuación el Dr. Ernesto Sánchez Camargo y colaboradores de la Jefatura de Medicina del Trabajo y a la Jefatura correspondiente en el ámbito de acción de las ciencias médicas. Se mencionan algunos de los principales objetivos de ésta disciplina así como las políticas de la Jefatura de Medicina del Trabajo, de las cuáles destaca la de promover la prevención de los riesgos del trabajo en las empresas en vista de la magnitud y trascendencia de éste problema para el país y su principal riqueza social, los trabajadores.

Posteriormente se hace un análisis estadístico de la problemática de los riesgos de trabajo en los últimos 10 años, destacando las siguientes conclusiones:

1. El número de trabajadores bajo seguro de riesgos de trabajo ha observado un crecimiento sostenido en un incremento anual aproximado del 12%.

2. Asimismo, el número de accidentes de trabajo ha crecido año con año en un porcentaje similar, de tal manera que en 1980 se registró la estatósférica cifra de 655,404 accidentes ocurridos en el ámbito de las empresas.
3. No solo se registró incremento en cifras absolutas, sino también en las relativas; así tenemos que en 1976 de cada 100 trabajadores expuestos a los riesgos, 11.8 sufrían un accidente de trabajo y en 1978 esta cifra aumentó a 13.
4. Las consecuencias de los accidentes de trabajo expresados en términos de incapacidad temporal, incapacidad permanente, muerte y costos directos e indirectos se han incrementado en forma desmesurada. Como ejemplo baste señalar que en 1980 se perdieron 10,598,467 días por incapacidad temporal con un costo institucional de 2,287,577,378 pesos y con un costo para las empresas cuatro veces mayor. Lo anterior pone de manifiesto el gran costo social que el país enfrenta por los accidentes de trabajo al vulnerarse su fuerza de trabajo y su economía amén del daño moral y psicológico para los propios trabajadores y sus familias.
5. La escases de recursos humanos calificados para enfrentar el problema nacionalmente previniendo los accidentes de trabajo.

Como consecuencia de lo anterior, desde hace varios años el Seguro de Riesgos de Trabajo se encuentra desfinanciado.

A partir de 1978 la Jefatura de Medicina del Trabajo elaboró programas con los siguientes propósitos principales:

1. Promover la prevención de los riesgos de trabajo tratando fundamentalmente de disminuir el número de los accidentes.
2. Incrementar la calidad y oportunidad de la atención médica de los accidentados.
3. Procurar la más pronta reintegración de los accidentados a sus trabajos.
4. Disminuir el promedio de días de incapacidad temporal de los accidentados a través de lo señalado en el punto número 2.
5. Contribuir al refinanciamiento del Seguro de Riesgos del Trabajo.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL JUEVES 12 DE MARZO DE 1981.

Estuvieron a cargo del Dr. Ernesto Sánchez y colaboradores, quienes presentaron el Tema "Programas de la Jefatura de Medicina del Trabajo".

La Jefatura de Medicina del Trabajo viene desarrollando programas desde 1979 en las áreas de prevención, atención médica, rehabilitación y enseñanza. Respecto a prevención se hace para evitar accidentes dentro del ámbito de las empresas. En lo que respecta a atención médica, el propio especialista da la atención directa a los pacientes. El programa de rehabilitación se enfoca para el trabajo, que implica un proceso integral mediante el cual el individuo pueda aprovechar al máximo sus capacidades residuales psico-biológicas para desarrollar actividades remunerativas y socialmente útiles. En enseñanza la jefatura desarrolla programas de formación de personal médico y técnico para el área operativa de la especialidad, programas de capacitación continua y programas de divulgación. Los criterios para la elaboración de los programas en estas áreas son la magnitud y trascendencia de los problemas a resolver, la vulnerabilidad de los mismos y la factibilidad.

Programa de Promoción de la Prevención de Accidentes de Trabajo. Se inició formalmente en 1979 y sus objetivos son disminuir el número de accidentes de trabajo y días perdidos. Para lograrlo hacen estudios de higiene y seguridad en las empresas seleccionadas; de esta manera se le proporciona a los patronos una herramienta que les facilita el cumplimiento de su obligación Constitucional de prevenir los riesgos de trabajo.

De entre 340,000 empresas, se seleccionaron 1847 por sus altos índices de frecuencia y gravedad; estas empresas representaron solamente el 3% del total y agrupaban al 48% de todos los asegurados. Generaban el 40% de todos los riesgos de trabajo ocurridos en el país.

La mecánica de la ejecución del Programa fue la siguiente:

- 1) Notificación por escrito al Gerente de la empresa de la visita de un médico de Medicina del Trabajo y de un ingeniero especialista en higiene y seguridad.



- 2) Estudio de reconocimiento preliminar de las condiciones de higiene y seguridad de la empresa.
- 3) Estudio de evaluación.
- 4) Elaboración de medidas de control para las anomalías encontradas.
- 5) Reporte por escrito a la empresa.
- 6) Visita de verificación del cumplimiento de las medidas dictadas, a solicitud de la empresa.
- 7) Aplicación del Reglamento de Clasificación de Empresas y Modificación de Grado de Riesgo a los patrones reacios, reubicándolos en el grado de riesgo correspondiente de acuerdo a sus índices.

Resultados del Programa de 1979: se estudiaron íntegramente 2507 empresas o sea 660 más de las programadas. El impacto del programa se reflejó en 1980; así, en este año se registraron 45, 218 casos y 1, 114, 384 días perdidos menos que los esperados de acuerdo a la tendencia natural de crecimiento de los últimos años. El beneficio económico puede calcularse conservadoramente y solo por concepto de subsidios en 239, 598, 560 pesos.

Programa de Promoción de la Prevención en 1980: para este año se contemplaba incrementar el número de empresas para estudio a 10,000 y pasar a una nueva fase del programa que consistía en adscribir empresas y la población trabajadora correspondiente a los médicos de Medicina del Trabajo. Por cambios en la política Institucional no pudo llevarse a cabo, concretándose al seguimiento de los estudios efectuados en 1979.

Programa de Atención Médica: se inició también en 1979 y se enfocó fundamentalmente a incrementar la calidad y oportunidad de la atención de los accidentados mediante el control directo de los casos, actividad que anteriormente desempeñaban los médicos familiares. Así, la atención médica de los asegurados accidentados quedó de la siguiente manera:

- 1) El accidentado recibiría la atención inicial en el Servicio de Urgencias.

- 2) Todas las atenciones subsecuentes se proporcionarían en el Servicio de Medicina del Trabajo.
- 3) En Urgencias solamente se darían certificados de incapacidad inicial en caso de ameritarlo.
- 4) Todas las incapacidades subsecuentes se darían en Medicina del Trabajo.
- 5) Urgencias ya no expediría certificados de alta.
- 6) El médico de Medicina del Trabajo controlaría el caso hasta el alta.

Con lo anterior, se eliminaron obstáculos administrativos que retrasaban la atención médica y el control directo de los casos permite incrementar la calidad. Implantar este Programa en toda la república implicó un incremento de personal médico y paramédico así como la dotación de recursos físicos y materiales. Todo esto con un costo de 60,000,000 de pesos. De acuerdo a las cifras de 1978, el universo del Programa lo constituían 4,673,464 trabajadores de 322,049 empresas; 13 de cada 100 de estos trabajadores sufrieron un riesgo de trabajo en ese año con 18.6 días de incapacidad temporal como promedio nacional. Se pretendía con la aplicación del Programa disminuir 2.5 días este promedio. Resultados: se implementaron 89 Servicios de Medicina del Trabajo de los 109 que se habían programado, se disminuyó en 1.6 el promedio nacional de días por caso o sea 0.9 menos de lo programado y se obtuvo un beneficio económico de 92,269,484 pesos. Este Programa continuó durante 1980 con los siguientes resultados: disminución de 0.57 días el promedio de días por caso y un beneficio económico de 80,630,507 pesos. El Programa se continúa llevando en 1981.

Por la tarde el Dr. Ignacio Guzmán Garduño trata el tema de "Los Servicios Asistenciales de la SSA". Inicia explicando los orígenes de la Secretaría en el año de 1942 al fusionarse los organismos encargados de la salubridad y de la asistencia. Después hace una explicación amplia del organigrama estructural de la Secretaría señalando que los servicios asistenciales de la misma los ejecutan en todo el país la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. La Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal y la Dirección General de Asistencia Médica. Las dos primeras dependen directamente del titular de la Secretaría y esta última de la Subsecretaría de Asistencia. Después habló someramente del resto de subsecretarías y direcciones haciendo énfasis en sus funciones.

La atención médica tanto en el Distrito Federal como en los estados está organizada por niveles:

- a) Primer nivel, unidades de consulta externa exclusivamente.
- b) Segundo nivel, hospital general con o sin consulta externa.
- c) Tercer nivel, hospitales de especialidades.
- d) Cuarto nivel a hospitales de alta especialización.
- e) Quinto nivel unidades u hospitales dedicados a la atención de padecimientos específicos.

Existen además los llamados Centros Comunitarios que son unidades de contacto primario destinadas a la atención de los marginales urbanos y con funciones de promoción de la salud básicamente, aunque también tienen funciones asistenciales; los hay de tres tipos, de uno, tres y seis consultorios, dependiendo de la población a cubrir. Otra función importante de estos Centros es la de derivar pacientes a las unidades de niveles superiores. Actualmente se encuentra funcionando la primera etapa de este Programa de Centros Comunitarios en el Distrito Federal, Monterrey, Guadalajara y León.

La red asistencial de la Secretaría está integrada con unidades de diferente tipo, a saber:

1. Centros de Salud A, son aquellos que cuentan con consulta externa y hospitalización casi siempre materna y/o infantil; tienen servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento incluyendo rehabilitación en algunos de ellos. Por lo general se ubican en ciudades de más de 20,000 habitantes, de preferencia capitales de estados.
2. Centros de Salud B, únicamente prestan servicio de consulta externa; algunos cuentan con laboratorio y Rayos X y por lo general se ubican en ciudades que tienen entre 2,500 y 20,000 habitantes.
3. Centros de Salud C, son pequeñas unidades ubicadas en el medio rural y atendidas por un pasante de medicina, una auxiliar de enfermera y en ocasiones pueden tener una trabajadora social, un anesthesiólogo y un trabajador administrativo; y camas para pacientes en tránsito (trabajo de parto, rehidrataciones p.e.).

CENTROS DE SALUD A 53

CENTROS COMUNITARIOS 160

HOSPITALES 2° 3°NIVEL 6

CLINICAS DE ESPECIALIDADES 6

HOSPITALES DESCENTRALIZADOS 8

CENTROS ESPECIALIZADOS DE REHABILITACION 4

CENTROS CREE ?

HOSPITALES Y CENTROS PSIQUIATRICOS 10

MODULOS DE SALUD MENTAL ?

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA 1

MODULOS DE PLANIFICACION FAMILIAR ?

47 HOSPITALES GENERALES

12 HOSPITALES DE ESPECIALIDADES

53 CENTROS DIVERSOS

211 CENTROS DE SALUD A

485 CENTROS DE SALUD B

1967 CENTROS DE SALUD C

? CENTROS COMUNITARIOS

? CENTROS CREE

? MODULOS DE SALUD MENTAL

13,000 MODULOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL VIERNES 13 DE MARZO DE 1981.

El tema "Prestaciones Médicas en el Medio Rural" fue presentado por el Lic. Antonio Morán Zenteno (Marginación en el Medio Rural) Dr. Alfonso Martínez Uribe (Convenio IMSS-COPLAMAR); Dr. Antonio Bautista Cruz (Servicios de Salud); Dra. Ma. Elena Ramírez Grande (Actividades del Médico Pasante en Servicio Social); Enfermera Isabel Tufiño Tadeo (Funciones de la Auxiliar Area Médica en Unidad Médica); Enfermera Lucina Rosales Rodríguez (Funciones Auxiliares de Enfermería en Clínica Hospital de Campo).

La atención médica se otorga actualmente en 3,006 unidades médicas rurales; 19 unidades médicas suburbanas y 71 Clínicas Hospital de Campo.

Se mencionan 10 principales padecimientos trasmisibles que afectan a las poblaciones marginadas:

- 1) Gastroenteritis; 2) Amigdalitis; 3) Faringitis; 4) Amibiasis; 5) Influenza; 6) Ascariasis; 7) Oxiuriasis; 8) Tiñas; 9) Escabiasis y 10) T.B.P.

5 Padecimientos crónico-degenerativos que los afectan:

- 1) Diabetes mellitus; 2) Osteo artropatías; 3) Hipertensión arterial; 4) Desnutrición y 5) Cirrosis hepática.

5 Principales causas de mortalidad:

- 1) Gastroenteritis; 2) Desnutrición; 3) Bronconeumonía; 4) Complicaciones perinatales; y 5) Accidentes y violencias.

Políticas institucionales en la prestación de servicios médicos en Solidaridad Social.

- Organización y funcionamiento de un sistema de atención integral de la salud.
- Integración de equipos interdisciplinarios de la salud.
- Acciones de salud en base a programas específicos para unidades médicas de campo.
- Participación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud.

### Objetivos del Programa IMSS-COPLAMAR

- Lograr que la atención médica que se brinda en las unidades sea de buena calidad.
- Consolidar la programación, dirección y control de las prioridades de salud que se establezcan en las zonas de servicios médicos.
- Cumplimiento de los programas prioritarios de salud en zonas marginadas y deprimidas.

### Programas:

- Atención médica integral de la mujer:
  - Vigilancia del embarazo, parto y puerperio
  - Planificación familiar
  - Detección oportuna de Ca. Cu.
  - Detección y control enfermedades venéreas
  - Detección y control Diabetes
  - Detección y control tuberculosis
  - Prevención de tétanos.
  - Odontología
- Atención médica integral del niño:
  - Vigilancia y control de nutrición, crecimiento y desarrollo.
  - Prevención y control de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, parasitosis intestinales y de la piel.
  - Detección Fiebre reumática
  - Detección tuberculosis pulmonar
  - Odontología preventiva
- Participación de la comunidad en relación con la salud:
  - Organización de la comunidad para integrar los comités de salud en cada localidad.

Educación permanente de la población a través de pláticas a grupos organizados.

Promoción y mejoramiento del medio ambiente.

Duración del servicio un año, con horario de 8:00 a 13:00 y de 15:00 a 18:00 de lunes a viernes, el sábado hasta el mediodía.

- Consulta externa: atención al núcleo familiar manejando el expediente familiar y la tarjeta R.I.F. (Registro Integral Familiar). Urgencias, atención parto entócico, manejo de archivo, farmacia con 85 claves de medicamentos.
- Adiestramiento y capacitación de parteras empíricas que se ubican dentro del área de influencia de su unidad.
- Campañas de inmunizaciones.
- Pláticas en la unidad de los programas establecidos.

En la comunidad:

- Promueve la realización de asambleas.
- Formación de comités de salud.
- Adiestramiento a personas de la comunidad como promotoras de salud comunitaria.
- Formación de grupos específicos.
- Saneamiento del medio ambiente familiar.

	Atención familiar
	Promoción de la salud
Atención integral	Prevención específica
	Tratamientos curativos
	Rehabilitación

Acción comunitaria.

Capacitación y enseñanza

Personal médico y de enfermería  
Solidario habientes  
Grupos establecidos

Investigación

Diagnóstico de salud del área de  
influencia de la Clínica Hospital

El asentamiento humano de los grupos marginados se ha realizado en donde las condiciones socio-económicas son hostiles para la vida, en zonas desérticas y montañosas que padecen incomunicación y escasés de recursos vitales.

De acuerdo a estadísticas, se considera que el 50% de la población rural es marginada y por medio de proyecciones estadísticas, llegamos a calcular que para el año 2000, existirán 110 millones de habitantes aproximadamente, de estos 33 millones corresponderán a la población rural.

Algunos indicadores señalan que un 18% de la fuerza de trabajo disponible en esta zona de agricultura se subemplean con menos del salario mínimo y un 44% sólo se ocupan tres veces al año.

El 55% de los niños comprendidos entre los 6 y 14 años, tienen acceso a la enseñanza básica; la tasa de mortalidad es en promedio diez veces mayor que en los países desarrollados, el promedio de escolaridad llega al tercer grado de educación primaria.

Finalmente, el programa IMSS-COPLAMAR intenta dar salud a las poblaciones marginadas para mejorar las condiciones de vida.

Por acuerdo Presidencial de fecha 17 de enero de 1977. Se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de Presidencia de la República -COPLAMAR - pa



ra estudiar y proponer la atención eficaz de las necesidades de las zonas deprimidas y grupos marginados.

El convenio otorga diez cláusulas de ellas, en la cláusula quinta el Instituto Mexicano del Seguro Social se compromete a proporcionar los siguientes servicios de Solidaridad Social.

En las unidades médicas rurales o urbanas:

- Consulta externa general
- Atención farmacéutica
- Atención materno-infantil y Planificación familiar
- Educación para la Salud
- Orientación nutricional
- Promoción del saneamiento
- Inmunizaciones
- Control de enfermedades transmisibles

En las clínicas Hospital de Campo:

Consulta externa de la especialidad de Medicina Familiar.

- Medicina Preventiva
- Atención Odontológica
- Asistencia farmacéutica
- Consulta externa y hospitalización de: Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía.

Cláusula Séptima:

Las instalaciones se establecerán en las localidades que el IMSS y COPLAMAR determinen, tomando como promedio 5,000 personas por unidad médica rural o urbana y 200,000 por Clínica Hospital de Campo. Estas unidades se entregan en comodato gratuito al IMSS. La organización, operación, administración y mantenimiento de las unidades estará a cargo del IMSS.

Cláusula décima:

Los núcleos de población beneficiados deberán cumplir con un promedio anual de diez jornadas por cada jefe de familia en beneficio de la propia comunidad como son construcción de escuelas, caminos, drenaje, agua, etc.

Firman el convenio el Presidente de la República el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Coordinador General de Coplamar y otros funcionarios.

Es personal de la propia comunidad de 18 a 30 años, con educación primaria y que hablen el dialecto del lugar.

Son dos enfermeras que se adiestran, una trabaja de lunes a viernes, la otra sábado, domingo, festivos y las ausencias de la titular.

Actividades generales:

Limpieza de la unidad

Acomodo de archivo y farmacia

Solicitud de ropa y medicamentos

Control de asistentes a la unidad por medio de registro

Orientación permanente al solidario habiente.

Actividades específicas:

Toma de signos vitales

Curaciones, inyecciones

Prepara el material de curación y equipo de parto

Ayuda en la atención del parto y cuidados inmediatos al recién nacido.

Atiende a los pacientes en sala de observación

Relato de las actividades del día 16 de marzo de 1981

Tema: Programas de la Jefatura de Servicios Médicos.

El Dr. Rogelio Montemayor Galindo inició su exposición mencionando que en materia de programación, la determinación de los costos de todo servicio médico debe basarse en el conocimiento y análisis de cada uno de los factores objetivos que intervienen en el mismo sin perder de vista el elemento humano que los proporciona y que, según sus niveles de preparación, conducta y conciencia institucional, constituye un factor esencial en el incremento o disminución de los costos. Si no se planean las acciones con claros objetivos nacionales o institucionales, las posibilidades de fracaso serán cada vez mas alarmantes.

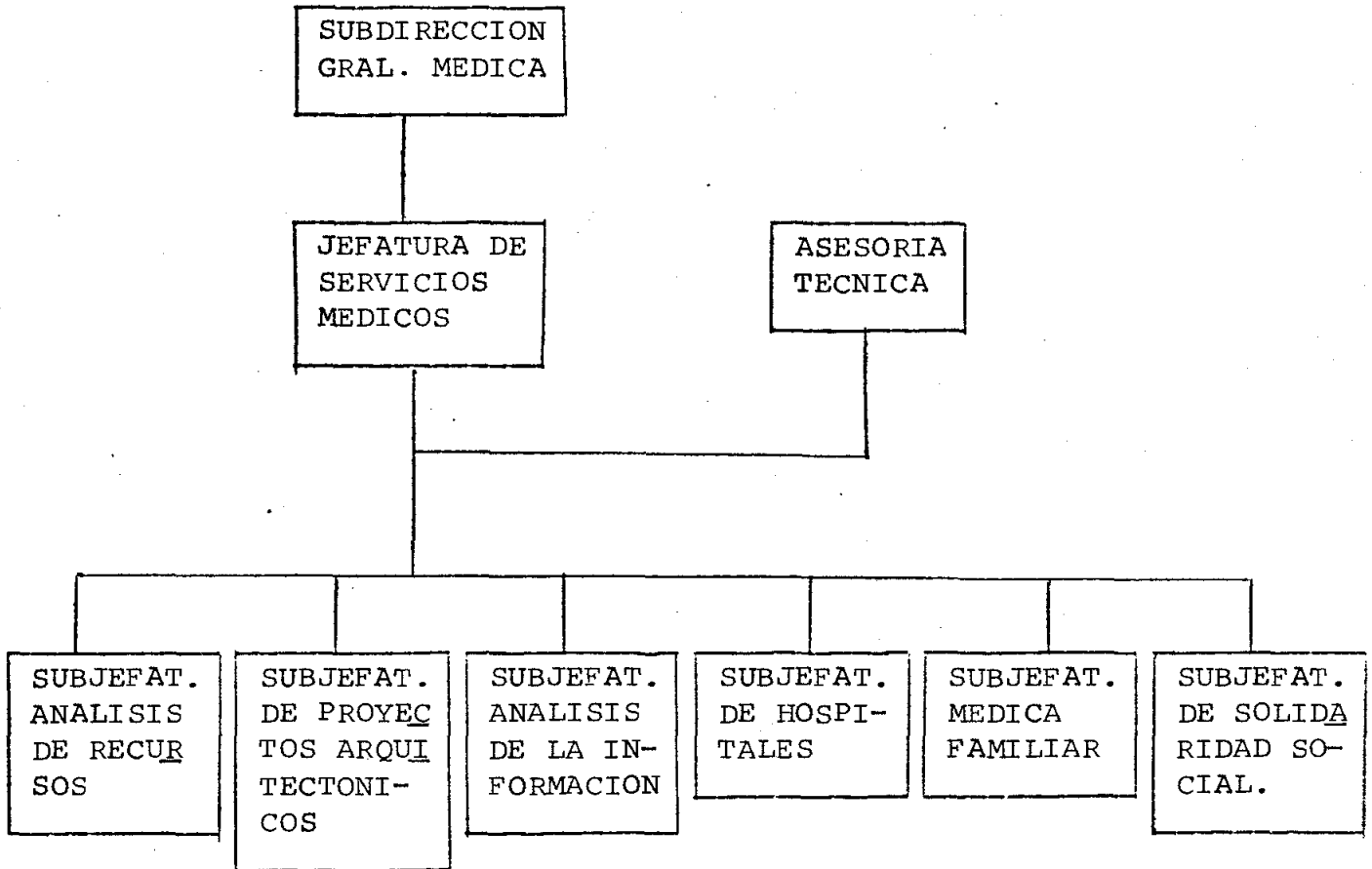
En base a la reforma administrativa y con clara política de descentralización la Jefatura de Servicios Médicos reorganiza y da nueva fisonomía a sus estructuras ubicando en el nivel central las funciones normativas y de control y delegando en las entidades federativas la responsabilidad de la supervisión y operación de los servicios.

Al mismo tiempo se define una atención médica integral estratificada en 3 niveles con un área geográfica de influencia cada uno. Se está por concluir el Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Médicos en el que se da vigencia al concepto de Descentralización, de atención médica por niveles y de delegar responsabilidades operativas a cada entidad federativa.

La normalización de los servicios esta en marcha subrayándose como principio esencial la calidad y oportunidad de los servicios médicos.

La ampliación de instalaciones y mejoría en la organización en el campo mexicano se está realizando a través de IMSS-COPLAMAR.

A continuación el Dr. Arnulfo Ramos Figueroa titular de la Subjefatura de Solidaridad Social hace referencia que el organismo que norma los servicios médicos en el IMSS es la Subdirección General Médica y de la cual depende la Jefatura de Servicios Médicos y de esta última dependen 6 subjefaturas



La Subjefatura de Solidaridad Social es la coordinadora desde el punto de vista Médico del Programa IMSS-COPLAMAR más los otros programas de Solidaridad que tiene el IMSS como lo es el esquema modificado, esto para llegar a otros estratos sociales hablando concretamente de zonas marginadas y zonas desamparadas.

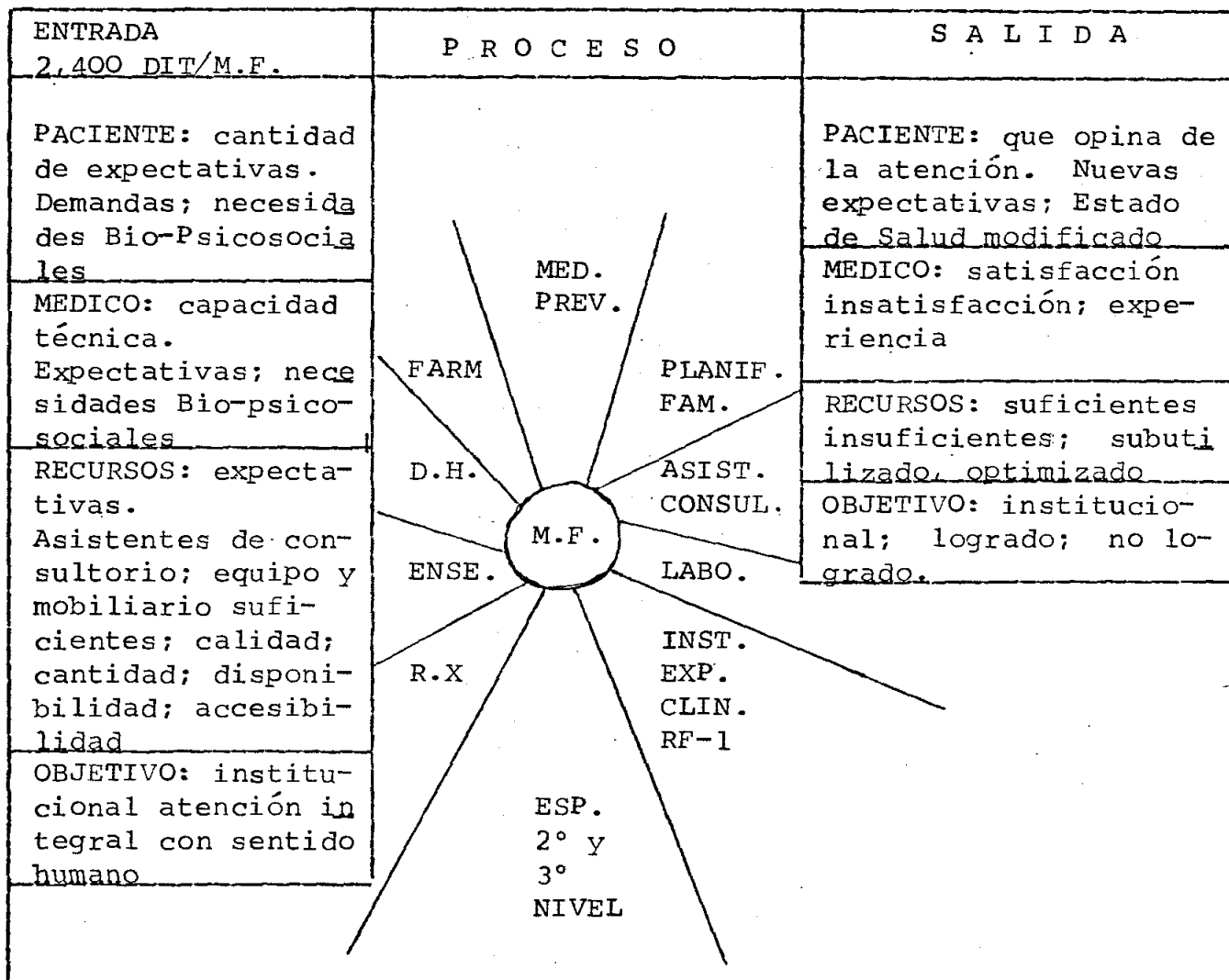
Fue así como en 1972 se implantó este esquema modificándose las prestaciones reconociéndose los seguros de enfermedad y maternidad y el de invalidez, vejez, cesantía y muerte.

Para el otorgamiento de los servicios de Solidaridad Social el Gobierno Federal aporta el 60% y el IMSS el 40% .

La solidaridad social ha caminado siempre con recursos financieros limitados por lo que trata de jerarquizar las necesidades y administrar los recursos.

Posteriormente el Dr. Marco Salomón Velázquez, Titular de la Subjefatura de Medicina Familiar inició con el organigrama de dicha Subjefatura.

SISTEMA MEDICO FAMILIAR



A continuación planteó el plan de trabajo y programas:

PLAN DE TRABAJO

- Análisis de recursos
- Análisis de áreas Físicas
- Análisis de instrumental, material y equipo
- Reasignación de funciones
- Adecuación de los existentes.
- Optimización de la actual.
- Planteamiento de necesidades.
- Obtención de datos socio-económicos y actividades de prevención del Médico Familiar (Tarjeta RF-1).
- Uso de los recursos.
- Estado de salud de la población demandante.
- Reasignación de funciones del J.D.C., asist. de consult. y M.F.
- Nuevo expediente clínico (sistematizado y simple)
- Criterios para el envío al II y III nivel de atención.
- Efectos de la atención.
- Estado de Salud de la población atendida.
- Necesidades de capacitación del personal.

Se hizo especial hincapie en el programa del nuevo expediente clínico el cual se está piloteando en Querétaro, Puebla y algunas Unidades del Distrito Federal mostrándose y explicándose el contenido y manejo de cada uno de sus elementos.

También se hizo énfasis en la tarjeta de registro familiar RF-1 la cual nos sirve para obtener un diagnóstico Bio-psico-social de la familia que ha consultado y usarse para generar acciones del equipo de salud.

El tema "Subjefatura de Hospitales" por el ponente Dr. Armando Enriquez.

Es el órgano de la Jefatura de los Servicios Médicos responsable de la elaboración y adecuación de las normas que permitan brindar atención médica a pacientes hospitalizados de manera uniforme, con amplio sentido humano de acuerdo a los programas establecidos por la Subdirección General Médica y la Jefatura de Servicios Médicos.

Está formada por dos departamentos:

- Area Médica
- Area Paramédica

Los cuales son normativos y de relación funcional, tienen por objeto elaboración de documentos técnicos que normen la operación del nivel correspondiente los cuales serán editados en forma de manuales que a continuación se describen:

- Manual de Organización
- Manual de Organización por servicio
- Manual de Procedimientos
- Instructivos

Programa para 1981.

1. Organización de las Jefaturas de Servicios Médicos Delegacionales.

Se convino en limitar tres campos para el nuevo enfoque de la organización de la Jefatura de Servicios Médicos reconociendo esta maniobra más con fines de orden que de real reparación.

- Un sistema Médico propiamente dicho en el que se identifican la Unidad de Medicina Familiar, el Hospital General de Zona de servicios médicos, las delegaciones, las subjefaturas de servicios médicos y la Subdirección General Médica.
  - El usuario, como un sistema en que se estudian los procesos de adaptación, así como el impacto de los cambios de los resultados del proceso salud-enfermedad de determinada población.
2. Regionalización de los Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.
  3. Normalización de los niveles de atención médica.

La zonificación de los servicios médicos se plantea como opción estratégica para normalizar la red asistencial con que

el Instituto afronta la demanda de la población amparada, teniendo además el objetivo de racionalizar los tramos de control entre la Jefatura Delegacional y las Unidades operativas.

4. Normalización de Funciones de los Directores Médicos, Subdirectores Médicos y Subdirectores Administrativos de los Hospitales.
5. Diseño e implementación de estrategias en caso de siniestro.

El tema "Subjefatura de Recursos" por el Dr. Esiquio Mora.

Se refiere a humanos y materiales, lo más importante de una Institución son sus recursos humanos.

La Subjefatura de Análisis de recursos le corresponde dotar el recurso humano y material a las Unidades.

Lo anterior en base a indicadores:

- Guía de indicadores para la dotación de recurso humano.
- Criterio de cobertura.
- Criterio de demanda.



RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MARTES 17 DE MARZO DE 1981.

Continuando con los programas de la Jefatura de Servicios Médicos, presentaron sus ponencias la Subjefatura de Análisis de la Información, la Subjefatura de Programas Médico-Arquitectónicos, la Unidad de Apoyo Técnico y el Departamento Administrativo.

Subjefatura de Análisis de la Información:

La plática la inició el titular de la misma, Ing. Eduardo Jaber G., insistiendo en que para cumplir las funciones propias de esta Subjefatura, se hizo necesaria la estructuración y actualización de un banco de datos único para todo el sistema, que contuviera la información relativa a población y servicios médicos otorgados; este proceso requirió de la revisión de los procedimientos de captación y procesamiento de los datos que contiene el informe mensual de los servicios médicos, acordes con las necesidades planteadas por los diferentes usuarios. Previo a esto, la información se manejaba en forma prácticamente independiente por los diversos departamentos (contraloría, servicios médicos, estadística, etc.); así mismo la información sólo se daba hacia el nivel central y excepcionalmente retroinformación actualizada, pues sólo se presentaba en forma de armarios y otras cifras estadísticas tardías.

Se comentó asimismo, que esta Subjefatura no es normativa, y será de gran utilidad para retroinformar a cada Unidad o Delegación sobre su comportamiento estadístico, pero en forma de bandas y no en forma de medio nacional, que es aritmética y poco veraz, ya que cada Unidad tiene características diferentes dadas las diferentes necesidades sociales de la población. Así pues, la pretensión es manejar información por medios y máximos y mínimos, pero por cada área, delegación o unidad y no por medios nacionales.

A continuación, el Dr. Infante enumeró y comentó en forma sumaria los diferentes programas que contempla la Subjefatura para 1981:

- Integración y actualización del banco de datos de población y servicios médicos otorgados.

- Integración al banco de datos del censo actualizado de recursos físicos.
- Integración del archivo de formas con sistema microfilmado.
- Reporte mensual de población y servicios médicos otorgados.
- Reporte cuatrimestral de población y servicios médicos otorgados.
- Reporte anual de población y servicios médicos otorgados.
- Análisis de la información necesaria para el H. Consejo Técnico.
- Análisis de la información estadística existente sobre población amparada.
- Método de estudio de las condicionantes sociales de la atención médica institucional.

Mencionó también la coparticipación de este Jefatura con otros departamentos e hizo especial mención acerca de la importancia que ha tenido la automatización del informe mensual de Servicios Médicos.

#### Subjefatura de Programas Médico Arquitectónicos:

El Arq. Pedro I. Cossio Pesado, Titular de esta Subjefatura, inició su plática mencionando que esta dependencia es el vínculo entre la Jefatura de Servicios Médicos y la Jefatura Coordinadora de Obras y Mantenimiento.

El objetivo de esta Subjefatura es lograr que la planeación de construcción, remodelación y estado actual de las unidades médicas, satisfagan las necesidades de cada localidad y la organización y funcionalidad de los servicios.

Comentó que esencialmente trabajan en el tercer nivel de atención médica y en el segundo nivel sólo en casos de remodelaciones o ampliación de unidades tipo Hospital General de Zona.

Unidad de apoyo técnico médico:

El Dr. Enrique Ibarra H., inició la ponencia al definir a esta unidad como un departamento de asesoría de la Jefatura de Servicios Médicos, y que actúa también como enlace y coordinadora de las distintas Subjefaturas.

Consta de cuatro departamentos que son:

- Apoyo normativo y control de programas
- Odontología
- Medicina del deporte
- Traslado de enfermos

El departamento de apoyo normativo participa en la adecuación de las normas emitidas por otras subjefaturas en control de programas y se dedica también a la preservación de la normoteca.

El departamento de odontología pretende una integración más eficaz de estos profesionistas, así como la capacitación continua de los mismos.

El departamento de Medicina del Deporte tiene como objetivo general elevar el nivel de salud de los derechohabientes que practican actividades físicas, utilizando los conocimientos de la Medicina del Deporte; y como objetivos específicos otorgar asistencia y apoyo especializado durante el proceso de realización deportiva, empleando para ello los tres niveles de atención médica, asimismo, formar especialistas en Medicina del Deporte y realizar investigaciones en esta área.

El Departamento de Traslado de Enfermos Foráneos se formó al observar la necesidad de un Departamento que normara el traslado de enfermos de una a otra Unidad entre los tres niveles de atención y con todas las prestaciones como son pasajes, viáticos, etc. El Dr. Pérez Abreu destacó la transportación aérea de derechohabientes por aviones del Instituto.

Departamento Administrativo:

El Lic. Ramiro Tinoco, Titular de este departamento, concluyó las actividades del día al aclarar las funciones de su departamento, y en forma resumida pueden considerarse las siguientes:

- Participar en registros y análisis e interpretar el comportamiento financiero de los Servicios Médicos en las Delegaciones.
- Participar en la integración del presupuesto global de los proyectos de Unidades Médicas nuevas, ampliaciones y remodelaciones.
- Controlar administrativamente los trámites relativos a los contratos de subrogación de servicios médicos.
- Tramitar viáticos, pasajes y gastos derivados de las consideraciones del personal.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MIERCOLES 18 DE MARZO DE 1981.

El tema "Estructura" lo expuso el Dr. Armando Cordera.

La empresa le da más importancia a la estructura organizacional, que a la física. Para que una estructura debe funcionar, debe existir formalidad.

Las principales funciones de la estructura son las siguientes: Es un medio indispensable: 1) para alcanzar objetivos; 2) para resolver problemas al futuro y 3) hacer predictibles las conductas dentro de la organización.

Para determinar el tipo de estructura, se debe considerar:

a) Análisis de actividades; b) Análisis de decisiones; c) Análisis de relaciones; d) Análisis de información.

Análisis de Actividades:

- Se debe determinar cuáles son las actividades que tienen mayor peso y mandan sobre la estructura.
- Determinar cuáles actividades se pueden eliminar sin que se afecte el proceso.

Análisis de Decisiones:

Aquí es conveniente saber cuáles son; en qué nivel se producen; qué actividades son afectadas por éstas; qué personas participan y quiénes solamente deben ser informadas.

Clasificación de las decisiones: a) En qué lapso se compromete para lograr alcanzar los resultados; b) El impacto que causa sobre la organización y c) El carácter de las decisiones es determinado por el número de factores subjetivos (conductuales, valores, etc.)

Las decisiones, pueden ser únicas, raras o recurrentes; estas últimas requieren de una regla general.

La decisión rara, tiene que ser pensada desde el principio hasta el momento actual.

Una decisión debe ser llevada a cabo al mínimo nivel, tan cerca como sea posible de la acción y del objetivo.

#### Análisis de Relaciones:

Es conveniente analizar con quien se trabaja, qué contribución hacen las personas que trabajan con el directivo y establecer siempre las relaciones hacia arriba y después en sentido descendente.

Las decisiones no deben estar dirigidas a resultados negativos. La estructura debe tener el mínimo posible de niveles administrativos y las cadenas de mando deben ser cortas, porque cada eslabón producen tensiones mayores.

Debe hacer posible el entrenamiento y la prueba de los administradores del futuro.

#### Son síntomas claros de mala administración:

- El crecimiento de los niveles
- Incapacidad de los niveles superiores para eliminar a quienes realizan trabajos mediocres
- Falta de análisis
- Jefe conflictivo
- Numerosos comités de coordinación
- Juntas incesantes
- Gente para enlace de tiempo completo

Una buena estructura no produce por sí misma buenos resultados, pero una pobre estructura hace imposible los buenos resultados; no importando que tan calificado sea el administrador.

El tamaño de la organización es la variable independiente más importante para la estructura.

La estructura incluye la asignación de responsabilidades formales en un organigrama, en las que se deben explicar los mecanismos de organización y administración en los diferentes roles.

El tema "Conflicto en el trabajo del médico" por el Dr. Enrique Parra (Directivo: Estilos directivos).

Se inician las actividades con un ejercicio para definir EQUIPO-US-COMITE.

Se dividió en tres fases:

1. Se formaron tres subgrupos de 8 miembros cada uno, para investigar las definiciones, conceptos, similitud, ventajas, desventajas, diferencias, elaborando por escrito cada uno los resultados. Duración una hora.
2. Nos agrupamos en tríos, un miembro de cada subgrupo, para de acuerdo a la calidad de los trabajos repartir una calificación de 150 puntos. Duración 30 minutos.
3. Reunión de los subgrupos para computar los puntos.

Conflicto, definición:

Es una diferencia importante entre personas grupos o naciones que en caso de no ser resuelto provoca que en alguna forma actúen separadamente o se dañen.

Entendemos por conflicto la circunstancia que puede surgir por la presencia de diferencias entre dos partes que por alguna razón han de entrar en contacto la una con la otra.

Se mencionaron las siguientes causas de conflicto:

Hechos	vs	suposiciones
conocimientos	vs	hábitos
generosidad	vs	egoísmo
ética	vs	inmoralidad

La competencia nos lleva al conflicto y la agresividad es innata y se aprende a ser competitivo.

El conflicto nos lleva a la represión, armonía, reunir a terceros o cerrar los ojos al conflicto.

¿Qué hacer en los conflictos?

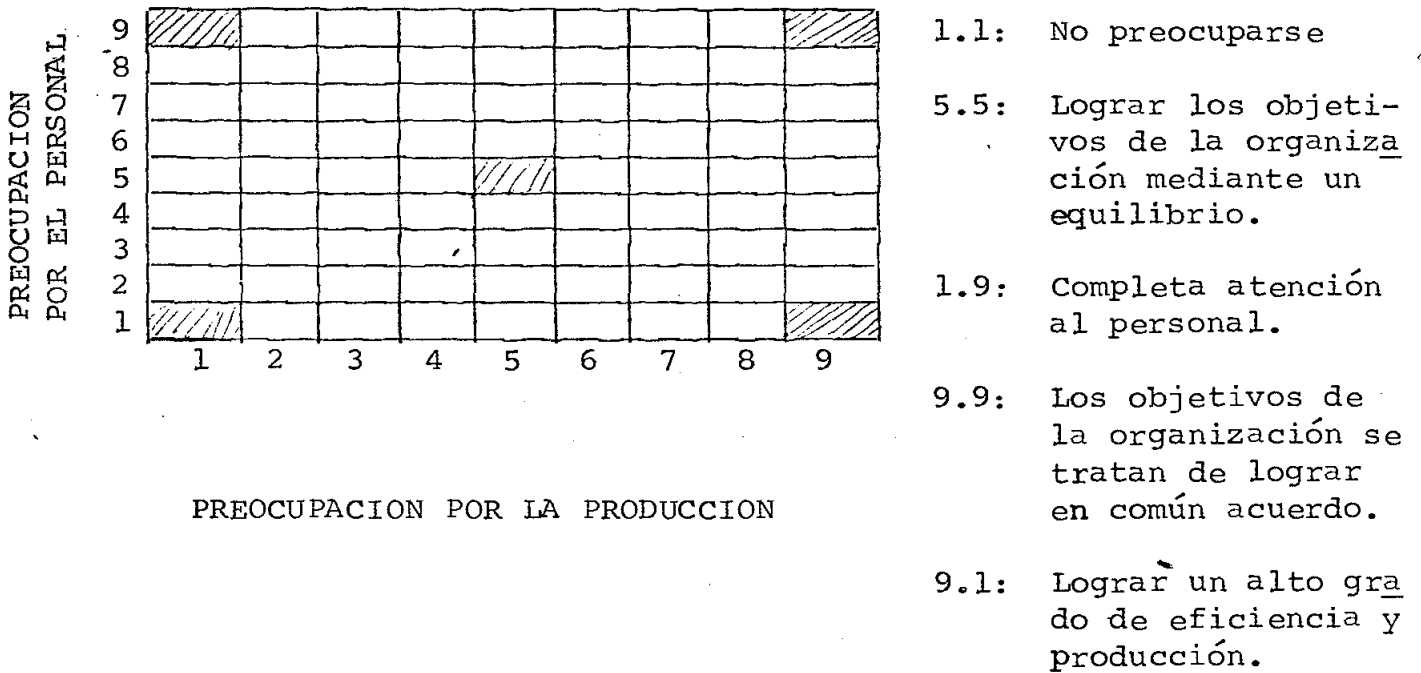
- Abrir la comunicación.
- Actitud flexible
- Definir objetivos
- Supra ordenar mitos

Se habló de las gráficas del Greed Gerencial que es de doble entrada, por un lado la preocupación del personal y por otro la producción.

Se habló de las teorías de las "x" y "y" de Mc Gregor.

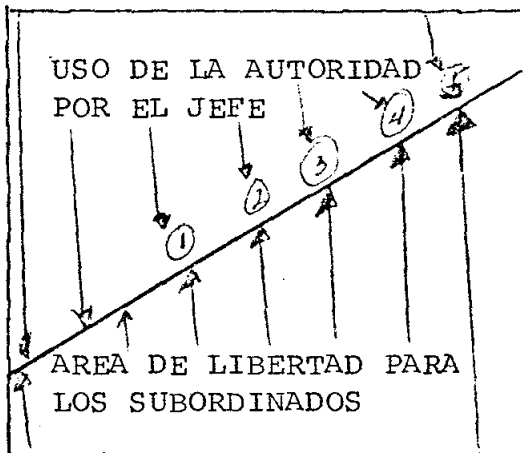
También se explicó la gráfica de Taenbaum que lleva doble entrada.

Greed Gerencial





GRAFICA DE TANENNBAUM



1. El dirigente ven de la idea.
2. Presenta ideas y pide preguntas.
3. Presenta una decisión tentativa a cambio.
4. Presenta el problema, acepta sugerencias y toma decisiones.
5. Permite que los subordinados funcionen dentro de los límites definidos por el supervisor.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL JUEVES 19 DE MARZO DE 1981.

El Tema "El Control de los Sistemas de Atención Médica" por el ponente C.P. Jorge Mario Tapia Escamilla.

Se define el Control como una parte del proceso administrativo que comprende todas las actividades encaminadas a asegurar la realización de la operación de acuerdo con los planes establecidos. Para medir el control se vale de elementos como: Estándares, comparación, evaluación y acciones correctivas. Se compara lo obtenido con lo planeado y si el resultado no es satisfactorio, se evalúa la desviación para pasar a una acción correctiva que es la razón de ser del Control.

Para controlar sus actividades, una institución grande requiere de un sistema de información eficiente y preciso, que permita estudiar todas las actividades importantes de la institución. Esta información es analizada para decidir cuál es la ejecución más adecuada.

Los siguientes son algunos datos para el Control: capacidad instalada para conocer la inversión en construcciones la cual debe ser congruentes con los requerimientos; número de consultorios; número de médicos; número de consultas otorgadas; ingresos por ramas de enfermedad general; por maternidad; ingresos y egresos hospitalarios. La ocupación hospitalaria es un factor clave en cualquier institución médica, ya que ahí se canaliza la mayor parte de los recursos. El problema principal de control, se encuentra en el área de personal el cual generalmente se encuentra excedido en su nómina. En nuestra Institución (IMSS) el indicador es de 5.8 plazas por cada mil derechohabientes.

Prestaciones en Dinero.- En lo que se refiere a incapacidades por riesgo de trabajo se ha observado un incremento importante en los últimos años.

Prestaciones Sociales.- Aquí consideramos el número de plazas, el costo unitario por niño en guarderías, el costo unitario por asistentes a otros centros de prestaciones y el número de horas-clases impartidos.

Recursos Financieros.- Se utilizan en este renglón un gran número de indicadores: tasas de interés, cuotas obrero-patronales, inversiones en títulos, bonos, y costo por atención médica. Tiene como objetivo el que se utilicen los recursos materiales en forma óptima.

"Sistemas de Informática como apoyo del Control" por el ponente Ing. Alberto Damián Rivera Melo.

Es muy importante contar con elementos que nos permitan conocer, como estamos realizando nuestras operaciones para llegar a las metas. Se requiere contar con múltiples elementos: de captura, de validación y de gente bien preparada y concientizada.

Para diseñar cualquier sistema se debe conocer que se está haciendo en el área operativa y para ello es necesario utilizar una computadora, áreas de almacenamiento de datos y el elemento capacitado para el manejo de estos equipos; esto nos permite obtener un análisis diario de la información para la toma de decisiones eficientes.

Costos.- Se toma en cuenta los costos directos y los indirectos, y mediante la conjugación de los mismos, se obtienen el costo unitario total.

#### Estadística

Es la parte de las matemáticas que apoyada en métodos científicos se encarga de captar, organizar, recopilar y analizar datos de una realidad. El principal objetivo es ofrecer una información confiable para toma de decisiones en las diferentes fases del proceso administrativo. Inicialmente se aplicaban exclusivamente a conceptos del estado, de donde deriva su nombre; actualmente no hay área del conocimiento humano en el que no se aplique.

Para su estudio se divide en:

- Estadística descriptiva.
- Estadística de probabilidad.
- Estadística inductiva.

La estadística descriptiva es la que se encarga de la observación, captura, organización, descripción y análisis de ciertos datos, sin llegar a obtener conclusiones.

La de probabilidad, es la que nos define la certeza con la que puede presentarse un cierto arreglo de datos.

La inductiva, cuando no es posible observar todos los datos, se selecciona una muestra y mediante el análisis y reglas matemáticas precisas se puede conocer el comportamiento probable del todo.

Dada la complejidad de los servicios médicos, solo con una estadística planeada y supervisada adecuadamente, se podrá tener un control satisfactorio.

La estadística de los servicios médicos, toma como fuente principal, la forma 4-30-13; esta información es procesada en unos formatos normalizados, denominados SIE (Sistema de Información Estadística), en el departamento de estadística, esta información es analizada y se concentra en formas auxiliares de donde se obtiene información nacional mensual. Esta información es utilizada no solamente para efectos de control, sino también de planeación y evaluación; por lo que cualquier desviación, en la información de esta forma (4-30-13) repercute en todos los niveles de la administración.

### Conceptos básicos

**Contabilidad:** Es una técnica que produce sistemática y estructuralmente información cuantitativa expresada en unidades monetarias de las transacciones que realiza una entidad y de ciertos eventos económicos que la afectan con el propósito de facilitar a los interesados el tomar decisiones en relación con dicha entidad.

### Control

El medio por el cual se alcanzan los objetivos planeados mediante la eficiente utilización de los recursos tales como: Humanos, materiales y financieros.

Los aspectos que abarca el mencionar "La Contabilidad como elemento de control" se refleja a grandes rasgos en tres aspectos:

1. Regulación y vigilancia de la posición financiera.
2. Diseño de sistema de información.
3. Sistemas de Control Interno.

Los presupuestos no son simples predicciones sino programas formales de actividad de la empresa, ya que la preparación de los mismos se apoya en el análisis cuidadoso de la experiencia pasada y de las condiciones futuras en las que se van a desempeñar las operaciones de la entidad.

Los presupuestos asignan responsabilidades definidas y sirven para medir la eficiencia en el desempeño de las operaciones. Por consiguiente, detectan los casos de ineficiencia que deben ser atendidos preferentemente por la administración, tales como: desperdicios de materias primas, tiempos ociosos, etc.

#### CONTROL INTERNO

El constante reconocimiento de la expansión e importancia que tiene el control interno puede ser atribuido a los siguientes factores:

El alcance y la magnitud de las empresas ha llegado a un punto donde su organización estructural se ha vuelto compleja y extensa. Para controlar eficazmente las operaciones, la administración necesita de la precisión de numerosos informes y análisis.

La responsabilidad de salvaguardar el activo de las empresas, prevenir y descubrir errores y fraudes, descansa principalmente en la administración. El mantener un sistema adecuado de control interno es indispensable para descargar apropiadamente esa responsabilidad.

La protección que proporciona un sistema de control interno que funciona adecuadamente, en contra de las debilidades humanas, es de sin igual importancia.

¿Cuáles pueden decirse que son las características de un sistema de control interno satisfactorio?

Podrían señalarse:

Un plan de organización que proporcione una separación apropiada de las responsabilidades funcionales.

Las prácticas correctas que deben seguir, en la ejecución de sus obligaciones y funciones, cada uno de los departamentos de organización, y

Un determinado grado de competencia del personal en relación con sus responsabilidades.

Estos elementos, cada uno por si mismo, son tan indispensables para el control interno, que una seria deficiencia en cualesquiera de ellos normalmente impide el éxito en el funcionamiento del sistema.

#### El plan de organización

La magnitud y el alcance de la empresa de nuestra época es tal, que en la mayoría de los casos, los funcionarios ejecutivos no pueden ejercer la supervisión personal sobre el modo de conducir las operaciones. Bajo estas circunstancias, es indispensable establecer una organización estructuralmente adecuada.

Deberá ser flexible en tal forma que la expansión, o el cambio de condiciones, no rompan o desorganicen el orden existente, y debe prestarse, por sí mismo, al establecimiento de claras líneas de autoridad y responsabilidad.

#### Las líneas de responsabilidad

Las responsabilidades y la delegación de autoridad deben quedar claramente definidas y hasta donde sea posible, dejarlas aclaradas, ya sea en un organigrama o en un nota escrita, accesible a todos los interesados.

Las responsabilidades conflictivas o dobles deben evitarse hasta donde sea posible; pero, cuando el trabajo de dos o más divisiones es complementario, como es frecuente, la responsabilidad para las varias fases debe dividirse apropiadamente.

#### Los procedimientos adicionales de control

Los procedimientos de muchas empresas han sido ampliados para incluir, donde sea conveniente y económicamente factible, controles de materiales y producción, sistemas adecuados de costos, controles presupuestales, provisión para informes y resúmenes periódicos y en el caso de grandes empresas, el uso de personal para auditoría interna. Las instrucciones que establecen todos los procedimientos, deben ser incluidas en un manual. Las instrucciones para que sean empleadas ventajosamente deben ser claras y comple-

tas, y lo suficientemente concisas para evita, en la medida práctica, que sean voluminosas y difíciles de manejar. Las instrucciones verbales deben evitarse hasta donde sea posible; por lo general, son mal entendidas y ocasionan frecuentemente resentimientos entre los supervisores y el personal.

#### La integración del sistema

La instalación del sistema, con todo lo adecuada que pueda parecer, no da ninguna garantía de que funcionará eficientemente por sí sola. La cooperación interdepartamental se basa en un grado considerable en las relaciones humanas. Es por lo anterior que la administración debe siempre estar pendiente del funcionamiento de la organización y descubrir cualquier problema motivado por los conflictos entre los departamentos, por ejemplo, los que puedan resultar de la variedad de interpretaciones de autoridad o la renuencia a ceder autoridad por motivos de orgullo personal.

Es imposible proyectar un sistema de control interno que proporcione todas las salvaguardas y llene las necesidades de cada empresa sin considerar el tamaño y el tipo. Cada compañía tiene sus problemas peculiares y las medidas adecuadas en un caso no lo son en otro. Así mismo, los controles, deben ser considerados según su utilidad económica. En casos donde el costo de protección sobrepase las posibles pérdidas, o donde ciertos controles pudieran retardar las operaciones al grado tal de perjudicar adversamente la producción, la administración puede decidir que tales controles no son factibles.

Un sistema de control interno debe estar siempre bajo una constante vigilancia para determinar: (1) que las políticas dictadas es tán siendo correctamente interpretadas y ejecutadas; (2) que los cambios registrados en las condiciones de operación no han hecho que los procedimientos sean engorrosos, obsoletos o inadecuados; y (3) que cuando el sistema se desarticule se tomen de inmediato medidas correctivas. Cualquier sistema, sin importar su solidez fundamental, rápidamente se deteriorará si no es revisado periódicamente.

#### CONTROL INTERNO (Síntesis)

Objetivos.- Protección de los Activos  
Información Financiera correcta y apropiada  
Promover la eficiencia de la operación  
Adhesión a las políticas prescritas por la Dirección

Elementos.- Organización con Líneas de autoridad y responsabilidad con una separación apropiada de funciones.

Adecuada estructura contable (Manuales de Procedimientos, Instructivos y Flujo de Operación).

Grado de competencia y responsabilidad del personal.

Para concluir, es necesario mencionar una de las Ramas que combinada con la contabilidad y la herramienta antes comentada que es el Control Interno da como origen la Auditoría Operacional; que se le puede definir como: "la revisión de ciertos aspectos administrativos de una entidad con el propósito de lograr incrementar su eficiencia y eficacia, a través de proponer recomendaciones que se consideran adecuadas. Esta revisión involucra el análisis, estudio y síntesis de las actividades derivadas de la utilización de los recursos humanos, materiales y financieros aplicados a una área o áreas específicas de la entidad.

#### AUDITORIA OPERACIONAL

¿Qué se busca?

Localizar posibles:

Fallas en la organización, políticas inadecuadas, falta de planeación, mal empleo del equipo inadecuado, fallas de entrenamiento, fallas de desarrollo en el personal, canales de información inadecuados, informes poco confiables y desbalance en la estructura financiera.

¿Para qué se busca?

Para corrección de las condiciones que contribuyen a una pobre o mala administración para optimizar la operación integral de la Empresa.

¿Cuándo?

Permanentemente para detectar.

Deficiencias e irregularidades en los siguientes, aparición de nuevas técnicas, invención de nuevos equipos, presencia de oportunidades, localizar cuellos de botella, vigilar puntos de posible riesgo, eliminar desperdicios o pérdidas,



evaluar efectividad de los controles, asegurar que se cumplan las políticas, asegurar que se cumplen los procedimientos y confirmar que los métodos de operación son satisfactorios.

Debe incluir

- Examen del control en su forma más amplia.
- Examen de la Administración Financiera.
- Determinar si la información es adecuada.

Técnicas aplicables

- Diagramas de Flujo de Operaciones.
- Análisis de los Estados Financieros.
- Cuestionarios Administrativos y/o de Control Operacional.

Evaluación de la "Eficiencia" y "Efectividad" de las Operaciones.

- |    |  |  |
|----|--|--|
| 1. | ¿Qué se ha hecho?                            | Conocimiento de los resultados obtenidos.                      |
| 2. | ¿Cómo fue hecho?                             | Evaluación cuantitativa.                                       |
| 3. | ¿Se debe continuar haciendo?                 | Determinación de la relación costo-utilidad.                   |
| 4. | En caso afirmativo<br>¿Se puede hacer mejor? | Sugerencias para mejores enfoques.                             |
| 5. | ¿Qué otra cosa se debe?                      | Planes, políticas, metas.                                      |
| 6. | ¿Cuándo se debe hacer?                       | Determinación de prioridades y programación de fechas.         |
| 7. | ¿Quién debe hacerlo?                         | Organización, delegación de autoridad, relaciones funcionales. |
| 8. | ¿Cómo se debe hacer?                         | Sistemas, procedimientos, instructivos de operación, etc.      |

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL LUNES 23 DE MARZO DE 1981.

Se inicia por definir qué es un Sistema de Atención Médica.- Es el conjunto de elementos técnicos, económicos, materiales y políticas interrelacionados para preservar la salud.

Todo sistema es diacrónico y sincrónico.

En primer lugar se refiere a la evolución de la evaluación de la atención médica hasta los años 70. Enfocado principalmente sobre lo que es eficiencia y eficacia en la eficiencia siempre va implícita la calidad y la eficacia puede lograrse sin eficiencia.

En segundo lugar se trata de la evaluación, hasta el momento no se ha hecho nada al respecto.

Lee y Jhones en 1933 definió la atención médica de acorde con su tiempo en un uso racional de la ciencia con énfasis en prevención, colaboración entre legos y profesionales para considerar al individuo íntegramente, acercar la relación médico-paciente para basar las necesidades sociales de la población de la que se sirve.

Hay niveles de evaluación y para ser estos niveles hay que contar con el estudio contextual y ver la estructura de cada una de las unidades para poderla evaluar.

Toda evaluación tiene que centrarse en mediano y largo plazo y esta debe ser integral.

Conceptos Generales para llevar a cabo la medición.

Estandar.- Es una unidad de medición. Entre más homogéneo es el grupo más especificaciones del estándar.

Si el 80% no se logra en la evaluación de los estándares es porque es deficiente.

Evaluación es igual a proceso sistemático que ve con qué fines se logró la atención médica, hay que seleccionar los atributos significativos y trascendentes.

Selección de atributos  
Clasificar los objetivos  
Planificarlos  
Identificarlos

Para evaluar el resultado se tiene que conocer el proceso y para esto hay que ver la planificación y previamente conocer el contexto.

C	C	P	P
CONTEXTO	CONTENIDO	PROCESO	PRODUCTO

El resultado es medido en dos parámetros.

El estado de salud de la población  
El estado de satisfacción de la población

El estado de salud se mide sabiendo cuáles son los factores que aquejan a la población y qué programas prioritarios son de mayor predominio.

El Estado de satisfacción se mide por cortes transversales: ya sea por grados, encuestas o por un diseño.

Otra forma de evaluación es con Out-Put que es resultado inmediato y Out-Come que es resultado a mediano plazo.

El beneficio es la repercusión en la sociedad.

Todo esto es en relación a valores.

El Dr. Bronx dice que "un resultado positivo puede ser a la postre negativo.

RELATO DE LAS ACTIVIDADES DEL MARTES 24 DE MARZO DE 1981.

El Dr. Manuel Barquín, trató el tema de "Integración de las Actividades Médicas al Sistema de Salud".

Se definió como Sistema el cómputo ordenado de procedimientos relacionados entre sí, que contribuyen a realizar una función o fin.

Sobre Sistema de Atención Médica, se definió como el conjunto de elementos técnicos, económicos, materiales y políticos interrelacionados para preservar, conservar, paliar la salud.

Presenta un modelo de Sistemas de Atención Médica:

1. Objetivo
2. Objetivo General
3. Componentes
4. Proceso
5. Insumo
6. Mecanismo
7. Entorno

1. Objetivo.- Es el de conservar la salud, pero el sistema no garantiza conservar totalmente la salud.
2. Objetivo General.- Mejorar el nivel de Salud. Ejemplo vacuna (que produce inmunidad, apendicectomía prótesis). Los individuos del nivel de salud son la mortalidad y morbilidad. Ejemplo: en una población que no existe tos ferina tiene mejor nivel de salud, que en el que aparecen dos casos.
3. Componentes.- Son las unidades operativas como IMSS, ISSSTE, SSA.
4. Proceso.- Existen tres elementos que son organización, dirección y control. Refiriendo que el proceso se define como la forma que un insumo se transforma. Poniendo como ejemplo: Educación, Enseñanza-Aprendizaje: en el cual a través del aprendizaje da como resultado un cambio de conducta.

Diagnóstico Interno.- elevan el nivel de salud mediante la aplicación de medidas específicas ante un diagnóstico previamente establecido (vacunación a la población sana).

Proceso de Investigación.- clínico o bio-médico.

5. Insumo.- Son los recursos humanos y materiales que participan activamente en el proceso diagnóstico-Tratamiento y reflejan los recursos financieros con que cuenta un sistema.
6. Mecanismo Regulador de Sistema de Atención Médica: va de acuerdo con un sistema de Administración con conceptos conceptuales que operan en dos sentidos. Así tenemos que los diagramas se refieren básicamente a estructuras estáticas.

Existen sistemas de regulaciones y Sistemas Autoritario o Anárquico.

Se tiene que tomar en cuenta los corrientes de arriba hacia abajo y viceversa o sea corrientes verticales.

Otra corriente es la horizontal o de Coordinación: es muy difícil de establecer requiere la aceptación de un sujeto que esté en un mismo nivel jerárquico.

7. Entorno.- Se entiende como el medio en general más la cobertura. Así tenemos que el IMSS y el ISSSTE tienen un interno bien definido ya que trabajan con una cobertura cerrada a diferencia de la SSA que trabaja con una población abierta en cuyo caso tiene un interno mal definido.

Se habló sobre las diferencias conceptuales que existen entre un sistema de salud y un sistema de atención médica.

Sistema de Salud.- Son las acciones encaminadas a mejorar los niveles de bienestar de una colectividad.

Sistema de Atención Médica.- Serie de actividades encaminadas a mejorar el nivel de salud individual.

En el campo de la salud se manejan tres sectores que son:

1. Salud Pública
2. Atención Médica
3. Servicio Social

Junta de Gobierno.- Está formada por el Director Médico, el cuerpo de Gobierno más las personas que el Director desea incluir, de acuerdo con el problema que se presenta en ese momento.

Las funciones del cuerpo de Gobierno son:

1. Informativo
2. Debe servir para soluciones problemas
3. Mecanismo de control y no de evaluación
4. No deben reunirse todos los días
5. Debe ser presidido por el Director Médico, y él puede delegar al Subdirector y es el responsable de las decisiones que se adopten.
6. Deben ser rotatorias, democráticas y periódicos.

Al reunir al Cuerpo de Gobierno debe hacerse una agenda con los problemas y las posibles soluciones.

El Dr. Armando Cordera dió el tema "El Costo de los servicios de Atención Médica".

Años atrás los administradores de la Atención Médica querían disminuir los costos de Atención Médica, actualmente desean que no aumenten pues ninguna sociedad puede financiar una mayor proporción de su ingreso en Atención Médica pero a pesar que ha aumentado los costos no ha mejorado la Atención Médica.

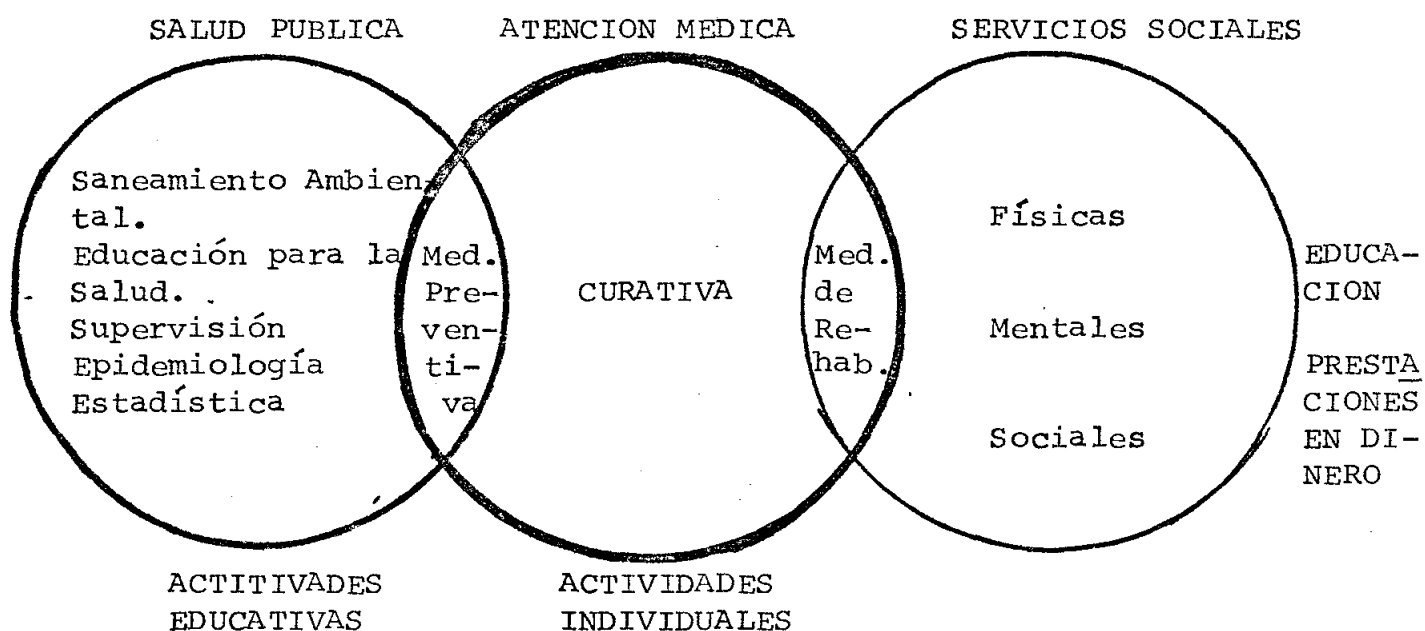
En Estados Unidos (New York Hospital) las Compañías de Seguros pagan por los ptes., hospitalizado no los ambulatorios, la diferencia de costo es de 900 a 295 dólares, por lo que los pacientes exigen ser hospitalizados, sin embargo, existe en ese país un 25% de camas desocupadas.

Maxwell en su estudio "Atención de Salud, el dilema creciente " dice: La distribución de los gastos en Atención Médica en los países desarrollados es la siguiente:

Hospital	40.0 %
Médicos	19.5 %
Atención Domiciliaria	8.0 %
Salud Pública	
Investigación	8.0 %
	8.0 %
Atención Dental	6.0 %
Varios	6.0 %
Administración	4.5 %

Estos tres sectores se encuentran interrelacionados entre sí: el primero con el segundo a través de la Medicina Preventiva y el segundo con el tercero a través de la Medicina de Rehabilitación.

ESQUEMA SECTORES DE SALUD



Cada país combinan este esquema en diferentes formas o los combinan o los disgregan. Panamá y Costa Rica unen las tres actividades.

En Estados Unidos usa: Salud Pública - Medicina Preventiva  
Social Security - Medicina Privada

México tiene combinación de estos tres sistemas.

El Dr. Enrique Parra, trato el Tema de "Funciones del cuerpo de Gobierno de Unidades Médicas"

Qué es el campo de Gobierno?: son personas o consejeros que colaboran con el jefe a nivel de Staff y son nombrados por el Director Médico.

Robert Grosse (Universidad de Michigan) dice que las decisiones acerca de la distribución de recursos políticos y el análisis y las mismas son muy útiles, esto incluye el proceso intelectual a) formulación de problemas; b) enumeración de objetivos; c) el diseño de alternativas; d) la composición del concepto de costo porque los costos del programa se tienen que medir por lo que no se logra realizar, comparando los beneficios con otro programa que sí alcanzó sus objetivos.

Si no hubiera análisis y evaluación, todas las decisiones sobre distribución de recursos serán aplicadas a insumos: hospitales con más equipos sofisticados, más personal, más adiestramiento, más medicina, etc. En el mejor de los casos se provee el acceso a estos recursos: los hospitales se convierten en el punto de atención se eliminan barreras para utilizar lo que se tiene, más intervenciones quirúrgicas, más uso de equipo complicado para hacer diagnósticos, etc., que llevan a pensar a la población que con la técnica todo se puede diagnosticar y curar.

El papel hegemónico del hospital parece tener raíces históricas, tecnológicas y financieras de la práctica médica. Hasta principios de siglo la medicina se practicaba en la casa del paciente y en el consultorio médico, pero entonces se comenzaban a efectuar mínimos exámenes de laboratorio que requerían muchos equipos costosos. Al ser descubiertos los Rayos X; se tenían que colocar en lugar o acceso, se empujó la cirugía con anestesia y aceptación todo esto fue fortaleciendo a los hospitales y que ahí se daba buena atención médica, se invitó a los hospitales de Estados Unidos, la tecnología y especialización; así el Centro de la Atención de Salud fue el Hospital.

Cuando se usa el máximo de capacidad del personal paramédico el costo baja, Suecia y Alemania Federal tienen el costo de 1.5 y 1.8 de personal por cama Estados Unidos utiliza menos al personal su costo de 2.6 por cama. En México es variable.

En América Latina el problema que presenta es la pobre administración. Estudio de la O.P.S. en 1925 dice:

1. Hay falta de estadística confiable.
2. Falta de recursos, sí, pues sobre todo desperdicio de los existentes.



3. Falta de acceso a los servicios que en esta forma son subutilizados.
4. Utilización de tecnología sofisticada innecesaria.
5. Duplicación innecesaria de servicios donde la mediana moderna es aceptado. No hay disponibilidad de áreas.
6. Toma de decisiones por institución o por crisis.
7. Programas de atención médica sin relación con la problemática nacional de cada país.

El problema de la administración es importante pues los hospitales que no requieren de administradores profesionales pero su dirección son de poco común y su costo es muy alto. La calidad técnica de los servicios selectos de un país no tienen grandes variantes cuando se compara con otros, no importa su grado de desarrollo, lo que es diferente es su costo, pues los países pobres pagan más por la técnica y sobre eso, el acceso a los servicios está limitado a un bajo porcentaje de la población.

Los problemas que aumentan el costo son:

1. Mayor longevidad, cuya consecuencia es un número elevado de pacientes crónicos.
2. Cambios de postura en la vida social, pues en las grandes ciudades un alto porcentaje vive solo.
3. La mujer trabaja, cada vez más, fuera de su casa por lo que no puede cuidar a sus hijos.
4. Pobre desarrollo de la vivienda con condiciones antihigiénicas.

que obligan a sacar al paciente de ahí al hospital.

5. Incremento de las familias nucleares que hacen difícil el cuidado domiciliario por lo que el núcleo de la familia que está enfermo tiene que ser llevado al hospital.
6. La falta de coordinación entre unidades de atención médica aún de la misma institución hace que se repitan exámenes de diagnóstico y aumenten estancias de pacientes en el hospital.
7. El desarrollo de la medicina preventiva en nuestros países requieren de más recursos.

La planeación de Sistema de Atención Médica es de gran importancia para obtener resultados positivos pues aún teniendo mucho dinero se pueden usar en forma improductiva.

A pesar de los recursos que utiliza Estados Unidos de América en Atención Médica y la gran tecnología que han desarrollado, el país ocupa según estadísticas recopiladas por Maxwell, el lugar número 19 en mortalidad prenatal, el onceavo en infantil y el décimo en maternidad y el número 17 en mortalidad de hombres entre 35 y 44 años y el 19 en mujeres de la misma.

El proceso inflacionario mundial que afecta los costos de atención médica en 1.5 a 2.5 veces más que el promedio de costos de otros bienes y servicios.



MODELO DE ATENCION MEDICA  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No. 21 DEL I.M.S.S.

ALUMNOS:

- PAULINO ALFONSO ALVAREZ N.
- AGUILER PERIA CRUZ
- HUMBERTO JAIME ALARID
- JAVIER VELASCO MORENO
- EDUARDO BERGIO MOISEN ESTEVEZ
- JUAN LORENZO ESPINO VILLALOBOS
- LUIS BARRERA ACEVEDO
- REGINALDO DOUGLAS BARRERA
- JORGE LOCELA VALERA
- JORGE GONZ GUEZMAN
- ROGELIO DARIO NOLI CASTILLO

MEXICO, D.F.  
FEB.-MARZO /1984

MODELOS DE ATENCION MEDICA  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA

FAMILIAR No. 21

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ALUMNOS:

- Paulino Alfonso Alvarez Navarro
- Aquiles Feria Cruz
- Humberto Jaime Alarid
- Javier Velasco Moreno
- Eduardo Sergio Moisen Estevez
- Juan Lorenzo Espino Villalobos
- Luis Barrera Acevedo
- Reginaldo Douglas Barrera
- Jorge Locela Valera
- Jorge Gómez Guzmán
- Rogelio Darío Noli Castillo

México, D.F. Febrero-Marzo, 1981.

# I N D I C E

	Página #
1.- INTRODUCCION	4
2.- ANALISIS SITUACIONAL	5
2.1 Ubicación y zona de influencia (anexo No. 1)	5
2.2 Saneamiento	5
2.3 Características demográficas	5
2.3.1 Generales	5
2.3.2 Distribución de población adscrita por grupos etários y sexo (anexo No. 2)	7
2.3.3 Pirámide de población (anexo No. 3)	7
2.4 Características de la vivienda	7
2.4.1 Según tenencia	7
2.4.2 Tipo	7
2.4.3 Materiales predominantes	7
2.4.4 Piso	7
2.4.5 Ventilación e iluminación	7
2.4.6 Número de habitaciones	7
2.4.7 Disposición de excretas	7
2.4.8 Servicios intradomiciliarios	7
2.5 Alimentación	7
2.5.1 Diariamente	7
2.5.2 Hebdomadariamente	8
2.6 Nivel de escolaridad de la población adscrita	8
2.7 Vías de comunicación	8
2.8 Instituciones de salud en el área de influencia	8
2.9 Morbilidad	13
2.9.1 General	13
2.9.2 De vías aéreas superiores	13
2.9.2.1 Por grupos de edad	13
2.9.2.2. Según diagnóstico (anexo No. 4)	13
2.9.3 Infecciones intestinales y parasitarias (anexo No.4)	13
2.10 Mortalidad de la zona de influencia	13
2.11 Cobertura de inmunizaciones	14

2.12	Cobertura de Planeación Familiar	14
2.13	Cinco primeras causas de consulta en 1980 (Anexo No. 4)	14
2.14	Acciones de planificación familiar voluntaria contra -- embarazos (anexo No. 5)	14
2.15	Demanda de atención médica en 1980 por niveles ----- (anexo No. 6)	14
2.16	Envíos a 1er, 2o.y 3er. nivel (anexo No. 6)	14
2.17	Análisis de recursos	14
2.17.1	Físicos (anexo No. 70)	14
2.17.2	Materiales (anexo No.17)	14
2.17.3	Humanos (anexo No. 81)	14
2.17.4	Estudio de recursos	14
3.	DIAGNOSTICO SITUACIONAL FINAL	15
3.1	SELECCION DE PROBLEMAS PRIORITARIOS	18
3.1.1	Enfermedades de vías aéreas superiores	18
3.1.2	Enfermedades infecciosas y parasitarias	18
3.1.3	Planificación Familiar	18
4.	MODELO CONCEPTUAL (anexo No. 9 )	19
5.	MODELO DE PREDECISION (anexo No. 10)	19
6.	MODELO OPERATIVO (anexo No. 11)	19

## 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 de ejemplos que contemplen --- MODELOS DE ATENCION lo más cercano a la realidad. A fin de adaptarse a las necesidades de cada entidad, que llevarán a un mejor nivel de salud a la población, con optimización del personal y de los recursos para alcanzar las metas y objetivos señalados.

Por estas consideraciones anteriores, el presente Grupo de Trabajo, desarrolló un MODELO DE ATENCION MEDICA para la Unidad de Medicina Familiar - No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se utilizó un Modelo a través del cual se contemplaron los campos de entrada, proceso y salida del entorno y contorno. En las entradas, se desarrolló el capítulo de Acopio de Datos a través de la información de las condiciones poblacionales que determinen las necesidades sociales; por otro lado, la información que obtienen de los registros y controles de la propia Unidad Médica que refleja la demanda de la población.

Paso seguido, toda esta información se conduce al campo del proceso, en cuyo análisis nacen los problemas propios de la atención médica; éstos se priorizan, obteniéndose los tres más importantes, con su apoyo referencial, de toda la información recopilada; trabajándose solamente en el primero, el cual se desplaza en un Modelo Conceptual para determinar la factibilidad de las alternativas de solución. Ya generalizada se aplica el Modelo de Predecisión para su presentación panorámica y finalmente el Modelo Operativo para su ejecución.

Para finalizar con el Modelo de Atención Médica propuesto, se desarrolla el área de salud en sus diferentes elementos, hasta donde el presente ejercicio lo permita.

A continuación y en forma resumida, se presenta la información general de la población, para generar las necesidades sociales en factor de -- salud:

## 2. ANALISIS SITUACIONAL

### 2.1 Ubicación y zona de influencia.

La Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS, fue fundada el 16 de octubre de 1978 y se encuentra ubicada en la Delegación Venustiano - Carranza, con una superficie construida de 9,014 metros cuadrados.

La zona de influencia abarca colonias de tres Delegaciones Políticas: Venustiano Carranza, Ixtacalco y Cuauhtémoc; siendo sus límites las siguientes avenidas, San Antonio Abad, Fray Servando Teresa de Mier, Río Churubusco y Viaducto Miguel Alemán. (Anexo No. 1)

### 2.2 Saneamiento.

El 96.1% de la población dispone de agua potable y proveniente de -- tres sistemas: sistema del Peñón, sistema de Chiconautla y sistemas de pozos artesianos.

Dispone de drenaje el 82% de la población cuyo alcantarillado drena en el Gran Canal de Desagüe.

El 96.1 de la población dispone de energía eléctrica.

La disposición de desechos se realiza por medio de rutas de recolección cuyo destino final, es el tiradero de basura de Santa Cruz Meyehualco; siendo en las zonas más alejadas deficientes los depósitos de basura.

Las aguas negras son tratadas en plantas potabilizadoras ubicadas en la Ciudad Deportiva de la Magdalena Mixhuca y en San Juan de Aragón.

### 2.3 Características demográficas:

#### 2.3.1 Generales.

La población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 al 31 de diciembre de 1980 es de 178,661 derechohabientes y a médico familiar es de 142,571 de los cuales 50,454 son Asegurados, 32,880 beneficiarios adultos y 59,237 menores, cuya distribución por grupos etáricos se ilustra en la pirámide de población (anexo No. 2).

Correspondiendo al 42% a la Delegación Venustiano Carranza el 52% a la Delegación Ixtacalco y el 5% a la Delegación Cuauhtémoc.



La densidad de población corresponde a 23,029 habitantes por Km<sup>2</sup>.

La tasa de Natalidad hasta 1977 fue de 1.29 por 100 habitantes en la Delegación Venustiano Carranza, de 2.7 por 100 habitantes en la Delegación Ixtacalco y de 1.8% habitantes en la Delegación Cuauhtémoc.

El 38.9% de la población es económicamente activa, dedicándose a las siguientes actividades:

Empleados particulares y federales	58%
Comercio	18%
Industria	15%
Profesionistas	2%
Otros servicios	7%

El número promedio de individuos por familia es de 3.5 integrantes.

2.3.2 Distribución por grupos etáneos y sexo (anexo No. 2)

2.3.3 Pirámide de población. (anexo No. 3)

## 2.4 Características de la vivienda:

### 2.4.1 Según tenencia:

59,3% en propiedad

29.3% en alquiler

11.3% en otros

### 2.4.2 Tipo:

Casa 66%

Departamento 18.6%

Vecindad 15.06%

### 2.4.3 Materiales predominantes:

Ladrillo 99.3%

Madera 0.7%

### 2.4.4 Piso:

Cemento 92.3%

Tierra 8.0%

Otros 0.7%

### 2.4.5 Ventilación e iluminación:

Buena 46.6%

Regular 36.6%

Mala 16.6%

### 2.4.6 Número de habitaciones:

Con una habitación 16%

Con dos habitaciones 30%

Con tres o más 54%

### 2.4.7 Disposición de Excretas:

Baño Individual 68.6%

Baño Colectivo 31.3%

### 2.4.8 Servicios intradomiciliarios

Drenaje 78%

Luz 96.1%

Agua 96.4%

## 2.5 Alimentación

### 2.5.1 Diariamente:

56%	leche
38%	carne
76%	huevos
38%	verduras
57%	frutas

2.5.2 Hebdomadariamente:

Leche	4%
Carne	7%
Huevos	8%
Verduras	14%
Frutas	32%

2.6 Nivel de escolaridad de la población adscrita:

Hay 23 escuelas primarias, 4 escuelas secundarias, una escuela vocacional, 8 jardines de niños y 2 guarderías.

El promedio de escolaridad en la población es de 6º año de primaria.

2.7 Vías de comunicación:

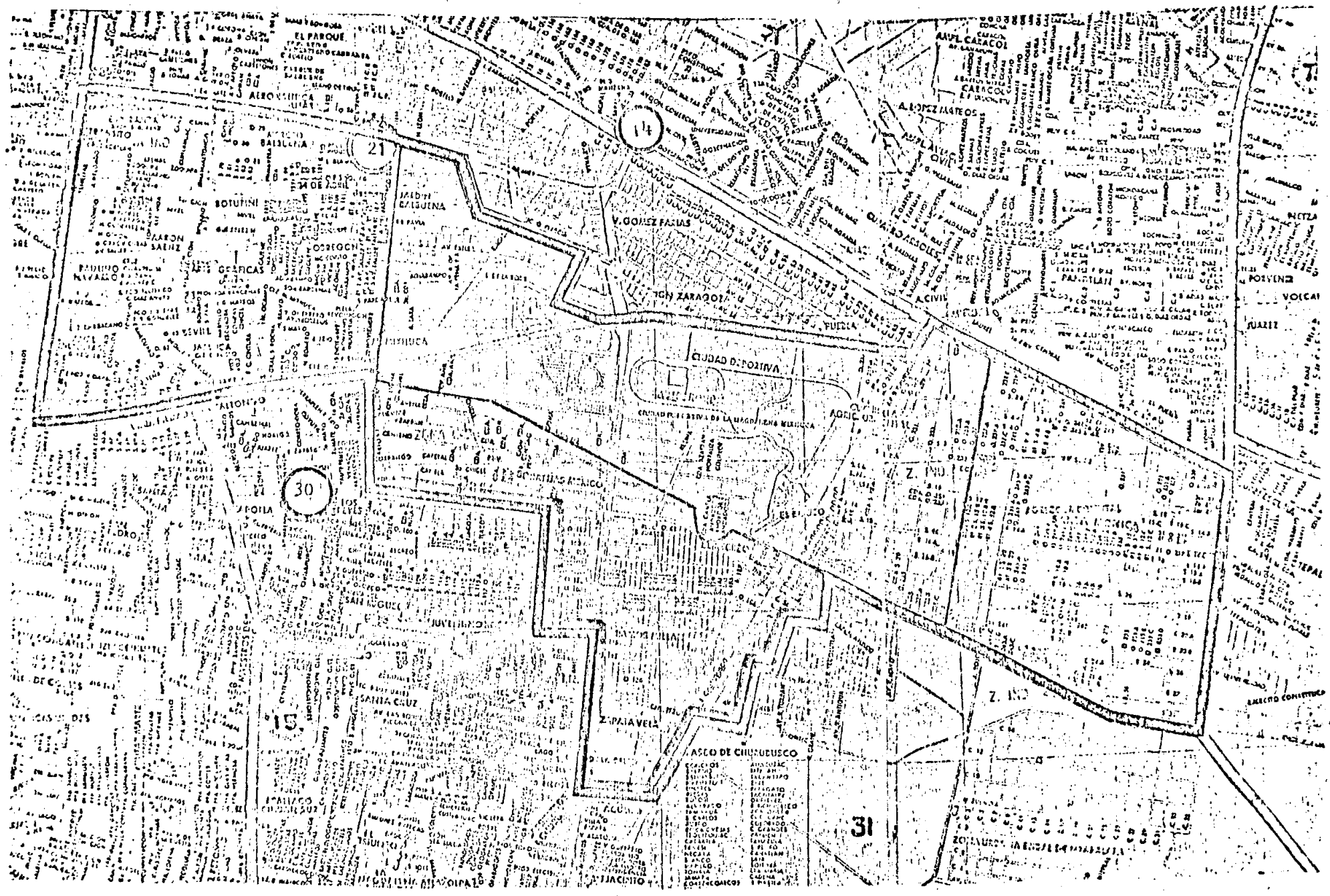
Tiene cinco ejes viales, tres de los cuales la cruzan de oriente a poniente y dos de norte a sur. Tres avenidas principales y un viaducto. Se puede llegar por cuatro líneas de camiones, una de trolebuses y -- dos líneas del Metro. Se concluye que la comunicación es fácil y expedita.

2.8 Instituciones en el área de influencia.

El IMSS proporciona el 35.7% de los servicios de atención médica, el ISSSTE por medio de las Clínicas Balbuena, Moctezuma y Netzahualcóyotl, proporciona el 10.9%.

El 4.6% es manejado a través de la SSA con 3 Centros de Salud, 9 Centros Comunitarios, 20 Consultorios Comunitarios y un Centro de Especialidades de Ortopedia.

Por parte de la SEP existe un Centro Escolar. Por el DIF un Centro de Desarrollo. Hay un Hospital de Urgencias y Planificación Familiar del DDF. Hay 7 sanatorios privados.



POBLACION ADSCRITA A LA U.M.F. No. 21

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL ♀ ♂	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
0 - 4	8,154	5.94	9,386	6.84	17,540	12.78
5 - 9	10,075	7.34	9,629	7.02	19,704	14.36
10 - 14	7,728	5.63	7,656	5.58	15,384	11.21
15 - 19	4,201	3.06	4,703	3.43	8,904	6.49
20 - 24	5,854	4.26	6,913	5.04	12,767	9.30
25 - 29	7,053	5.14	7,546	5.50	14,599	10.64
30 - 34	5,708	4.16	5,814	4.24	11,522	8.40
35 - 39	3,900	2.84	3,923	2.86	7,823	5.70
40 - 44	2,949	2.15	3,249	2.37	6,198	4.52
45 - 49	2,339	1.70	2,726	1.99	5,065	3.59
50 - 54	2,106	1.54	2,788	2.03	4,894	3.57
55 - 59	1,716	1.25	2,076	1.51	3,792	2.76
60 - 64	1,307	0.95	1,647	1.20	2,954	2.15
65 - 69	1,024	0.75	1,307	0.95	2,331	1.70
70 - 74	828	0.60	1,076	0.79	1,904	1.39
75 - 79	457	0.33	570	0.42	1,027	0.75
80 - 84	222	0.16	302	0.22	524	0.38
85 - MAS	130	0.09	153	0.12	283	0.21
TOTAL	65,751	47.89	71,469	52.11	137,220	100

DIRECTOR

JEFES DE DEPARTAMENTO CLINICO.

ADMINISTRADOR

MEDICINA FAMILIAR

DENTAL

PLANIF. FAMILIAR

URGENCIAS

ORIENTACION E INFORM.

LABORATORIO

ENFERMERIA

RADIOLOGIA

TRABAJO SOCIAL

DIETOLOGIA

CONTROL PREST.

RESIDENCIA MANTENIM.

AYUDANTE DIRECCION

MEDICINA PREVENTIVA

COORDINADORAS ASISTENTES CONSULT.

CENTRO DE INFORMACION

PERSONAL

TRANSPORTES

SUB-ALMACEN

VIGILANCIA

FARMACIA

KOMUNICACIONES ELECTRICAS

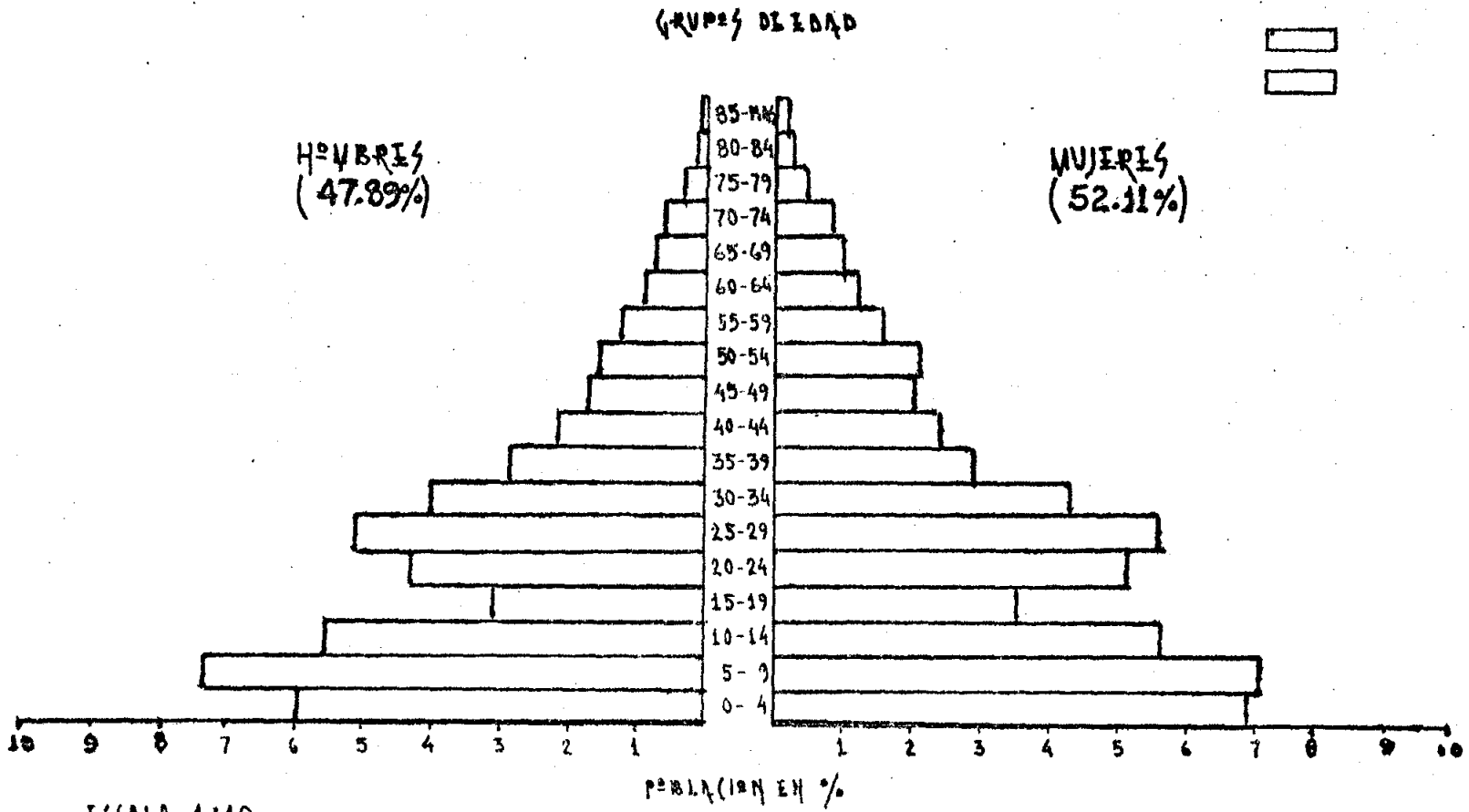
INTENDENCIA

ROPERIA

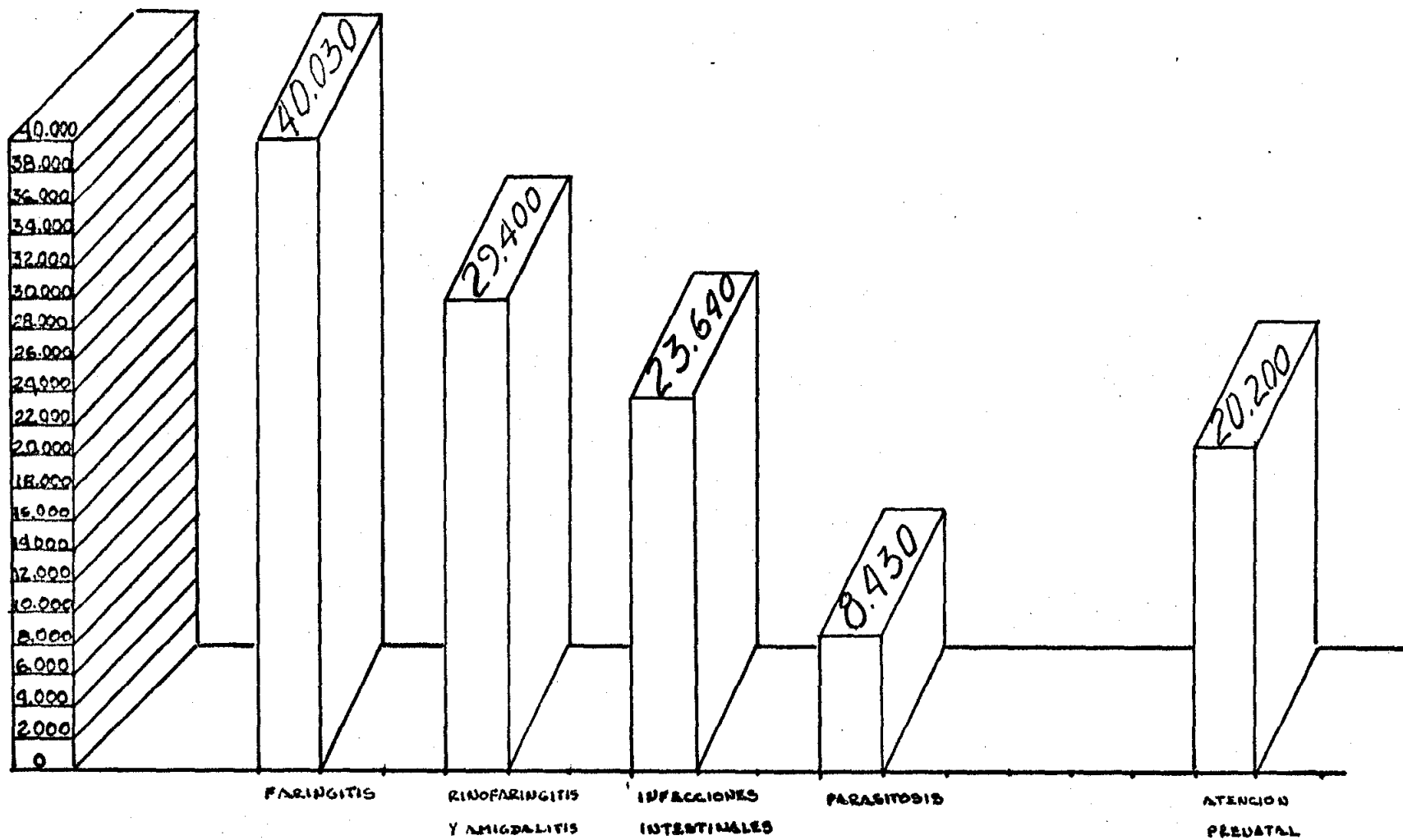
U. M. F. No 21  
ORGANIGRAMA  
1980

PIRAMIDE DE POBLACION  
 POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO  
 DEL CONSULTORIO N° —  
 DR. U.M.F. #21

DELEGACION V  
 U.M.F. N° 21  
 ZONA IZTACALCO  
 ENER° 1980



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21  
5 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN 1980





## 2.9 Morbilidad

### 2.9.1 General:

- Enfermedad diarreica
- faringitis aguda
- amigdalitis aguda
- enfermedades de tejidos dentales duros
- rinofaringitis aguda
- diabetes mellitus
- observaciones de atención prenatal
- parasitosis intestinal
- trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes.
- defectos de refracción

### 2.9.2 De vías aéreas superiores (anexo No. 4)

#### 2.9.2.1 por grupos de edad:

De uno a 4 años	28%
De 5 a 14 "	27%
De 15 a 44 "	37%
De 45 a 64 "	7%
De más de 65"	1%

#### 2.9.2.2 Según diagnóstico (anexo No. 4)

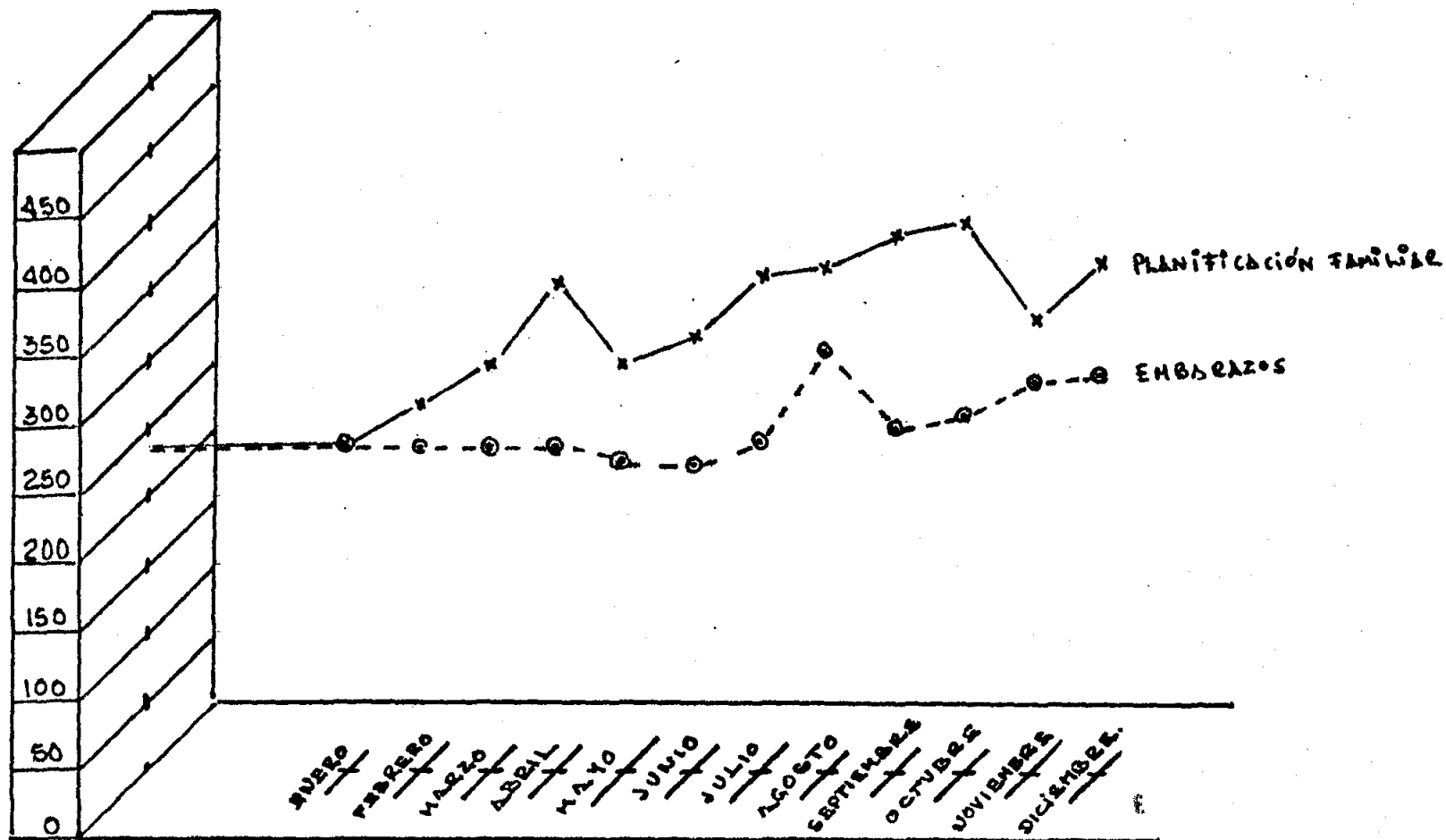
### 2.9.3 Infecciones intestinales y parasitarias (anexo No. 4)

## 2.10 Mortalidad de la zona de influencia

La tasa bruta de mortalidad a 1977 fue de 4 por 100 habitantes.

- enfermedades infecciosas y parasitarias 128 x 100,000 habitantes.
- enfermedades del aparato respiratorio 121 x 100,000 habitantes
- enfermedades del aparato circulatorio 108 x 100,000 habitantes
- muertes violentas 90.1 x 100,000 habitantes
- enfermedades del aparato digestivo 45.7 x 100,000 habitantes.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 21  
 ACCIONES DE PLANIFICACION FAMILIAR Y NÚMERO DE EMBARAZOS



### 2.11 Cobertura de inmunizaciones.

EDAD	BCG	SARAMPION	SABIN	D.P.T.
0 a 5/12	85%			
6 a 11/12	88%		71%	71%
1 año	83%	86%	76%	86%
2 años	91%	95%	83%	85%
3 años	79%	88%	86%	86%
4 años	60%	69%	63%	67%

### 2.12 Cobertura de Planificación Familiar

El 55% de los derechohabientes utilizan algún método anticonceptivo.

#### METODOS

Hormonales	45%
DIU	27%
Quirúrgicos	19%
Local	9%

2.13 Cinco primeras causas de consulta en 1980 (anexo No. 4)

2.14 Acciones de Planificación Familiar VS embarazos (anexo No. 5)

2.15 Demanda de atención médica en 1980 por niveles (anexo No. 6)

2.16 Envíos a segundo y tercer nivel (anexo No. 6)

2.17 Análisis de recursos

2.17.1 Físicos y

2.17.2 Materiales (anexo No. 7)

2.17.3 Humanos (anexo No. 8)

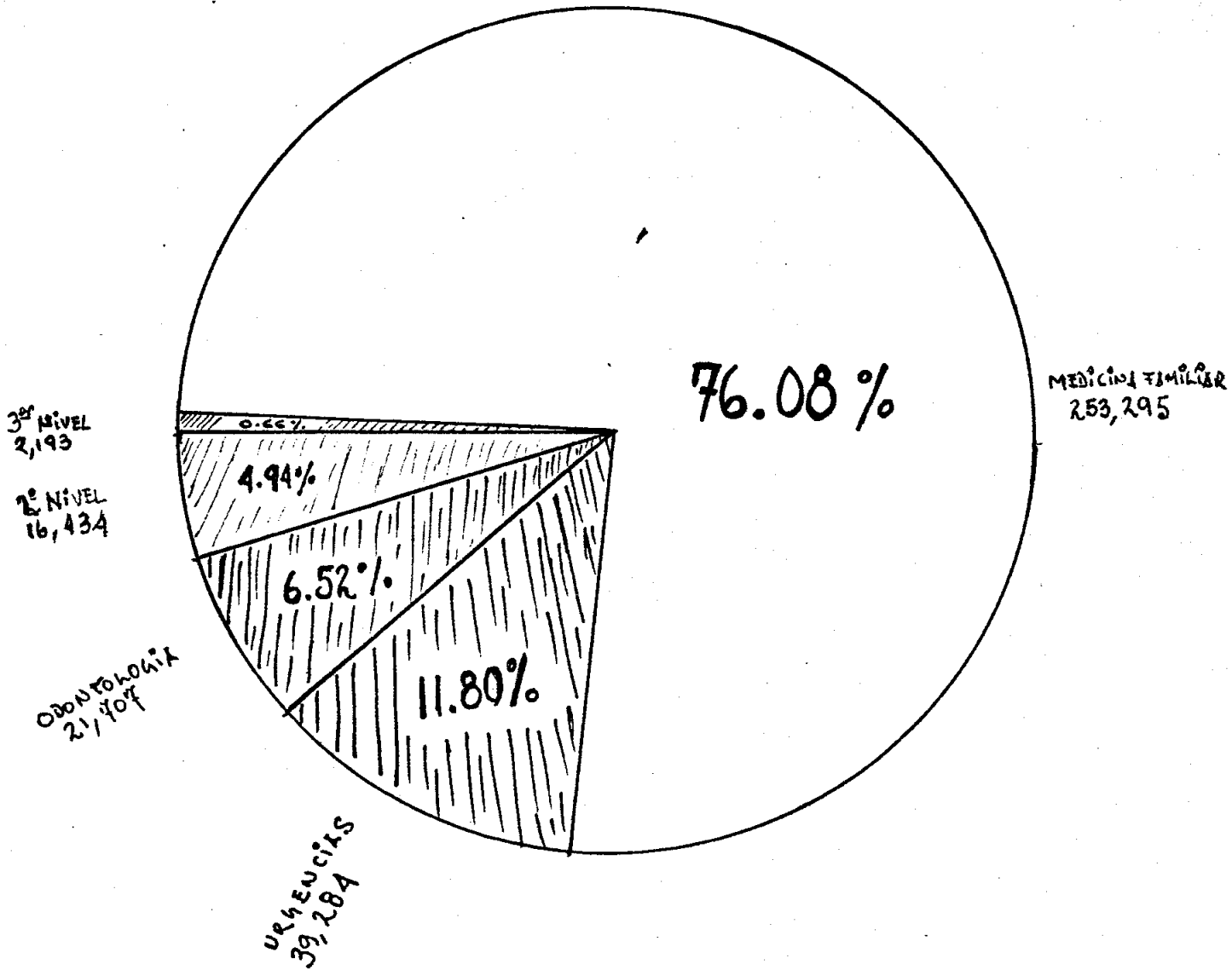
2.17.4 Estudios de recursos: (por encuesta)

2.17.4.1 Accesibilidad: El 85% de los encuestados manifestó que requiere menos de 30 minutos para su traslado a la Unidad.

2.17.4.2 Disponibilidad: El 82% acudió en forma espontánea sin cita. Sólo el 14% acudió con cita programada. El 100% recibió atención.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21  
CONSULTAS POR SERVICIOS EN 1980  
(NÚMEROS ABSOLUTOS Y RELATIVOS).

ANEXO #6



- 2.17.4.3 El 83% tuvo oportunidad de exponer su problema al médico familiar y el 81% consideró haber sido atendido adecuadamente.
- 2.17.4.4 Tiempo de espera: El 18% esperó menos de 29 minutos, el 45% de 30 a 59 minutos y el 37% esperó más de una hora.
- 2.17.4.5 Identificación y trato recibido: El 57% consideró que la atención médica era muy buena, el 20% que era buena, el 15% regular y en el 8% que -- era mala.
- 2.17.4.5 Trato recibido en otros servicios:  
En urgencias el 78% fue de bueno a muy bueno, en el 22% fue de regular a malo; en Odontología el 65% fue de bueno a muy bueno y en el 35% de malo a regular; en Archivo el 68% fue bueno, el 32% malo a regular.

### 3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

Una vez conjuntada toda esta información se inicia el análisis tratando de correlacionar el daño orgánico de la población con todos los factores condicionantes obteniendo las siguientes conclusiones:

Población total	510,460 habitantes
Población derechohabiente	178,661
Población a médico familiar	142,571
Diferencia	36,090
No asiste el 20.2%	

El 20% de población asegurada probablemente asiste a servicio privado o a otras instituciones.

El 35% del total de la población de influencia delimitada de la --- UMF 21 está cubierta por el IMSS

En tanto el 10.9% del total de la población por el ISSSTE y el 54.1% por la SSA, DDF y DIF.

Solo el 45.9% de toda la población es sujeta de aseguramiento.

Se tiene un promedio de 3.5 integrantes por familia

De la pirámide de población de derechohabientes se obtiene que el 52.11% son del sexo femenino, el 47.89% del masculino; la población infantil (menores de 15 años) es de 38.35%; la población adulta (de 16 a 65 años) es del 55.07%. la población anciana (de 65 años o más) es del 6.58%; la población en edad susceptible de prevención (de 0 a 4 años) - es del 12.78%; la población en edad fértil (de 15 a 40 años) es 22.6%; - el promedio de crecimiento poblacional adscrita a la Unidad es de 11.6% anual; la población asegurada es de 50,454 (28.24%) en relación a la población derechohabiente; la población asegurada en relación a la población total es del 9.8% y la población económicamente activa (de 20 a 65 años) es de 69,619 (38.9%).

**Morbilidad:**

- Faringitis aguda	41,648	(37%)
- Rinofaringitis	21,693	(21.4%)
- Infecciones intestinales	25,508	(23.6%)
- Amigdalitis aguda	5,479	( 9.5%)
- Parasitosis intestinal	8,634	( 8.5%)

En consecuencia por lo anotado anteriormente (faringitis, rinofaringitis y amigdalitis) las infecciones de vías aéreas superiores arroja un 66%; las infecciones del aparato digestivo (infecciones y parasitosis intestinales) dan un 33.15%.

**Mortalidad:** La tasa bruta es del 0.04 x 10,000 habitantes

- Infecciones parasitarias	128 x 100,000 habitantes
- Enfermedades del aparato respiratorio	121 x 100,000 habitantes
- Enfermedades del aparato circulatorio	108 x 100,000 habitantes
- Violencia	90.1 x 100,000 habitantes
- Enfermedades del aparato digestivo	45.7 x 100,000 habitantes

**Vivienda:**

Tenencia: el 59.3% es propia, el 29.3% renta y el 11.3% otras.

Tipo: el 66% es casa, el 18.6% departamento y el 15.04% vecindad.

Material: el 99.3% es de ladrillo y el 0.6% de madera.

Piso: el 99.3% es de cemento y el 0.7% de tierra.

Ventilación e iluminación: el 46.6% es buena, el 36.6% regular y el 16.6% mala.

Habitaciones: en el 16% consta de una habitación  
en el 30% es de dos habitaciones y  
en el 54% de 3 o más.

Excretas: en el 68.3% tienen baño individual y  
en el 31.3% es colectivo.

Alimentación: el 56% toma leche diariamente, el 38% come carne  
diariamente, el 76% come huevos diariamente, el-  
38% come verduras diariamente y el 57% come frutas  
diariamente.

Servicios intradomiciliarios: en el 78% tiene drenaje  
el 96.1% tiene luz y en  
el 96.4% tiene agua.

La comunicación en la zona es fácil y expedita.

Tipo de empleo: en el 58% son empleados, el 18% se dedica al co-  
mercio, el 15% a la industria, el 2% tiene pro-  
fesión y en el 7% otros.

La escolaridad tiene un máximo promedio con 6º año de primaria.

Natalidad: la tasa bruta es de 1.93 x 100 habitantes.

La densidad de población es de 23,029 habitantes por Km<sup>2</sup>.

Las enfermedades de vías aéreas superiores por grupos de edad  
es de:

de 1 a 4 años	28%
de 5 a 14 "	27%
de 15 a 44"	37%
de 45 a 64	7%
de más de 65	1%

Todavía esta información es susceptible de análisis y confronta-  
ción para detectar en forma precisa los problemas más relevantes resul-  
tantes de todo este proceso de DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

### 3.1 SELECCION DE PROBLEMAS PRIORITARIOS

En consecuencia por todo el análisis anterior obtuvimos tres problemas básicos y a continuación se plantean todos los aspectos que lo cimientan y que les dan peso, motivo por el cual se priorizan de esta manera resultando así las causas que lo originan.

#### 3.1.1. Enfermedades de las vías aéreas superiores 66%

- densidad de la población aumentada 23,029 habitantes por Km<sup>2</sup>
- población adulta derechohabiente 55% (de 16 a 65 años)
- número de asegurados (factor de incapacidad 45.9% (población total)
- población económicamente activa 38.9%
- empleados 58% con las siguientes características:
  - =convivencia con otros núcleos sociales
  - =desplazamiento en horas tempranas
  - =convivencia dentro de los medios masivos de transporte
  - =acceso a los múltiples medios de transporte
  - =contaminación ambiental secundaria a estos múltiples medios masivos de transporte.
  - =concentración en oficinas donde prestan sus servicios
- las enfermedades respiratorias representan el segundo lugar de causa de mortalidad con 121 x 100,000 habitantes.
- la edad más frecuente de infecciones respiratorias fue entre los 15 a 44 años con un 37%.

#### 3.1.2 Enfermedades infecciosas y parasitarias

- Las infecciones del aparato digestivo representan el 33.15% de las cinco principales causas de demanda de consulta.
- en la mortalidad general aparece como primera causa con una tasa de 128 x 100,000 habitantes.
- el 31.3% usa baño colectivo.

#### 3.1.3 Planificación Familiar

- la población femenina en edad fértil es del 22.6%
- el 53% de la población femenina en edad fértil es usuaria del programa de planificación familiar
- la población masculina de fecundidad potencial es del 55.7%



4. MODELO CONCEPTUAL (anexo No. 9)
5. MODELO DE PREDECISION (anexo No. 10)
6. MODELO OPERATIVO (anexo No. 11)

## ANALISIS DE RECURSOS FISICOS Y MATERIALES

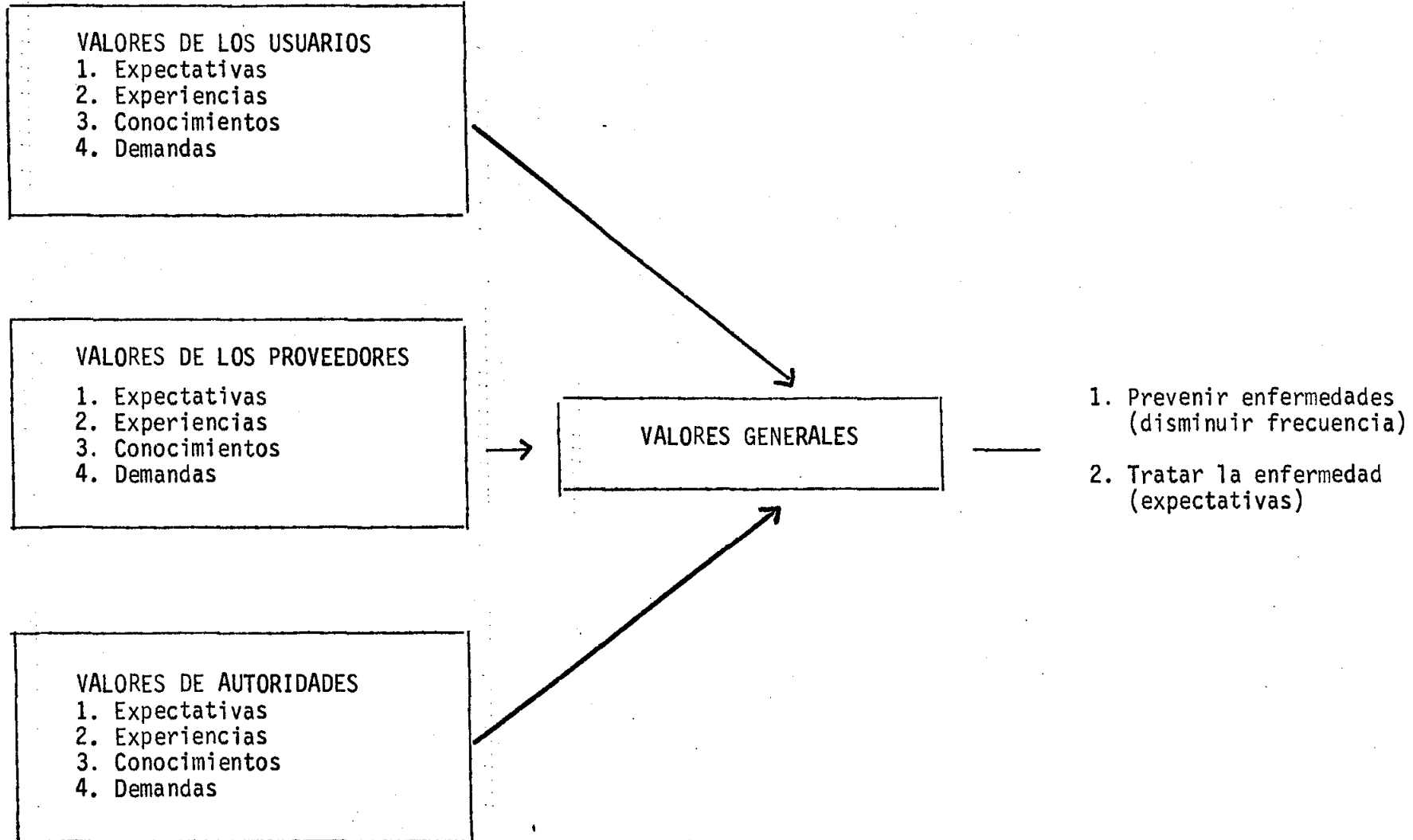
Area, Departamento o Servicio	R e c u r s o	Número
URGENCIAS	Camas adultos Camas menores Consultorios	004 006 004
CONSULTA EXTERNA	Consultorios de Medicina Familiar Consultorios de Odontología Consultorio de Medicina Preventiva Consultorio de Planificación Familiar Consultorio de Dietología	030 003 003 001 001
RAYOS X	Salas Aparatos fijos Aparatos dentales	002 002 001
LABORATORIO	Cubículos Peines	007 005
CEYE	Local	001
FARMACIA	Local	001
TRABAJO MEDICO SOCIAL	Local para entrevistas Oficina de Jefatura	002 001
ADMINISTRATIVO	Oficina para la Dirección Oficina para Administración	001 001
BIBLIOHEMEROTECA	Local	001
CONSERVACION	Local	001
ALMACEN	Local	001
CONTROL DE PRESTACIONES	Local	001
OTROS	Local Conmutador	001

## ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS

SERVICIO	PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO	NUMERO
DIRECCION	Director	001
CONSULTA EXTERNA	Asesor Auxiliar Jefe de Departamento Clínico Médico Familiar Enfermera Jefe de Piso Subjefe de Enfermeras Enfermeras Generales Auxiliares "B" de enfermería	002 006 071 002 001 008 026
TRABAJO SOCIAL	Técnico 11 Técnico 9 Trabajadoras Sociales Asistentes Sociales Asistentes de Consultorio	001 004 012 002 077
DENTAL	Cirujano dentista	006
PLANIFICACION FAMILIAR	Médico No Familiar Auxiliares "B" de Enfermería	002 001
MEDICINA PREVENTIVA	Médico No Familiar Enfermera Especialista Enfermeras Generales	001 002 002
DIETOLOGIA	Dietista	001
FARMACIA	Coordinador Oficial Auxiliar	001 001 005

MODELO CONCEPTUAL

Población adulta de derechohabientes 55%  
Frecuencia de infecciones de vías aéreas superiores  
de 15 a 44 años 37%



MODELO DE PREDECISION

ANEXO No. \_\_\_\_\_

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	PROBLEMA ESPECIAL	OBJETIVO ESPECIFICO
<p>1. Se espera 2.8 consultas por médico familiar por jornada para 1981 (40,356 casos)</p>	<p>Que la demanda de consulta por enfermedades de vías aéreas superiores sea satisfecha por el médico familiar a la población asistente en forma oportuna en el 100% de los casos.</p>	<p>Proveedor.- Satisfacer demanda de consulta esperada en forma oportuna.</p>	<p>Obj. Operativo.- Que otorgue 2.8 consulta por jornada diaria de padecimientos de vías aéreas superiores.</p>
<p>2. En base a esto debe iniciarse actividades de medicina preventiva por la elevada frecuencia del padecimiento</p>		<p>Usuario.- Que sea satisfecha oportunamente su demanda de consulta</p>	<p>Obj. Educativo.- Que el médico familiar sea capaz de diferenciar en el 80% de los casos consultados los padecimientos bacterianos y no bacterianos de vías aéreas superiores.</p>
			<p>Obj. Operativo.- Ser consultado por el médico familiar en el momento de solicitar atención médica por enfermedad de vías aéreas superiores.</p>
			<p>Obj. educativo.- Que el derechohabiente conozca el horario de consulta de su médico familiar y la forma de solicitar el servicio.</p>

MODELO DE PREDECISION

TIEMPO	RECURSOS	ACCIONES	EVALUACION
15 minutos	médico familiar, paciente, consultorio de medicina familiar, estuche de diagnóstico, estetoscopio y abatelenguas.	Anamnesis y exploración física	Análisis de 4.30.6 para ver productividad desarrollada en pacientes con infección de vías aéreas superiores
Una hora diaria por 2 semanas	infectólogo, internista o epidemiólogo. Aula, pizarra y expedientes clínicos.	Exposición del tema con pre-evaluación y post-evaluación. Discusión dirigida.	Cuestionario de opción múltiple. Por medio de un paciente.
15 minutos	-----	Solicitar la consulta	Existencia o no de quejas de pacientes con infección de vías aéreas superiores.
_____	Franelógrafo o letrero	Comunicación indirecta	Encuesta abierta

MODELO OPERATIVO

ANEXO No. \_\_\_\_\_

Obj.educacional.- Que el médico familiar sea capaz de diferenciar en el 80% de los casos consultados los padecimientos bacterianos y no bacterianos de vías aéreas superiores.

FECHA	PERSONAS ACCIONES	DELEGADO	JEFE SERVS.MED.	DIRECTOR	JEFE DE ENSEÑANZA	PROFESOR DEL CURSO
26-III-81	Difusión del curso			(+)		
6-IV-81	Inauguración del curso	(+)	(+)	(+)	(+)	
6 al 13 IV-81	Instrucción o exposición					(+)
6-IV-81	Examen de pre- evaluación				(+)	
14 al 16 IV-81					(+)	(+)
17-IV-81	Examen post- curso				(+)	
17-IV-81	Clausura		(+)	(+)	(+)	

MODELO DE PREDECISION DE LA CLINICA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA  
FAMILIAR No. 1 ACAPULCO GRO.

DR. DANIEL S. CALDERON

DR. JAIME CORDOBA GUTIERREZ

DR. MARIO LAGUNES RODRIGUEZ

DR. CELERINO R. LARA Y GALLARDO

DR. RUBEN LOZANO GUEVARA

DR. EMILIO MADRIGAL TRIGOS

DR. FRANCISCO OLIVERA CEDILLO

MEXICO, D.F., MARZO DE 1981.



MODELO DE ATENCION MEDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1  
ACAPULCO, GRO.

Historia.

Etimología.

Acapulco significa: Lugar donde fueron destruidos o arrasados los carrizos proviene de las raíces nahuatl que significan: Acatl, ca rrizo; Polque destruir o arrasar y Co, lugar.

Fundación y evaluación.

Acapulco celebra el 13 de diciembre el aniversario de su fundación, por ser el día en que fué descubierto por el español Francisco Fer nández Caico, en el año de 1521. Hernán Cortés inició la brecha por Cuernavaca y Acapulco, esta Vía se abrió en el año de 1531 llamándo sele entonces camino de Asia.

Desde aquel entonces hasta nuestros días el Puerto de Acapulco ha sido testigo de numerosos e importantes acontecimientos; de los cua les se describen algunos a continuación:

El 21 de abril de 1776, la ciudad fué destruida por un terremoto, cayéndose todos los edificios y una parte del Castillo- Fuerte de San Diego.

En 1778 después de proyectos y planos que fueron previamente elabo rados y aprobados, se inició la Reconstrucción del Fuerte de San Die go, el cual fué terminado el 7 de julio de 1873, denominándose Fuer te de San Carlos en honor a Carlos III.

A fines de enero de 1805 llegaba al Puerto de Acapulco un grupo de niños cuyas edades oscilaban entre 4 y 6 años, portadores de la vacu na contra la viruela que tantos estragos había causado entre los ha bitantes de la Nueva España, desde que Francisco Eguía esclavo negro al servicio de Pánfilo Narvaez la había introducido al país en el año de 1520, en aquel entonces no había vacuna contra la viruela, sino qué directamente se iba trasmitiendo de brazo a brazo, estos niños de berían llevarla a la Ciudad de Manila, la expedición la encabezaba el Dr. Francisco Javier de Balmis por cuya meritoria labor fué recor dada en el año de 1961 con motivo del Día Mundial de la Salud.

El General Vicente Guerrero, fué traicionado y secuestrado por Francisco Picalua en el barco Columbus, después de haberle ofrecido con engaños un banquete en dicho barco el cual se encontraba anclado en la bahía, trasladandolo a Cuilapan en el Estado de Oaxaca, donde después del juicio sumario fué degradado y sentenciado a muerte el 14 de enero de 1871.

El 11 de noviembre de 1927 el Presidente de la República Plutarco Elías Calles desde el Castillo de Chapultepec y por vía telefónica ordenó estallar una roca que existía en Xaltianguis y que constituía un obstáculo en la brecha que pondría en comunicación directa a México con Acapulco.

Siendo Secretario de Comunicaciones y Obras Públicas el General Juan Andrew Almazán promovió la introducción de agua potable ante el Presidente de la República Pascual Ortíz R. quien se trasladó a dicho Puerto y después de conocido el problema ordenó su estudio y solución de inmediato.

Durante el Régimen del General Lázaro Cárdenas se hicieron en Acapulco diversas obras públicas: El palacio federal y el servicio telefónico inaugurado el 16 de abril de 1936.

En 1933 se inicia el auge turístico haciéndose necesaria la construcción de grandes hoteles: La Marina en la Plaza Alvarez, el Mirador en la Quebrada, el Papagayo, Las Américas, Villa del Mar, Flamings, Del Monte, Jardín, etc.

A partir de 1940 los fraccionamientos comenzaron a ampliar la ciudad, y los servicios públicos, agua, drenaje, luz, etc., empezaron a ser insuficientes, creándose por eso en este año la Junta de Mejoras Materiales, siendo presidente de la misma el Lic. Emilio Portes Gil, ex-presidente de México.

Al ascender a la primera magistratura del país el Lic. Miguel Alemán Valdéz, se inició la total transformación del Puerto habiéndose logrado su urbanización así como la alineación de calles, pavimentos, drenaje, edificios, embellecimiento de playas, etc.

El 24 de febrero de 1959 después de grandes preparativos, se reunieron en éste puerto los presidentes de México y EE.UU.; Lic. Adolfo López Mateos y el General Dwight D. Eisenhower, respectivamente.

A fines de 1959 se realizó la Primera Reseña Mundial de Cine teniendo como escenario el legendario Fuerte de San Diego, este certamen fué patrocinado por el Lic. Alemán V.

El 10 de septiembre de 1960 tuvieron lugar dos acontecimientos artísticos, primero fué el estreno de la obra chelista del catalán Pablo Cazals titulada El Pesebre y la otra fué la Segunda Reseña Mundial de Cine.

El día primero de junio de 1966 fué inaugurado el moderno Aeropuerto Internacional, con una inversión total de 105,200.000 pesos M.N.

En cuanto a la hotelería se han puesto en servicio grandes instalaciones tales como el Paraiso Marriott, el Holliday Inn, el Acapulco Princess, el Acapulco Continental y el Plaza Internacional, así como también ampliaciones de los siguientes hoteles: Presidente, Acapulco Hilton y las Brisas.

El 13 de noviembre de 1971, es inaugurado el Sistema Papagayo, obra realizada por la Secretaría de Recursos Hidráulicos y financiada por el gobierno federal en combinación con los gobiernos estatales y municipales, con costo aproximado de 99,000.000.00 de pesos, esta obra viene a abastecer a la ciudad con un aumento de 500 litros/min. de agua potable, resolviendo así el problema de la población de entonces.

Este mismo mes es inaugurada la Unidad Habitacional "Adolfo López Mateos" con un número aproximado de 250 viviendas para los trabajadores del estado.

El primero de agosto de 1972 se inauguró el mercado de la Colonia Progreso con un costo aproximado de 9 millones de pesos.

El 16 de agosto se inauguró en el mismo año la Carcel Municipal formada por 2 edificios con un costo aproximado de 8 millones de pesos.

En 1972 se traslada a la ciudad de Acapulco la Escuela Superior de Comercio y Administración dependiente de la Universidad Autónoma de Guerrero, con sede anterior en Chilpancingo.

También la Escuela de Turismo de reciente creación dependiente de la Universidad Autónoma de Guerrero, se contempló en dicho traslado.

El moderno Centro de Convenciones de Acapulco en su primera etapa fué inaugurado en el año de 1973. Posteriormente en su segunda etapa fué

cambiado por el actual Centro Acapulco, mismo en el que desde entonces se han llevado a cabo grandes eventos tanto nacionales como Internacionales.

En 1974 se inauguró la Escuela de Medicina, dependiente de la Universidad Autónoma de Guerrero.

En marzo de 1978, día 18 se registró un sismo de 6 grados en la escala de Mercalli, lo cual causó grandes pérdidas materiales tanto en este puerto como en lugares aledaños y circunvecinos.

Durante el primer semestre de 1979, se inició la construcción de la Plaza Monumental, del gran Parque Ignacio M. Altamirano y del paso a desnivel que completa estas grandes obras de distracción y diversión, siendo inaugurado éste último el día 24 de diciembre de 1980.

También en el año de 1979 se llevó a cabo la convención Mundial de la Comunicación teniendo como sede el Centro Acapulco.

Una obra de fundamental trascendencia en todos los ámbitos del puerto es la creación de la colonia El Renacimiento en las productivas tierras de La Sabana, en la cual se pretende reubicar a miles de familias que actualmente habitan en pésimas condiciones en el llamado Anfiteatro de Acapulco.

## Geografía

Situación Geográfica.- La Ciudad y Puerto de Acapulco es la cabecera del mismo nombre, de uno de los Municipios políticos del Estado de Guerrero. Se encuentra situado según García Cubas y fundándose en los datos existentes en la Carta del Almirantazgo Británico, entre las coordenadas: 16°46'50" y 16°50'59" de altitud norte y 97°46'50" y 99°52'25" de latitud Oeste del meridiano de Greenwich.

Límites políticos.- Al norte con el Municipio de Chilpancingo, al este con los de Teconoapa y San Marcos, al oeste el de Coyuca de Benítez y al Sur con el Oceano Pacífico.

Superficie Territorial: 1,882.00 Km<sup>2</sup> aproximadamente.

**Orografía:** montañosa es la característica propia de este suelo; en el Cerro de la Providencia se encuentra el punto más alto de la superficie municipal, se trata de la Montaña llamada San Nicolás, alcanzando una altura de 2,500 mt. sobre el nivel del mar.

**Hidrografía:** lo cruzan tres rios que son: Río Papagayo, río Ahuacatillo y el río hamacas.

Tiene tres lagunas: Laguna del Puerto Marqués, laguna de Tres Palos y la de Coyuca o de Pie de la Cuesta.

**Clima:** durante la mayor parte del año impera un clima tropical húmedo con temperaturas que varían de 24 a 36°C con un promedio de 29°C, coincidiendo con el invierno la temperatura desciende de éstas cifras. En cuanto a la precipitación pluvial encontramos que la temporada de lluvias es de junio a octubre intensificándose al final de éste período.

**Vegetación:** es tropical y exuberante por excelencia dominando toda clase de árboles frutales como: Mangos, papayos, plátanos, guanábana, palmeras almendrones, marañona, coayul, etc. y entre las plantas de ornato una amplia variedad de crotos, tulipanes, bugambilias, etc. En el municipio se siembra y se cosecha maíz, arróz, ajonjolí, camote, papa, sandía, ji tomate, plátano, mango, limón, cocos, tamarindo y otros.

**Fauna:** adaptadas a este medio se encuentra una gran variedad de especies animales: armadillos, conejos, reptiles, iguanas, lagartos, venados, jabalies etc., existen aves como: loros, pelícanos, gaviotas, garzas, palo mas, cigueñas, guacamayas; en el litoral del Océano Pacífico existe una gran variedad de peces.

Dadas las condiciones climáticas es propicia la cría de ganado vacuno, equino-caprino, porcino, siendo éste el que predomina.

**Pesca:** cubre el consumo doméstico del puerto, permitiendo en ocasiones, la exportación del marisco como: langosta, jaiba, langostino, camarón, almeja y ostión. Como atractivo turístico se practica la pesca del pez vela.

Aún cuando el área de influencia que motiva el presente estudio es la población adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social en ésta localidad, es menester mencionar que la división o separación de este sector de los demás es estadística, convencional y únicamente para los fines del presente estudio; en consecuencia, algunas de las consideraciones siguientes serán válidas y/o basadas en la población general de la cual forma parte como un todo común, con características afines.

A continuación se presenta la tabla de distribución y frecuencias, así como la pirámide de población general acapulqueña y de la población adscrita al Hospital General de Zona con M.F. # 1.

Demografía.

Población total estimada para el presente año: 600,000 habitantes en el Municipio, de los cuales, 165,000 componen la población adscrita al Instituto en esta localidad, representando el 27.5%.

Tabla de distribución por grupos de edad y sexo

Grupo	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0-4	49,435	8.3	53,559	8.9	102,994	17.2
5-9	52,125	8.7	50,511	8.4	102,636	17.1
10-14	42,202	7.1	39,213	6.6	81,415	13.7
15-19	29,888	5.0	30,366	5.1	60,254	10.1
20-24	21,041	3.5	24,388	4.1	45,429	7.6
25-29	18,829	3.1	21,340	3.6	40,169	6.7
30-34	15,242	2.5	16,199	2.7	31,441	5.2
35-39	16,378	2.7	16,797	2.8	33,175	5.5
40-44	11,775	1.9	12,015	2.0	23,790	3.9
45-49	9,624	1.6	9,205	1.5	18,829	3.1
50-54	5,977	1.0	7,292	1.2	13,269	2.2
55-59	5,200	0.9	5,021	0.8	10,221	1.7
60-64	5,678	0.9	5,738	0.9	11,416	1.9
65-69	3,765	0.6	3,646	0.6	7,411	1.2
70-74	3,287	0.5	3,168	0.5	6,455	1.0
75-79	1,494	0.3	1,494	0.2	2,988	0.5
80-84	1,195	0.2	1,374	0.2	2,569	0.4
85 +	956	0.1	1,195	0.2	2,151	0.3
Total	294,091	49.3	302,521	50.7	596,612	100.0

Fuente: Centro de Salud Urbano SSA

Veáse Pirámide de Población.

Grupos de edad y sexo de la Población adscrita al IMSS en esta unidad. La pirámide de población de los derechohabientes del IMSS está calculada por medio de desarrollo matemático con base en una muestra representativa aleatoria que a continuación se muestra:

Grupo	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0-4	642	6.3	754	7.4	1394	13.7
5-9	825	8.1	794	7.8	1518	15.9
10-14	519	5.1	621	6.1	1140	11.2
15-19	418	4.4	345	3.4	794	7.8
20-24	580	5.7	530	5.2	1109	10.9
25-29	428	4.2	601	5.9	1027	10.1
30-34	326	3.2	387	3.8	711	7.0
35-39	244	2.4	255	2.5	498	4.9
40-44	214	2.1	234	2.3	447	4.4
45-49	153	1.5	183	1.8	335	3.3
50-54	112	1.1	193	1.9	305	3.0
55-59	122	1.2	183	1.8	305	3.0
60-64	81	0.8	61	0.6	142	1.4
65-69	51	0.5	71	0.7	121	1.2
70-74	41	0.4	41	0.4	80	0.8
75-79	41	0.4	31	0.3	70	0.7
80-84	31	0.3	21	0.2	50	0.5
85 +	20	0.3	00	0.0	20	0.2
<b>TOTAL</b>	<b>4878</b>	<b>47.9</b>	<b>5306</b>	<b>52.1</b>	<b>10,184</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Asesoría Delegacional  
Programa de Planificación Familiar  
Junio de 1980

Comparando las dos pirámides de población podremos observar que se encuentre una evidente prolongación en la columna de los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 (población del IMSS) sobre todo en el sector femenino que se explica por el hecho de que es precisamente esta la edad de la mayor parte de los asegurados y sus respectivas esposas, relación que no se evidencia en la pirámide de la población general.

Natalidad en los últimos 5 años:

Año	No. de Nacimientos	Tasa x 1,000 habitantes
1976	4,261	37.1
1977	4,026	33.7
1978	3,868	29.2
1979	3,786	29.0
1980	4,005	28.9

Fuente: Departamento de Estadística  
Delegación IMSS

Mortalidad de los últimos 5 años:

Año	No. de Defunciones	Tasa x 1,000 habitantes
1976	155	1.3
1977	160	1.3
1978	202	1.5
1979	216	1.6
1980	250	1.8

Mortalidad por grupos de edad

Grupos	Defunciones	%
1 año	95	38.1
1 a 4	16	6.2
5 a 14	6	2.4
15 a 44	30	12.2
45 a 64	40	16.0
65 +	63	25.1
Total	250	100.0

Fuente: Depto de Estadística  
Delegación IMSS

Mortalidad Infantil (Menores de 1 año)	Casos	Tasas x 1,000 habitantes
1. Enteritis y enfermedades diarreicas	30	8.8
2. Lesiones al nacer, partos distócicos y otras afecciones anóxicas	15	4.4
3. Anomalías congénitas	6	1.7
4. Meningitis	5	1.4
5. Enfermedades cerebro-vasculares	4	1.1



Mortalidad Pre-escolar (1-4 años)	Casos	Tasas x 1,000 habitantes
1. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	6	0.47
2. Enfermedades respiratorias	5	0.39
3. Meningitis	4	0.31
4. Infecciones meningococcicas	3	0.23
5. Intoxicaciones accidentales	2	0.15

Fuente: Departamento de Estadística  
Delegación del IMSS

Principales causas de Mortalidad	Casos	Tasas x 1,000 habitantes
1. Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	62	0.63
2. Diabetes Mellitus	40	0.41
3. Cirrosis y otras enfermedades del hígado	35	0.35
4. Otras afecciones del feto y respiratorias del recién nacido.	25	0.25
5. Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación.	20	0.2
6. Bronconeumonía de etiología no especificada	20	0.2
7. Tuberculosis pulmonar	17	0.17
8. Síndrome de dificultad respiratoria	13	0.13
9. Infarto agudo del miocardio	12	0.12
10. Enfermedad cerebrovascular aguda	6	0.06

Morbilidad	Casos	Tasa x 1,000 hab.
1. Infecciones respiratorias agudas	37,733	387.4
2. Infecciones intestinales	12,719	130.5
3. Helminthiasis	7,803	80.1
4. Bronquitis no especificadas	6,403	65.7
5. Micosis	3,332	24.2
6. Trastornos de la conjuntiva	2,623	26.9
7. Otras anemias y las no especificadas	2,599	26.6
8. Diabétes Mellitus	2,597	26.6
9. Otros trastornos del dorno y no espec.	2,009	20.6
10. Trastornos de la Mestruación y otras he	1,716	17.6

Fuente: Departamento de Estadística  
Delegación del IMSS Gro.

### Planificación familiar:

El total de las voluntarias que han ingresado durante el año anterior a éste programa que comprende cinco variedades de control (Hormonales, Inyecciones y pastillas, dispositivo intrauterino, locales y métodos definitivos) correspondiente a la población adscrita a esta Clínica ascendió a 3,389 personas que significan el 57.5 del total de mujeres en activo controladas, que es de 5,887 personas.

Las pacientes subsecuentes asisten únicamente a control de diversos métodos, revisión, recambio o abastecimiento de fármacos; ascienden a la cifra de 2,498 personas en control, o sea el 42.5 del total.

Se estima un total de 1960 deserciones en el transcurso del año (33.3%), es decir que permanece un 66,7% en activo, que en este caso asciende a un total de 3,927 usuarias en los diferentes métodos, seguidos por las personas en control.

La tabla de distribución que a continuación se muestra corresponde al porcentaje relativo del total de usuarias de primera vez, que es representativo de la población total.

1. Hormonales	826 personas controladas	= al 24.4%
2. Locales	407 personas controladas	= al 12.0%
3. D.I.U.	1259 personas controladas	= al 37.1%
4. Salpingoclasia	883 personas controladas	= al 26.1%
5. Vasectomía	14 personas	= 0.4%

Resulta abrumador el panorama de la gráfica anterior, ya que muestra patentemente que es la mujer quien lleva la prioridad en el uso de los métodos en general y es además quien decide cuando y qué método ha de seguir la pareja.

### Educación:

Dialéctos: Ninguno.

### Recursos Materiales y Humanos:

En Acapulco existen un total de 190 escuelas: Primarias, Secundarias, Preparatorias y Profesionales, dentro de las cuales:

75 pertenecen al sistema federal  
30 pertenecen al sistema estatal  
85 pertenecen al sistema municipal

Del total, 102 son escuelas primarias  
55 son Escuelas técnicas  
21 Secundarias  
5 Preparatorias  
7 Profesionales

Población de 10 años y más, alfabetizada y analfabeta:

Total:		Saben leer y escribir:		No saben:	
159,396	100%	118,830	74.55%	40,566	25.45%

Horario de Trabajo:

En términos generales las actividades se inician entre las 6 y 7 horas, para concluir entre las 17 y 21 horas. Sin embargo dadas las características del Puerto y considerando que gran parte de la población se dedica a las actividades turísticas y de recreación en centros nocturnos, los horarios son muy variables, siendo en algunos casos necesario, el establecimiento de tres turnos. Por tanto las horas de descanso varían de acuerdo con lo anteriormente expuesto, al igual que los días de descanso, siendo uno de los más frecuentes el lunes.

Comunicaciones y Transportes:

Como consecuencia de la importancia turística que tiene este Puerto, cuenta con una amplia red de comunicaciones, tanto terrestres como aérea y marítima, aunque actualmente el transporte público en el área urbana es deficiente en calidad y cantidad.

Medios de comunicación:

Teléfono: Teléfonos de México cuenta con una oficina central, 60 casetas de larga distancia, un sistema oficial de radio-teléfono y dos sistemas particulares.

Telégrafo: Se cuenta con una oficina central y 5 sucursales. Además servicio de Telex que comunica a niveles nacional e internacional, de oficinas e instituciones oficiales y particulares.

Correo: Cuenta con una oficina central y 6 sucursales. 125 buzones públicos distribuidos en la ciudad.

Televisión : Se recibe la proyección de las transmisoras y repetidoras de los canales 2, 5, 8 y 13 y por Cablevisión 7 y 11.

#### Alimentación:

En el municipio de Acapulco los alimentos fundamentales que se consumen son: Tortilla de maíz, frijoles, pescado, leche, arroz, pan, carne, huevos, verduras, etc.

La relativa facilidad con que se consigue el pescado, hace de éste, el alimento de mayor consumo e importancia de los habitantes del puerto.

La preparación de las comidas, es sumamente condimentada y se utiliza manteca y aceite en grandes cantidades; los días jueves y sábado la costumbre es comer pozole, condición que junto con lo anterior, motivan la obesidad de gran parte de los moradores. Debido al clima imperante en esta región se consumen bastantes alimentos fríos.

Los nutrientes en general, están desbalanceados, siendo el valor calórico de la dieta, muy alto, mientras que el valor protéico, es bajo, y en una encuesta realizada en 50 familias con muestreo aleatorio se evidenció lo siguiente:

El 73% de las familias consumen una dieta con alto contenido calórico y sumamente deficiente en su contenido protéico y vitamínico. 15% consume dieta adecuada en contenido calórico-protéico pero deficiente en ingreso vitamínico. 12% consume una dieta balanceada en proteínas, vitaminas y minerales.

#### Obtención de alimentos:

Cultivos en la comunidad: En esta región donde abundan los árboles frutales, como mangos, guayabas, limones, guanábana, tamarindo, nanche, coco, plátano, papaya, etc.

En lo que respecta a la conservación de alimentos y considerando la humedad y temperatura elevada del medio ambiente, se necesita refrigeración adecuada, de la que carece la gran mayoría de familias y en ocasiones también en expendios de alimentos, y como consecuencia, los

alimentos entran rápidamente en estado de descomposición, causando frecuentes cuadros enterales.

#### Abastecimiento de agua:

En años anteriores, así como en el próximo anterior, fué ampliada la red de agua potable, la cual procede del río papagayo, con un caudal de aproximadamente 1050 litros por segundo, que junto con las previamente existentes alcanzan un total de 2080 litros por segundo. Cantidad que es deficitaria y tiende a agravarse dado el aumento constante de la población.

La mayor parte de la población cuenta con agua procedente de

- |                                    |           |
|------------------------------------|-----------|
| 1. El chorro                       | 80 L/seg. |
| 2. El sistema del río papagayo II  | 1050 "    |
| 3. El sistema del río de la Sabana | 350 "     |
| 4. El sistema del río papagayo I   | 1600 "    |

El porcentaje de agua urbana es el siguiente:

1. 53.7% intradomiciliaria
2. 23.3% pozos y pipas
3. 23.0% hidrantes públicos

En lo que respecta a la disponibilidad del agua, en las épocas de marcada afluencia turística y en las calurosas del año, se verifica un marcado descenso en el abastecimiento y como consecuencia algunos sectores de la población sufren la carencia de este fluido por lapsos de hasta dos semanas.

#### Disposición de excretas:

Cuenta con drenaje aceptable el 30% de la población. El resto lo encontramos disperso en la siguiente distribución: 16% de fosa séptica, 22% letrina, pozo negro o arroyo y 32% fecalismo al aire libre.

#### Condiciones del ambiente:

Disposición de basuras: Existen tres basureros no autorizados, distribuidos en la ciudad, además de un basurero municipal en el cual se intenta recolectar la mayor parte de la basura que se recoge por medio de camiones controlados por el H. Ayuntamiento Municipal.

### Fauna transmisora y nociva:

Dentro de la vivienda abundan tanto los insectos voladores como rastrojeros: moscas, cucarachas, hormigas, arañas, avispas, mosquitos, alacranes, etc. Existen también roedores y reptiles. Fuera de la vivienda, además de todos los anteriores se encuentran otros más.

### Vivienda:

Un cálculo aproximado señala que existen:

73,300 casas habitación  
140 Vecindades  
9,635 predios sin construir

Como consecuencia de las condiciones socioeconómicas y sobre todo debido al clima caluroso la vivienda suele ser totalmente sencilla. La distribución y frecuencia respecto a los materiales de construcción es la siguiente:

38% a base de madera  
21% a base de ladrillo  
16% a base de adobe  
26% a base de otros materiales

Del total de estas viviendas, sólo el 19% cuenta con techo de concreto y el 43% con techo de lamina de cartón o asbesto y el resto con otros materiales de la región.

El porcentaje según el número de cuartos por vivienda es el siguiente:

51.83 % de un sólo cuarto  
25.27 % de dos cuartos  
11.08 % de tres cuartos  
5.24 % de cuatro cuartos  
1.99 % de cinco cuartos  
1.82 % de seis cuartos  
0.79 % de siete cuartos  
0.28 de ocho cuartos  
1.79 % de nueve cuartos

### Alumbrado público:

El sistema de alumbrado eléctrico depende de la C.F.E. y procede de dos plantas.

El número de viviendas que cuentan con el servicio de energía eléctrica es de aproximadamente el 85% del total.

### Recursos recreativos:

Distribución en la ciudad de 13 centros deportivos, de los cuales sólo 3 pueden considerarse como de acceso popular.

Como se mencionó anteriormente también se cuenta con 33 playas y tres lagunas, todas con diversos atractivos, se cuenta además con 11 salas de cine, dos teatros, una plaza de toros, 22 salones de baile, un centro de convenciones.

### Recursos de trabajo:

La población trabajadora se encuentra distribuida en tres grupos que son los siguientes:

Sector primario: Agricultura, Ganadería, Silvicultura, Pesca y Caza.

Sector secundario: Industria del Petróleo, Extractiva, De la transformación, Construcción y Electricidad.

Sector terciario: Comercios, transportes, servicios y gobierno.

### Problemas sociales existentes:

Los problemas sociales son muchos y muy variados, pero en su mayoría son generados por las características del sistema económico y por la aculturación condicionada por la enorme afluencia turística y el bajo nivel educacional que impera en Acapulco. Existe un gran número de casas de juego, prostíbulos y cantinas, piqueras y demás antros de vicio y degradación de los valores humanos. Dadas las condiciones anteriores, la distribución de los ingresos es pésima, fomentándose así la mendicidad, la vagancia y la delincuencia. Ocupando ésta un lugar preponderante, ya que no sólo existe poca vigilancia, sino que las agrupaciones delictuosas se han infiltrado en los mismos cuerpos policiales. El machismo, la indolencia, e ignorancia, hacen de la población

un medio propicio para generar familias sin arraigo de ninguna especie, encontrando muy frecuentemente promiscuidad, abandono, adulterio, madres solteras, etc.

Recursos para la salud:

Recursos disponibles:

Centro de Salud "A" SSA	1
Clínica Hospital del IMSS	1
Clínicas Periféricas IMSS	2
Clínica Hospital ISSSTE	1
Hospital General SSA	1
Hospital de la Marina	1
Cruz Roja Mexicana	1
Clínica Hospital de la Defensa Nacional	1
Higiene Escolar SEP	1
Centro Médico Universitario	1
Clínicas IMSS-COPLAMAR	2
Sanatorios particulares	9

Laboratorios de Análisis Clínicos:

Servicios Coordinados de Salud Pública	1
IMSS	1
ISSSTE	1
Hospital General SSA	1
Particulares	8

Laboratorios de Salud Pública: (Bacteriología, agua, alimentos) 1

Farmacias:

Servicios Coord. de Salud Pública	1
IMSS	5
ISSSTE	1
Hospital General	1
Centro de Salud "A"	1
Particulares	106



NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS POR SERVICIO Y POR  
INSTITUCION

<u>INSTITUCION</u>	<u>TOTAL</u>	<u>GINECO-OBST.</u>	<u>PEDIATRIA</u>	<u>MED. GRAL.</u>	<u>CIRUGIA</u>	<u>URGENCIAS</u>	<u>CUNEROS</u>	<u>OTROS.</u>
S.S.A.	137	32	32	26	20	8	16	10
I.M.S.S.	300	56	64	40	56	18	44	35
I.S.S.S.T.E.	104	18	14	16	18	6	12	22
MARINA *	38	10	10	8	4	2	2	2
DEF. NAL.	22	8	6	4	2	2	2	-
SERV. UAG.	20	10	6	4	2	-	2	-
SERV. PART.	120	38	30	28	20	8	8	-
CRUZ ROJA		4 a 8 camillas se emergencia y tránsito						
<b>TOTAL:</b>	<b>745</b>	<b>172</b>	<b>162</b>	<b>126</b>	<b>122</b>	<b>46</b>	<b>88</b>	<b>75</b>

\*.- Incluye la cámara de descompresión marina.

Fuente: Programa General de Trabajo del Centro de Salud Urbano S.S.A., Acapulco Gro.

NUMERO DE MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS, INTERNOS DE PRE Y POST GRADO, PASANTES EN SERVICIO SOCIAL Y CIRUJANOS DENTISTAS POR INSTITUCION

<u>INSTITUCION</u>	<u>TOTAL</u>	<u>MED. GRAL.</u>	<u>ESPECIALISTAS</u>	<u>INTERNOS</u>	<u>PASANTES</u>	<u>OTROS</u>	<u>CIRUJ. DENTIS</u>
S.S.A. (1)	25	10	5	0	10	7	2
S.S.A. (2)	38	10	12	15	3	-	-
I.M.S.S.	189	62	40	75	4	-	8
I.S.S.S.TE.	50	20	22	4	2	3	3
MARINA	16	6	8	-	2	-	2
DEF. NAL.	12	6	6	-	-	-	2
SERV. MED. UAG.	10	6	2	-	2	-	2
C.H. ESCOLAR	10	6	2	-	2	-	2
CRUZ ROJA	3	2	1	-	-	-	-
PARTICULARES	156	64	64	4	12	12	26
<b>TOTAL:</b>	<b>365</b>	<b>196</b>	<b>86</b>	<b>91</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>35</b>

NOTA: Se calculan 365 médicos en total y aparentemente los totales no concuerdan en vista de que muchos de ellos trabajan en consultorios particulares u otras instituciones a la vez, lo mismo que médicos sin titular y pasantes de medicina que laboran médicos de clínicas y hospitales particulares.

NUMERO DE ENFERMERAS POR INSTITUCION: AUXILIARES DE ENFERMERIA, PASANTES DE ENFERMERIA, ENFERMERAS TITULADAS Y ENFERMERAS ESPECIALIZADAS.

<u>INSTITUCION</u>	<u>TOTAL</u>	<u>AUX. ENF.</u>	<u>PASANTES</u>	<u>TITULADAS</u>	<u>ESPECIALISTAS</u>	<u>OTROS</u>
SSA (1)	38	30	3	5	2	13*
SSA (2)	80	50	20	10	6	12*
I.M.S.S.	285	145	10	75	60	-
I.S.S.S.T.E.	86	35	16	30	5	-
MARINA	22	13	4	4	1	-
DEF. NAL.	20	10	4	4	2	-
SERV. MED. UAG.	20	10	2	2	1	5*
C.H. ESCOLAR	20	12	2	2	1	3*
CRUZ ROJA	12	10	1	1	-	-
PARTICULARES	80	49	8	8	3	12*
DIF. DE GRO.	60	54	6	-	-	-
<b>TOTAL:</b>	<b>650</b>	<b>318</b>	<b>76</b>	<b>141</b>	<b>81</b>	<b>57</b>

Nota: Se calcula un total de 650 enfermeras y en apariencia los totales no concuerdan ya que muchas laboran en 2 ó 3 instituciones a la vez.

\* Aux. de enfermería voluntaria adiestrada por el C. de Salud SSA para las Casas de Salud del medio rural y los DIF; Estudiantes de enfermería de la Esc. de Enfermería No. 2 dependiente de la UAG. que son becadas por el Hospital General.

OTROS PROFESIONISTAS, TECNOCOS O AUXILIARES  
QUE LABORAN EN INSTITUCIONES DE SALUD

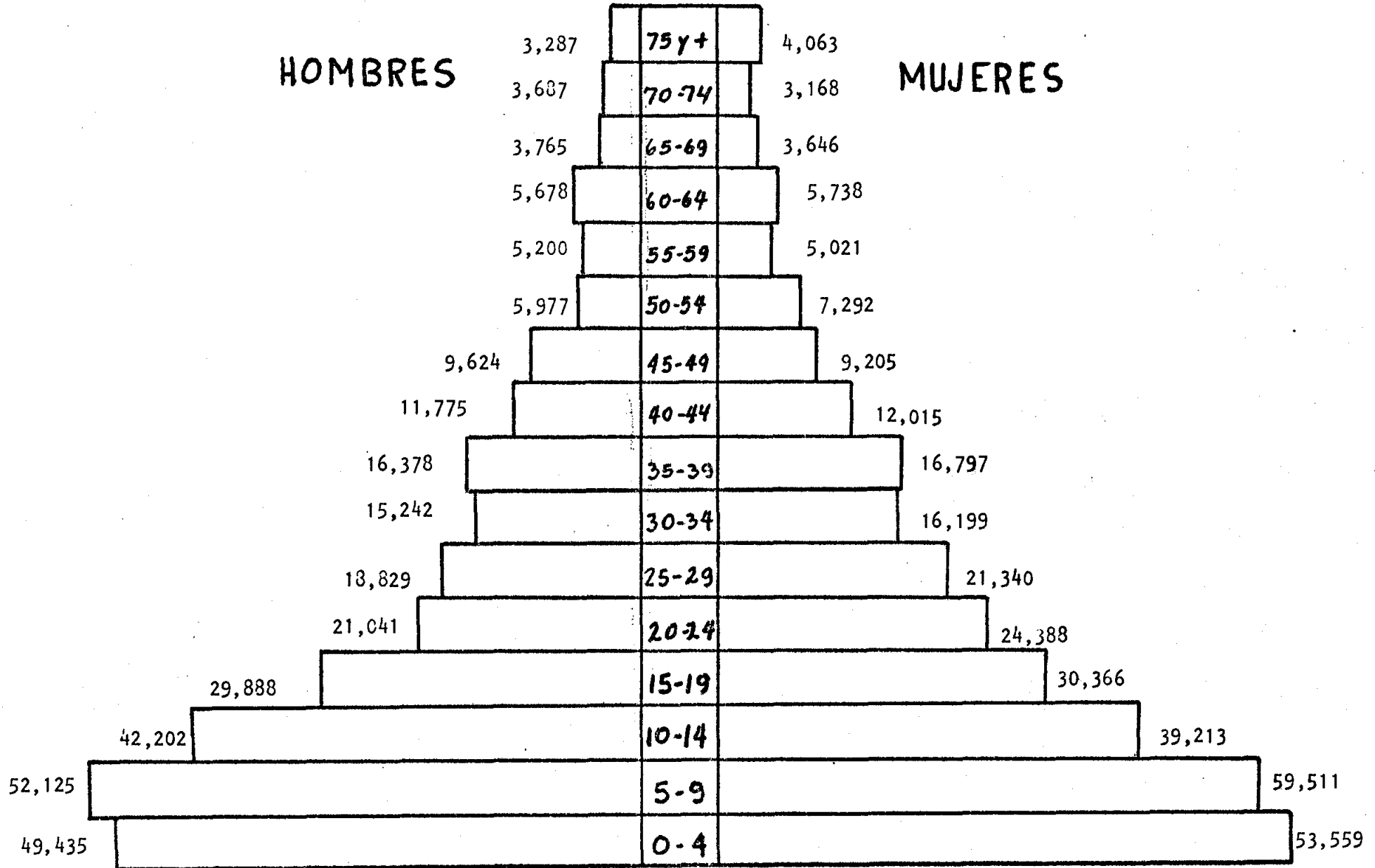
	<u>TOTAL</u>	<u>SSA</u>	<u>IMSS</u>	<u>ISSSTE</u>	<u>MARINA</u>	<u>PARTICULARES</u>
TRABAJADORAS SOCIALES	46	5	5	2	2	2
NUTRICIONISTAS	4	1	1	1	1	-
AUX. DE NUTRICION	6	2	1	0	1	2
ZOOTECNISTAS Y/O VETERINARIOS	6	-	-	-	-	6
LABORATORISTAS Y AUX. DE LABORATORIO	48	12	12	6	2	16
QBP. BIOLOG. Y/O FARM.	21	5	5	2	1	8
INGENIEROS SANITARISTAS	2	1	-	-	-	1
RADIOLOGOS Y AUX. DE RADIOLOGIA	10	2	2	2	-	4
TECNICOS EN SANEAMIENTO	7	4	1	-	1	1
PROM. DE LA SALUD	2	1	-	-	-	1
AGENTE SANT. S. PUBLICA	18	18	-	-	-	-
ENFERMERAS SANITARISTAS	20	18	2	-	-	-

Fuente: Programa General de Trabajo del Centro de Salud Urbano, SSA. Acapulco, Gro.

# Población General.

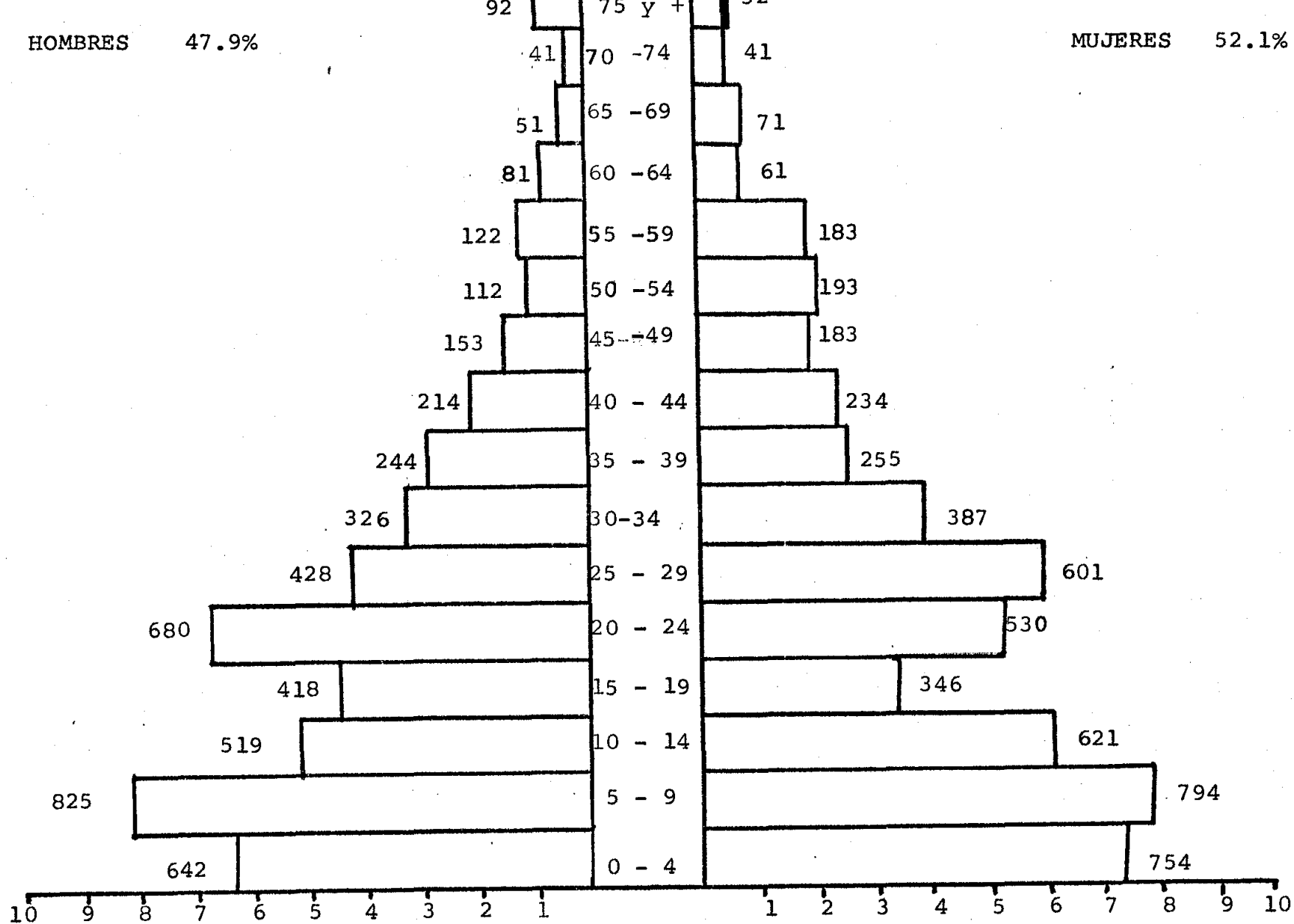
HOMBRES

MUJERES



HOMBRES 47.9%

MUJERES 52.1%



## ANÁLISIS DEL CONTEXTO:

Acapulco cuenta con una superficie territorial de 1882 Km<sup>2</sup>. con una población estimada de 600,000 habitantes. De los cuales 165,000 (27.5%) corresponde a la población adscrita al IMSS en el área de influencia del H.G.Z. con M.F. No. 1.

En el análisis de la pirámide poblacional observamos que el grupo mayoritario está comprendido entre 0 y 20 años, con un 57.1%, de éste, los menores de 10 años ocupan el 34.3%.

En lo que respecta a la habitación, la Ciudad y Puerto tiene 73,000 casas habitación; de ellas, el 76% constan de uno o dos cuartos (habitación redonda). En cuanto a materiales de construcción, el 38.1% son de madera, 21% de ladrillo, 15% de adobe, 26% otros materiales.

En lo referente a saneamiento, se destaca que sólo el 53.7% cuenta con agua potable intradomiciliaria, 23.3% la obtienen de pozos y el 23% restante de hidrantes públicos.

La eliminación de excretas es por alcantarilla en el 30% y letrinas en el 22%. Fecalismo al aire libre 32%. La ciudad cuenta con un basurero municipal que es insuficiente y tres clandestinos.

Del análisis de las tablas de mortalidad y morbilidad en 1980, se desprende que el grupo con mayor número de defunciones son los menores de un año con un 38.1%, y de ellos, la causa principal son las enteritis y otras enfermedades diarreicas, con una tasa de 8.8/1,000 habitantes. En cuanto a mortalidad en general, este rubro ocupa el primer lugar con una tasa de 0.63/1,000 habitantes. En cuanto al renglón de morbilidad, las infecciones intestinales ocupan el segundo lugar con una tasa de 384.4 por 1,000 habitantes.

Las personas potencialmente activas en la población son el 46.03% y de éstas el 37.65% son las que realmente proporcionan ingresos al núcleo familiar. El resto son empleados temporales y desocupados.

En los últimos 20 años únicamente dos gobernadores han terminado su período, por lo que siendo el aspecto político de suma importancia y muy complejo en el Estado y específicamente en Acapulco, consideramos que debe ser abordado por politólogos y/o Sociólogos, quienes podrán tener una explicación más adecuada y acorde con la realidad.

## VALORES DE LOS USUARIOS.

- no tienen un concepto claro del binomio salud-enfermedad.
- desean que la atención médica se les proporcione inmediatamente al solicitarla.
- la población derechohabiente duda de la calidad de los medicamentos proporcionados por el Instituto.

## VALORES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO.

- disminuir el número de consultas adscribiendo menos población a Médico Familiar o limitando el acceso a los servicios.

## VALORES DE LAS AUTORIDADES.

- que la atención médica proporcionada por la Institución sea eficaz, oportuna y con sentido humano y a través de ellos disminuir el número de quejas.

## PROBLEMA:

Como consecuencia del caso saneamiento ambiental, la escasez de agua potable, las bajas condiciones socioeconómicas predominantes y la relativa apatía de autoridades para resolverlas, existe un elevado porcentaje de padecimientos gastrointestinales en la población en general y especialmente en los menores, que como se observa ocupa el primer lugar en la morbi-mortalidad con pequeñas variantes de determinadas épocas.

Concomitante al problema anterior se encuentran las enfermedades de vías aéreas superiores.

PROPOSITOS:

Disminuir la morbimortalidad en la población menor de un año.

Lograr la participación de - otras instituciones de salud o asistencial en el programa a desarrollar.

Dar a conocer a las autoridades estatales y municipales - el problema de saneamiento - ambiental imperante en el puerto.

Educación a la población para lograr cambios en sus hábitos y costumbres.

OBJETIVOS GENERALES:

Disminuir la morbilidad en el renglón de enteritis y otras enfermedades diarreicas en la población en General.

Disminuir la mortalidad en el renglón de Enteritis y otras enfermedades diarreicas en el grupo poblacional de menores de un año.

VARIABLE INSTITUCIONAL:

Equipo de Salud:  
Epidemiólogo.  
Médico pasante en Servicio Social.  
Pasante de Enfermería en - Servicio Social.  
Trabajadora Social.  
Promotoras Sociales.

Población:  
Derechohabientes.  
Líderes locales.

OBJETIVOS INTERMEDIOS:

Se promoverá mediante los líderes de la comunidad la formación de grupos de trabajo y promotores comunitarios para que participen en forma activa en la realización del programa.



P R I M E R A  E T A P A	<u>INTEGRACION DE GRUPOS.</u>  Los equipos estarán - integrados por: Médico Pasante en Ser- vicio Social. Enfermera Pasante en Servicio Social. Enfermera Sanitarista Trabajadora Social. Promotora comunitaria Apoyados por el Médico Epidemiólogo. Médico Familiar.  Se formarán grupos de trabajo comunitario - con objeto de realizar actividades de sanea- miento ambiental.	<u>TIEMPO</u>  20 días para la forma- ción de grupos.	<u>OBJETIVOS.</u>  Se establecerá contacto con las otras unidades prestadoras de - servicio de salud, para lograr su participación en forma parale- la en sus unidades de acuerdo al programa del Instituto y que pre- viamente se les proporcionará.  Se explicará a la población dere- chobiente y no derechohabiente sobre las ventajas del saneamien- to ambiental por medio de los sis- temas de información masivas == existentes en la localidad; -- así como pláticas programadas en las salas de espera de la consult externa de la propia unidad y - extramuros, en Escuelas y centros de concentración por los equipos formados.  Los grupos de trabajo comunitario participarán activamente en el programa de saneamiento ambiental de la comunidad .	<u>COSTOS.</u> +  \$ 13,690.00. ( trece mil seiscien- to noventa pesos )
--	--	--	---	--

T  
E  
R  
C  
E  
R  
A  
  
E  
T  
A  
P  
A

EJECUCION DEL PROGRAMA

Recursos materiales :

Vehículo.  
Películas.  
Diapositivas.  
Proyectores.  
Rotafolios.  
Impresos.

Recursos humanos :

Epidemiologo.  
Médico familia r.  
Médico Pasante.  
Enfermera sanitarista.  
Enfermera pasante.  
Trabajadora social.  
Promotora social.  
Chofer.

TIEMPO

Seis meses para  
la ejecución del  
programa.

COSTOS.

\$ 25,000.00  
( veinte y  
cinco mil  
pesos )

OBJETIVO ESPECIFICO.

Que al final de los 6 meses la poblacion en general tenga el conocimiento en las técnicas de potabilización del agua, aseo corporal y de manos, técnicas de alimentación materna, esterilización y preparación de biberones, preparación y conservación de los alimentos, limpieza de la habitación, construcción y conservación de letrinas, eliminación de basuras, importancia del saneamiento ambiental y efectúe las técnicas adecuadamente.

EVALUACION A LOS 6 MESES

En forma teórico práctica para conocer el grado de avance del mismo así como el grado de penetración en la población,

EVALUACION FINAL.

Revisar los registros diarios de la consulta de medicina familia\_r para conocer el número de casos de Enteritis y otras enfermedades diarreicas, para hacer comparación mensual y así poder valorar el grado de avance del programa.

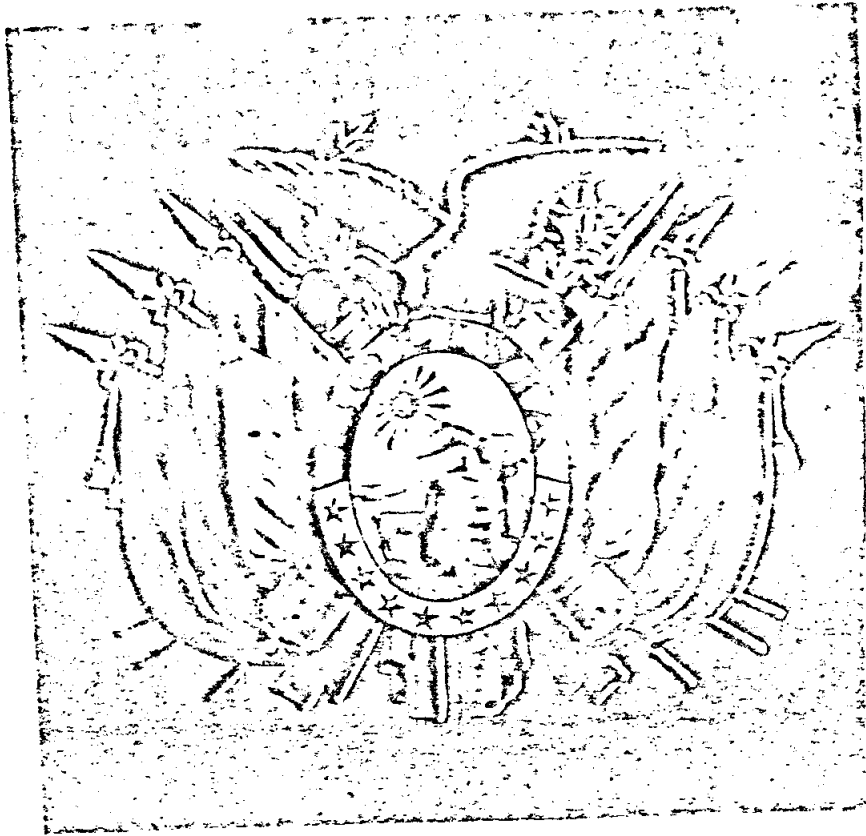
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

CURSO DE ORGANIZACION Y DIRECCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS  
2 de febrero al 27 de marzo de 1981.

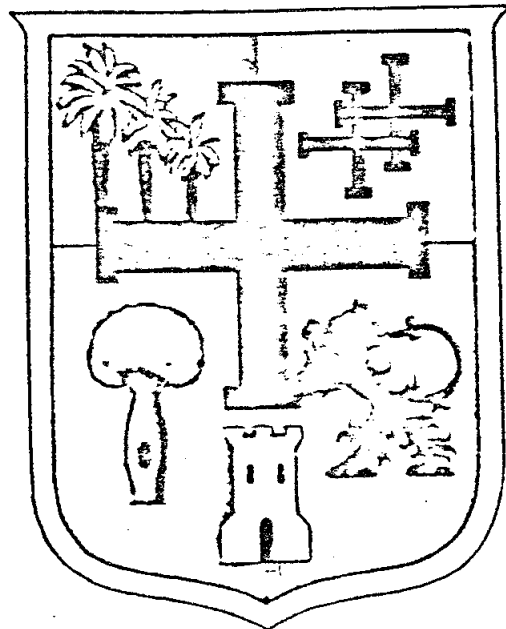
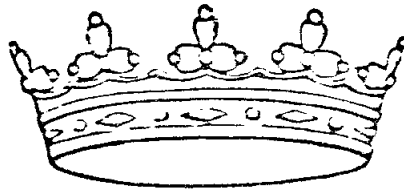
MODELO DE PREDECISION DE ATENCION MEDICA EN  
LA CAJA PETROLERA DEL SEGURO SOCIAL DE SANTA CRUZ, BOLIVIA

PARTICIPANTES:

DR. JORGE ARMANDO FLORES R.  
DR. ALFREDO JIMENEZ OROZCO  
DR. CARLOS JINES YALLICO  
DRA. JUANA ADELINA MORIEL SANTIESTEBAN  
DR. ENRIQUE OLGUIN GARCIA  
DR. EDUARDO ROMERO MARTINEZ  
DR. JUAN CARLOS SANTISTEVAN LOPEZ  
L.A. LEODEGARIO SOTO CESARETTI



SANTA CRUZ



## INTRODUCCION

Bolivia está situada en el centro del Continente Sud Americano, con paisajes geográficos muy diversos en todos sus aspectos. Aunque la nacionalidad se constituye principalmente en la meseta andina, más de la mitad de su territorio, está constituido por tierras bajas y calientes, en gran parte vinculadas con los centros de población, debido a lo accidentado del territorio y a diferencias de nivel, que es de unos 3,400 mts., entre las tierras bajas y la meseta andina.

Ocupa la porción central de Sud-América, no posee costas marinas comunicándose con los países vecinos por vía terrestre y aérea, sus límites están constituidos de la siguiente forma: Al norte con el Brasil, al sur-este con la Argentina y Paraguay y al Oeste con Chile y Perú.

El territorio tiene una extensión de 1.098,521 Km<sup>2</sup>, con una población de 5 millones de habitantes.

Se encuentra dividida políticamente en nueve Departamentos (Estados) cada uno de los cuales se encuentra dividido o integrado por provincias, siendo La Paz la Capital Política del país.

## DATOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ

HISTORIA:

Piezas de alfarería de un tipo no bien estudiado, encontradas en la campiña cruceña, y aún dentro del actual recinto de la ciudad en alguna profundidad del suelo y en estratos de presumible antigüedad revelan que la comarca sirvió de morada a los pueblos poseedores de un grado de cultura superior a la de los actuales selvícolas de tierra adentro.

Relatos de los primeros tiempos de la conquista española, recogidos y apuntados por cronistas como Diego Felipe de Alcayá se refieren a un pueblo viviente entre los últimos contrafuertes de la cordillera andina y el curso medio del río Guapay ocupando a lo largo y ancho de bajas planicies, bajo el mando superior de un caudillo indígena quien llevaba el nombre de Grigotá.

El 26 de febrero de 1561, el capitán Ñuflo de Chávez fundó la unidad destinada a ser el centro de actividades de la región al pié de la Serrata de Chiquitos, dándole el nombre de Santa Cruz de la Sierra.

A fines de 1564 el capitán Ñuflo de Chávez trae a su familia del Paraguay y a un obispo de la recién instituída Grey.

El 21 de mayo de 1595 la unidad se traslada en las cercanías -- del río Piraí después de sangrientas batallas con los Chiriguanos, indígenas que habitaban la región.

En 1605 se creó el Obispado sufragáneo de Lima y luego de La Plata. Por Cédula Real de 7 de noviembre de 1636, Felipe IV otorgó a la unidad el título de "MUY NOBLE" "MUY LEAL" y le concedió el uso de un nobiliario - escudo de armas.

El 24 de septiembre de 1810 un alzamiento popular desconoce la autoridad del gobernador, proclamando la adhesión al orden de cosas establecidas en Buenos Aires.

Del motín surgió la formación de una junta revolucionaria local que integraron el abogado Antonio Vicente Seoane, el Coronel Antonio Suárez y el Presbítero José Andrés Salvatierra.

Luego se eligió a un Diputado ante Buenos Aires que fue el canónigo José Manuel Seoane hermano del promotor del alzamiento y miembro de la junta.

El decreto del 23 de enero de 1826 dictado por el segundo presidente de la República, Mariscal Sucre, al instituirse el sistema político-administrativo según el modelo francés creó el Departamento de Santa Cruz con las provincias de Valle Grande, Cordillera, Chiquitos y Mojos.

El Departamento de Santa Cruz de la Sierra, se encuentra limitado al Norte por el Departamento de Beni y la República Federativa del Brasil, al Sur con el Departamento de Chuquisaca y la República del Paraguay. Al Este con la República del Brasil y al Oeste con el Departamento de Chu



quisaca y Cochabamba.

Tiene una superficie de 370,621 Km<sup>2</sup>, con una población de - - - 712,402 habitantes, su densidad demográfica es de 1.92 habitantes por Km<sup>2</sup>, la Capital del Departamento es Santa Cruz de la Sierra, situada a una altitud de 400 mts., sobre el nivel del mar, su área urbana es de 22 Km<sup>2</sup> y tiene una población de 255,568 habitantes, una densidad demográfica de - - - 11,621.27 habitantes por Km<sup>2</sup>. Se divide políticamente en 13 provincias.

La población se caracteriza por que más del 50% de ella, es clasificada como urbana; es el Departamento de mayor área del país, además es el que posee una mayor variedad de recursos naturales (34,59% de la superficie total del territorio nacional), el 25% de la población se considera como aborígen.

#### HIDROGRAFIA:

Discurren por este territorio numerosas corrientes fluviales casi todas pertenecientes a la Cuenca Amazónica a la cual se vacían alimentando a la gran arteria del Mamoré por medio de sus tributarios regionales el Ichilo, el Yapacaní el Grande o Guapay, que es el más importante de la región, el Parapetí, San Miguel, el Blanco y el Paraguá. Además circunda gran parte de la ciudad el río Piraí que normalmente es de escaso flujo, pero que en épocas de lluvia suele ser tormentoso, causando estragos entre la población asentada en torno a sus riveras.

En la zona de Oriente corren cursos fluviales de menor caudal, - que van aumentando las aguas del río Paraguay pertenecientes a la cuenca - platense. La de mayor consideración, es la del Otuquis, al cual se vierte en aquel río, en las inmediaciones de Bahía Negra.

Depósitos de agua sin movimiento y de alguna importancia son: - La Laguna de Concepción, La de Yaguarú, el Lago Rey y la laguna llamada - "Curiche Liverpool", en la zona centro septentrional. En la Oriental se hallan las lagunas de Uberava, Gayba y Mandioré en condominio con el Bra- sil, y la llamada Bahía de Cáceres. Hacia el Sur se encuentra la Laguna de Opabuzú de aguas salitrosas y sulfurosas.

#### CLIMA:

El clima de este Departamento presenta notables variaciones, - por razón de la diversidad de su relieve y condiciones particulares de la atmósfera. Es predominantemente fresco, templado y de regular humedad en la zona del occidente montañoso, con una temperatura media hasta de 18°- grados , en la zona más poblada e importante que está dentro del arco for- mada por el río Guapay, es cálido o más bien tibio, húmedo poco alterable. El termómetro marca un promedio anual de 27° y la precipitación está gra- duada en un promedio de 1.200 mm igualmente anual. Son frecuentes en ella los vientos alicios y en invierno las heladas acompañadas de llovizna, co- nocidas por el nombre regional de "SURAZOS".

Más al Oriente y Noreste, la calidez se acentúa, llegando en Verano a pasar de los 40° grados. El ambiente es más húmedo en las zonas

septentrionales, y menos húmedo en las centrales y orientales. Con igual variación con lo que respecta a lluvias.

#### FLORA Y FAUNA:

Entre las primeras encontramos zonas de características maderas, árboles frutales, zonas productivas de arroz, caña de azúcar, maíz de diversas especies, soya y algodón. En la segunda encontramos ganado - caprino, porcino bovino y entre la fauna silvestre, venados, jaguar, monos tigrillos, tatús, aves silvestres de vistosos colores y de gran diversidad de especies, esto ha valido para que algunas gentes se dediquen a la exportación masiva amenazando el exterminio de este tipo de fauna silvestre. En la doméstica encontramos animales y aves de corral.

#### GRUPOS ETNICOS:

Los grupos étnicos más numerosos, son el guaraní y el chiquitano. Corresponden al primero, los pueblos denominados chiriguano --- apostados en la provincia de Cordillera; los guarayos de la provincia de Ñuflo de Chávez, los Pausernas, vivientes en la provincia de Velazco y los Sirionós cuyos últimos clanes deambulan en la selva que media entre los ríos Guapay e Ichilo y Yapacaní. Sólo estos últimos son estrictamente selvícolas. Los Pausernas hacia las cabeceras del Itenes se están aproximando paulatinamente a los poblados blancos de aquella comarca.

El grupo Chiquitano se halla distribuido sobre las áreas rurales y sub-urbanas de las Provincias de Chiquitos, Ñuflo de Chávez, Velaz-

co y Sandoval, reducidos por los misioneros Jesuítas del siglo XVIII, se hallan en la actualidad virtualmente incorporados a la civilización en el ejercicio de faenas agrícolas y ganaderas.

ECONOMIA:

Existen numerosas especies de árboles maderables comerciales, sus llanuras se encuentran cubiertas de pastos y suelos fértiles, son propicios para actividades agropecuarias y en su subsuelo existen minerales, tales como el hierro, gas natural y petróleo.

Las actividades económicas sobresalientes son: la petrolera, la agropecuaria, el comercio, la industria manufacturera. La agropecuaria es la que más contribuye en la formación del producto bruto departamental y también la que utiliza la mayor parte de la mano de obra ocupada. La agricultura es también importante, siendo sus principales cultivos: el algodón, la caña de azúcar, el maíz y el arroz.

La ganadería se practica en forma extensiva, existiendo alrededor de 500 mil cabezas de ganado vacuno.

Exporta petróleo, gas natural, algodón en fibra y azúcar.

Importa bienes de consumo duradero, materias primas e intermedias para la agricultura, material de construcción y equipos de transporte.

La renta per cápita es de 402.92 anual.

#### TECNOLOGIA:

Predomina la industria liviana, principalmente de alimentos bebidas y madera; posee la Refinería Petrolera más grande del país, que es la industria sobresaliente en la categoría de manufactura de bienes intermedios.

En Santa Cruz, se encuentran los ingenios azucareros más importantes del país, además es importante la industrialización de las maderas existiendo numerosos aserraderos localizados en las diferentes regiones del departamento, cuenta con una rica red hotelera, cuenta con variados y sofisticados centros nocturnos, restaurantes y ramas afines.

La industria de la construcción es cada día más importante.

#### VIAS DE COMUNICACION Y TRANSPORTES:

Se comunica por carreteras asfaltadas con las ciudades circundantes y por vía ferrocarrilera con los países vecinos, posee un aeropuerto internacional. Tiene una red telefónica moderna, correos, telégrafos, una repetidora de televisión y un canal local que es universitario; además cuenta con varias centrales de radiotransmisoras de tipo privado.

#### TENENCIA DE TIERRA:

Desde la época de la colonia, las tierras pertenecían a familias acaudaladas del país, títulos que se sucedían de generación en generación,

pero posteriormente a la guerra del Chaco entre 1930 a 1933, que librarán Bolivia y Paraguay, surgen partidos políticos con ideas revolucionarias y es así que en 1952, se establece la Ley de la Reforma Agraria, con el lema de "LA TIERRA PARA QUIEN LA TRABAJA" pasando estas a propiedad de los campesinos, constituyéndose de este modo los minifundios; sin embargo en la actualidad aún se observan latifundios sobre todo en el Oriente Boliviano (Santa Cruz, Beni y Pando).

#### ORGANIZACION DE LA FAMILIA:

Debido a la gran influencia de la religión católica, en los centros urbanos la familia se encuentra sólidamente unida a través del matrimonio religioso, además del civil, el ciudadano promedio siente respeto por el núcleo familiar.

En el área rural, los campesinos en su gran mayoría se unen a través de rituales propios de su cultura, habiendo tendencia a ser respetuosos de la unión familiar. El campesino, principalmente procedente del altiplano, adopta el llamado "Sirvinacui" palabra quéchua que significa, unión voluntaria y de prueba, por un tiempo establecido entre ambos aspirantes a unión definitiva, en caso de haber incompatibilidad o falta de comprensión entre ambos, esta unión es disuelta sin compromiso alguno.

Existe la Ley del Divorcio en la República de Bolivia.

#### ABORTOS:

El aborto criminal es penado por la Ley.

PROBLEMAS SOCIALES:

El campesino boliviano es gran masticador de coca, hábito que - va invadiendo los centros urbanos. El alcoholismo es de mediana intensidad.

Como consecuencia de la abundante producción de coca, se ha visto que personas sin escrúpulos se dedican al procesamiento de la hoja, produciendo el clorhidrato de cocaína, que en los últimos tiempos va causando estragos, dentro de las diferentes clases sociales de Santa Cruz. Además - este producto es requerido por extranjeros que se dedican a la comercialización en los diferentes países del mundo, principalmente en los E.E.U.U.

La prostitución es permitida por el gobierno y controlada periódicamente por el Ministerio de Salud.

ALFABETISMO Y ANALFABETISMO:

La educación es obligatoria y gratuita, sin embargo existe un alto porcentaje de analfabetismo en las zonas rurales. Se cuenta con Universidad, que prepara a nivel Licenciaturas, en varias ramas.

SISTEMA DE GOBIERNO:

Desde el año 1980, el Gobierno es Militar constituido por una Junta Militar en la cual están representadas las cuatro fuerzas, siendo - el Presidente de la República el General Luis García Meza.

Los Ministerios están encabezados en su totalidad por los militares. Existen numerosos partidos políticos siendo los más importantes, -- los dos nacidos de la Postguerra: Falange Socialista Boliviana (FSB) y el Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR).

Desde el ascenso de la Junta Militar, se encuentran abolidos los partidos políticos y controlados los sindicatos.

#### CULTURA Y TRADICION:

- a) La alimentación es variada, predominando la yuca, el maíz, y el arroz, en menor escala la carne y el frijol.
- b) Religión: Predomina la religión católica y apostólica, existiendo en menor proporción la evangélica y la adventista.
- c) Costumbres: Existen costumbres que se transmiten de generación en generación desde la época de la colonia española, -- además algunas regiones autóctonas, tales como los guaraníes, los chiquitanos etc., conservan su folklore puro y genuino de sus respectivas tribus, la música predominante es el taquirarí y la chovena, que es música con vestuario y baile característico.

#### TABUES:

Existen personas en las áreas rurales que se dedican al tratamiento de enfermedades en forma empírica y atención de partos; a dichas personas se les llaman curanderos.



En menor escala deambulan amedrentando a los campesinos, los llamados brujos o "Hipayés", estos supuestamente tienen la capacidad de castigar con maleficios o hechizar a quienes no acatan sus órdenes o no pagan los tributos que ellos solicitan a cambio de proporcionarles salud y bienestar económico.

#### MIGRACION:

La emigración es aumentada en diferentes épocas del año ya que grandes masas de campesinos, viajan hacia la Argentina en épocas de corte de caña de azúcar (safra) en menor proporción tenemos migración de jóvenes entre los 18 y 19 años que viajan al exterior en busca de profesionalizarse. La inmigración en los últimos años se ha visto incrementada por ciudadanos chilenos y argentinos que acuden en busca de mejores condiciones de vida.

#### ACTIVIDADES RECREATIVAS:

En las áreas rurales se recrean con juegos tradicionales que -- fueron legados por los españoles y tradiciones intrínsecas del propio -- oriundo de la región (Jocheo o enojo de toro, palo encebado, pato enterrado, carreras de caballos, etc.) En la ciudad el fútbol apasiona a gran -- porcentaje de la población, acudiendo así mismo en forma regular a las sa -- las de cine.

#### IDIOMA:

El idioma oficial es el castellano, existiendo dialectos tales

como el guaraní, las lenguas chiquitanas y de otros grupos étnicos menores, en los últimos años con la llegada del campesino antiplánico, se ha incrementado el quéchua y el aymara.

#### SALUBRIDAD:

Santa Cruz cuenta con sus calles cubiertas con losetas de cemento y es drenada por una rica red de alcantarillado, que desemboca en las lagunas de procesamiento.

El agua es potable las 24 horas del día.

Existen compañías privadas que se encargan de la recolección y eliminación de basuras llevándolas hacia zonas donde es tratada.

Sin embargo existen zonas periféricas compuestas en su mayoría por inmigrantes del interior de la República y de las provincias cruzeñas, que forman viviendas y barrios precarios, carentes de cualquier medida de salubridad.

#### TIPO DE VIVIENDA:

Santa Cruz cuenta con un área de 22 Km<sup>2</sup>, cubierta de población que goza de los adelantos sanitarios, estando circunscrita en la actualidad por cuatro anillos o cinturones que la circundan. Se puede observar que a partir del cuarto anillo existen viviendas precarias constituidas de madera, barro y materiales rústicos, siendo el piso de tierra no presentan ningún recurso sanitario. Estas unidades están integradas por gente con economía depauperada, que llegan a Santa Cruz, de los diferentes

puntos del país, con la esperanza de encontrarse con mejores condiciones de vida en la floreciente Santa Cruz.

En este tipo de población marginal, existe el fecalismo al aire libre, observándose pésimos hábitos higiénicos dietéticos, cabe destacar que los miembros de estos barrios, debido a su precaria o nula cultura, - acostumbran emplearse como domésticas o vendedoras ambulantes, es obvio que entre ellos es ignorado el hábito de lavado de manos, y escasamente - usados los medios de higiene corporal.

#### SERVICIOS MEDICOS:

Debido al aumento vertiginoso en la población cruceña por causa de la inmigración masiva que se realiza del interior y exterior del país, se torna cada vez más difícil dar la cobertura de salud necesaria a la población. Existe un Hospital General y Postas Sanitarias de caridad, diseminadas por la periferia de la ciudad. El Hospital General de Atención de -- 1ro., 2do. y 3er. nivel es gratuito para la gente de escasos recursos, teniendo también en sus interiores, servicios de pago. Es solventado por el Ministerio de Salud Pública. Las postas sanitarias, son solventadas por - grupos de Damas que se dedican a actos de caridad (Club de Leones, Rotarios y Religiosos).

Los trabajadores en su mayoría cuentan con instituciones de seguridad social, tales como:

Caja Nacional de Seguridad Social (C.N.S.S.), que cubre el 80% de la población asegurada.

Caja Petrolera de Seguridad Social (C.P.S.S.), que cubre el 16% de la población asegurada

Las Cajas de Choferes, Ferroviaria, Seguro Militar, Seguro Social Universitario y Bancarios, que cubren el resto de la población asegurada.

Sólo la C.N.S.S. y la C.P.S.S. cuentan con infraestructuras propias y satisfactoriamente equipadas.

Existen además pequeñas instituciones de salud, dirigidas por capital privado; además de consultorios médicos particulares.

ghm.

BIBLIOGRAFIA

1. COMITE DEL SESQUICENTENARIO DE BOLIVIA, Monografía de Bolivia Tomo 3. Edit. Unidas, S.A., 1975
2. Caja Petrolera de Seguridad Social, Departamento Médico Nacional. Informe anual Bioestadístico, 1979.

## JUSTIFICACION

Los padecimientos gastro-intestinales constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes del país, ya que ocupan el primer lugar como causa de consulta, y tienen una mortalidad de aproximadamente el 20% entre los menores de 10 años de edad.

Durante mucho tiempo se pensó que para resolver el problema era necesario modificar el ambiente, con adecuada dotación de agua, eliminación de basuras y tratamiento de las excretas. Sin embargo, a pesar de que lo anterior contribuye a interrumpir el ciclo de transmisión, siempre es indispensable la práctica higiénica que evite que las manos esten contaminadas por excretas, pues si éstas contaminan alimentos y bebidas, se anulan los beneficios del saneamiento ambiental.

Como el aseo de manos adquiere una importancia relevante debiera convertirse en la principal preocupación del personal de salud.

En numerosos estudios se ha demostrado la relación estrecha entre contaminación fecal y la frecuencia de padecimientos gastro-intestinales; así como la relación de los malos hábitos higiénicos de los manejadores de alimentos con brotes epidémicos en personas que consumen estos alimentos.

También está demostrado que el aseo correcto con agua y jabón, es suficiente para eliminar gérmenes patógenos.

Es por ello, que debe insistirse en que la modificación de los hábitos higiénicos de la población, es la clave para interrumpir el ciclo de transmisión excretas-mano-boca.

La modificación de hábitos higiénicos implican la realización de un programa de educación para la salud, cuya continuidad e intensidad permita que el aseo de las manos se convierta en un patrón cultural de la población. Estamos conscientes de las dificultades que afronta un programa de esta envergadura, ya que cambiar valores culturales es sumamente difícil; es por eso que debe esperarse resultados positivos solo a largo plazo; sabemos que esto cuesta esfuerzo, tiempo y dinero, pero bien vale la pena.

REGIONAL Y/O DISTRITO	TOTAL POBLACION	C A T E G O R I A	
		ASEGURADOS	BENEFICIARIOS
TOTAL	45.906	12.319	33.587
Santa Cruz	16.285	4.189	12.096
Cochabamba *	12.061	3.547	8.514
- Trinidad	253	91	162
- Guayaramerín	123	38	85
- Riberalta	53	11	42
Camiri	7.155	1.497	5.658
La Paz	6.363	1.994	4.369
Sucre	1.975	474	1.501
- Potosí	78	24	54
Oruro	547	194	353
- Uyuni	54	14	40
- Tupiza	64	16	48
- Villazón	42	9	34
Bermejo	562	138	424
- Tarija	45	18	31
Yacuiba	241	65	176

Santa Cruz	475
Cochabamba	3.324
La Paz	538
Trinidad	119
Sucre	59
Riberalta	53
Tarija	42
Yacuiba	30
Guayaramerín	29
Camiri	25
San Borja	17
Rurrenabaque	8
Reyes	7
Magdalena	6
Puerto Suárez	6
Asunción	3
Exterior	31

T O T A L 4.817

Nota: Población según listados generales de afiliación.  
Departamento Nacional de Seguros el 31 de octubre de 1979.

- \* La población total de Cochabamba incluye la empresa "Lloyd Aéreo Boliviano" con 4.817 personas protegidas; esta se encuentran distribuidas en principales ciudades y poblaciones donde la empresa presta sus servicios. Esta población se encuentra distribuida geográficamente en el cuadro siguiente, relacionada - la población por Regional y/o Distrito.



POBLACION DISTRIBUIDA GEOGRAFICAMENTE SEGUN CATEGORIA  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL 1979 (AL 31 OCTUBRE )

Distribución Geográfica	Total Población	C a t e g o r í a	
		Asegurados	Beneficiarios
T o t a l	45.906	12.319	33.587
Santa Cruz	16.760	4.356	12.404
Cochabamba	10.718	3.055	7.663
Camiri	7.180	1.503	5.677
La Paz	6.908	2.200	4.708
Sucre	2.034	501	1.533
Bermejo	562	138	424
Oruro	547	194	353
Yacuiba	271	72	199
Trinidad	253	91	162
Tarija	91	45	46
Guayaramerín	123	38	85
Cobija	51	15	36
Fotosi	78	24	54
Riberalta	53	11	42
Tupiza	64	16	48
Uyuni	54	14	40
Villazón	43	9	34
San Borja	17	3	14
Reyes	7	2	5
Rurrenabaque	8	2	6
Magdalena	6	1	5
Puerto Suarez	6	2	4
Asunción	3	1	2
Exterior	69	26	43

PERSONAL MEDICO POR ESPECIALIDAD Y HORAS CONTRATADAS SEGUN ESPECIALIDADES  
CAJA FILTRALERA DE SEGURO SOCIAL, 1979

ESPECIALIDAD	T O T A L			SANTA CRUZ			COCHABAMBA			CAMIRI			LA PAZ		
	3hs	6hs	8hs	3hs	6hs	8hs	3hs	6hs	8hs	3hs	6hs	8hs	3hs	6hs	8hs
T O T A L	59	64	57	32	21	18	13	23	10			19	8	14	6
Administración Médica			6			2			1			1			1
Medicina General	11	16	3		5	1	3	3				1		2	
Cirugía General	2	7	2	1	2	1		2			1			3	
Ginecc-Obstetricia	5	8	3	3	2	1	1	4			2			2	
Pediatría	6	14	4	2	7	1	1	5			3		1	2	
Cirujano Pediatra		1			1										
Traumatología	4	2	1	3			1	1			1			1	
Otorrinclaringología	5	2	1	3			1	1			1			1	
Oftalmología	6	2	1	2	1		2	1			1		2		
Cardiología		2			1									1	
Dermatología	4		1	3			1				1				
Neurocirujano	1			1											
Neurología	1	1		1				1							
Urología	1	1		1				1							
Nefrología		1			1										
Proctología	1	1		1				1							
Neumología	2			1									1		
Gastroenterología	1												1		
Psiquiatría	3			1			1						1		
Endocrinología	2			1									1		
Emergencia			20			3			6			5			4
Laboratorio Clínico	1	1	1				1	1							1
Radiología	1	3	1	1	1			2			1				
Anestesiología	5	2	4	5					3		1				
Neonatología	1			1											
Reumatología	1			1											
Citología	2						1						1		
Residentes			9			9									

NOTA: Más 3 Médicos Salubristas a dedicación exclusiva ( 1 Jefe Médico Nacional, 1 Jefe Médico Planificador, 1 Jefe de Auditoría Médica)

3<sup>7</sup>

PERSONAL ADMINISTRATIVO, PARAMEDICO Y DE SERVICIO POR REGIONAL Y/O DISTRITO - CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	ODONTOLOGOS HORAS			FARMACEUTICOS HORAS			LABORATORIS TAS Y TEC. LABORATORIO			RADIOLOGOS Y TEC. RA- YOS X			ENFERMERAS GRA DUA D'S		AUXI- LIA- RES	PERSO- NAL ADM. NAL. Y REG.	PERSONAL ADMINIS. SERVIC. MEDICOS	PERS. TECHNI- COS	PERSONAL DE SERVICIO
	3	6	8	3	6	8	3h	6h	8h	3h	6h	8h							
T O T A L	14	8	6	1	12	3	4	5	13	1	3	10	103	156	214	171	19	88	
NIVEL NACIONAL			1			1									65	5	3	1	
SANTA CRUZ	4	4			5			4	4	1	1	3	37	78	44	82	9	12	
COCHABAMBA	4	1			3		2	1	4		2	3	43	46	31	32	2	37	
- Trinidad														1					
- Guayaramerin														1	1				
- Riberalta																			
CAMIRI			4			2			2			2	14	26	22	23	1	31	
LA PAZ	3	1			2		2		2			1	3	4	32	22	3	2	
SUCRE		2			1								4	3	9	4	1	1	
- Potosi														1					
ORURO					1									3	4	1			
- Uyuni																			
- Tupiza																			
- Villazón																			
PERUJO	1				1							1	1	2	2	1		3	
- Tarija													1		2				
YACUIBA			1						1					1	2	1		1	
- Sanandita																			

Laboratorista.- Incluye Médicos Laboratoristas y Bioquímicos. Radiólogos.- Incluye Médicos Radiólogos.

(5)

NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS PROPIAS POR REGIONAL  
Y/O DISTRITO SEGUN ESPECIALIDAD  
CAJA FIDUCIARIA DE SEGURO SOCIAL, 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	TOTAL	E S P E C I A L I D A D			
		MEDICINA GENERAL	CIRUGIA GENERAL	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	PEDIATRIA
T O T A L	278	88	73	58	59
SANTA CRUZ	<u>100</u>	<u>34</u>	<u>23</u>	23	<u>20</u>
COCHABAMBA	74	25	20	17	12
CAMIRI	64	17	18	10	19
LA PAZ (≠)	20	6	6	5	3
EUCRE					
CRURO					
BERMEJO	20	6	6	3	5
YACUIBA					

(≠) Clínica alquilada

Las regionales y distritos que no disponen de camas hospitalarias, realizan sus internaciones en hospitales o clínicas particulares de acuerdo a demanda espontánea, por lo tanto, no disponen de un número fijo de camas.

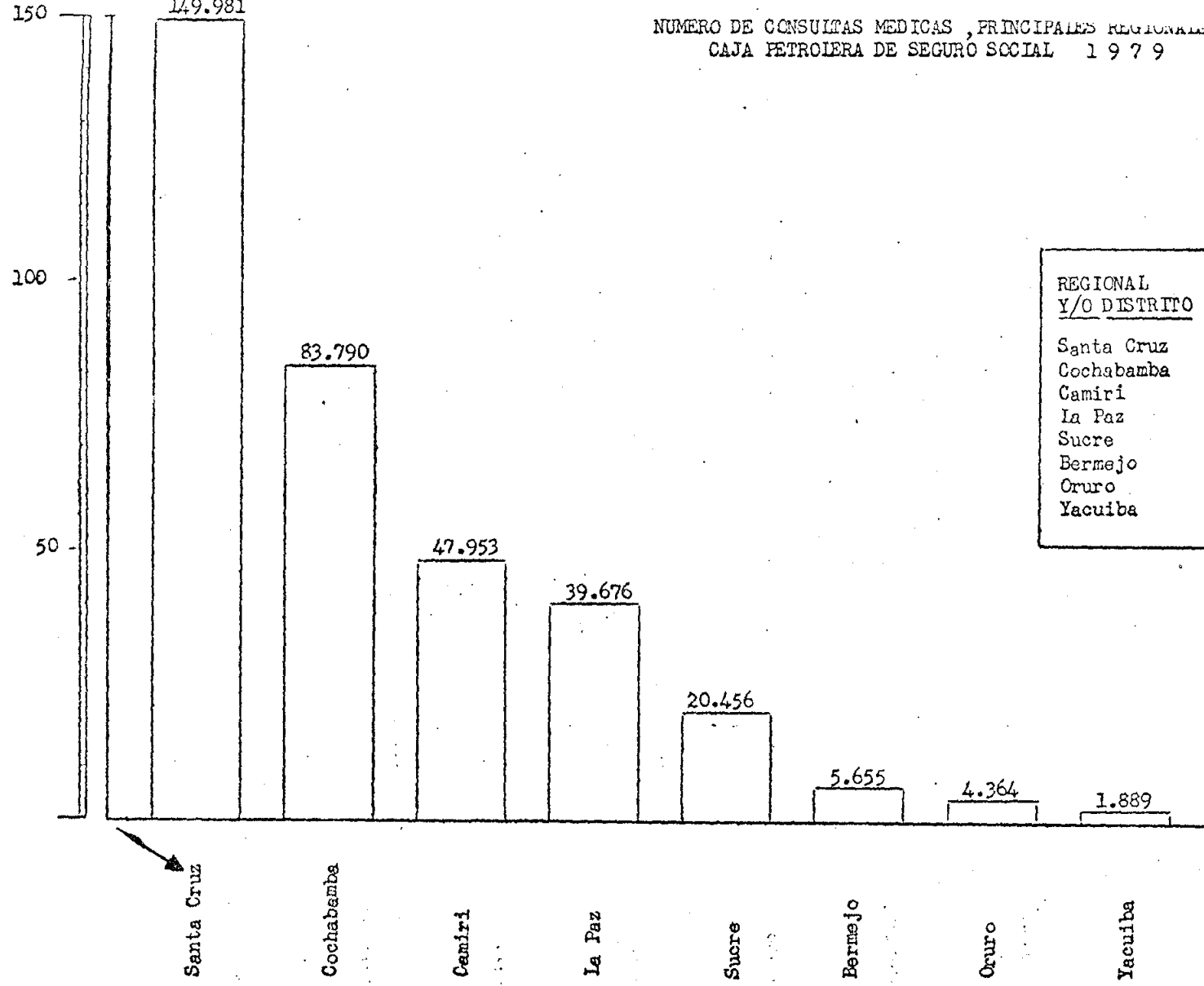
510

ESTABLECIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION  
 POR REGIONAL Y/O DISTRITO, 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	CONSULTA EXTERNA				HOSPITALIZACION			
	POLICONSULTORIO		PUESTO MEDICO		HOSPITAL		CLINICA	
	PROPIO	ALQUILADO	PROPIO	ALQUILADO	PROPIO	ALQUILADO	PROPIO	ALQUILADO
T O T A L	4	1		6		4		1
SANTA CRUZ	1					1		
COCHABAMBA	1					1		
- Trinidad				1				
- Guayaramerin				1				
- Riberalta								
CHIRIQUI	1					1		
LA PAZ	1							1
SUCRE		1						
- Potosí								
ORURO				1				
- Uyuni				1				
- Tupiza								
- Villazón								
BERMEJO						1		
- Tarija				1				
YACUIBA				1				

61

NUMERO DE CONSULTAS MEDICAS , PRINCIPALES REGIONALES  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL 1979



REGIONAL Y/O DISTRITO	PORCENTAJE
Santa Cruz	42.4
Cochabamba	23.7
Camiri	13.6
La Paz	11.2
Sucre	5.8
Bermejo	1.6
Oruro	1.2
Yacuiba	0.5

## CONSULTAS MEDICAS POR REGIONAL Y/O DISTRITO SEGUN MES

C.P.S.S. 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	TOTAL CONSULTAS MEDIICAS AÑO	M		E		S		E		S		N	D
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O		
T O T A L	353.861	32.336	27.448	30.447	28.638	30.608	30.608	30.294	30.834	27.633	32.297	29.548	23.174
SANTA CRUZ	149.981	13.983	11.960	13.622	11.960	12.758	12.284	12.788	13.214	10.900	13.603	13.187	9.722
COCHABAMBA	82.539	7.427	6.226	6.907	6.515	7.062	7.716	7.108	7.166	6.610	8.100	6.552	5.150
- Trinidad	1.351	200	196	237	198	245	275						
- Guayaramerin													
- Riberalta													
CAMIRI	47.953	4.427	3.483	3.838	3.811	3.811	4.085	4.215	4.27	4.041	4.352	4.142	3.464
LA PAZ	39.676	3.417	3.217	3.251	3.417	3.879	3.579	3.348	3.200	3.304	3.453	3.034	2.577
SUCRE	19.720	1.605	1.415	1.607	1.767	1.712	1.760	1.734	1.755	1.693	1.691	1.635	1.354
- Potosí	728	84	60	104	68	95	86	58	93	80			
ORURO	3.646	318	226	262	287	383	377	359	358	284	292	280	220
- Uvuni	273	29	15	29	24	38	38	20	20	20		22	18
- Tupiza	255		19	16	22	23	20	27	24	28	38	19	19
- Villazón	187		16	18	20	29	23	11	17	22		22	9
BERMEJO	3.024	3	310	238	218	212		268	300	268	272	275	271
- Tarija	2.631	250	156	171	175	220	219	223	230	220	307	247	213
YACUIEA	1.725	176	120	136	148	137	146	125	164	152	169	113	139
- Sanandita	104	28	29	11				10	17	11	20	20	18

## CONSULTAS MEDICAS POR ESPECIALIDAD SEGUN REGIONAL

Y/O DISTRITO C.P.S.S., 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	TOTAL CONSULTAS MEDICAS	E S P E C I A L I D A D				
		MEDICINA GENERAL	CIRUGIA GENERAL	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	PEDIATRIA	TRAUMATOLOGIA
T O T A L	353.861	86.697	19.044	33.294	77.393	16.400
SANTA CRUZ	149.981	32.053	8.083	14.956	35.584	4.984
COCHABAMBA	82.539	16.935	1.922	8.711	21.426	3.470
- Trinidad	1.351	1.351				
- Guayaramerin						
- Riberalta						
CAMIRI	47.953	7.441	2.525	4.880	9.946	4.515
LA PAZ	39.676	7.394	5.806	3.813	7.450	3.290
SUCRE	19.728	8.890	708	934	2.987	143
- Potosí	728	728				
CRURO	3.646	3.646				
- Uyuni	273	273				
- Tupiza	255	255				
- Villazón	187	187				
BENEFEO	3.024	3.024				
- Tarija	2.631	2.631				
YACUIBA	1.725	1.725				
- Sanandita	164	164				

Guayaramerin y Riberalta sin información; Trinidad de Enero a Junio.



2.-

REGIONAL Y/O DISTRITO	E S P E C I A L I D A D				
	OTORRINOLARIN COLOGIA	CARDIOLOGIA	OFTALMOLOGIA	EMERGENCIA	OTRAS ESPECIALIDADES
T O T A L	17.418	5.194	14.290	53.923	30.908
SANTA CRUZ	6.423	1.514	5.720	20.254	20.410
COCHABAMBA	4.529	994	4.638	12.942	6.972
- Trinidad					
- Guayaramerín					
- Riberalta					
CAMIRI	1.902	1.894	1.756	13.096	
LA PAZ	3.295	673	1.751	3.177	3.027
SUCRE	1.269	119	425	3.754	499
- Potosí					
ORURO					
- Uyuni					
- Tupiza					
- Villazón					
BERMEJO					
- Tarija					
YACUIBA					
- Sanandita					

1015

CONSULTAS MEDICAS Y ODONTOLOGICAS POR CLASE DE PERSONA PROTEGIDA  
 SEGUN REGIONAL Y/O DISTRITO  
 C.P.S.S. 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	TOTAL CONSULTAS	C A T E G O R I A	
		ASEGURADOS	BENEFICIARIOS
T C T A L	419.084	107.128	311.956
SANTA CRUZ	177.596	42.454	135.142
COCHABAMBA	96.524	21.750	74.774
* Trinidad	1.351	324	1.027
* Guayaramerin			
* Riteralta			
CAMERI	57.129	14.152	41.977
LA PAZ	46.971	16.761	30.210
SUCRE	22.793	7.109	15.684
Potosí	728	291	437
ORURO	5.392	1.546	3.846
Uyuni	273	102	171
Tupiza	255	80	175
Villazón	187	62	125
BERMEJO	4.233	1.055	3.178
Tarija	3.392	792	2.600
YACUIPA	2.096	603	1.493
Sarandita	164	47	117

\* Sin información

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS POR REGIONAL Y/O DISTRITO

SEGUN MES C.P.S.S. 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	TOTAL CONSUL TAS	M E S											
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiem bre	Octubre	Noviem bre	Diciem bre
T O T A L	65.223	6.209	5.394	4.682	5.081	5.587	5.590	6.247	5.461	4.875	5.881	5.682	4.534
SANTA CRUZ	27.615	2.592	2.143	2.422	2.195	2.349	2.391	2.697	2.600	1.809	2.329	2.381	1.707
COCHABAMBA	13.905	1.448	1.427	1.130	1.148	1.124	1.235	1.142	807	1.006	1.351	1.133	1.034
≠ Trinidad													
≠ Guayaramerin													
≠ Riberalta													
CAMIRI	9.176	723	561	25	647	1.072	935	991	854	885	953	882	648
LA PAZ	7.295	675	627	605	568	464	548	738	564	641	666	639	560
SUCRE	3.065	406	325	224	261	252	236	273	235	196	203	217	237
≠ Potosí													
ORURO	1.746	122	115	118	146	161	170	146	161	159	161	152	135
≠ Uyuni													
≠ Tupiza													
≠ Villazón													
BERMEJO	1.209	191	150	99	68	93		119	114	60	91	120	104
≠ Tarija	761	22	21	29	15	42	73	111	80	89	91	116	72
YACUIBA	371	30	25	30	33	30	2	30	46	30	36	42	37

≠ No disponen de servicio propio.

\* MOVIMIENTO PACIENTES HOSPITALIZADOS POR REGIONAL Y/O DISTRITO

CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL - 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	MOVIMIENTO PACIENTES HOSPITALIZADOS								
	DOTACION NORMAL CAMAS	C A M A S		PORCENTAJE OCUPACIONAL	E G R E S O S			DIAS DE ESTADA	ESTANCIA MEDIA
		DISPONIBLES	OCUPADAS		ALTAS	FALLECIDOS	TOTAL		
SANTA CRUZ **	100	29.598	21.932	74,1	3.899	46	3.945	20.642	5,2
COCHABAMBA	64	13.500	3.095	22,9	3.039	85	3.124	16.760	5,4
- Trinidad									
- Guayaramerín									
- Riberalta									
CAMIRI	74	23.764	11.425	48,1	1.947	36	1.983	10.848	5,5
LA PAZ	20	7.300	7.211	98,8	1.005	12	1.017	5.645	5,2
SUCRE					351	4	355	2.151	6,1
- Potosí									
ORURO					64	4	68	320	4,7
- Uyuni									
- Tupiza									
- Villazón									
BERMEJO	20	7.300	1.317	18,0	238	3	241	1.185	4,9
- Tarija					37	5	42	264	6,3
YACUIBA					28		28	99	3,5
T O T A L	278	87.462	54.980	67,5	10.608	195	10.803	57.914	5,4

NOTA: Las Regionales y/o Distritos que no cuentan con servicios propios de hospitalización, realizan sus internaciones en Hospitales o Clínicas particulares de acuerdo a demanda espontánea, por lo tanto no disponen de un número fijo de camas.

\* El Movimiento Hospitalario incluye pacientes particulares.

→ \*\* Santa Cruz: Información solo de 10 meses (enero-octubre) 1979

(13)

EGRESOS HOSPITALARIOS POR REGIONAL Y/O DISTRITO SEGUN PACIENTES  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL Y PARTICULARES - 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	E G R E S O S						DIAS DE ESTADA		ESTANCIA MEDICA	
	A L T A S		DEFUNCIONES		TOTAL EGRESOS		C.P.S.S.	PARTIC.	C.P.S.S.	PARTIC.
	C.P.S.S.	PARTIC.	C.P.S.S.	PARTIC.	C.P.S.S.	PARTIC.				
T O T A L	7.876	2.732	98	97	7.974	2.829	42.627	15.287	5,3	5,4
→ SANTA CRUZ *	2.717	1.182	21	25	2.738	1.207	15.319	5.323	5,6	4,4
COCHABAMBA	2.13E	903	32	53	2.168	956	10.234	6.526	4,7	6,8
- Trinidad										
- Guayaramerín										
- Riberalta										
CAMIRI	1.330	617	18	18	1.348	635	7.497	3.351	5,5	5,3
LA PAZ	1.005		12		1.017		5.645		5,2	
SUCRE	351		4		355		2.151		6,1	
- Potosí										
ORURO	60		4		68		320		4,7	
- Uyuni										
- Tupiza										
- Villazón										
BERMEJO	208	30	2	1	210	31	1.098	87	5,2	2,8
- Tarija	37		5		42		264		6,3	
YACUIBA	28				28		99		3,5	
- Sanandita										

→ \* Santa Cruz: Información solo de 10 meses (Enero-Octubre) 1979.

(17)

EGRESOS HOSPITALARIOS POR REGIONAL Y/O DISTRITO  
SEGUN MES, CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979

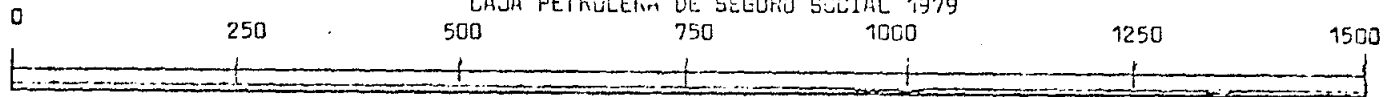
REGIONAL Y/O DISTRITO	TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS	M E S E S											
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
T O T A L	7.974	736	698	676	674	681	636	648	681	684	858	441	511
→ SANTA CRUZ	2.738	312	279	299	306	271	254	233	241	273	270		
COCHABAMBA	2.168	161	186	147	133	152	145	178	169	136	309	219	233
- Trinidad													
- Guayaramerin													
- Riberalta													
CAMIRI	1.348	129	116	101	96	105	105	102	131	112	109	120	122
LA PAZ	1.017	91	74	84	80	90	85	76	68	90	92	89	98
SUCRE	355	20	20	33	32	39	23	24	28	36	38	34	28
- Potosí													
ORURO	68	8	8	4	10	9	4	3	8	5	5		4
- Uyuni													
- Tupiza													
- Villazón													
BERMEJO	210	8	11	6	10	11	17	23	26	24	24	26	24
- Tarija	42	2	2	2	5	4	1	5	5	4	7	3	2
YACUIPA	28	5	2		2		2	4	5	4	4		
- Sanandita													

NOTA.- No incluye pacientes particulares.

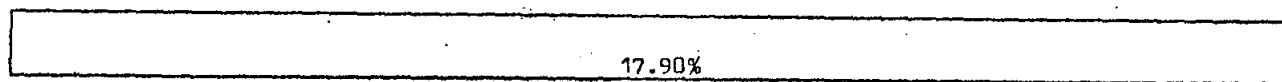
EGRESOS HOSPITALARIOS POR ESPECIALIDAD

CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL 1979

ESPECIALIDAD

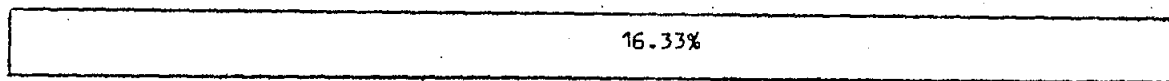


OBSTETRICIA



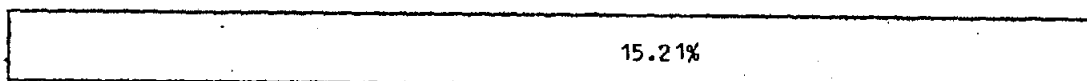
17.90%

PEDIATRIA



16.33%

MEDICINA



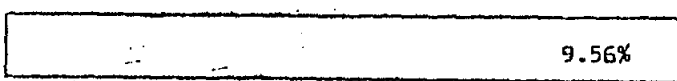
15.21%

CIRUGIA



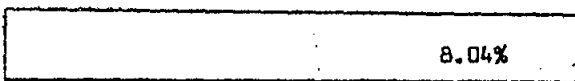
12.99%

GINECOLOGIA



9.56%

TRAUMATOLOGIA



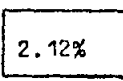
8.04%

OTORRINOLARINGOLOGIA



4.74%

CARDIOLOGIA



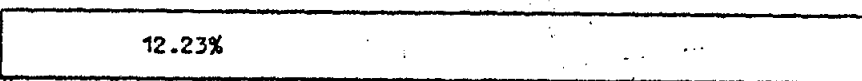
2.12%

OFTALMOLOGIA



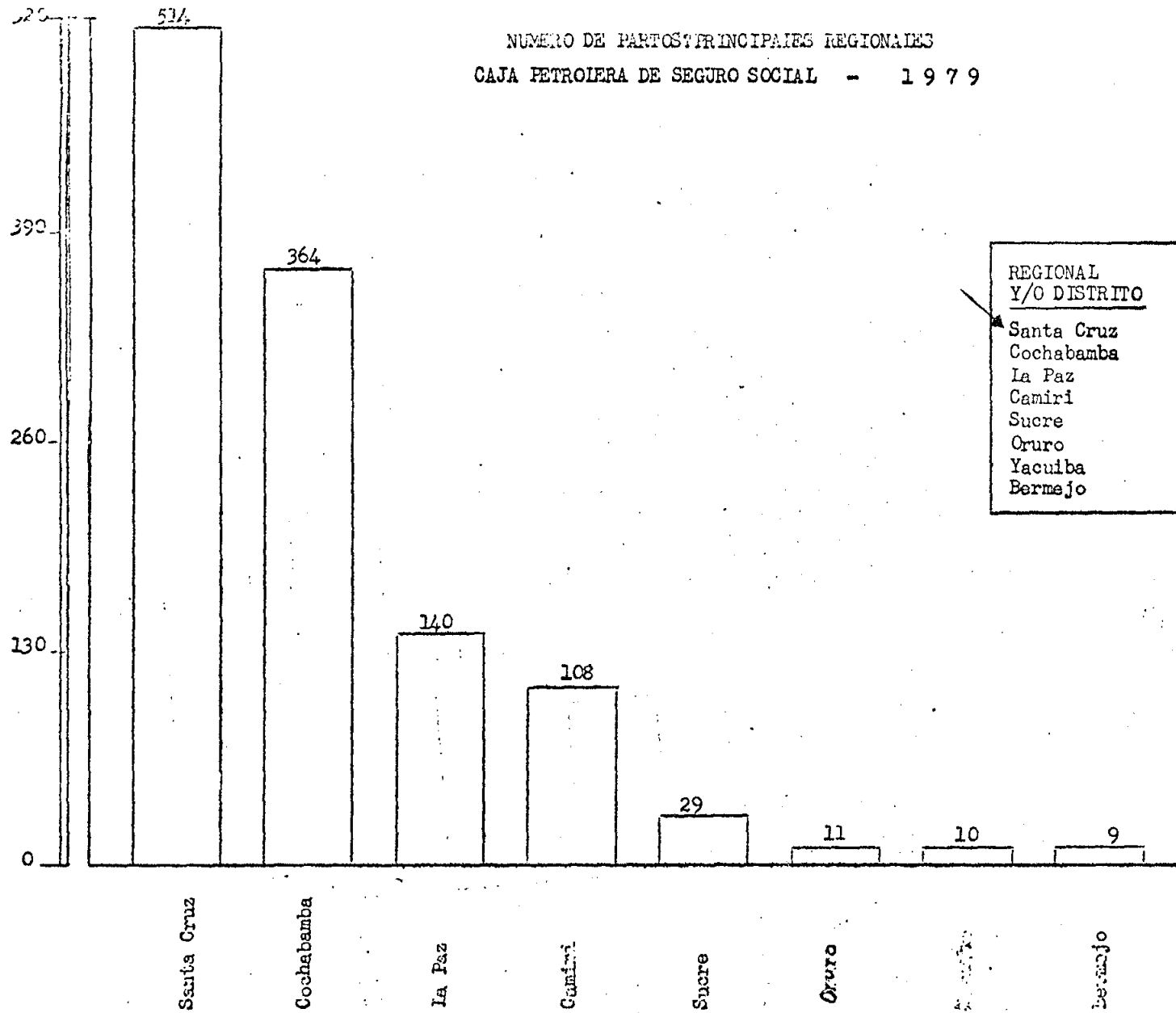
0.89%

OTRAS



12.23%

NUMERO DE PARTOS PRINCIPALES REGIONALES  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL - 1979



REGIONAL Y/O DISTRITO	PORCENTAJE
Santa Cruz	43.4
Cochabamba	30.7
La Paz	11.8
Camiri	3.3
Sucre	0.9
Oruro	0.3
Yacuiba	0.3
Bermejo	0.3



PARTOS Y NACIMIENTOS POR REGIONAL Y/O DISTRITO  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	P A R T O S			N A C I M I E N T O S		
	T O T A L	C.P.S.S.	PARTICULARES	T O T A L	C.P.S.S.	PARTICULARES
T O T A L	1.609	1.185	424	1.626	1.192	434
SANTA CRUZ	704	514	190	714	518	196
COCHABAMBA	525	364	161	530	365	165
CAMIRI	178	108	70	180	110	70
LA PAZ	140	140		140	140	
SUCRE	29	29		29	29	
ORURO	11	11		11	11	
BERMEJO	4	1	3	4	1	3
- Tarija	8	8		8	8	
YACUIBA	10	10		10	10	

Partos Gemelares

Santa Cruz = 10

Cochabamba = 5

Camiri = 2

\* Santa Cruz; información solo de enero a octubre 1979

PARTOS Y NACIMIENTOS POR REGIONAL Y/O DISTRITO

CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL - 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	P A R T O S				N A C I M I E N T O S		
	EUTOCICOS	DISTOCICOS	CESAREAS	TOTAL	NACIDO VIVO	NACIDO MUERTO	TOTAL
T O T A L	946	45	194	1.185	1.181	11	1.192
SANTA CRUZ *	406	26	82	514	512	6	518
COCHABAMBA	288	15	61	364	361	4	365
CAMIRI	83		25	108	110		110
LA PAZ	121	1	18	140	139	1	140
SUCRE	25		4	29	29		29
ORURO	11			11	11		11
BERMEJO	1			1	1		1
- Tarija	5	1	2	8	8		8
- Yacuiba	6	2	2	10	10		10

NOTA: Partos Gemelares  
 Santa Cruz 4  
 Cochabamba 1  
 Camiri 2

\* Santa Cruz: Información solo de 10 meses. (enero - octubre) 1979.

ANALISIS REALIZADOS POR REGIONAL Y/O DISTRITO

CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	L A B O R A T O R I O			L A B O R A T O R I O				T O T A L ANALISIS
	EXAMENES REALIZADOS		T O T A L ANALISIS	EXAMENES REALIZADOS		HOSPITALIZACION		
	PACIENTES C.P.S.S.	PACIENTES PARTICULARES		CONSULTA C.P.S.S.	EXTRNA PART.	C.P.S.S.	PART.	
T O T A L	114.422	7.996	122.418	95.086	2.786	19.412	5.134	122.418
SANTA CRUZ	43.543	3.588	47.131	32.718	905	10.901	2.607	47.131
COCHABAMBA	20.399	1.142	21.541	19.431		968	1.142	21.541
- Trinidad								
- Guayaramerin								
- Riberalta								
CAMIRI	21.889	3.266	25.155	16.149	1.881	5.740	1.385	25.155
LA PAZ	26.320		26.320	24.550		1.770		26.320
SUCRE	1.165		1.165	1.132		33		1.165
- Potosí								
ORURO	507		507	507				507
- Uyuni								
- Tupiza								
- Villazón								
BERMEJO *	26		26	26				26
- Tarija	322		322	322				322
YACUIBA	251		251	251				251
- Sanandita								

\* Santa Crz = Informe de Enero a Octubre  
 o Camiri = 367 Analisis a pacientes indigentes  
 + Bermejo = Informe solamente Enero

20

37

NUMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO  
 POR REGIONAL Y/O DISTRITO SEGUN TIPO  
 CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	TOTAL ANALISIS	T I P O D E A N A L I S I S						
		HEMATOLO GICOS	URIANA- SIS	SEROLO- GICOS	PARASITO LOGICOS	BACTERIO- LOGICOS	BIOQUI- MICOS	O T R O S
T O T A L	114.422	39.429	13.012	8.385	15.330	12.904	22.712	2.650
SANTA CRUZ *	43.543	7.363	5.400	4.611	6.864	9.210	9.998	97
COCHABAMBA *1	20.399	6.629	3.364	1.959	2.744	1.649	3.846	208
CAMIRI	21.889	11.384	1.945	723	3.778	523	2.232	1.304
LA PAZ	26.320	13.327	1.772	934	1.651	1.369	6.289	978
SUCRE	1.165	364	256	25	121	88	265	46
Potosí								
ORURO	507	105	122	101	114	59	4	2
BERMEJO	26	8	9	3	6			
Tarija	322	187	79	7	28	2	10	9
YACUIBA	251	62	65	22	24	4	68	6

\* Información solo de 9 meses (enero - septiembre)

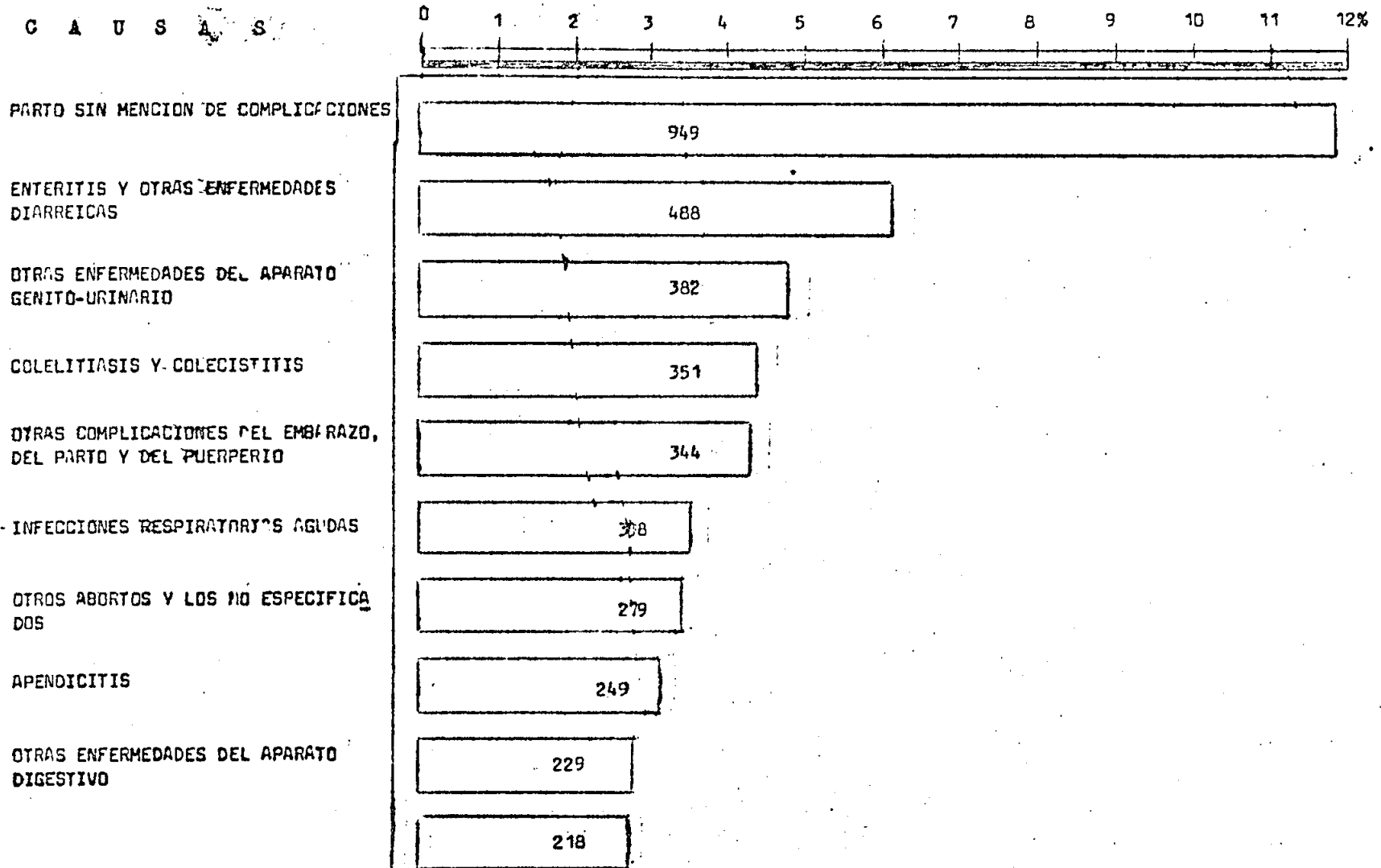
\* 1 No incluye Laboratorio hospitalario por no preparar información oportunamente

NUMERO DE PLACAS RADIOGRAFICAS POR REGIONAL Y/O DISTRITO  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979

REGIONAL Y/O DISTRITO	R A Y O S X			R A Y O S X		
	RADIOGRAFIAS	TOMADAS	TOTAL PLACAS	RADIOGRAFIAS	TOMADAS	T O T A L PLACAS
	PACIENTES C.P.S.S.	PACIENTES PARTICULARES		CONSULTA EXTERNA	HOSPITALI ZACION	
T O T A L	29.500	4.885	34.385	26.089	4.879	30.968
SANTA CRUZ	11.616	1.468	13.084	10.034	3.050	13.084 *
COCHABAMBA	4.729	1.808	6.537	4.030	699	4.729
- Trinidad						
- Guayaramerin						
- Riberalta						
CAMIRI	4.158	1.487	5.645	3.536	622	4.158
LA PAZ	7.523		7.523	7.112	411	7.523
SUCRE	446		446	422	24	446
- Potosí						
ORURO	147		147	144	3	147
- Uyuni						
- Tupiza						
- Villazón						
BERMEJO	698		698	631	67	698
- Tarija	88		88	88		88
YACUIBA	95	122	217	92	3	95
- Sanandita						

\* Santa Cruz incluye radiografias tomadas a pacientes particulares (informe enero a octubre)

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN  
 CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL 1979  
 NUMERO DE CAUSAS EN PORCENTAJE



DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA O  
CAJA PETROLERA EN SEGURO SOCIAL, 1979

C.I.E.	GRUPO DE CAUSAS	Nº DE CASOS	% PORCENTAJE
	TODAS LAS CAUSAS	7.974	100
A 118	Parto sin mención de complicaciones .....	949	11,90
A 5	Enteritis y otras enfermedades diarreicas .....	488	6,12
A 111	Otras enfermedades del aparato genitourinario .....	382	4,79
A 103	Colelitiasis y colesistitis.....	351	4,40
A 117	Otras complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio.....	344	4,31
A 89	↳ Infecciones respiratorias agudas.....	308	3,86
A 115	Otros abortos y los no especificados.....	279	3,50
A 93	Bronquitis, enfisema y asma.....	249	3,12
A 100	Apendicitis.....	229	2,87
A 104	Otras enfermedades del aparato digestivo.....	218	2,74
	Todas las demas causas.....	4.177	52,39

(27)

MORBILIDAD HOSPITALARIA SEGUN CAUSAS Y ESTANCIA MEDIA POR GRUPO DE EDADES  
REGIONAL SANTA CRUZ, 1979

C.I.E. GRUPOS DE CAUSAS	TOTAL EGRESOS	DIAS ESTADA	PROMEDIO DIAS DE ESTADA	GRUPO DE EDADES					
				-1	1-4	5-14	15-44	45-64	65 y. +
T O T A L E S	2.738	15.319	5,6	250	343	272	1.551	232	90
A - 2 Fiebre Tifcidea.....	3	23	7,7			1	2		
A - 3 Fiebre paratífica y otras salmonelosis....	23	104	4,5		4	9	9	1	
A - 4 Disenteria bacilar y amibiasis.....	10	70	7,0	1	1	7	1		
A - 5 Enteritis y otras enfermedades diarreicas..	239	1.093	4,6	83	87	18	33	12	6
A - 6 Tuberculosis del aparato respiratorio.....	19	312	16,4	1	6	5	4	3	
A - 7 Tuberculosis de las meninges y del sistema nervioso central.....	1	1	1,0		1				
A - 10 Otras tuberculosis, incluyendo efectos tar- díos.....	2	24	6,0				1	1	
A - 13 Brucelosis.....	3	41	13,7				2	1	
A - 16 Tos ferina.....	2	8	4,0	1	1				
A - 17 Angina estreptocócica y escarlatina.....	1	1	1,0				1		
A - 18 Erisipela.....	2	10	5,0		1		1		
A - 21 Otras enfermedades bacterianas.....	15	68	4,5	1	3	2	6	2	1
A - 22 Poliomeilitis aguda.....	3	22	7,3		3				
A - 23 Efectos tardíos de la poliomeilitis aguda...	2	9	4,5		1	1			
A - 25 Sarampión.....	6	26	4,3	1	2	3			
A - 29 Otras virosis.....	5	19	3,8	2	2		1		
A - 31 Paludismo.....	8	62	7,8		1	3	3		1
A - 32 Tripanosomiasis.....	3	26	8,7	1			2		

(25)



NUMERO Y PORCENTAJE DE OPERACIONES QUIRURGICAS REGIONAL SANTA CRUZ  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979

C.O.Q.	CLASIFICACION DE OPERACIONES QUIRURGICAS	NUMERO	PORCENTAJE
-	T O T A L	1.143	100
01 - 05	Neurocirugía.....	16	1,40
06 - 14	Oftalmología.....	87	7,61
16 - 21	Otorrinolaringología.....	100	8,75
22 - 23	Operaciones de las glándulas tiroideas, paratiroides, suprarrenales y del timo .....	31	2,71
24 - 30	Cirugía Cardiovascular.....	4	0,35
32 - 35	Cirugía Torácica.....	4	0,35
38 - 48	Cirugía Abdominal.....	207	18,11
50 - 52	Cirugía Proctológica.....	24	2,10
54 - 61	Cirugía Urológica.....	33	2,89
65	Cirugía de la Mama.....		
67 - 72	Cirugía Ginecológica.....	48	4,20
74 - 78	Procedimientos Obstetricos.....	191	16,71
80 - 90	Cirugía Ortopédica.....	92	8,06
92 - 94	Cirugía plástica.....	146	12,77
95 - 98	Cirugía Oral y Maxilofacial.....	6	0,52
99	Cirugía Dental.....	1	0,09
A1 - A2	Biopsias.....	14	1,22
A4 - A5	Endoscopia Diagnóstica.....	106	9,27
A8 - A9	Radiografía Diagnóstica.....	15	1,31
	Limpieza Quirúrgica.....	13	1,14
	Otros Procedimientos.....	5	0,44

C.O.Q. Clasificación Operaciones Quirúrgicas OMS/OPS 1971

NOTA: No incluye operaciones de pacientes particulares (Operaciones pacientes particulares 604.  
Información enero a octubre

26

90

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD RES. TALLERIA  
 CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL 1 9 7 9  
 NUMERO DE CAUSAS EN PORCENTAJE

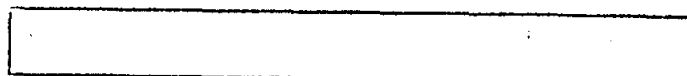
C A U S A S

0 3 6 9 12 15

OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL  
 CORAZON



OTRAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y  
 DE MORTALIDAD PERINATALES



OTRAS NEUMONIAS



OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO  
 DIGESTIVO



ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES  
 DIARREICAS



DIABETES MELLITUS



CRONQUITIS, EFISEMA Y ASMA



TUBERCULOSIS DEL APARATO  
 RESPIRATORIO



OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS



TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO  
 EXCEPTO DEL RECTO



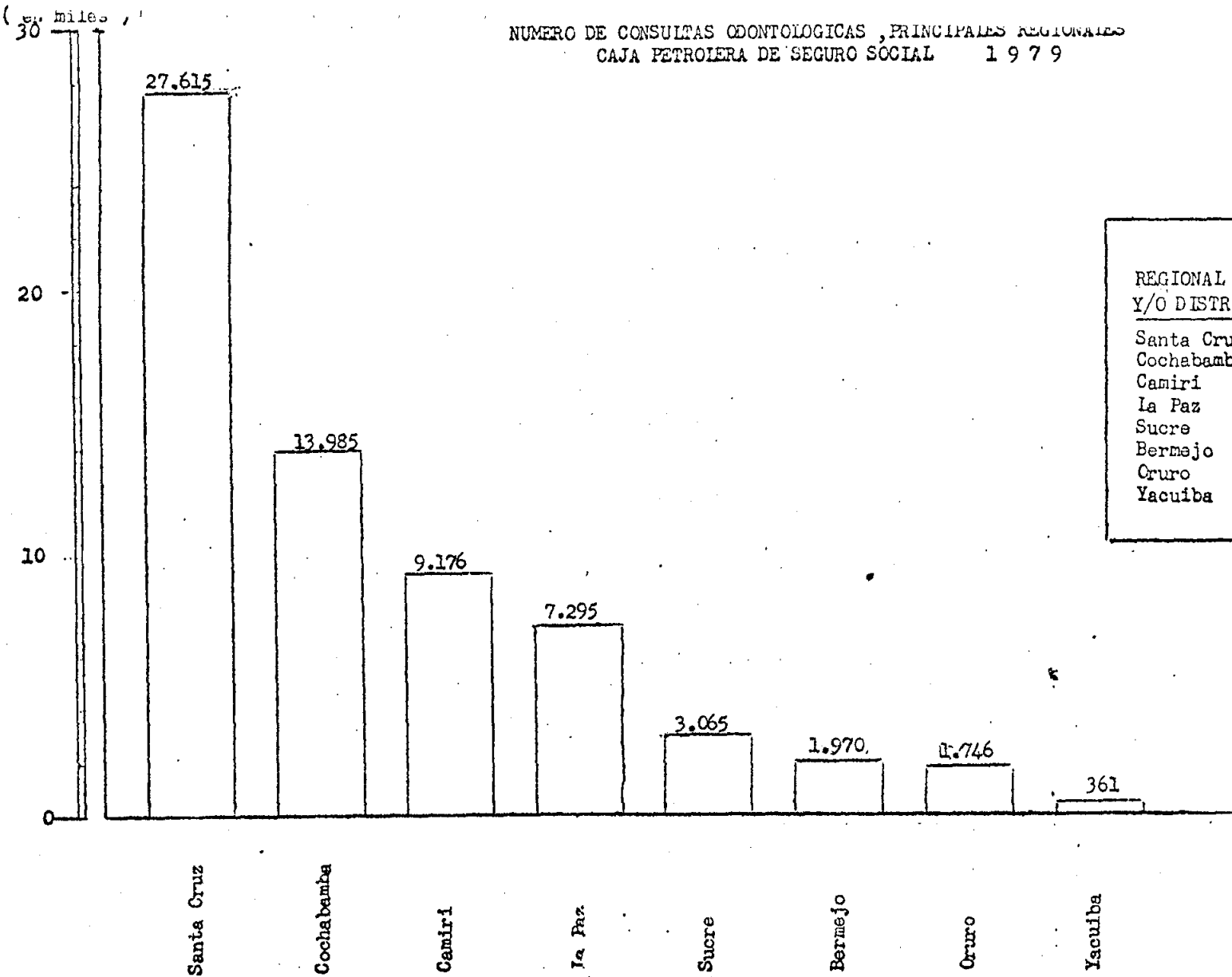
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR DAÑOS  
 CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979

C.I.E.	GRUPO DE CAUSAS	Nº DE CASOS	% PORCENTAJE
	TODAS LAS CAUSAS	98	100
A 84	Otras formas de enfermedad del corazón.....	14	14,29
A 135	Otras causas de morbilidad y de mortalidad perinatales.....	7	7,14
A 92	Otras neumonías.....	6	6,12
A 104	Otras enfermedades del aparato digestivo.....	6	6,12
A 5	Enteritis y otras enfermedades diarreicas.....	5	5,10
A 64	Diabetes mellitus.....	5	5,10
A 93	Tronquitis, enfisema y asma.....	4	4,08
A 6	Tuberculosis del aparato respiratorio.....	3	3,06
A 21	Otras enfermedades bacterianas.....	3	3,06
A 48	Tumor maligno del intestino excepto del recto.....	3	3,06
	Las demás causas.....	42	42,87

MORTALIDAD HOSPITALARIA, ESTADÍSTICA MEDIA POR GRUPOS DE EDADES SEGUN CAUSAS  
REGIONAL SANTA CRUZ 1972

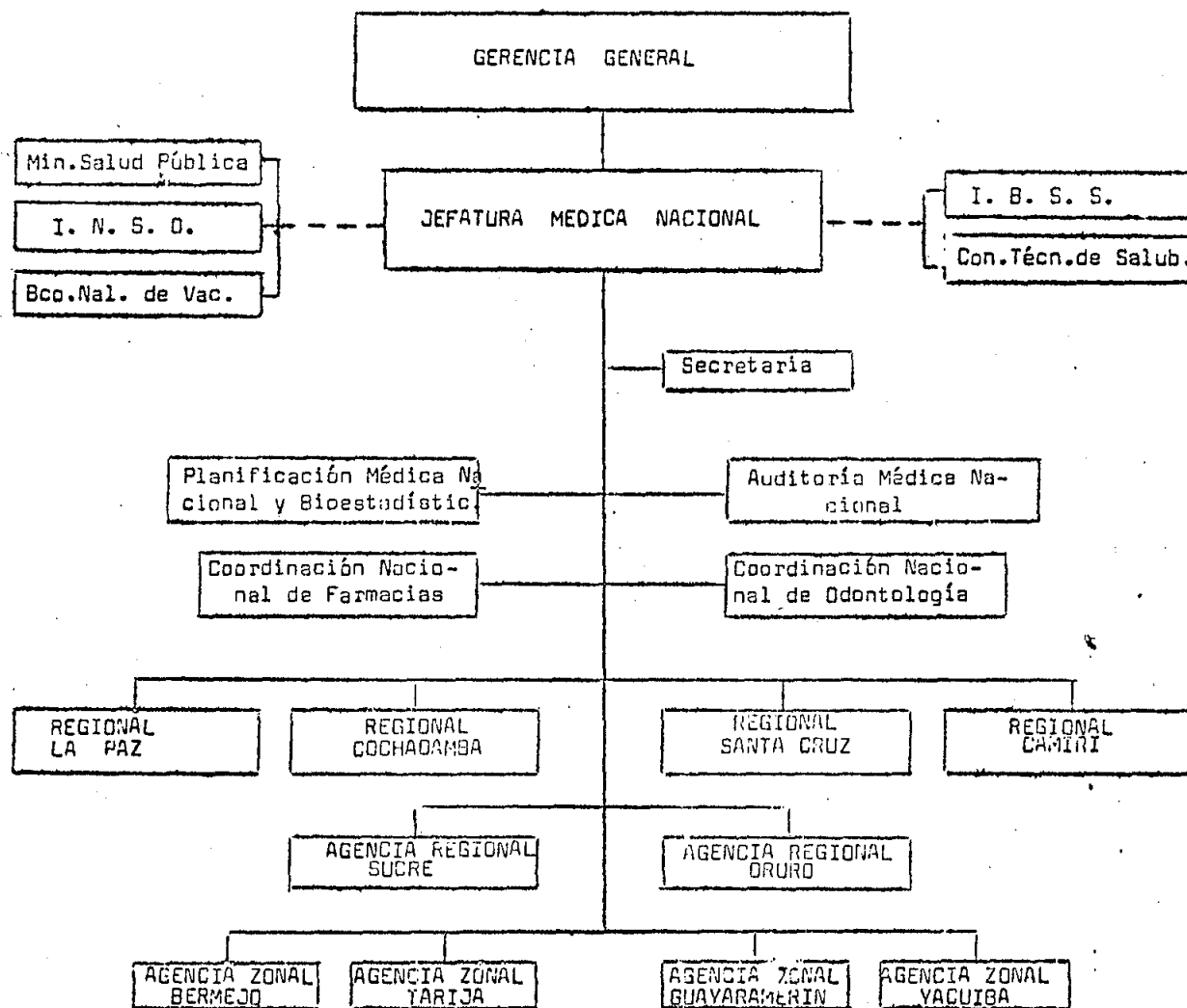
C.I.E.	GRUPOS DE CAUSAS	TOTAL EGRESOS	DIAS ESTADA	PROMEDIO DIAS DE ESTADA	GRUPO DE EDADES					
					-1	1-4	5-14	15-44	45-64	65 y +
T O T A L E S		24	233	11,1		2		5	10	4
A - 51	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y pulmón.....	1	1	1,0					1	
A - 58	Tumor maligno de otras localizaciones y de localizaciones no especificadas.....	1	10	10,0					1	
A - 79	Otras enfermedades del sistema nervioso y de órganos de los sentidos.....	1	1	1,0					1	
A - 84	Otras formas de enfermedad del corazón.....	2	2	2,0			1		1	
A - 85	Enfermedades cerebrovasculares.....	1	12						1	
A - 86	Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares.....	2	64	32,0					2	
A - 87	Trombosis venosas y embolias.....	1	15	15,0					1	
A - 93	Bronquitis, enfisema y asma.....	2	22	11,0			1			1
A - 98	Úlcera péptica.....	1	42	42,0						1
A - 103	Colelitiasis y colecistitis.....	1	1	1,0			1			
A - 104	Otras enfermedades del aparato digestivo....	2	12	6,0					1	1
A - 115	Otros abortos y los no especificados.....	1	5	5,0			1			
A - 121	Artritis y espondilitis.....	1	16	16,0						1
AN - 143	Traumatismos intracraneales (excepto la fractura del cráneo).....	1	14	14,0			1			
AN - 148	Quemaduras.....	2	15	7,5		1			1	
AN - 149	Efectos de sustancias químicas.....	1	1	1,0		1				

NUMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS, PRINCIPALES REGIONALES  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL 1979

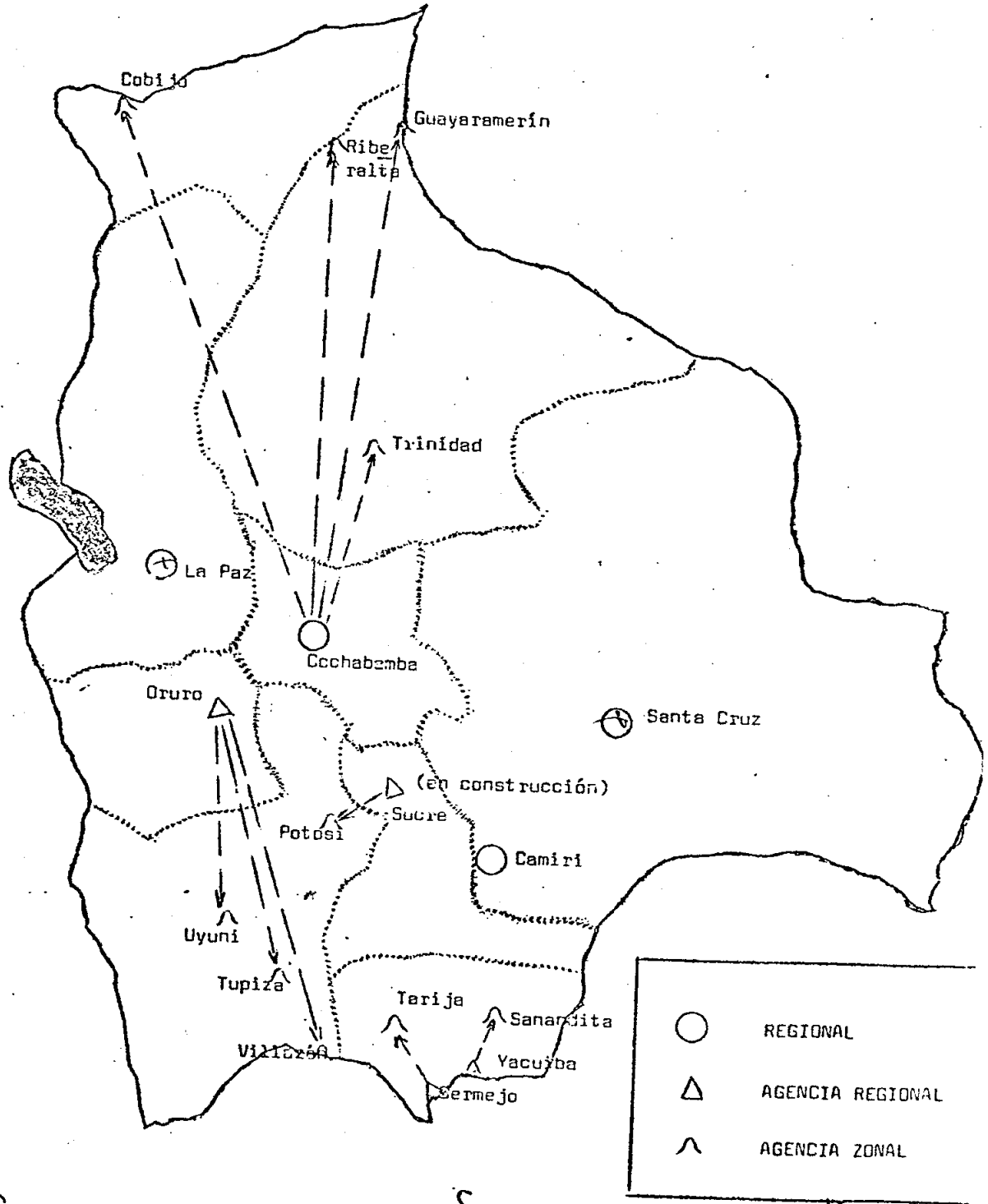


REGIONAL Y/O DISTRITO	PORCENTAJE
Santa Cruz	42.3
Cochabamba	21.4
Camiri	14.1
La Paz	11.2
Sucre	4.7
Bermejo	3.0
Oruro	2.7
Yacuiba	0.6

ORGANIGRAMA SERVICIO MEDICO CAJA PETROLERA SE SEGURO SOCIAL

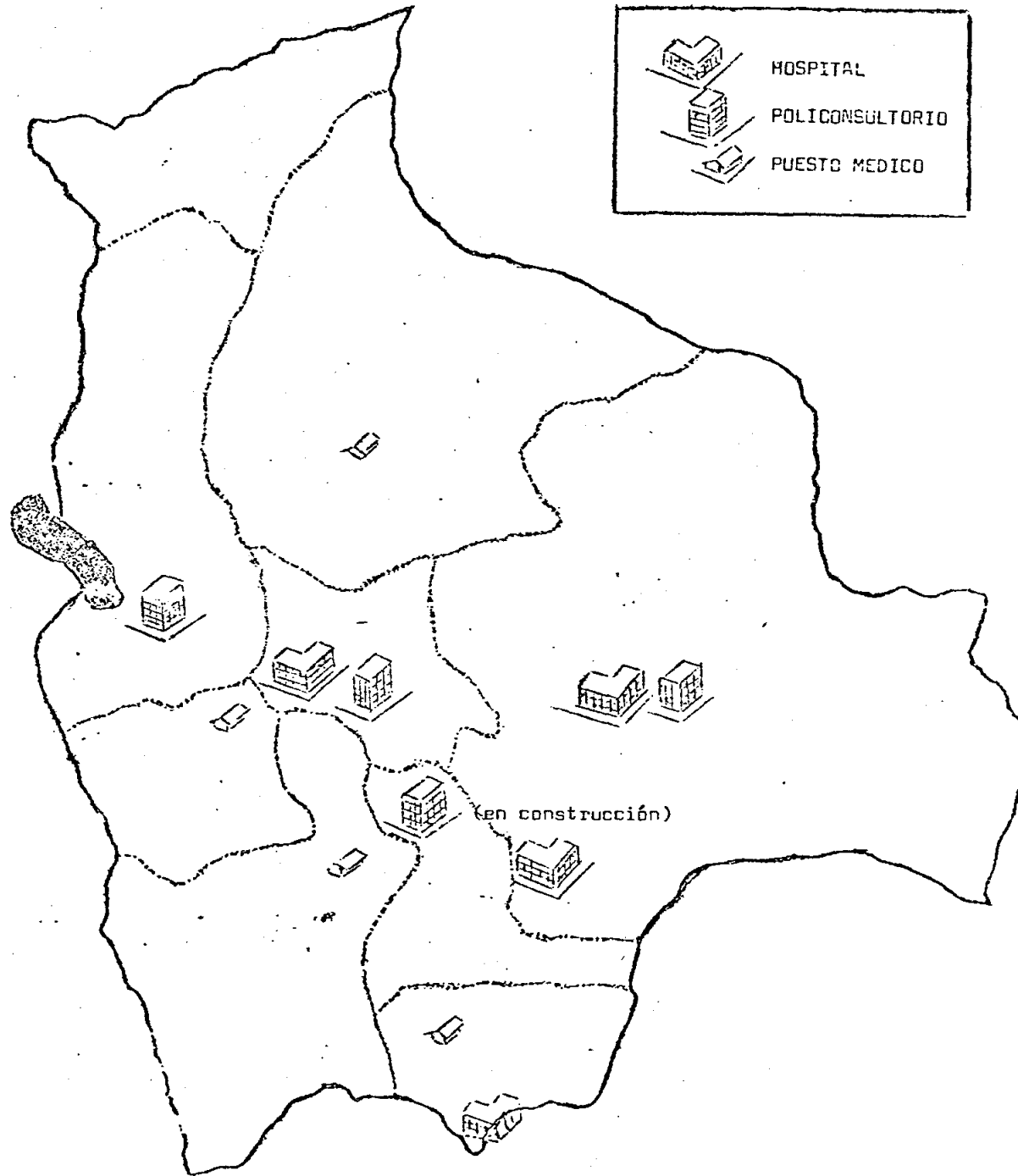


DISTRIBUCION GEOGRAFICA  
REGIONALES ZONAS Y SUB-ZONAS  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979



○	REGIONAL
△	AGENCIA REGIONAL
△	AGENCIA ZONAL

DISTRIBUCION GEOGRAFICA  
SERVICIOS DE SALUD  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979



6 / 8



EGRESOS HOSPITALARIOS POR ESPECIALIDAD, REGIONAL SANTA CRUZ \*  
CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, 1979

ESPECIALIDAD	EGRESOS HOSPITALARIOS			DIAS DE ESTADA PACIENTES HOS- PITALIZADOS	ESTANCIA MEDIA	TASA DE MORTALI- DAD HOSPITALARIA ( Por cien )
	ALTAS	DEFUNCIONES	T O T A L			
T O T A L	2.717	21	2.738	15.319	5,6	0,8
Medicina	359	10	369	3.232	8,8	2,7
Cirugía	385	4	389	3.188	8,2	1,0
Ginecología	303	1	304	1.088	3,6	0,3
Obstetricia	608		608	2.328	3,8	
Pediatría	639	2	641	2.989	4,7	0,3
Traumatología	106	1	107	656	6,1	0,9
Otofrinolaringología	85		85	230	2,7	
Oftalmología	35		35	199	5,7	
Cardiología	54	1	55	398	7,2	1,8
Otras	143	2	145	1.011	7,0	1,4

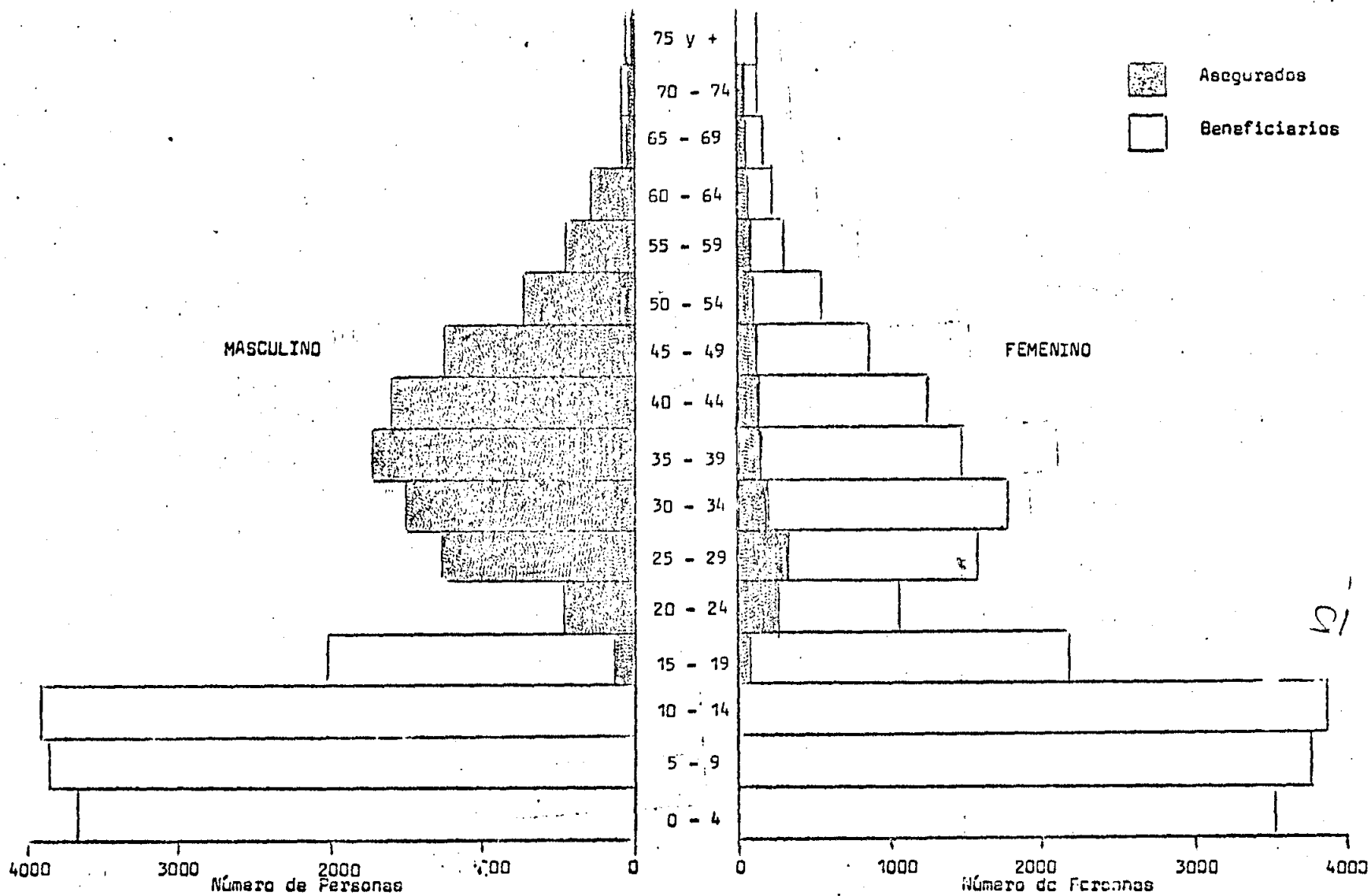
NOTA: Solo pacientes C.P.S.S.

\* Información Santa Cruz de enero a octubre 1979

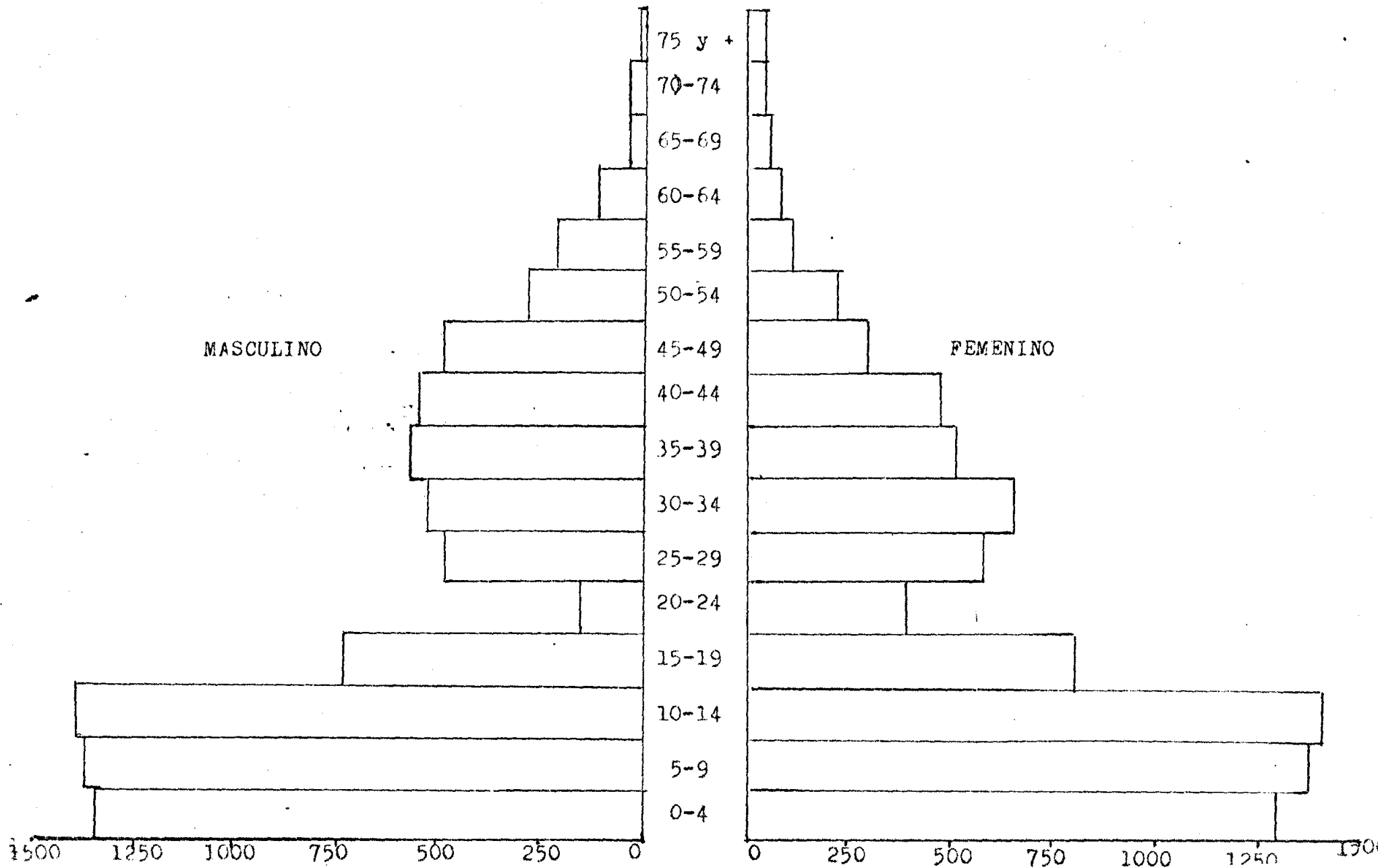
Las diez principales causas de morbilidad en la Consulta Externa de la Caja Petrolera del Seguro Social de Santa Cruz, Bolivia.. 1980.

CLAVE	PADECIMIENTO
A-5	Enteritis y otras enfermedades diarreicas
A-3	Fiebre Paratifoidea y otras salmonellosis
A-15	Infecciones agudas de vias aereassuperiores
A-2	Helmintiasis
A-4	Disentería Bacilar y amibiasis
A-17	Amigdalitis estreptococcica
A-25	Sarampión
A-2	Fiebre Tifoidea
A-21	Diabetes Mellitus
A-8	Tuberculosis del Aparato Respiratorio.

POBLACION PROTEGIDA POR GRUPO DE EDADES SEGUN SEXO  
 CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL, BOLIVIA 1979



POBLACION PROTEGIDA POR GRUPO DE EDADES SEGUN SEXO  
 CAJA PETROLERA DE SEGURO SOCIAL - SANTA CRUZ-(BOLIVIA) 1979



PROBLEMA

INVESTIGACION  
MEDIANTE ENCUESTA

PROPOSITOS

OBJETIVO

ALTA FRECUENCIA  
DE PADECIMIENTOS  
GASTROINTESTINALES  
EN LOS DERECHASIENTES  
DE LA CAJA PETROLERA  
DE SANTA CRUZ, BOLIVIA

- 1.- NO EXISTE HABITO  
DE LAVADO DE MANOS
- 2.- TOMAN LECHE  
BRONCA.
- 3.- CONSUMO DE ALIMENTOS  
CONTAMINADOS
- 4.- FAUNA NOCIVA  
DOMESTICA
- 5.- FECALISMO AL AIRE  
INTERNO
- 6.- NO EXISTEN PROGRAMAS  
DE PROMOCION PARA  
LA SALUD.

- 1.- DISMINUIR EL NUMERO  
DE PACIENTES CON  
PADECIMIENTOS GASTRO-  
INTESTINALES.
- 2.- MODIFICAR FAVORABLE  
MENTE EL PATRON  
CULTURAL DE LA  
POBLACION EN RELACION  
CON EL ASEO DE LAS  
MANOS.
- 3.- INFORMAR A LA  
COMUNIDAD LA MAGNITUD  
Y REPERCUSIONES DE  
LAS ENFERMEDADES  
QUE SE TRANSMITEN  
ATRAVES DEL CICLO  
EXCRETA-MANO-BOCA.
- 4.- FORMACION DE  
GRUPOS DE PROMOTO-  
RES VOLUNTARIOS QUE  
APOYEN EL PROGRAMA  
EN FORMA PERMANENTE

ABATIR EN  
LA FRECUENCIA  
PADECIMIENTOS  
INTESTINALES  
UN AÑO.

PROBLEMA ESPECIFICO

OBJETIVO ESPECIFICO

USUARIO: LOS PACIENTES  
REFIEREN QUE LOS  
MEDICAMENTOS PRESCRITOS  
NO LES CURAN LOS  
CUADROS DIARREICOS.

PROVEEDOR: LOS MEDICOS  
AFIRMAN QUE LA FRE-  
CUENCIA DE GASTROENTE-  
RITIS ES POR MANEJO  
INADECUADO DE LOS  
ALIMENTOS Y NO POR  
INEFICACIA DE LOS  
MEDICAMENTOS.

1.- LOGRAR QUE EL  
80% DE LA POBLA-  
CION SE LAVE LAS  
MANOS ANTES DE  
COMER Y DESPUES  
DE DEFECAR.

2.- LOGRAR QUE EL  
100% DE LA POBLA-  
CION CONSUMA LECHE  
HERVIDA.

3.- LOGRAR QUE EL  
100% DE LOS USUARIOS  
DEL W.C DEPOSITEN  
EL PAPEL SANITARIO  
EN LA TAZA-

4.- DISMINUIR EN UN 50%  
LA FAUNA NOCIVA DOMES-  
TICA.

5.- LOGRAR QUE EL DEPA-  
TAMENTO DE SALUD EJER-  
ZA CONTROL SANITARIO  
ESTRICTO EN LA VENTA  
DE ALIMENTOS.

6.- ESTABLECER UN PRO-  
NA PERMANENTE DE P-  
NOCION PARA LA SALU  
CON INTENSIFICACION  
PERIODICAS Y CON LA  
UTILIZACION DE LOS  
MEDIOS DE COMUNICAC  
MASIVA.

RECURSOS COSTO CONTROL

EVALUACION  
A  
12 MESES.

RECURSOS	COSTO	CONTROL	EVALUACION
<p>HUMANOS</p> <p>Equipo de Salud</p> <p>Maestros</p> <p>Padres de Fam</p> <p>Autoridades</p> <p>Lideres</p> <p>Clubes de servicio</p> <p>Chofer</p> <p>MATERIALES</p> <p>Vehiculo</p> <p>Carteles</p> <p>Articulos de higiene.</p> <p>Auxiliares didacticos</p> <p>TECNOLOGICOS</p> <p>Radio</p> <p>T.V.</p> <p>Prensa</p> <p>Cine.</p>	<p>\$780,000<sup>20</sup></p>	<p>SE EFECTUARAN CONTROLES TRIMESTRALES PARA VALORAR PROCESO DEL PROGRAMA CON EL FIN DE EFECTUAR LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES PARA LA CONTINUIDAD DEL PROGRAMA EN EL SIGUIENTE AÑO. SE UTILIZARA COMO MECANISMO DE CONTROL, ENCUESTAS DE ACEPTACION Y CONOCIMIENTO.</p>	<p>POR LA DISMINUCION DE LA MORBIMORTALIDAD POR GASTROENTERITIS, REGISTRADA SEGUN LAS ESTADISTICAS.</p>

RECURSOS COSTO OBJETIVOS ACCIONES ESTRATEGIAS T

RECURSOS	COSTO	OBJETIVOS	ACCIONES	ESTRATEGIAS
- JEFE DE ENSEÑANZA. - EPIDEMIOLOGO - MEDIOS GRAFES - AUXILIARES DIDACTICOS - PIZARRON - ROTAFOLIOS - PROYECTOR - AULA	\$7,000.00	AL TERMINAR LA FASE DE INTEGRACION Y ADIESTRAMIENTO, EL EQUIPO DE SALUD SERA CAPAZ DE: - Explicar los elementos de la Triada Ecológica de la Gastroenteritis. - Explicar los factores determinantes de las etapas pre y post patogénica. - Explicar los niveles de prevención de la Gastroenteritis y sus complicaciones. SERA CAPAZ DE DEMOSTRAR: - Técnicas correctas del lavado de manos, de la preparación correcta de los alimentos y la eliminación correcta de excretas y basura. - Técnicas adecuadas de la higiene personal. APLICARA: - Las técnicas de enseñanza, prácticas analogas equivalentes y métodos recíprocos	EL EQUIPO DE SALUD EFECTUARA: - 300 pláticas a los derechohabientes en la sala de espera de consulta externa. - 300 visitas domiciliarias de casos problema de cuadros enterales repetitivos. - En las Escuelas Primarias se efectuaran 50 prácticas equivalentes o Talleres sobre Educación para la salud. - Identificara a las personas que se encuentren motivadas, con el fin de organizar los grupos de voluntarios que apoyen la difusión y aplicación del programa.	SE INFORMARA E INCENTIVARA PARA QUE PARTICIPEN ACTIVAMENTE EN LA DIFUSION DEL PROGRAMA A: - Maestros - Sociedades de Padres de Familia - Autoridades Municipales - Autoridades Eclesiásticas - Líderes Formales e Informales - Clubes de Servicio
RADIO TV UNIVERSITARIA PRENSA CINE.	\$25,000.00	INFORMAR AL 100% DE LA POBLACION LA MAGNITUD Y REPERCUSION DE LAS ENFERMEDADES QUE SE TRANSMITEN ATRAVES DEL CICLO EXCRETA-MANO-BOCA.	SE CONTINUARA CON LA UTILIZACION DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION MASIVA.	