

*Seguridad*

*Social*

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial 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.

## Sumaria

La prevención de los riesgos profesionales y el Seguro Social <i>por el Dr. Enrique Arreguín V.</i> . . . . .	pág. 9
Reformas a la Ley Mexicana del Seguro Social . . . . .	„ 19
Informe del Sr. Lic. Benito Coquet Director General del I.M.S.S. a la XVIª H. Asamblea General . . . . .	„ 29
Nuevo Cuadro Básico de Medicamentos del I.M.S.S. . . . . .	„ 37
Ratificación del Convenio de la O.I.T. No. 102 relativo a la norma mínima de la Seguridad Social . . . . .	„ 45
Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales . . . . .	„ 49
Reestructura de los Servicios Médicos del I.M.S.S. . . . . .	„ 56
Las Prestaciones Sociales del I.M.S.S. según su nueva Estructuración . . . . .	„ 73
Bibliografía . . . . .	„ 87

# Reestructura de los Servicios Médicos del I. M. S. S.

En el amplio programa que la actual dirección del I.M.S.S. ha estructurado con el fin de reorganizar sus servicios médicos buscando una mayor eficacia en aprovechamiento de las experiencias acumuladas por la institución en 16 años de vida, "rectificando errores y tomando en cuenta aciertos", se destacan tres aspectos fundamentales como son los relativos al médico familiar, la auditoría médica y la medicina preventiva.

Ahora bien, por muy técnicamente que estén solucionados los problemas médicos del seguro social, que pudiéramos decir materiales, no pueden tener nunca una solución perfecta, sino late en ellos un álito moral, la conciencia social del ejercicio de una función humanitaria y colectiva de justicia social, que ha sido así interpretado por el Director General del I.M.S.S., Lic. Benito Coquet.

"El régimen de seguridad social originó —como en todos los países en que ha sido instaurado— cambios fundamentales en el concepto y ejercicio de la profesión médica. Una nueva moral ha surgido en el campo del ejercicio médico profesional; la de la medicina social, que señala las responsabilidades que nuestro tiempo impone al médico para con la colectividad. Esta nueva concepción del ejercicio de la medicina, concilia las justas ambiciones personales del médico con un servicio social que suma recursos materiales y espirituales —clínicas, hospitales, equipos humanos—, que ensanchan y ennoblecen el campo de la actividad médica.

La medicina en el régimen de seguridad social debe ejercerse con un profundo sentido de responsabilidad. En su diaria labor el médico se encuentra con la enfermedad, el dolor o la alegría del ser humano. Se encuentra con el hombre, no con meros datos, cifras o expedientes. Preservar la salud, vencer el dolor y la enfermedad constituyen uno de los ministerios más altos de la actividad humana. Además, el médico, rebasando el marco de las enseñanzas adquiridas en las facultades y academias, se convierte en la vida diaria en el hombre a quien se ocurre en busca de consejo y orientación. Por eso el ejercicio de la profesión médica debe aunar a la búsqueda intensa de las armas que esgrime para vencer la enfermedad, toda una conducta ejemplar de comprensión, de humildad y sabiduría. O para decirlo con las palabras de uno de los maestros de la medicina contemporánea en México, el doctor Ignacio Chávez, "el médico no es un mecánico que deba arreglar una máquina descompuesta. Es un hombre que se asoma a otro hombre en un afán de ayudar, ofreciendo lo que tiene: un poco de ciencia y un mucho de comprensión y simpatía".

## ORGANIZACIÓN DEL NUEVO SISTEMA MÉDICO FAMILIAR

Dentro del programa de reformas a los servicios médicos, figura en primer término la reorganización del llamado Sistema Médico Familiar, que tiene por

objeto la atención de adultos y niños en el nivel de medicina general. Se considera que los servicios de medicina general absorben la gran mayoría de las atenciones del Seguro Social, y que representan el primer contacto entre los derechohabientes y las unidades médicas del Instituto. Constituyen, por lo mismo, el primer escalón para seleccionar a los pacientes que deben acudir a consultas de especialidad, y a los que deben ser atendidos en los hospitales. Consecuentemente puede afirmarse que los servicios de medicina general integran la base para impartir todas las atenciones médicas del Instituto, y que de su eficiencia dependerá en buena parte el éxito de las prestaciones, desde el nivel de la misma medicina general hasta las atenciones especializadas en las clínicas y hospitales.

Otro punto igualmente importante, es el que se refiere a la medicina preventiva, que sólo podrá ejercerse con la necesaria amplitud, si los médicos generales se encargan de aplicarla a los sectores de población encomendados a su cuidado y responsabilidad.

El Sistema del Médico Familiar tiene por base esencial la adscripción fija de un determinado número de asegurados y beneficiarios a un solo médico. En realidad, no hace más que reproducir las condiciones de ejercicio profesional que siempre han existido en la práctica de la medicina llamada liberal. En diversos países donde opera ya la Seguridad Social, se han seguido principios semejantes en el fondo, aunque diferentes en la forma de su aplicación; a pesar de ello, todos concurren al mismo fin de calcular y limitar el número de derechohabientes que pueda atender un médico, y de colocarlos bajo su responsabilidad en un grupo más o menos fijo. Sobre el particular debe entenderse que los sistemas de seguridad social han adoptado lo que tiene de útil el ejercicio privado de la profesión, al tratar de establecer una relación perdurable entre un núcleo de población y un determinado médico.

El Instituto Mexicano del Seguro Social intentó la implantación del Sistema Médico familiar desde 1954. No obstante que la orientación de los directivos del Instituto era correcta y de que las normas generales estaban fundadas, el Sistema tropezó con grandes dificultades en el curso de su aplicación práctica, y estos obstáculos, unos de orden material y otros en relación con el personal, originaron algunos fracasos o al menos que no se lograra el éxito deseado.

Se ha aprovechado la experiencia de esos primeros ensayos y con el auxilio de varias Comisiones y de diversos especialistas el Instituto ha elaborado un nuevo programa para la implantación efectiva del Sistema Médico Familiar. Dicho programa previene, en lo posible, las causas de fracaso tanto de tipo material como funcional; de donde resulta la necesidad de divulgar ampliamente las particularidades y ventajas del Sistema recién creado, con el fin de obtener la colaboración de todos los participantes en la operación, e igualmente de patronos y derechohabientes. Así, se piensa que aun cuando pudieran encontrarse deficiencias al principio, hay una razonable seguridad en que el Sistema podrá llevarse a cabo de acuerdo con los planes establecidos.

El nuevo programa comprende los siguientes aspectos:

1. Objetivos del Sistema.
2. Bases de la nueva organización que incluyen:
  - a) Adscripción y zonas.
  - b) Recepción de enfermos para adscripción y citas.
  - c) Sistema de citas para la atención de enfermos.
  - d) Archivo Clínico.
  - e) Horarios de trabajo de los médicos.
  - f) Coordinación con los servicios de especialidades, de urgencia, de medicina preventiva y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
  - g) Evaluación del desarrollo del programa.
3. Implantación del Sistema.

## 1. OBJETIVOS DEL SISTEMA

1º Colocar bajo la responsabilidad y el cuidado de un solo médico a un grupo determinado de población derechohabiente, lo que hará posible la relación afectiva y de confianza entre el médico y sus enfermos, en lugar de la inseguridad que se crea cuando el derechohabiente es atendido por varios médicos.

2º Dar la oportunidad al médico a fin de que trabaje con un núcleo humano fijo, para que pueda llegar a conocerlo en todos sus aspectos físicos y psicológicos, convirtiéndose además en consejero y educador de las familias particularmente en lo que se refiere a medicina preventiva.

3º Impartir atención separadamente a niños y a adultos, con lo cual se tornará más eficaz el servicio al limitarse a uno solo de estos grupos humanos; dándose además oportunidad al médico de profundizar su preparación técnica, al reducir el campo de su ejercicio.

4º Elevar la calidad de los servicios médicos, a base del mejor estudio de cada paciente hecho por el propio médico familiar con la colaboración de los servicios auxiliares y de los especialistas necesarios. De esta manera podrá formarse un expediente completo de cada enfermo.

5º Lograr que el mayor número posible de asegurados puedan recibir las prestaciones médicas en horarios diferentes a sus jornadas laborales y evitarles así ausencias perjudiciales al trabajo.

## 2. BASES DE LA NUEVA ORGANIZACIÓN

Las bases generales en que descansa el nuevo sistema son las siguientes:

### a) *Adscripción y zonas.*

Separar las atenciones propias de los niños y de las personas adultas, implica la designación de dos tipos de médicos generales; los que atienden a los adultos

y los que den servicio a los menores de 16 años. Para justificar esta división se le sujetará a que exista un número suficiente de derechohabientes, pues en caso contrario un mismo médico general atenderá a toda la población sean mayores o menores de 16 años.

Se adscribirá a cada uno de los médicos familiares una población aproximada de 1,500 derechohabientes de los cuales se considera que alrededor de 1,200 solicitarán de hecho la atención médica. Es decir, se calcula una adscripción de 1,200 pacientes para cada médico. Estas cifras tendrán márgenes diferentes condicionados por la morbilidad, nivel sanitario y otros factores, como dispersión de la población en la zona y dificultad en las comunicaciones; pero no deberá sobrepasarse la cantidad de 1,200 pacientes por médico, al menos mientras persista el horario de contratación actual. Además, debe tenerse en cuenta que no es posible mantener fija la población asignada a un médico, debido a nacimientos, defunciones, cambios de domicilio, bajas, altas y reintegros.

En el caso de que se presente incompatibilidad entre el médico y algunos derechohabientes, la Dirección de la unidad está facultada para hacer cambios de adscripción de pacientes a otros médicos de la Unidad, dentro de los límites señalados en la instrucción respectiva.

La distribución por zonas, tendrá por objeto principal que se concentre la población adscrita a un médico familiar en un área reducida que facilite las visitas domiciliarias. Es decir, la idea primordial es la adscripción de un número determinado de derechohabientes a un médico, pasando a segundo término el criterio topográfico de división de la zona de la clínica en cuarteles. Consecuencia de lo anterior será el que pueda trabajar más de un médico en una misma zona.

#### b) *Recepción de enfermos para adscripción y citas.*

El trato directo con los derechohabientes para adscribirlos a un médico familiar y, en su caso, la anotación de las citas a fin de recibir la atención del médico o de los servicios auxiliares, se hará por personal especialmente seleccionado y con el cual se integrará el servicio de recepcionistas. Este servicio estará formado por una estación central, en estrecha coordinación de trabajo con el archivo clínico, y por estaciones de piso, las que estarán relacionadas con los médicos, los servicios auxiliares y los derechohabientes que concurran a este sector de la Unidad. Las auxiliares de enfermería establecerán el debido enlace entre este servicio y los médicos familiares. Las recepcionistas del sector central adscribirán a la población derechohabiente a los médicos familiares, de acuerdo con las siguientes normas:

Los menores de 16 años, se distribuirán de preferencia entre los horarios matutinos. Al pedir uno de estos derechohabientes el servicio de un médico, se adscribirán al mismo tiempo y al mismo médico todos los hermanos del solici-

tante. La idea primordial de este trámite es la de conservar unido el grupo de derechohabientes menores de 16 años, asignándolo a un mismo médico familiar.

Los asegurados serán adscritos a médicos familiares procurando que puedan asistir a consulta fuera de su horario de trabajo, para lo cual algunos serán distribuidos entre los médicos que tengan horarios matutinos para la consulta externa y, la mayoría de ellos, con los que tengan horarios vespertinos, que se destinan de preferencia para los adultos. Las esposas de los asegurados se asignarán al mismo médico familiar con el que están inscritos sus maridos. A solicitud de lo interesados, podrá separarse la adscripción del asegurado y su esposa, siempre y cuando sea debida al deseo de la mujer de asistir a la consulta externa por la mañana.

Los pensionados y sus esposas, así como los padres de los asegurados y de los pensionados con derecho a servicios médicos, deberán inscribirse con los médicos familiares cuyos horarios de consulta externa sean matutinos.

c) *Sistema de citas para la atención de enfermos.*

La única posibilidad de distribuir mejor la asistencia de los derechohabientes a la Clínica durante la semana, evitando las "colas", las aglomeraciones, y los rechazos, estriba en que el médico atienda previa cita a sus pacientes. El ideal es lograr que el cien por ciento de los enfermos sea recibido en día y hora señalados con anticipación, bien que haya sido citado para consulta subsecuente o bien para primera consulta. Este objetivo es prácticamente difícil de alcanzar, pero deberá tenerse como norma obligatoria, desahogar por lo menos el 70% de la consulta tanto en la clínica como a domicilio, mediante citas previas.

d) *Archivo clínico.*

El expediente clínico será único para cada paciente dentro de las unidades, y lo usará tanto el médico familiar como los especialistas consultados que trabajen en la misma Unidad.

El archivo clínico funcionará centralizado. Deberá entenderse que esta centralización es funcional más que topográfica, ya que aun cuando las características especiales de alguna unidad obligue a organizar subestaciones del archivo, éste seguirá constituyendo una unidad de trabajo. El archivo clínico estará coordinado con los demás servicios, principalmente con los de recepcionistas y de vigencia de derechos.

e) *Horarios de trabajo de los médicos.*

Las seis horas diarias de trabajo de los médicos familiares se distribuirán en cuatro horas para consulta externa y dos horas para atención domiciliaria. En las unidades en que por escasez de locales no sea posible hacer esta distribución



de la jornada, se dividirá provisionalmente el horario en tres horas para consulta externa y tres horas para visitas domiciliarias.

Los médicos familiares estarán obligados a iniciar sus labores en la consulta externa con la debida puntualidad y deberán permanecer en la Clínica el tiempo señalado. Sin embargo, al término de tres horas, y cuando no haya pacientes que soliciten sus servicios, podrán dedicarse a labores de tipo académico dentro de la Unidad.

La atención a domicilio será desahogada por los médicos familiares que tengan horario matutino de consulta externa después de realizar ésta y los que cubren horarios vespertinos antes de dar su servicio de consulta externa.

f) *Coordinación con los servicios de especialidades de urgencia, de medicina preventiva y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.*

Para la debida atención de los pacientes, es preciso que los médicos generales cuenten con el concurso de los diversos servicios auxiliares y de especialidad. La colaboración recíproca entre los médicos generales y los especialistas no puede sujetarse a normas fijas. Sin embargo, los médicos generales deberán atender los padecimientos leves de las distintas especialidades y solicitar únicamente el concurso de los especialistas, cuando lo juzguen conveniente para precisar un diagnóstico o instituir un tratamiento. Asimismo, estarán autorizados para solicitar la intervención del servicio de urgencia, caso en el cual proporcionarán todos los datos necesarios para la mejor atención del paciente.

Las solicitudes de atención hechas en forma extemporánea, deberán ser atendidas y resueltas por los servicios de urgencia de las propias unidades, ya sea que se trate de pacientes que requieren la atención médica de urgencia, o bien se determine que deben pasar al servicio del médico familiar que corresponda.

Continúa en vigor la facultad de enviar a los pacientes con orden de hospitalización cuando el médico familiar lo juzgue urgente. Cuando no haya urgencia, sólo extenderá el pase al servicio especializado correspondiente para que allí se determine la fecha de hospitalización.

g) *Evaluación del desarrollo del programa.*

La implantación del sistema "Médico Familiar" exigirá una evaluación permanente de sus resultados, que permita conocer la eficacia del plan y las fallas que presente con el fin de corregirlas en tiempo oportuno. Lo anterior se hará por medio de la Auditoría Médica y la vigilancia del Director de la Unidad y de las oficinas centrales que mantengan nexo con el desarrollo del programa.

### 3. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA

Para la realización del programa se considera indispensable la divulgación

de las características del sistema y las ventajas que representa, tanto entre el personal médico y administrativo, como entre patronos, dirigentes sindicales y, en general, comprendiendo toda la población derechohabiente.

En relación con el punto anterior, se han preparado instrucciones particulares sobre determinados aspectos del programa que se refieren de manera especial a la organización y funcionamiento del archivo clínico y de los servicios de receptionistas, así como de los de urgencia y de medicina preventiva; pero que también incluyen instrucciones sobre otras dependencias relacionadas directamente con el sistema del médico familiar.

Para terminar, conviene insistir en que la aplicación de este programa no está sujeta a normas rígidas, sino que tendrá la flexibilidad necesaria para permitir las modificaciones que se requieran a fin de alcanzar los objetivos deseados. Ante este propósito, serán bien recibidas todas las críticas y sugerencias que tiendan al mejoramiento del sistema médico familiar.

#### AUDITORÍA MÉDICA

##### *Bases generales*

Se entiende por auditoría médica, la revisión sistemática y objetiva del trabajo profesional del médico, exclusivamente sobre la base del estudio de los expedientes clínicos. La revisión debe ser hecha sólo por médicos, dentro de un espíritu de crítica constructiva y los resultados deben ser tratados con la mayor discreción. Reitérase que este propósito no tiende a fiscalizar con fines de sanción el trabajo de los médicos, sino por lo contrario, mira a establecer incentivos para el mejoramiento de su labor. Por otra parte, la auditoría se hará preferentemente sobre los expedientes elaborados a partir de la implantación de los nuevos sistemas.

##### *Objeto.*

Los fines principales que se persiguen en la Auditoría Médica, son:

- a) Conocer la calidad de los servicios que se imparten.
- b) Formular proyectos y sugerencias para mejorarlos.
- c) Fundamentar el otorgamiento de estímulos al personal que se distinga por la eficacia en su trabajo.

##### *Campo de aplicación.*

Se considera necesario y posible realizar la auditoría médica en todas las unidades del sistema del Seguro Social. La experiencia general de las instituciones en donde se ha hecho la aplicación del sistema de auditoría médica, demuestra

que es el procedimiento más idóneo para evaluar la calidad de los servicios y para servir como estímulo en sus mejoramientos.

Sin embargo, estímacse prudente que la implantación de ese sistema en el Seguro Social se inicie con la difusión del programa entre los médicos con el fin de obtener su colaboración; y aplicarlo con carácter experimental en algunas unidades médicas, y posteriormente generalizarlo. El plan que se expone se ha elaborado para ejecutarlo inicialmente en las clínicas de consulta externa del Distrito Federal.

#### *Método.*

La auditoría médica se realizará mediante dos tipos de comisiones; unas locales en cada unidad y otra central, que dependerá de la Subdirección General Médica. Se divide así la auditoría en interna, la realizada por las comisiones locales y en externa, la que lleva a efecto la Comisión Central.

### AUDITORÍA INTERNA

#### *Comisiones locales.*

En cada clínica se organizarán dos comisiones de auditoría médica, una para laborar durante el turno matutino y la otra durante el vespertino. Estarán integradas por tres médicos.

Los miembros de las comisiones serán designados por las autoridades superiores, seleccionándolos de las ternas que para cada miembro de ellas propongan los médicos de la unidad; durarán en su cargo un año, pudiendo ser nombrados para dos períodos consecutivos.

Las comisiones se reunirán por lo menos una vez a la semana, fuera de las horas de trabajo; los tres miembros de ellas recibirán una compensación por sus labores.

Para ser propuestos en las ternas, se requiere:

1. Ser médico de planta adscrito a la unidad.
2. Asistir con regularidad a todas las actividades académicas y docentes de la unidad.
3. Cumplir con eficiencia y puntualidad con todas las labores que tiene encomendadas.
4. No estar disfrutando de alguna licencia temporal en el período de su gestión.

#### *Revisión de expedientes clínicos.*

El estudio de los expedientes comprenderá el análisis relativo al uso de la papelería y la evaluación del trabajo individual del médico, así como de los servicios auxiliares de diagnóstico.

Las comisiones de auditoría médica interpretarán los hechos relatados en los expedientes y harán todas las sugerencias que estimen necesarias para que la información contenida en ellos sea precisa y esté presentada en forma conveniente. Como parte de este estudio quedará incluida la revisión de la nomenclatura y de la papelería médica, así como de la codificación de los expedientes.

La revisión comprenderá el examen de la documentación contenida en ellos, a saber:

1. Historia clínica.
2. Notas de evolución y tratamiento, en su caso, nota de alta.
3. Informes de estudios de laboratorio y gabinete.
4. Consultas de especialistas.

Este estudio permitirá conocer:

- 1º Si fue adecuado el estudio del enfermo.
- 2º Si fue correcto el diagnóstico.
- 3º Si fue apropiado el tratamiento o bien si hubo exceso o defecto de medicamentos.
- 4º Si la historia clínica y las notas de evolución permiten formarse una idea precisa y completa del caso. En este sentido, son particularmente importantes la nota inicial con el diagnóstico de presunción y la nota y fecha de alta que cierra —hasta esa fecha— el caso.
- 5º Si la participación de especialistas consultados fue adecuada y oportuna, tanto por lo que se refiere a la solicitud, como al estudio del especialista y a su respuesta sobre la consulta hecha.
- 6º Si los estudios de laboratorio y gabinete fueron pertinentes o si hubo exceso o defecto en la petición de los mismos.
- 7º Si los resultados de los estudios de laboratorios y gabinete fueron correctos.
- 8º Si el tiempo de tratamiento, número de consultas y días de incapacidad concedidos son congruentes con el padecimiento.
- 9º Si en general la presentación del expediente es pulcra, su redacción correcta y la nomenclatura usada corresponde a la adoptada en el Seguro Social.

#### *Normas para el desarrollo del trabajo en las comisiones locales.*

1. El archivo clínico presentará semanalmente a la Comisión, por separado para cada uno de los médicos de la unidad, la forma 4-30-15 (tarjeta del médico) conteniendo el número de afiliación de los enfermos dados de alta o que tengan por lo menos dos meses en tratamiento. En esta tarjeta o tarjetas, deberán tenerse todos los casos del año hasta la fecha de su presentación a la Comisión.
2. Los expedientes que se vayan a estudiar serán seleccionados por muestreo. Esto se hará mediante el procedimiento de la "selección regulada", que con-

siste en tomar para el estudio los expedientes que se encuentren en los lugares décimo, vigésimo, trigésimo, etc., de las tarjetas proporcionadas por el archivo clínico.

3. La Comisión trabajará en el local que se le destine en la Unidad y al terminar su sesión devolverá todos los expedientes, hayan sido o no estudiados.

4. La Comisión al terminar de estudiar un expediente, inscribirá inmediatamente abajo de las últimas anotaciones del médico tratante, en la hoja de evolución: "Revisado. Auditoría Interna", y la fecha.

5. El resultado del estudio de un expediente se anotará, por la Comisión en el formulario respectivo, para lo que tendrá en cuenta lo siguiente:

a) La forma se elaborará exclusivamente en original; la Comisión no conservará registro alguno.

b) Se anotará la clave del médico y no su nombre.

c) Los conceptos motivo de análisis serán clasificados de acuerdo con la tabulación correspondiente.

d) En la parte relativa a las observaciones, se anotará si el expediente es de interés médico suficiente para ser discutido en la sesión clínica de la unidad, así como cualquier otra observación que se considere apropiada.

6. El Director de la Unidad llevará el registro individual de cada médico. Guardará en mueble con llave y bajo su estricta responsabilidad personal los informes de la Comisión y los registros individuales de los médicos. Sólo tendrán acceso a estos documentos, los miembros de las comisiones de auditoría interna y externa, y los médicos de la unidad cuando éstos quieran revisar personalmente sus propios registros.

7. El Director de la Unidad informará mensualmente a la Subdirección General Médica, mediante relación, sobre los resultados de la auditoría interna.

El Director estará autorizado para dar a conocer a los médicos en forma verbal e individual, las opiniones de la comisión sobre sus expedientes clínicos.

#### AUDITORÍA EXTERNA

La Comisión de auditoría externa estará integrada por tres miembros designados por la Subdirección General Médica, y aquel organismo procederá con toda la discreción y tacto necesarios para el desempeño de sus funciones. Hará una visita mensual a cada Unidad y las extraordinarias que le fije la misma Subdirección.

Durante la visita a la Unidad, su labor la desahogará de acuerdo con las normas siguientes:

1. Trabajaré en el local de la Dirección.
2. Revisaré los registros derivados de la Auditoría Interna.
3. Seleccionaré los casos que juzgue convenientes y los confrontaré con los

expedientes respectivos a fin de conocer el trabajo desarrollado por la Auditoría Interna.

4. Anotará las observaciones correspondientes a los resultados de análisis clínicos e informes de rayos X.

5. Informará al Director de la Unidad sobre los expedientes revisados y sobre los resultados de su estudio, expresando su opinión acerca del trabajo individual de los médicos y las actividades de la Unidad en su conjunto.

6. Cambiará impresiones con el Director de la Unidad y los demás miembros de las Comisiones locales con el fin de uniformar el criterio que debe seguirse en la Auditoría Médica Interna.

La Comisión informará periódicamente a la Subdirección General Médica de sus actividades y presentará también las críticas y sugerencias que estime pertinentes sobre la función de la Auditoría Médica en las Unidades.

#### INSTRUCCIONES A LOS MÉDICOS EN RELACIÓN CON LAS LABORES DE MEDICINA PREVENTIVA

##### *Consideraciones generales*

La aplicación de programas de medicina preventiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se basa en el criterio de que dichas actividades junto a las de medicina curativa y de rehabilitación, constituyen eslabones de una cadena que contribuyen separadamente y en conjunto al logro de una finalidad fundamental del propio Instituto; la conservación de la salud de los derechohabientes.

La aspiración es que todos y cada uno de los médicos del Instituto, colaboren en las actividades y programas de medicina preventiva.

La medicina preventiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social debe realizarse en coordinación con organismos nacionales e internacionales de salud pública y en forma muy especial con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, responsable del desarrollo de los programas de salud pública en el país.

Se ha iniciado de manera preferente con campañas contra los padecimientos transmisibles. Más adelante se desarrollarán otros programas relativos a las diversas funciones de salud pública, higiene materno-infantil, nutrición, padecimientos no transmisibles, higiene mental y otros.

El programa de lucha contra padecimientos transmisibles opera de manera principal en las clínicas; pero se pretende proyectarlo y aplicarlo, con los ajustes necesarios, en todas y cada una de las unidades médicas con que cuenta el Instituto.

En virtud de que se pretende obtener la colaboración activa de todos los médicos en las labores que sobre medicina preventiva se desarrollan en el Instituto, en estas instrucciones se precisa la forma en que dicha colaboración puede hacerse efectiva por lo que hace a su intervención en la lucha contra los padeci-

mientos transmisibles. Se señalan además, en relación con el mismo aspecto, las labores que corresponden al equipo periférico de medicina preventiva, integrado básicamente por un médico higienista y dos enfermeras con preparación sanitaria.

#### PROGRAMA DE LUCHA CONTRA PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES

1. Profilaxis de padecimientos transmisibles agudos.
2. Lucha contra la sífilis y otros padecimientos venéreos.
3. Lucha contra la tuberculosis.
4. Educación higiénica.

##### 1. *Profilaxis de padecimientos transmisibles agudos.*

La profilaxis de los padecimientos transmisibles agudos se consigue, bien por medio de la aplicación de inmunización para aquellos padecimientos evitables con este procedimiento específico, o bien con el establecimiento de medidas adecuadas para su prevención general.

##### a) *Para la aplicación de inmunizaciones los médicos tendrán en cuenta las normas siguientes:*

1º Solicitarán las inmunizaciones en la forma 4-30-2, de acuerdo con el esquema anexo.

2º Al ordenar las vacunaciones, realizarán una labor de educación higiénica entre los derechohabientes tendiente a resaltar las ventajas de la vacunación, la conveniencia de presentarse puntualmente a la aplicación de las siguientes dosis, a la lectura de la reacción y, en general, a obtener la cooperación de los derechohabientes.

3º Procurarán que los derechohabientes a su cuidado reciban las dosis totales de cada vacuna, así como que se les apliquen oportunamente las revacunaciones, de acuerdo con el esquema respectivo.

##### b) *Para el "control" de padecimientos transmisibles agudos, los médicos se ajustarán a las indicaciones siguientes:*

1º Informarán oportunamente a la Dirección de la Unidad o al equipo de medicina preventiva, acerca de todos los casos de padecimientos transmisibles comprobados o sospechosos, en pacientes que acudan a su consulta o sean vistos en atención domiciliaria; utilizarán para ello la forma I.M.S.S. 4-30-3 (aviso de padecimientos transmisibles). Dicho informe se hará de inmediato cuando la importancia del padecimiento lo amerite, difteria, hepatitis por virus, meningitis meningocócica, poliomiелitis, tifo y viruela; y oportunamente en los demás padecimientos transmisibles.

2º Solicitarán la cooperación del médico del equipo de medicina preventiva, en aquellos casos de padecimientos transmisibles de diagnóstico dudoso, para indicaciones especiales sobre la vigilancia del caso y el manejo de los contactos.

3º Realizarán entre los derechohabientes una labor de educación higiénica, relacionada con los padecimientos transmisibles encontrados.

4º Harán las anotaciones correspondientes en el expediente respectivo.

c) *Para la aplicación de inmunizaciones, el equipo de medicina preventiva seguirá las normas expresadas a continuación:*

1º Practicará las inmunizaciones a petición de los médicos familiares o de los especialistas en su caso.

2º Podrá aplicar las vacunas a petición directa de los derechohabientes, o cuando éstos sean enviados al servicio por las trabajadoras sociales, personal de relaciones públicas, de casas de la asegurada y otras dependencias, cerciorándose el propio equipo del estado de salud de los solicitantes y de sus antecedentes de vacunaciones. Aprovechará esta ocasión para relacionarlos con el médico familiar correspondiente, e informará a éste de las inmunizaciones realizadas. En casos especiales, practicará inmunizaciones fuera de la Unidad.

3º Entregará al derechohabiente la tarjeta de inmunizaciones I.M.S.S. 4-31-5 (tarjeta individual de inmunizaciones) con las anotaciones completas de nombre, número de cédula, domicilio, inmunizaciones aplicadas, dosis y demás datos, indicando al interesado la conveniencia de la correcta conservación de la misma.

4º Llevará registro de las vacunaciones practicadas, con la anotación de nombre, cédula, domicilio, vacuna aplicada, dosis y demás datos, en la tarjeta correspondiente I.M.S.S. 4-31-5, que se conservará en el archivo del servicio.

5º Anotará en el expediente clínico del derechohabiente las vacunaciones terminadas. Sugerirá de acuerdo con el esquema, las fechas convenientes para las revacunaciones, a fin de que el médico responsable cite al derechohabiente con oportunidad.

6º Durante las vacunaciones, hará educación higiénica especialmente enfocada en el caso, hacia la utilidad de las inmunizaciones, la necesidad de acudir puntualmente a las aplicaciones siguientes, la fecha en que deben practicarse, así como la posible reacción que pueda observarse, generalizando con otros aspectos de educación higiénica que considere de utilidad.

7º Vigilará a través de sus anotaciones, las fechas de las aplicaciones subsiguientes o lecturas, con objeto de citar a los derechohabientes, cuando no se hayan presentado oportunamente a la unidad, por correo, por medio de la trabajadora social o a través de la Oficialía de Partes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

8º Informará mensualmente a través de la Dirección de la Clínica, al Departamento de Medicina Preventiva, de las labores de inmunizaciones realizadas,



utilizando la forma correspondiente I.M.S.S. 4-31-1 (informe mensual de casos de enfermedades transmisibles).

2º Informará al Departamento de Medicina Preventiva de la Dirección de Salubridad en el Distrito Federal, al Distrito Sanitario correspondiente o a los servicios coordinados respectivos, los casos de padecimientos transmisibles encontrados. Hará este informe si es posible el mismo día, en las siguientes enfermedades: difteria, hepatitis por virus, meningitis meningocócica, poliomiелitis, tifo y viruela; y mensualmente de otros padecimientos transmisibles.

3º Practicará las visitas domiciliarias de vigilancia, en los tipos de padecimientos transmisibles de informe inmediato y dará aviso telefónico al Departamento de Medicina Preventiva de las disposiciones dictadas; posteriormente enviará la información epidemiológica en la hoja respectiva. I.M.S.S. 4-31-6 (hoja de información epidemiológica).

4º Dictará de acuerdo con el médico tratante las medidas de prevención correspondientes; aislamiento, desinfección y protección a contactos, así como hospitalización en su caso.

5º Facilitará a los médicos de la unidad la coordinación con los servicios de laboratorio de emergencia y la obtención de algunos productos biológicos de uso inmediato.

6º Proporcionará a los médicos de la unidad información oportuna y detallada sobre las expectativas epidemiológicas en las diversas épocas del año.

7º Colaborará, a solicitud de los médicos tratantes, en el diagnóstico, tratamiento, medidas de prevención y educación higiénica relativa a padecimientos transmisibles.

8º Solicitará de los servicios de padecimientos transmisibles de las unidades de concentración, la información relativa a los casos enviados para su internación.

9º Informará mensualmente al Departamento de Medicina Preventiva, a través de la Dirección de la Unidad, de las labores realizadas en este aspecto, en la forma I.M.S.S. 4-31-I (informe mensual de casos de enfermedades transmisibles).

## *2. Lucha contra la sífilis y otros padecimientos venéreos.*

1º Solicitarán y vigilarán que se practiquen reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis, a las embarazadas en la primera consulta de cada embarazo y en el séptimo mes del mismo.

2º Solicitarán también dicho examen en todos los derechohabientes mayores de 15 años que acudan a consulta por primera vez.

3º Llevarán a cabo estudio clínico y serológico de los hijos de madres sifilíticas.

4º Elaborarán el diagnóstico relacionado el examen serológico con los datos clínicos. Utilizarán la nomenclatura que se acepta internacionalmente y que se incluye en estas instrucciones.

5º Solicitarán los frotis o cultivos necesarios para la comprobación de casos sospechosos de blenorragia.

6º Solicitarán del equipo de medicina preventiva la aplicación del tratamiento al enfermo, en la forma I.M.S.S. 4-30-2 (solicitud de servicios) ajustándose para ello a los esquemas que se aceptan actualmente dentro del Instituto, anexos a las presentes instrucciones.

7º Harán educación higiénica insistiendo con el enfermo, sobre la utilidad y rapidez del tratamiento, la conveniencia de estudiar al grupo familiar, la importancia de la puntualidad para la aplicación de sus inyecciones, así como del control post-tratamiento.

8º Solicitarán del equipo de medicina preventiva el estudio epidemiológico familiar de cada caso.

9º Una vez terminado un tratamiento, anotarán la fecha de repetición del examen serológico del caso, insistiendo con el enfermo en la conveniencia de que acuda puntualmente a dicho examen.

b) *El equipo de medicina preventiva seguirá las instrucciones que aparecen a continuación.*

1º Recabará diariamente del laboratorio de la unidad el informe de las reacciones serológicas practicas. Los resultados positivos se registrarán en el archivo del servicio y para mayor seguridad, se comunicarán también al médico tratante.

2º Enviará citatorios por correo a los asegurados cuyos resultados hayan sido positivos, a su domicilio o a su sitio de trabajo, encareciéndoles se presenten directamente al servicio de medicina preventiva de la unidad.

3º Recibirá las órdenes de tratamiento para los enfermos con sífilis o blenorragia, en la forma I.M.S.S. 4-30-2. Revisará si dicho tratamiento corresponde a los esquemas respectivos, y si existe alguna diferencia de apreciación técnica, se pondrá en contacto con el médico responsable para la aclaración o corrección en su caso.

4º Aplicará los tratamientos solicitados, llevando registro cuidadoso de los mismos; cédula, nombre del enfermo, domicilio, lugar de trabajo y fechas de aplicación de las dosis siguientes.

5º Aprovechará esta labor para realizar educación higiénica tendiente en el caso, a insistir sobre la utilidad y rapidez del tratamiento, necesidad de acudir puntualmente a las citas médicas y de la investigación de contactos y demás informaciones pertinentes.

6º Citará por correo a los enfermos que no hayan acudido a su tratamiento dos días después de la fecha señalada; vigilará el registro de las citas e insistirá en que el enfermo se presente oportunamente.

7º Realizará los estudios epidemiológicos correspondientes, incluyendo a familiares no derechohabientes, estableciendo coordinación en este aspecto con la

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Anotará los resultados de dicho estudio en la tarjeta I.M.S.S| 4-31-10 (investigación epidemiológica familiar).

8º Anotará en la hoja de evolución del expediente clínico la terminación de un tratamiento y los resultados del estudio epidemiológico.

9º Sugerirá al médico tratante la fecha en que conviene practicar el control serológico de los enfermos tratados, haciendo anotaciones en su libro de registro sobre la fecha de ese control.

10º Informará mensualmente a través de la Dirección de la Clínica al Departamento de Medicina Preventiva, de las labores realizadas en el control de las enfermedades venéreas utilizando las formas 4-31-7 y 4-31-9 (informe mensual de investigación de contactos de casos venéreos e informe numérico de casos venéreos descubiertos y tratados.

### 3. *Lucha contra la tuberculosis*

a) *Los médicos tendrán a su cargo las medidas siguientes:*

1º Solicitarán del servicio de medicina preventiva, se practique la prueba tuberculínica a todos los niños que asistan a su consulta. En los casos positivos, solicitarán examen radiológico de campos pulmonares.

2º Solicitarán examen radiológico postetoanterior de campos pulmonares y los exámenes de laboratorio que juzguen necesarios, en los adultos sospechosos de algún padecimiento pulmonar.

3º Enviarán siempre a través del equipo de medicina preventiva, a estos pacientes en estudio a la Unidad de Neumología para su confirmación diagnóstica y aplicación del tratamiento en su caso. Si hay neumólogo en la Clínica, el caso será enviado directamente a él.

4º Solicitarán de los servicios de medicina preventiva de la Clínica, al confirmarse el diagnóstico de tuberculosis, el estudio epidemiológico del grupo familiar.

5º Harán labor de educación higiénica entre los derechohabientes resaltando aspectos importantes de prevención, de estudio familiar completo, de adecuada nutrición, de higiene personal y, en general, de todas las medidas indicadas en la profilaxis de la tuberculosis.

6º Harán las anotaciones en el expediente respectivo, de los resultados de la prueba tuberculínica y de los estudios radiológicos de campos pulmonares.

b) *El equipo de medicina preventiva llevará a cabo las siguientes medidas:*

1º Recabará del servicio de Rayos X de la Clínica el informe diario de las placas sospechosas de padecimientos pulmonares; dicho resultado se anotará en el archivo del servicio y, como precaución adicional, se comunicará al médico tratante.

2º Aplicará las pruebas tuberculínicas solicitadas por los médicos familiares, pediatras o especialistas, en su caso. Anotará el resultado de dichas pruebas en el expediente clínico del paciente.

3º Hará labor de educación higiénica entre los derechohabientes tendiente en el caso a precisar aspectos importantes de alimentación, de vida higiénica, así como medidas preventivas especiales.

4º Realizará el estudio epidemiológico del grupo familiar o de los contactos a partir del caso comprobado de tuberculosis, incluyendo a las personas no afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social. En este último aspecto, establecerá la necesaria coordinación con la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Anotará los resultados de dicho estudio en la tarjeta forma 4-31-10 (investigación epidemiológica familiar).

5º Llevará registro de los casos enviados a la Unidad de Neumología como sospechosos o con diagnóstico comprobado de tuberculosis para su control o tratamiento.

6º Con el fin de llevar el registro correspondiente, solicitará del Departamento de Medicina Preventiva la información oportuna de los casos enviados a la Unidad de Neumología o la recabará del neumólogo en caso de haberlo en la Clínica.

7º Informará mensualmente a través de la Dirección de la Clínica al Departamento de Medicina Preventiva, de las labores que en relación con la lucha contra la tuberculosis haya realizado.

#### 4. *Educación higiénica.*

La educación higiénica es el denominador común de los otros aspectos de trabajo que en medicina preventiva deben realizarse en las Clínicas. Para ese objeto, el médico familiar o el especialista realizarán labores de educación higiénica individual y colectiva, aprovechando el desempeño de sus labores diarias de acuerdo con las normas señaladas por el Departamento de Medicina Preventiva.