

167427



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA  
CARRERA DE PSICOLOGIA

"LA PARTICIPACION DEL PSICOLOGO DENTRO DEL GRUPO  
INTERDISCIPLINARIO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION  
EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"



U. N. A. M. CAMPO  
IZTACALA

TESINA  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :  
ELVIRA GONZALEZ RODRIGUEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTO

### A MI ESPOSO E HIJOS:

Por estar siempre conmigo,  
ayudandome y motivandome -  
para poder culminar esta -  
meta tan anhelada por mí.

### A MIS PADRES:

Porque gracias a ellos tuve la  
dicha de vivir y de poder rea-  
lizar una carrera profesional.

### A MIS HERMANOS:

Porque debido a su apoyo,  
confianza y dedicación --  
fue posible para mi, al--  
canzar esta meta.

### A TI SEÑOR:

Por la vida misma ..... que es\_  
lo más valioso que tengo.

A las personas que con sus comentarios y críticos hicieron posible que se moldeara y tomará forma este documento, principalmente al grupo de asesores - que en sus aportaciones, consejos y observaciones lograrón que concluyera este trabajo tan valioso para mí.

A las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No.62, quienes me brindarón todas las facilidades para la realización de este documento.

Tener metas en la vida es tener razones  
para vivir,  
própositos para luchar, objetivos que lograr,  
proyectos que cumplir y triunfos que conquis\_  
tar.....

A pesar del largo tiempo transcurrido, \_  
este pensamiento,  
ha estado constantemente presente en mi vida.

**Elvira González**

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
OBJETIVOS .....	9
DESGLOSE GENERAL DE LA ESTRUCTURA DEL TRABAJO .....	10
<b>CAPITULO I</b>	
ATENCION PRIMARIA DE SALUD	
1.1. Antecedentes .....	12
1.2. Definición .....	15
1.3. Componentes Estratégicos .....	16
1.4. Posibilidades de Evaluación .....	23
<b>CAPITULO II</b>	
ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
2.1. Antecedentes .....	26
2.1.1. La Descentralización de los Servicios de Salud .....	27
2.1.2. Regionalización de la atención médica .....	30
2.1.3. Sectorización .....	33
2.1.4. Niveles de Atención .....	34
2.2. Primer Nivel de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidades de Medicina Familiar .....	36
2.2.1. Característicos .....	37
2.2.2. Recursos Humanos .....	42
2.3. Segundo Nivel de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social .....	45
2.3.1. Característico .....	45

2.4. Tercer Nivel de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social .....	46
2.4.1. Características .....	46

### **CAPITULO III**

EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD Y EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL .....	48
3.1. Marco Teórico sobre Disciplina e Interdisciplina .....	48
3.2. Características del Trabajo en Equipo .....	54
3.3. El Trabajo en equipo dentro del Instituto .....	58
3.3.1. Definición de Funciones .....	59
3.3.2. Funciones de Psicólogo dentro del grupo interdisciplinario.	64

### **CAPITULO IV**

#### ESTUDIO ANALITICO DE EXPEDIENTES EN LA UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD No.62

4.1. Factores que intervienen en la calidad de la atención médica .....	64
4.3. Análisis de la revisión de expedientes .....	75
<b>CONCLUSIONES</b> .....	80
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	86

## INTRODUCCION

El ser humano en su afán por conocer su naturaleza y todo lo que le rodea, no podía descartar algunas preguntas tales como: ¿Qué es la salud? ¿Qué es la enfermedad? ¿Dónde inicia una y dónde termina la otra? entre muchas otras más, tratando desde la antigüedad de dar respuesta a estos cuestionamientos, de ahí surgen cuatro momentos históricos en la sociedad que van marcando pauta a este proceso.

1) Mágico-Religioso-Empírico-: en donde se consideraba que la enfermedad era un castigo divino y era "curada" a través de ritos religiosos y mágicos; 2) Biologicista-Positivista-: en esta etapa reduce el proceso a sus aspectos meramente biológicos; se puede considerar como una etapa pseudocientífica en la que se pretende buscar la causa que origina la enfermedad a nivel individual y su atención se enfoca básicamente a la curación; 3) Sanitarismo-: es la expresión de una concepción ecológica de la salud, en la cual se interrelacionan dos factores: Húesped y Agente en el ambiente, en el cual ambos se desarrollan. Se considera a la Sociedad regida por leyes naturales análogas a las biológicas.

El sanitarismo propone introducir medidas sanitarias para solucionar colectivamente los problemas ecológicos y 4) Bilógico-Social-Histórico-: aquí se concibe el proceso ~~salud-enfermedad~~ como un proceso histórico-social- que se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo con sus condiciones.

Materiales de vida. <sup>1</sup>

Es esta última concepción la aceptada actualmente, porque el hombre es un ser dinámico, social biológica y psicológicamente.

El proceso salud-enfermedad, tiene dos determinantes históricos - fundamentales: el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tiempo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros. Ambos determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales, los que a su vez, son el factor fundamental de la incidencia de la enfermedad y la muerte. Por otro lado, tenemos el concepto de salud definido en la Conferencia Internacional sobre atención primaria a la salud como "el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho fundamental y el logro del grado más alto -- posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo". (OMS/UNICEF, 1978). En esta definición no se le otorga a la salud la categoría de fenómeno social e históricamente determinado. Además, no es posible cuantificar ni evaluar el estado de salud en estos términos.

Conforme avanza el capitalismo, la medicina dirige su investigación hacia la fisiología, la rápida recuperación de la fuerza de trabajo: en consecuencia, las acciones médicas adoptan un enfoque predominante -- individual, reforzando esto la concepción biologista-positivista del -

---

(1) IMSS. Coplamar. Las Necesidades en México. Tomo 4, México, Siglo XXI, 1985 p.p. 19-41.

proceso. Así, vemos que la atención a la salud es otro problema relacionado con la organización de los servicios para poder explicar los sistemas de atención a la salud. Es necesario tomar en cuenta los aspectos -- económicos, políticos y sociales de un país, en México existen tres sistemas principales que se encargan de los problemas de salud de la población: El estatal o paraestatal (S.S., I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., etc.). La medicina privada y la medicina popular o tradicional. Sin embargo, se -- calcula que unos 15 a 20 millones de mexicanos se encuentran al margen -- de los sistemas médicos profesionales.

La Secretaría de Salud, cuenta con tan escasos recursos que ni a través de sus centros de salud y hospitales, no se puede considerar como un intento serio de proporcionar servicios médicos curativos a la población, con respecto al I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., etc. constituyen la parte más importante de la medicina institucional del país. Atienden a una -- tercera parte de la población y disponen de un 40% de los médicos, así -- como de sus presupuestos que son de 10 a 20 veces más altos que el de la Secretaría de Salud".<sup>2</sup>

Cabe mencionar, que los sistemas de atención no desempeñan un papel preponderante para el mejoramiento de la salud colectiva, de ahí, -- que surge una política de atención primaria a la salud que es definida -- por la Organización Mundial de la Salud como "La asistencia sanitaria -- esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación (...).

(2) Gómez Jara, Francisco R.A., M.M. Salud Comunitaria Teoría y Técnicas México, Ed. Nueva Sociología, 1983.

forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal como el desarrollo social, económico y global de la comunidad, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanentemente de asistencia sanitaria".<sup>3</sup>

Si bien este concepto es correcto, en México su aplicación y concretización se ven limitadas por factores de orden político, económico y social que imprimen características específicas al funcionamiento de las instituciones de salud.

Por lo que respecta a toda la literatura sobre las instituciones de salud, el médico es considerado como el principal profesionalista del equipo de salud.

En los años 1954-1955 en el Instituto Mexicano del Seguro Social surge la medicina denominada como "Medicina Familiar"; es a partir de este momento que el médico se le empieza a proporcionar una formación profesional para poder cumplir con los siguientes objetivos: ser promotor de salud, afrontar de manera adecuada, el 90% o más de los problemas clínicos que se presentan a su cuidado, proporcionar atención médica primaria integral y continua a todos los miembros de las familias bajo su responsabilidad independientemente de edad, sexo o padecimiento actual

---

(3) Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (Declaración de Alma Ata, URSS) Boletín OPS, 86(3) 1979.

funcionar como integrante y coordinador del equipo de salud para promover la mejor utilización de las capacidades especializadas de los otros miembros del equipo, identificar los factores biológicos, sociales, culturales, psicológicos, económicos, demográficos y antropológicos que determinan patrones de conducta en la salud y en la enfermedad por parte de los individuos, las familias y las comunidades",<sup>4</sup> entre muchos otros más. A través de los años, a este nivel, se han ido sumando otros profesionistas al campo de la salud a excepción del psicólogo. Es por esto, que el propósito es plantear por qué el psicólogo como profesionista de la salud no tiene campo de acción en el primer nivel de atención dentro del I.M.S.S., siendo este profesionista la persona idónea para abordar, diagnosticar, tratar de evaluar el aspecto conductual del individuo, además es capaz de asumir funciones como la de promotor de salud, coordinador del equipo de salud, utilizar con eficiencia los recursos de salud a su disposición, independientemente de lo escasos que sean, trabajar con otros especialistas favoreciendo la atención integral, formular diagnósticos y programas de tratamiento y pronosticar los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que producen la pérdida de la salud, desarrollar una posición autocrítica y de aplicar un análisis crítico a su práctica y capacidades para poder derivar el problema a donde sea necesario".<sup>5</sup>

- 
- (4) Dr. Varela Rueda Ernesto, Formación del Médico, Educación Continua - en evaluación de los Servicios Médicos del I.M.S.S. 1944-1974, pp. - 350-351.
- (5) San Martín Hernán. Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. El Díaz de Santos, Madrid, 1984. pp. 208-215.

Dentro del sector salud, elegí al Instituto Mexicano del Seguro Social porque es la institución que tiene una mejor organización de sus servicios y cuenta con un mayor presupuesto para absorber los recursos humanos y materiales más especializados. Tomando en cuenta que más del 50% de las visitas al médico a primer nivel de atención son motivados por problemas psicológicos o emocionales de los pacientes o representan una manifestación de ellos. Estos problemas generalmente existen dentro del contexto familiar y de hecho pueden tener raíces en un proceso patológico familiar.

Para manejar esta situación, el médico debe estar alerta y hacer un análisis de la situación familiar del paciente. El reconocimiento de que un paciente es "difícil" y la sensación de frustración e impotencia, indican la necesidad de recurrir a un psicoterapeuta especializado".<sup>6</sup>

Desafortunadamente en muchas ocasiones esto no sucede, no porque el médico no desee canalizar a su paciente con el psicólogo, sino por que este profesionista no se encuentra dentro del grupo de trabajo en este nivel, por lo tanto, el médico tiene que "atender a enfermos crónicos y con lesiones degenerativas, enfermedades profesionales, enfermedades mentales y trastornos psicológicos",<sup>7</sup> es decir, supuestamente está dotado de los conocimientos para poder resolver cualquier situación, --- contemplando al psicólogo como un profesionista que puede realizar fun--

---

(6) Hahn, S.P. The Doctor Patient-Family Relation Ship: A Compensatory Alliance. Ann Inter Med. 109 (11) 1988.

(7) San Martín, Hernan. (op.cit.) pp. 208.

ciones meramente educativas.

Es por esto que considero que al establecer en el primer nivel de atención el psicólogo como integrante del equipo de salud, el derechohabiente tendrá una atención integral, lográndose además actividades preventivas de la enfermedad, así como de promoción y conservación de la salud individual y grupal a través de la modificación de nuevos patrones y estilos de vida.

Siendo estas actividades básicas de la atención primaria a la salud, debido a que sabemos que los problemas de salud deben detectarse, estudiarse y solucionarse en donde se generan, en base a la planificación y ejecución de planes y programas dirigidos a la solución de estos problemas con la participación del equipo de salud y de la población.

Como sabemos, millones de personas en el mundo, su estado de salud es deplorable, en particular los países en desarrollo como lo es México, teniendo en cuenta la magnitud de los problemas sanitarios, así como la injusta distribución de los recursos de salud, tanto humanos como financieros; tenemos que en el primer nivel de atención médica abarca a un 85% de la población (Centro de Salud y Unidades de Medicina Familiar), el segundo nivel abarca el 12% de la población y cuenta con cirugía, medicina interna, gineco obstetricia y pediatría como especialidades y servicios básicos. En este nivel donde se encuentra ubicado el psicólogo limitándose únicamente a proporcionar consulta a los derechohabientes --

canalizados por su médico familiar o por otro especialista: en este nivel se encuentra (Hospitales Generales de Zona y Hospitales Regionales) y el 3° nivel de atención únicamente se encuentra el 35% de la población y son: Centros Médicos e Intitutos de Investigación, teniendo un presupuesto mucho más elevado los dos últimos.

Como se pueden observar, en México existen planes y programas para llevar a cabo la atención primaria de salud, pero desafortunadamente no se cumplen porque no existen los recursos económicos suficientes, ni los recursos humanos idóneos para poderlos realizar. Lamentablemente, pero es cierto, que el personal que labora en el sector salud carece de una buena preparación profesional y sobre todo, carece de plena "conciencia de la importancia de su labor en su área de trabajo, tanto en la atención individual como comunitaria, así como, con su determinante participación en la detección y análisis de los problemas prioritarios que aquejan a su comunidad.

### OBJETIVO GENERAL

- 1.- Proponer nuevas formas de trabajo para el psicólogo en el campo de la salud: A primer nivel de atención en el cual no ha sido considerado.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Que el psicólogo tenga una visión objetiva de cuales son sus funciones en este campo laboral.
- 2.- Lograr la aceptación del psicólogo en el grupo interdisciplinario.
- 3.- Ampliar las perspectivas de acción del psicólogo, no únicamente abordando problemas clínicos.

## DESGLOSE GENERAL DE LA ESTRUCTURA DEL TRABAJO

En el primer capítulo se da una visión general de la estrategia de atención primaria a la salud, se ha convertido en diez años de Alma Ata en uno de los términos centrales dentro de la salud pública en los países en vías de desarrollo como lo es México. Los puntos a tratar son los más relevantes en la discusión de la atención primaria.

En el segundo capítulo se analiza que es necesaria la organización de los servicios a través de una planeación integral a todos los niveles: Local, Estatal, Regional y Nacional; para asegurar que los servicios de salud están disponibles en forma racional, haciendo énfasis en los 3 niveles de atención, básicamente en el primer nivel.

En el tercer capítulo se aborda el trabajo en equipo dentro del grupo interdisciplinario, distribución de los recursos humanos principalmente el psicólogo; cuántos hay, en dónde están, qué hacen y qué ventajas existen de su inserción al equipo de salud.

En el cuarto capítulo se consultarán únicamente como fuente bibliográfica, aproximadamente 325 expedientes clínicos para detectar indicadores tales como: pacientes canalizados a 2º nivel de atención, número de sesiones, consultas subsecuentes, repetitivas por el mismo diagnóstico, entre otros más. Se definirá que es lo médico y que es lo psicológico.

En el capítulo cinco son las conclusiones a las que llegaré una -- vez finalizada la investigación.

## CAPITULO I

### ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud es un concepto relativamente novedoso en la administración de la atención a la salud.

#### 1.1. Antecedentes

Surgió hace aproximadamente 20 años como respuesta a la evaluación de las necesidades comunitarias de salud que había demostrado que un gran número de gente no tenía acceso a una atención apropiada. La atención primaria la salud es un concepto muy amplio, que en cierto modo, reemplaza el concepto anterior, el servicio básico de salud.

[La atención primaria de salud surgió para resolver las necesidades de los países subdesarrollados, ofreciendo la posibilidad de un buen acceso a las formas de intervención con mejor relación, aún en los países más pobres.]

Los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la meta de salud para todos en el año 2000, había sido tratada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1974 a través del establecimiento de un nuevo orden económico internacional para corregir desigualdades y reparar las injusticias actuales, garantizando a las genera-

raciones presentes y futuras un desarrollo económico y social que vaya -  
acelerándose en la paz y la justicia".<sup>8</sup>

La IMS y la UNICEF responsables de este programa, aceptaron la invitación del Gobierno de la Unión de Repúblicas Soviéticas Socialistas - para que el 12 de Septiembre en la Ciudad de Alma Ata, se celebrara la - conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Cuyos fines\_ y objetivos eran los siguientes:

- a) Promover el concepto de la atención primaria de salud en todos los países.
- b) Intercambiar experiencias e informaciones a cerca de la Organización de la atención primaria de salud en el marco de sistemas y servicios nacionales de salud completos.
- c) Evaluar la situación actual de la salud y de la asistencia sanitaria en todo el mundo por cuanto guardan relación y pueden ser mejoradas con la atención primaria de salud.
- d) Definir los principios de la atención primaria de salud. Así - como los medios operativos que permitan superar los problemas\_ prácticos que plantea el desarrollo de la atención primaria de salud.

---

(80 Necesidades de Personal Sanitario para alcanzar la salud para todos\_ en el año 2000. O,S pp. 14-17.

- e) Definir la función de los Gobiernos y Organizaciones Nacionales e Internacionales en la cooperación técnica y la ayuda para el desarrollo de la atención primaria.
- f) Formular recomendaciones para el desarrollo de la atención primaria.

Además de esta reunión, se celebraron en los años 1977-1978 en todo el mundo, reuniones Nacionales, Regionales e Internacionales; entre las que cabe señalar: Reunión Conjunta OMS/UNICEF en el Mediterráneo Oriental (Alejandría 1977), la conferencia sobre organización de la atención primaria de salud en países industrialmente desarrollados (Nueva York-1977) y el Congreso Internacional de Organizaciones no Gubernamentales.

Sobre atención primaria de salud (Canada-1978) entre otras, culminando con la reunión más importante por su trascendencia histórica y política la de Alma Ata en 1978 en la que se preparó con la presencia de 134 delegaciones de gobiernos miembros de la OMS y con el informe conjunto del director de la OMS, así como del director ejecutivo de la UNICEF titulada Atención Primaria de Salud, y en 6 informes regionales preparados por los directores regionales de la OMS, en los cuales se exponían experiencias y se resumían los problemas más graves que era preciso resolver en el plano nacional. Se pusieron a disposición de los participantes informes acerca de experiencias en los respectivos paí-

ses, además de fotografías, películas, publicaciones, etc., todo referente a la atención primaria de salud.<sup>9</sup>

## 1.2. Definición

La cual fue definida como: "La Asistencia Sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo de la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal. Así como -- del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".<sup>10</sup>

(9) Informe final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS/UNICEF, URSS, 1978 pp.2-3.

(10) Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra OMS, 1978 Serie - "Salud para Todos". No.1

En la conferencia de Alma Ata se reiteró que los gobiernos tienen la obligación de cuidar de la salud de sus pueblos, obligación que solo se puede cumplir mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales - adecuadas y equitativamente distribuidas. Cada país adoptará esta estrategia de acuerdo a su propio centro social, político y desarrollo. Todas las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y organización de su asistencia sanitaria. En base a experiencias de diversos países, se consideró que la atención primaria de salud es esencial para lograr el objetivo de salud para todos en el año 2000.<sup>11</sup>

Debido a la diversidad de situaciones políticas en que se inscribe la atención primaria de salud, es necesario establecer sus componentes - estratégicos y el contenido de éstos.

### 1.3. Componentes Estratégicos

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los componentes estratégicos de la atención primaria de salud son: 1) Extensión de la Cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente, 2) Organización y Participación de la comunidad, 3) Desarrollo de la Articulación Intersectorial, 4) Desarrollo de la investigación y de tecnologías

---

(11) Ob cit.

Apropiadas, 5) Disponibilidad de Insumos y Equipos Críticos, 6) Formación y Utilización de Recursos humanos, 7) Financiamiento del sector y 8) Cooperación Internacional.<sup>12</sup>

Para los fines de este trabajo, se describirán básicamente los dos primeros componentes, es decir, la extensión de cobertura y la participación de la comunidad.

La extensión de la cobertura se refiere de una parte a la participación de la comunidad, no solo consiste en pagar con trabajo o con dinero una parte del servicio que recibe, sino también y fundamentalmente en que participe en la toma de decisiones y en evaluación, este punto se abordará más profundamente, ya que la participación de la comunidad es un campo fundamental de la estrategia de atención primaria de salud en nuestro país en lo referente al Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 señala que: El mejoramiento sustancial del nivel de salud dependerá de que sean complementarias y estén debidamente articuladas las acciones que realicen las dependencias y entidades involucradas y los diversos sectores de la sociedad para mejorar la calidad de vida de la población. La participación de la comunidad en el autocuidado de la salud.

---

(12) Loewe, Ricardo. Atención Primaria de Salud: Revisión Conceptual -- Salud Pública de México- Sep., Oct., V.30. No. 5, 1988 p. 668.

En el proceso de participación se debe considerar los aspectos relacionados con la Organización Social Concientización Capacitación y Movilización Social. A la vez debe de incluir tareas continuas de formación, información y concientización para que conozcan mejor su realidad y asuman el papel de sujetos de acción y responsables de su propio desarrollo, además de que participen en la toma de decisiones en un proceso creativo con voluntad de cambio.

Para establecer la interrelación entre los servicios de salud a nivel local y las comunidades , se requiere de:

a) Servicios básicos de salud, b) Equipo de salud participante, c) Respeto por la comunidad, d) Coordinación con Organizaciones Comunitarias, e) Coordinación con Instituciones Oficiales y Privadas y f) Apoyo Técnico y Logístico.<sup>13</sup>

Debido a la gran gama de experiencias con respecto a la participación de la comunidad, es difícil encausarlas en algunas modalidades pero entre las más relevantes tenemos:

a) Voluntariado Comunitario: Son representantes auténticos de la comunidad, designados por la propia comunidad, reciben capacitación técnica de la unidad de salud, se les asigna un número pequeño de familias

(13) Hevia Rivas, Patricio Participación de la comunidad en la Atención - Primaria de Salud. Salud Pública. México, 1985; Vol. 27, Sep., Oct. pp. 402-409.

por unidad territorial; desempeñan tareas mínimas de salud bajo la supervisión del equipo local y de preferencia en acciones de promoción y protección de la salud.

b) Comités Legales de Salud.- Son aquellos que analizan y conocen los problemas de salud así como los programas inherentes, participan en la elaboración y actualización de la información, evalúan el cumplimiento de los programas operativos.

c) Consejos Locales de Desarrollo Comunal.- Se unifican esfuerzos a nivel local y se potencializan los recursos de las diversas instituciones oficiales y privadas.

d) Brigada de Salud.- Se integra por miembro del equipo de salud y por representantes voluntarios de la comunidad.

En los programas operativos de la salud, se requiere la participación conciente y organizada de las personas, las familias y de los grupos comunitarios, para ello, existen algunos factores que influyen en el éxito o fracaso de esta participación.

Muchas comunidades del tercer mundo viven una gran inestabilidad y desorganización. Sin embargo, para que pueda darse la participación, la comunidad ha de estar organizada y al grado de esta organización afecta-

rá directamente al éxito de este esfuerzo. Otro factor que interviene es el de la reacción de los diferentes estratos sociales ante los proyectos y las actividades.

Aquí es necesario comprender factores como la edad, nivel educativo y de ingreso, la presencia de problemas sociales y ninguna comunidad geográfica, jamás deberá considerarse como una unidad socioeconómicamente homogénea. No existe una gran difusión de esta estrategia, manifestándose en poco interés por parte de la comunidad, por lo que se debe de -- proporcionar entrenamiento a grupos comunitarios que sirven como instrumentos de cambio, lo que les permitiría entender mejor sus propios problemas y relacionar sus status socioeconómicos con el de otras comunidades en su país, además, les permite asumir responsabilidades como promotores de desarrollo y motivarse para resolver sus problemas más comunes de salud.

Los sistemas educativos pueden actuar a favor o en contra de la participación comunitaria. En muchos países los sistemas escolares, la individualidad y la no cooperación ha reforzado las actividades de desigualdad.

Los sistemas informativos y de comunicación son también importantes, ya que la participación impone al sistema informativo la nueva función de diseminar dentro de la comunidad una información confiable y pun

tual para estimular una participación efectiva.

Otros factores sociales que intervienen son: Los patrones previos\_ de salud-enfermedad, las actitudes de conocimiento sobre la salud; los - hábitos de salud; las actitudes frente a la autoridad".<sup>14</sup> La primera actividad para llevar a cabo esta estrategia menciona Hevia Rivas: es la - de ubicar las organizaciones comunitarias existentes, identificar y establecimiento de contacto con ellas para actuar así con efecto multiplicador y - de proyección social.

La participación de la comunidad con sus diferentes modalidades, - es un componente indispensable de la salud familiar y comunitaria.

El concepto de salud familiar involucra algo más que la simple suma de la salud individual de cada uno de los miembros de la familia, al - considerar las funciones e interacciones que se producen como conjunto y unidad; así como el concepto de salud comunitaria engloba tanto la suma - de la salud de cada una de las familias que integran una comunidad como - las interrelaciones sociales, la organización, el desarrollo y la organización que se genere.

Actualmente se considera que los mayores esfuerzos se deben concre-

---

(14) Zakus, David. La Participación Comunitaria en los Programas de -- Atención Primaria a la Salud en el Tercer MUndo. Salud Pública, -- Vol. 30 No.2 México, 1988, pp. 151-174.

tar en la verdadera promoción de los autocuidados primarios y la autosuficiencia máxima en salud familiar y comunitaria. La promoción puede entenderse como un proceso orientado hacia la realidad, la identificación de los problemas prioritarios y la búsqueda de soluciones en salud con la participación plena de individuos, familias y grupos comunitarios.

El trabajo comunitario de promoción abarca los siguientes aspectos: coordinación con las organizaciones existentes, diagnóstico situacional; elaboración del programa operativo; operación participativa, asesoría y evaluación".<sup>15</sup>

Los nuevos enfoques sobre los autocuidados de la salud, precisan nuevas orientaciones sobre el proceso de enseñanza, aprendizaje en comunidad como un método alternativo de enseñanza no olvidando que el propósito fundamental es de ayudar a las personas a obtener los conocimientos las habilidades y la conciencia de que se requiere para hacer frente a sus propias necesidades de salud.

---

(15) Hevia Rivas, P. op. cit.

#### 1.4. Posibilidades de evaluación

Es aún prematuro hacer una evaluación, debido a la dificultad que se ha tenido para obtener ciertos indicadores sobre todo en los países en vía de desarrollo. Lo referente a las políticas de salud, no hacen una clara diferencia entre la política declarada y la ejercida; los indicadores socioeconómicos provenientes generalmente de los censos, no registran los cambios rápidos de la crisis actual; los indicadores de recursos y servicios son incompletos y poco confiables. En cuanto a los daños, las estadísticas de morbilidad reflejan la demanda no tanto el panorama epidemiológico.

A través del avance del desarrollo de la atención primaria se han refinado las técnicas de medición en las que destacan tres líneas de obtención de indicadores; 1) Índices que denotan signos característicos de daños a la salud relativamente fáciles de medir y que cambian con las acciones de salud; 2) La medición de la equidad en la provisión de servicios de salud para toda la población y 3) La medición de toda la participación comunitaria en los servicios de atención primaria.

Resumiendo, los indicadores para evaluar la atención primaria de salud deben abarcar información sobre las características socioeconómicas de la población, cubierta sobre los recursos para ella disponibles, y los daños a la salud que sufre.

Resulta difícil hablar de salud positiva cuando más de la mitad de las defunciones en México son población menor de 15 años y cuando menos un tercio de ellas son evitables. Por lo que respecta a la Experiencia - práctica en la evaluación de la atención primaria de salud hay poco material publicado. Sin embargo, son experiencias valiosas en las que se han empleado una buena metodología en la selección de indicadores tanto socioeconómicos como daños a la salud y el manejo estadístico de la información".<sup>16</sup> Pero aún carecemos de datos cualitativos, se argumenta que el modelo es nuevo y no ha recibido ni los recursos ni la atención necesaria.

Existe el proyecto Kellog que se dedica a hacer investigación a -- nivel micro de las tecnologías y procedimientos que puedan implantarse - posteriormente a nivel macro. El proyecto se enfoca en 5 líneas: 1) De - Investigación se está desarrollando en una comunidad suburbana, Milpalta al Sur de la Ciudad de México que se ha denominado atención primaria en el Sur de la Ciudad; 2) Planeación Administración.- Se ha traspasado --- ciertas funciones del hospital al centro de salud o clínica para conformar servicios más integrales; otro aspecto es la asignación de recursos materiales para determinar que impacto tiene sobre la efectividad de los servicios de salud; 3) Desarrollo de Tecnología.- Se están desarrollando los instrumentos para la captación y análisis de los factores de riesgo\_ y para la determinación de los riesgos individuales y familiares, además,

---

(16) Lowen Ricardo, op cit.

se está estimando el valor de la microcomputadora en la administración a nivel local; 4) Participación de la comunidad.- Aquí se trata de retomar las experiencias anteriores y buscar cuáles han sido los éxitos y a partir de ellos desarrollar una estrategia para la participación comunitaria y 5) Educación continua, en esta línea se están desarrollando y probando a baja escala los instrumentos, materiales y métodos viables para realziar la reeducación del personal ya existente en los servicios para implantar la atención primaria de salud".<sup>17</sup> En su sentido original, esto es, de incluir en ella toda la gama de servicios de salud existentes en el país, tanto preventivo como curativo, tanto de tecnología simple como compleja, tanto pública como privada. Así podremos hacer frente a los riesgos que implica la crisis para la salud.

---

(17) Soberón Guillermo. La Implantación de la Estrategía de Atención Primaria a la Salud en México. Salud Pública. Sep., Oct., Vol. 30 No. 5, México, 1988 pp. 688-690.

## CAPITULO II

## ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2.1. Para poder satisfacer las demandas de salud existentes a las cuales no se ha dado respuesta satisfactoriamente, es necesaria una planeación integral a todos los niveles: Local, Estatal, Regional y Nacional para asegurar que los servicios de salud estén disponibles en forma racional.<sup>18</sup>

Como una respuesta al planteamiento anterior en el plan nacional de desarrollo 1983-1988 y del programa nacional de salud 1984-1988, surge una tesis rectora del gobierno y que es la descentralización de la vida nacional.

En la aplicación de esta tesis se ha otorgado prioridad a la descentralización de los servicios de salud que ayudará no solo a la consolidación de un sistema nacional de salud, racional e igualitario, sino a dar efectividad al derecho a la protección a la salud, es decir es el cumplimiento de un derecho legal fundado en la Constitución Política de

---

(18) Terris, Milton La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. - Ed. Siglo XXI, México 1987, p. 78.

los Estados Unidos Mexicanos".<sup>19</sup>

2.1.1. La Descentralización de los Servicios de Salud y Establecimientos del sistema con la consiguiente regionalización de ellos, es -- sin duda, la forma en que se garantiza la mayor eficacia y el mayor rendimiento del sistema porque es la fórmula que permite realmente conocer - a la población a servir sus problemas de salud, los riesgos de su ambiente de vida y además mantiene el contacto permanente con la misma población, la cual permite aumentar la eficacia de la educación para la salud de la prevención y de la participación directa de la comunidad.

La descentralización de los servicios de salud constituye una estrategia para la consolidación del sistema nacional de salud, por lo que los objetivos que persigue están enmarcados en el propósito básico que - establece el Programa Nacional de Salud y que son los siguientes:

- Revertir el proceso de concentración nacional que se manifiesta graves desigualdades regionales, en lo que se refiere a los niveles de salud\_ y a la localización de los recursos.

---

(19) Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta. Secretaría de Salud, No.1, Abril 1985. p. 57.

- Dar un uso más racional a los recursos que se destinen a los servicios por medio de una organización y de un funcionamiento más idóneos que - permiten economías de escala.
- Vincular los esfuerzos financieros de los tres niveles de gobierno para acelerar la ampliación de la cobertura de los servicios y la elevación de su calidad.
- Integrar en sistemas estatales de salud los diversos servicios institucionales que se prestan a la población abierta".<sup>20</sup>

Para garantizar que la descentralización de los servicios cumpla -- con los objetivos se establecieron los siguientes criterios:

- Reconocer que la descentralización es un proceso gradual modular, para que se tome en cuenta el desarrollo desigual de los estados y sus peculiaridades económicas, sociales y políticas.
- Los gobiernos de cada estado adopte la estructura administrativa que - convenga a sus características particulares.

---

(20) Op. cit. p. 58.

- Prevención del deterioro en la prestación del servicio, para ello se dispondrá de 3 programas básicos: De rehabilitación y reforzamiento de unidades (balance de recursos humanos, insumos, equipo e instalaciones de plena cobertura acceso real y de equidad salarial del Sector Salud - que persigue la racionalidad de las remuneraciones de los trabajadores de retabualciones sucesivas.
- La descentralización no implicará la transferencia de los trabajadores del estatuto federal a estatutos locales.
- El gobierno federal a través de la Secretaría de Salud seguirá asumiendo el funcionamiento de los servicios estatales de salud, con aportaciones financieras locales complementarias.
- Se llevará la descentralización a sus últimas consecuencias, es decir, la transferencia de facultades y recursos del Gobierno Federal y a los Gobiernos Estatales debe complementarse con la descentralización de éstos a las Autoridades Municipales, teniendo en consideración que muchas acciones en beneficio de la salud deben partir de la instancia municipal.
- El proceso de descentralización debe sustentarse en un programa técnicamente formulado que permita un desarrollo ordenado para su control y evaluación.

La descentralización encuentra en el modelo de atención a la salud un instrumento para dar cumplimiento a sus objetivos y criterios. Este proceso se da en tres etapas:

1.- Fortalecer la coordinación programática de los servicios de salud para la población abierta.

2.- Inducir y organizar la participación activa de la comunidad con los servicios institucionales y

3.- Fortalecer la participación comunitaria, ya que es la base para el funcionamiento de los sistemas estatales de salud y del sistema nacional del cual forman parte.

Para poder llevar a cabo lo anterior, es necesario además de la descentralización, la regionalización y sectorización de los servicios y establecimientos que trabajan directa o indirectamente en salud y su interacción en una misma estructura administrativa y funcionar a través de objetivos y trabajo en equipo".<sup>21</sup>

2.1.2. Regionalización de la atención médica, se basa en colocar dentro de una región geográfica determinada, todos los servicios y programas de salud en forma jerarquizada e interrelacionada bajo una sola administración; esto ofrece la posibilidad de una distribución más --

---

(21) Hernán, San Martín, Salud Comunitaria. Ed. Díaz de Santos Madrid, - 1984 p. 171.

racional de los recursos de un contacto más directo con la población y - de la participación de las mismas, de un mejor conocimiento de los problemas de salud, de una mayor uniformidad de las prestaciones, del control de la calidad de los servicios en la región, de una mayor economía en la ejecución de los programas, evitando duplicación de servicios y actividades.

Con este tipo de regionalización, se busca asegurar la congruencia de los programas que formulan y realizan las unidades aplicativas -- de primer y segundo nivel. Las unidades hospitalarias se constituirán de un instrumento fundamental para asegurar la formulación, ejecución y seguimiento de los programas a cargo de las unidades de primer nivel, conforme a las políticas y lineamientos que determinen los niveles jurisdiccional, estatal y central.

Adicionalmente la consolidación de los servicios de salud para población abierta a nivel regional se podrá apoyar en mecanismos de subrogación interinstitucionales, bajo los siguientes criterios:

- Las Instituciones de Seguridad Social, brindarán atención de primer y segundo nivel a población no derechohabiente en aquellos casos en los que no exista la infraestructura para atender a la población abierta o cuando las unidades existentes no tengan la capacidad y/o equipo necesario para la prestación de servicios especializados.

- Los servicios de atención médica y quirúrgica para aquellos pacientes que lo ameriten, se otorgarán previo convenio entre el gobierno del estado y las Instituciones de Seguridad Social y conforme a las políticas, normas y procedimientos que establezca la Secretaría de Salud.
- La prestación de estos servicios deberá hacerse únicamente en las unidades que cuenten con capacidad instalada ociosa.
- Las Instituciones que tienen a su cargo la atención de la población abierta, prestarán servicios a población derechohabiente en los casos en que las Instituciones de Seguridad Social carezcan de la infraestructura necesaria en una región determinada.
- Se deberán establecer mecanismos que permitan contabilizar el costo de los servicios subrogados, conforme a los tabuladores que convenga la Secretaría de Salud con las Instituciones de Seguridad Social.<sup>22</sup>

Resumiendo todo esto, implica que los servicios médicos deben llegar a quien los necesita, dónde, cuándo, cómo y durante el tiempo que los necesite. La regionalización es útil en la planificación de los hospitales y sus funciones, en el doble sentido de una mejor atención de la población de la región y de un menor costo de la hospitalización al cual se le asigna cuando menos el 45% de los presupuestos de los programas de salud.

---

(22) Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta, S.S. No.1 - Abril, 1985, p.40.

### 2.1.3. Sectorización

La base fundamental para la sectorización de los servicios de salud fue la reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, por medio de la cual se faculta a la Secretaría de Salud para establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, y para coordinar los programas y servicios públicos de salud; si bien, para este propósito tenga que recurrirse a agrupamientos por funciones y programas de salud. Esta misma ley faculta a la Secretaría para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades federativas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Estas facultades han implicado una efectiva labor de programación presupuestación y control sobre los recursos que se destinan a los servicios públicos de salud.

Dentro del sector se constituyeron dos subsectores:

El Subsector de Asistencia Social, se integró por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. El Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Investigación Juvenil.

el subsector de Institutos Nacionales de Salud, se compone por los Institutos de Cardiología, de Cancerología, de Enfermedades Respira-

torias, de Nutrición, de Neurología y Neurocirugía, de Pediatría, de Perinatología, el Hospital Infantil de México y el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Ha sido importante propiciar la vinculación del subsector de Institutos Nacionales de Salud con los problemas de salud del país. La sectorización ha favorecido avances importantes de la investigación de salud. Se ha vigorizado la capacidad de coordinación, programación, presupuestación y evaluación de las actividades de los Institutos.

El producto fundamental de la sectorización lo constituye el Programa Nacional de Salud 1984-1988, aprobado el 7 de Agosto de 1984, que sintetiza la acción de las Instituciones, realizada a través de grupos interinstitucionales del sector salud los cuales se integran por representantes de la S.S., del I.M.S.S. del I.S.S.S.T.E. y del D.I.F.; además de otros organismos que tienen y pueden tener interés directo y experiencia en el tema".<sup>23</sup>

#### 2.1.4. Niveles de Atención

Un aspecto importante de la estructura y eficacia de los servicios de salud es la sistematización de la referencia de sus pacientes y la regionalización y la organización de sus servicios por niveles de aten-

---

(23) Soberón, S. Guillermo. Informe de México 1982-1986. El Sistema Nacional de Salud en México, Orígenes, Definiciones y avances-Salud Pública No.6, Vol. 28 Nov., Dic. 1986, p. 658.

ción",<sup>24</sup> los cuales son considerados en base a los problemas de salud -- de los grupos humanos, teniendo en cuenta básicamente frecuencia y gravedad del padecimiento, orientación de los servicios, tipo de servicios y accesibilidad del público a los mismos.<sup>25</sup> San Martín;<sup>26</sup> define los niveles de atención en base a la última utilización de los recursos de salud existentes, organizados en grados menores o mayores de complejidad técnica y administrativa de acuerdo a las actividades que deben de desempeñar dentro del sistema de regionalización.

En particular, en México la Medicina Institucional está organizada en una extensa red de actividades e instalaciones relacionadas entre sí a fin de proporcionar atención médica de manera racional y adecuada a la problemática de salud que presenta cada paciente.

Para esto se han establecido tres niveles de atención México, y -- para su operación y funcionamiento tres tipos de unidades de servicio. -- Las cuales no solo brindan prestaciones médicas, sino también económicas y sociales que son la estructura de seguridad social mexicana (cuadro -- número 1).

---

(24) IMSS-COPLAMAR Necesidades Escenciales en México Siglo XXI, en México Siglo XXI, México, 1985, p. 140.

(25) IMSS Niveles de Atención Médica, México, 1987.

(26) San Martín Hernán, Op cit.

Para los fines de este trabajo, dirigiremos nuestra atención básicamente en el I.M.S.S.; siendo dentro del sector salud la Institución - que cuenta con una mayor estructuración y organización de sus servicios, teniendo bien definidos sus tres niveles de atención:

## 2.2. Primer Nivel de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidades de Medicina Familiar.

El hablar de primer nivel de atención y atención primaria de salud parece ser que se trata de conceptos similares debido a que ambos tratan de acercar los servicios de salud a donde la población lo requiere constituyendo el primer contacto que la población tiene con un proceso permanente de asistencia sanitaria, lo que no queda bien definido en el primer nivel de atención es la participación de la población para resolver su problemática de salud. Para dar respuesta a este aspecto en 1987 en el Instituto Mexicano del Seguro Social surge el Programa denominado -- "Fomento a la Salud", el cual se sustenta en la estrategia de aprovechar por una parte los diferentes recursos institucionales existentes y por la otra los de la comunidad y la organización que la misma ha establecido, a efecto de hacerla participar en el autocuidado y fomento de la salud.

Para tal fin en el Instituto se han realizado acciones de atención integral a la salud que consisten en: Prevención, curación y rehabilitación. Apoyados con actividades constantes de educación para la salud y -

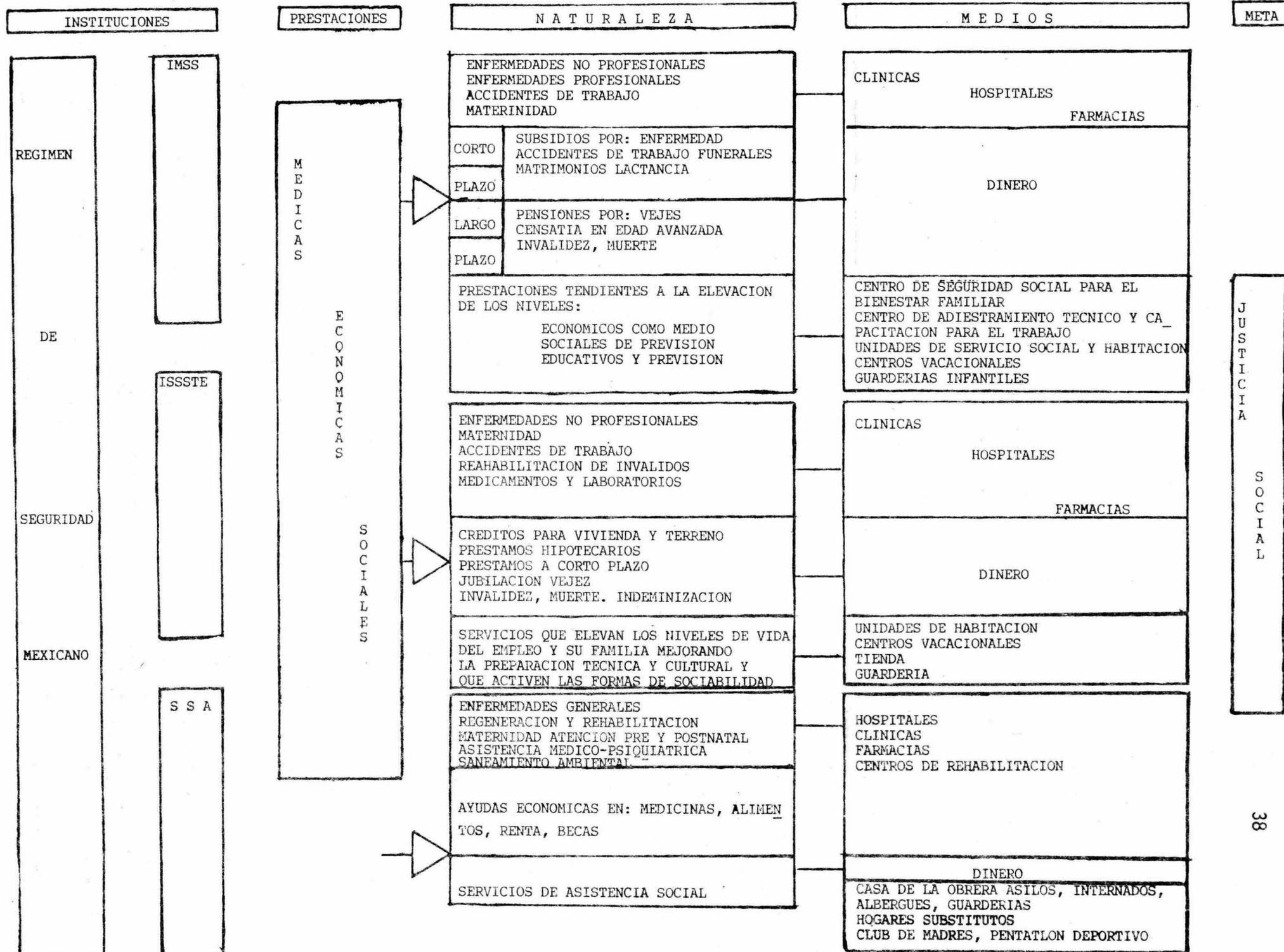
la participación activa de las familias y la comunidad.

Para ejemplificar lo anterior el programa tiene un esquema operativo en el que se están realizando las denominadas acciones intramuros - en donde todas las Unidades de Medicina Familiar tienen la responsabilidad de contar con un diagnóstico de salud actualizado que permita efectuar la programación presupuestal anual, conforme a las actividades que se requiere para las familias derechohabientes, a efecto de enfrentar -- el proceso de salud-enfermedad con soluciones oportunas. Con esta información se puede estar en condiciones de identificar aquellos grupos familiares que se consideren prioritarios para acciones intensivas de fomento a la Salud. Cabe señalar que en este momento que el mecanismo para la atención de la población derechohabiente en el Programa Institucional de Fomento se está dando en forma paulatina conforme se incorporen los - núcleos familiares al proceso.

2.2.1. Para lograr lo anterior cada uno de los Servicios con que -- cuenta un primer nivel de atención realizan acciones bien definidas a fin de codyuvar al cumplimiento del programa, entre los más relevantes tenemos:

Consulta Externa: A toda la población derechohabiente se le atiende a través del sistema médico familiar, el cual se estableció con la -- finalidad de que un mismo médico se responsabilice del núcleo familiar - en forma integral y continua.

ESTRUCTURA DEL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA



Medicina Preventiva: tiene como principales objetivos controlar -- con oportunidad los riesgos que amenazan la salud, evitando así la aparición de enfermedades; elevar el nivel de salud de la familia y su comunidad, y por tanto, contribuir a mejorar su nivel de vida y fomentar en la población el autocuidado de la salud. Para lograr sus objetivos, cuentan con cuatro módulos de actividades:

- Promoción de la Salud (Acciones educativas que se realizan en la población).

- Protección de la Salud (Actividades para evitar un daño en grupos de alto riesgo).

- Detección del Estado de Salud (Búsqueda intencionada de un daño en población aparentemente sana).

- Saneamiento Básico (Actividades encaminadas a modificar al medio ambiente de la población en beneficio de la salud individual, familiar y comunitaria).

Planificación Familiar: Tiene como objetivo, proporcionar a la población los conocimientos y métodos anticonceptivos adecuados que les permitan decidir de manera responsable el número de hijos que desean tener.



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

Trabajo Social: Tiene como finalidad coadyuvar en la solución de problemas socio-médicos de los pacientes y sus familiares cuando éstos interfieren en su atención médica, manejando grupos familiares y estableciendo las terapias necesarias.

Asimismo, realizan actividades planeadas para acrecentar el desarrollo social de la población derechohabiente, con la finalidad de mejorar las relaciones familiares.

Orientación, Información y Quejas, son un medio de comunicación directa a través de los cuales la población derechohabiente se mantiene informada sobre los servicios y prestaciones que contempla la Ley del Seguro Social, trámites y procedimientos para tener acceso a ellos.

Por otra parte, en estos, se atienden quejas verbales de los usuarios insatisfechos por el otorgamiento de alguna prestación o servicio.

Control de Prestaciones: Este servicio es el responsable de llevar el control de los movimientos afiliatorios del asegurado y sus beneficiarios legales a través de los cuales se certifica el derecho para la obtención de servicios médicos y el pago de subsidios por enfermedad, maternidad y riesgos de trabajo.

Otros de los servicios con que cuentan las unidades de primer nivel de atención son: Odontología, Dietología, Laboratorio de Análisis

Clínicos, Radio Diagnóstico y Farmacia".<sup>27</sup>

Este nivel es el que absorbe el 85% de la población y es el que menos presupuesto recibe del 5 al 10% para desarrollar sus funciones, siendo éste la infraestructura fundamental para la implementación de servicios de salud integral.

Con respecto a las acciones extramuros del esquema operativo tenemos que a través de los Servicios de Medicina Preventiva quien esta realizando visitas de campo, identificando la organización que la comunidad tiene, los líderes que en ella existen, las necesidades, sentidas y los recursos con que cuenta; de tal manera que al integrar la información permita tomar decisiones al equipo de salud y la participación que se desea promover con la propia comunidad.

El conocer la organización comunitaria permite identificar al personal voluntario que fungirá como monitor de manzana, quien se convierte en el primer contacto entre la comunidad y la institución, siendo su principal función la de difundir información básica de educación para la salud que logre involucrar la participación de las familias de una manera conciente y comprometida en el autocuidado de su salud.

---

(27) IMSS Niveles de Atención México Vol. 1, 1986. 21 p.

Los promotores de salud se seleccionarán de las manzanas, estos realizarán acciones de promoción, protección y detección de la salud, así como saneamiento básico. Otro elemento que se incorpora al esquema operativo son los voluntarios que pueden ser de la propia comunidad o del Instituto, quienes establecen los enlaces necesarios con el área de Prestaciones Sociales, Obras y Patrimonio Inmobiliario, a través del Comité Local de Salud.

Las adecuaciones que tienen que establecerse a nivel de las delegaciones, zona o localidades, estarán de acuerdo a los recursos institucionales como de la comunidad existentes y permitirán conjugarlos para provocar el desarrollo que se plantea en las mismas, de acuerdo a los planes y programas locales, estatales o regionales.

Para garantizar el éxito de Fomento a la Salud, se requiere que en todos los niveles se origine el cambio estructural en cuanto a percibir e identificar que la salud para su obtención, requiere de la participación conciente de todos los que se involucren en el programa y de que mientras más se simplifiquen las acciones y mejor se informe y capacite a la población en el autocuidado de su salud, mejores respuestas se obtendrán.

#### 2.2.2. Recursos Humanos

Aquí se ubica al personal médico y paramédico responsable de proporcionar medidas preventivas y asistenciales en las unidades de medici

na familiar, así como en los domicilios de los derechohabientes. Es decir, el equipo de salud trabaja con objetivos precisos, y cada uno tiene una responsabilidad determinada.

En las unidades de medicina familiar el principal profesionalista es el médico familiar, quien es considerado como "Lider del Equipo Multidisciplinario".<sup>28</sup> para atender los daños a la salud de su población asignada en su ejercicio, no solo debe atender aspectos curativos sino que debe de realizar perfectamente actividades preventivas y de rehabilitación, es decir, el médico es el responsable de la promoción de la salud individual y colectiva de la población con apoyo de trabajadoras sociales y asistentes médicas, enfermeras, laboratoristas, técnicos de gabinete y personal técnico administrativo.

Otros profesionistas y técnicos que participan para este fin son los odontólogos que básicamente proporcionan medidas de protección bucal a grupos prioritarios de la población (menores de 15 años, pacientes embarazadas, etc.)

Médico Epidemiólogo.- es el responsable de difundir, aplicar, -- asesorar, supervisar y evaluar todas las acciones médico-preventivas, además vigila el estado de salud de las familias y la comunidad adscrita a la unidad. Asimismo, propone alternativas de solución a los pro-

---

(28) IMSS. Sistema Médico Familiar, México, 1985. p. 2.

blemas de salud que se pueden presentar y causar epidemias.

Trabajo Social.- coordina y desarrolla las actividades grupales de educación para la salud.

Enfermera.- aplica los criterios médicos indicados en la atención subsecuente de los pacientes enviados por el profesional de la salud para su manejo y control.

Como se puede observar, el profesionalista que no está contemplado en este nivel y por lo tanto no tiene ninguna participación en el Programa de Fomento a la Salud es el psicólogo, inclusive algunos autores como Pritchard pone en duda su inserción al equipo de trabajo, diciendo que el médico y/o la enfermera lo pueden sustituir por su habilidad en el campo de la rehabilitación.<sup>29</sup> Por otro lado, San Martín, sí menciona al psicólogo como un integrante del equipo de salud, pero restringiéndolo únicamente a la aplicación de la psicología del aprendizaje como base de una educación sanitaria científica.<sup>30</sup>

Posteriormente, en base a un análisis se plantearon propuestas de inserción de este profesionalista en este nivel de atención.

(29) Pritchard, p. Manual de Atención Médica Básica, Colección Salud y Seguridad Social. México, 1982. p. 71.

(30) San Martín, op cit. p. 201.

porque no existe una def.  
de tareas específicas para este profesionalista de la salud.

### 2.3. Segundo nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social

2.3.1. Segundo Nivel de Atención.- El Hospital General de Zona es la unidad médica que se encarga de apoyar a un grupo de unidades de Medicina Familiar que conforman su área de influencia.

En este nivel de atención se resuelven problemas de salud que son derivados de la Unidad de Medicina Familiar y requieren ser tratados por médicos especializados.

Los Hospitales Generales de Zona se caracterizan por contar con cuatro áreas de hospitalización que son: Pediatría, Ginecología, Cirugía y Medicina Interna.

Los servicios con los que cuenta son: Consulta Externa de Especialidades, Laboratorio Clínico, Rayos X, Farmacia, Quirófano, Urgencias, Medicina del Trabajo, Dietología, Trabajo Social y Orientación e Información.

En este nivel, están establecidos los servicios de Medicina del Trabajo con el fin de promover y mantener el mayor grado de bienestar físico mental y social de los trabajadores. Así como otorgarles una atención especializada, en cuanto a accidentes o enfermedades derivadas de sus actividades laborales. Además en este nivel se encuentra inserto el psicólogo que realiza actividades de diagnóstico y tratamiento de pacientes deri

vados del médico familiar o por otro especialista. El papel más importante de este nivel es que mantiene la conexión entre el primer y tercer nivel de atención, además del apoyo técnico que presta permanentemente al primer nivel.

Cuando el paciente es atendido en este nivel y el médico especialista determina que su padecimiento requiere estudios y atención de alta especialización, deriva al paciente al tercer nivel. El trámite lo realiza el médico especialista en la forma correspondiente en la que indica los servicios requeridos por el paciente, así como sus antecedentes clínicos.

#### 2.4. Tercer Nivel de Atención

La atención médica de tercer nivel se proporciona en los Hospitales de Especialidades que son unidades dotadas de los recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el ejercicio de las especialidades médicas más complejas y el estudio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de baja incidencia, pero de difícil manejo o resolución.

2.4.1. El I.M.S.S. cuenta con las siguientes unidades de alto nivel: Hospital General de Especialidades, Cardiología y Neumología, - Gineco Obstetricia, Oncología, Pediatría, Traumatología y Ortopedia, - Medicina Física y Rehabilitación e Infectología.

En este nivel se encuentra también laborando el Psicólogo, asumiendo funciones de Psicoterapeuta.

Los servicios que se proporcionan en esta unidad son:

Consulta Externa de Alta Especialización, Laboratorio Clínico, - Rayos X y Estudios Especializados de Gabinete (Medicina Nuclear, Tomografía Computarizada, Electroencefalograma, Electrocardiograma, etc). Hospitalización, Quirófano, Dietología, Trabajo Social y Orientación - e Información. Generalmente a este nivel se encuentra la investigación y la docencia.<sup>31</sup>

En este nivel se encuentra también una Administración Central -- del Sistema, encargada de la Coherencia Nacional del Sistema de Servicios Regionalizados y de la Política Nacional de Salud, a veces de los programas nacionales e interregionales.<sup>32</sup>

---

(31) IMSS Niveles de Atención Médica. Vol. 1 pp. 15-21.

(32) San Martín op cit. p. 201.

## CAPITULO III

## EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD Y

## EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL I.M.S.S.

3.1. El hablar de interdisciplina es hablar de un tema de gran profundidad, que provoca grandes controversias. En la última década se ha brindado a este tema gran atención por parte de los investigadores, quienes han abordado el concepto en forma muy amplia: han desarrollado progresivamente todos los niveles de la enseñanza, han considerado la metodología de la elaboración de los contenidos de la enseñanza y finalmente han enfocado los métodos y medios de enseñanza-aprendizaje, así como la formación de docentes dedicados a la Interdisciplinariedad.

Existen factores que han favorecido la interdisciplina entre los más relevantes tenemos: los progresos a los métodos pluri o interdisciplinarios que han logrado en la investigación científica y en la práctica de los aportes de la ciencia; las ideas nuevas promovidas o aceptadas por la Pedagogía contemporánea que se asocian orgánicamente con la interdisciplinariedad y requieren nuevos modos de concebir y/o organizar el proceso de enseñanza-aprendizaje; la evaluación de la problemática del mundo contemporáneo, caracterizada por la complejidad, la globalidad y la interdependencia. Es decir, la interdisciplinariedad es una modalidad de concebir y organizar los contenidos de la enseñanza, la cual trae ciertas consecuencias tanto en los objetivos pedagógicos como en los mé-

todos y técnicas de aprendizaje y evaluación. Entre la Filosofía inherente a la interdisciplinariedad y la que implica una enseñanza por medio de disciplinas más o menos compartidas existen sin duda divergencias, -- aunque también ha sucedido así en la enseñanza tradicional en donde se -- tiende a aumentar las conexiones entre disciplinas.<sup>33</sup> Las cuales son consideradas como el estudio científico especializado en una materia determinada y homogénea. La actividad disciplinaria es una formulación y reformulación del campo de conocimientos sobre una materia. Para caracterizar la naturaleza de una disciplina dada y distinguirla de otras, es necesario aplicar cuatro criterios:

1.- El dominio material de las disciplinas.- Objeto de estudio de cada disciplina , aquí es donde existe una amplia superposición de disciplinas en sus campos materiales.

2.- El dominio de estudio de las disciplinas.- Consiste de varios subconjuntos claramente circunscritos que ponen de relieve fenómenos de un mismo dominio material. Es otra concepción de -- los objetos de una disciplina más refinadas que el dominio material.

En cierta medida, el dominio del estudio depende de las decisiones previas dentro de una disciplina dada, en lo que concierne a la conceptualización, construcción de teoría y metodología se refiere.

(33) Vaideanu, George. La Interdisciplinariedad en la enseñanza; ensayo de síntesis. Perspectivas, Vol. XVII, No.4 1987, pp. 532-533.

### 3.- El nivel de integración teórica de las disciplinas.

Este es el punto más importante de una disciplina.

Toda disciplina empírica (excluyendo las disciplinas teóricas) intenta reconstruir la realidad de su dominio de estudios en términos, con el fin de capturar esa compleja realidad, y de entender, explicar y predecir los fenómenos y sucesos que conciernen a este dominio. De este modo, la naturaleza de los fenómenos observables que interesan al dominio de estudio, determina el nivel de integración teórica de los conceptos unificadores y fundamentales.

### 4.- Contingencias históricas de las disciplinas.- Toda disciplina es producto de un desarrollo histórico y en todo momento se encuentra en un estado de transición. Algunas disciplinas se desarrollan y cambian rápidamente, en tanto otras, parecen haber agotado sus posibilidades de evolución. Las disciplinas también están sometidas a fuerzas exteriores en constante cambio, como el prestigio que les da la opinión pública, los valores socioculturales, las ideologías políticas y las condiciones económicas. Estas fuerzas externas no solo controlan los recursos materiales, sino que determinan un clima propicio, o no, para el crecimiento de una y otras disciplinas. Finalmente estos factores se conjugan para modelar la mentalidad de los hombres de ciencia, al --

influir en sus intereses de investigación y sus preocupaciones teóricas.

Hasta aquí se ha venido hablando de la disciplinariedad, ahora - que podemos decir de la interdisciplinariedad. A continuación se distinguirán sus tipos en orden ascendente según su etapa de madurez alcanzada.

1.- Interdisciplinariedad Indeterminada.- A esta categoría pertenecen todas las clases de esfuerzos enciclopédicos que desembocan en un curriculum ambiguo.

2.- Pseudo interdisciplinariedad.- Aquí se utilizan elementos analíticos que son entre todos los instrumentos de criterio los menos específicos para la diferenciación de disciplinas.

3.- Interdisciplinariedad Auxiliar.- Los métodos son instrumentos que toda disciplina utiliza para estudiar los fenómenos de sus determinando dominio de estudio. Frecuentemente los métodos empleados, -- proporcionan información que tiene cierto valor para el dominio de estudios de otra disciplina y su respectivo nivel de integración teórica. Así pues, se crea una disciplinariedad cruzada, lo que conduce a la creación de muchas interdisciplinariedades auxiliares.)

4.- Interdisciplinariedad Compuesta.- Se distingue por su actitud técnica para investigar una secuencia jerárquica de objetivos - -

claramente definidos que modifican los sistemas que rigen las relaciones entre los individuos y su ambiente e incluso provocan innovaciones en tales sistemas.

5.- Interdisciplinariedad Suplementaria.- Algunas disciplinas - pertenecientes a los mismos dominios materiales, desarrollan una sobreposición parcial y dan lugar a relaciones suplementarias entre los respectivos dominios de estudio. Sin embargo, esta interdisciplinariedad complementaria crea entre los respectivos niveles teóricos una especie de correspondencia que constituye un objetivo de sí.

Por lo general, la interdisciplinariedad suplementaria nunca se extiende a toda la gama de los dominios de estudio de disciplinas emparentadas y tiende a originarse en las regiones fronterizas de una disciplina.

6.- Interdisciplinariedad Unificadora.- Aquí es donde existe una consistencia unificadora en el dominio de estudio de dos disciplinas, consistencia que ha surgido de un acercamiento entre los métodos y los niveles respectivos de integración teórica.<sup>34</sup>

Para los fines de este trabajo es la búsqueda de varios tipos de interacción entre disciplinas científicas, interacciones normalmente conocidas con el nombre de interdisciplinariedad, para la cual es necesario desarrollar una definición, de lo que una disciplina científica es o podrá ser. Existen tres campos básicos en los cuales se define

(34) Apostel, leo. Terminología y Conceptos, pp. 91-99.

la interdisciplinariedad.

→ 1.- El Campo Filosófico.- Dominado por la Historia de la Ciencia y la epistemología en el cual la ciencia es tomada en sí misma como -- objeto de estudio, principalmente con referencia a sus mecanismos y -- desarrollo.

La investigación científica es tomada en si como un objeto de -- investigación.

→ 2.- El Campo Etico (o sociopolítico).- En el que varias formas - de interdisciplinariedad intervienen como procedimientos de trabajo en la persecución de metas humanas y finalmente el.

→ 3.- El campo educativo que hace intervenir en número de técnicas operativas con el propósito de entregar inteligencias capaces de reunir la unidad de la realidad.

Estos tres campos no han sido generalmente reconocidos, aunado a esto que no se ha logrado un acuerdo general sobre los objetivos humanos y científicos de la investigación científica, mecanismos de aplicación de la interdisciplinariedad están siendo constantemente confundidos. Esta incertidumbre se refleja en las exigencias semánticas expresadas frecuentemente por aquellos para quienes la interdisciplinariedad es una realidad.

Después de haber tenido un marco de referencia teórico sobre la disciplina e interdisciplina, abordaremos por interés de este trabajo el concepto de interdisciplina como una nueva forma de plantear un problema epistemológico que permite terminar con la separación de disciplinas; división que solo refleja decisiones administrativas o escolares. Asimismo, la interdisciplina nos aleja del concepto que sostiene que el conocimiento es independiente con respecto a las ramas de la actividad humana e incluso que las diversas ramas del conocimiento mismo son independientes una de la otra.

La interdisciplinariedad ha nacido de nuestra necesidad de comprender y conocer. Solo se puede descubrir estructuras nuevas a partir de la unión, intersección o reorganización de estructuras anteriores que provengan de varias disciplinas. El resultado es el surgimiento bajo el término de interdisciplinariedades de la reconciliación del conocimiento y la realidad de decir es la exploración continua de diferentes campos del conocimiento, explorar las zonas intermedias de las disciplinas específicas nacidas de las divisiones tradicionales de la ciencia.

3.2. En la actualidad, dentro del campo de la ciencias de la salud se exige una relación interprofesional, ya que el concepto de salud mismo reúne elementos biológicos, psíquicos y sociales, mostrando las diversas ramas de saber que intervienen en la búsqueda de tal estado de

bienestar.)

Si a ello aunamos el proceso de especialización creciente de las ciencias químicas, biológicas, médicas y sociales, nos encontramos en el liderazgo de alguna de ellas resulta obsoleto en el presente,<sup>35</sup> para poder trabajar como miembro de un equipo interdisciplinario se requiere comprender las metas, papeles, tareas y procesos de comunicación del grupo. Cada participante debe tener respeto por todos los miembros del grupo y aceptarlos. Cuando un grupo está dispuesto a formar un equipo, debe comprometerse a alcanzar metas comunes, entender los límites de cada disciplina, tener el deseo de aprender el lenguaje de los otros miembros, comunicar su puntos de vista en lo que se refiere a resolver problemas y tomar decisiones. Se requiere de tiempo y paciencia para entender cuáles son los territorios, limitaciones y alcances de los papeles de otras disciplinas. Cuando existe ambigüedad o conflicto de los papeles, se deben de entablar negociaciones a cerca de lo que le corresponde hacer a cada quien. El proceso de resolver problemas y tomar decisiones como equipo es una responsabilidad compartida.

---

(35) Gómez Lara, Fco. Salud Comunitaria. Teoría y Técnicas. Ed. Nva. Sociología. México 1983, p.333.

Esta modalidad de trabajo es de gran utilidad en salud pública y en la medicina en donde los objetivos del trabajo en equipo que se persiguen son los siguientes:

→ a) Promover el desarrollo de la colectividad a la cual sirve y el desarrollo de los integrantes del equipo.

→ b) Desarrollar actitudes necesarias, organizarse y desarrollarse como grupo.

→ c) Estimular la práctica de cooperación, la interayuda, la solidaridad y la comprensión mutua.

→ d) Fomentar la capacidad creadora de los individuos y el desarrollo de las acciones espontáneas.

El equipo de salud está integrado por todos los profesionales - técnicos, administrativos y auxiliares necesarios para realizar el programa de salud con objetivos precisos y en el que cada cual tiene una responsabilidad determinada. El equipo tradicional de salud estaba integrado por el médico, la enfermera, el inspector sanitario y un oficinista. Sin embargo, al comenzar a cambiar los problemas de salud, se unieron a las filas de trabajadores de salud pública. El educador sanitario, el nutriólogo, el trabajador social y el administrador (no médico), se convirtieron en miembros comunes del equipo.

La labor del ingeniero sanitario fue ampliándose a medida que se hizo más grande el impacto del desarrollo industrial y de la vivienda sobre la salud pública. La automatización hizo que técnicos y analistas de programas entraran en el cuadro. Un concepto más profundo de "diagnóstico de población" trajo la necesidad de admitir a investigadores sociales y de la conducta que serían: Psicólogo, Antropólogo y Sociólogo. La creciente importancia atribuida a la prevención y cuidado de los problemas emocionales y la expansión de los programas de asistencia psiquiátrica llevaron al campo de la salud un número cada vez mayor de psiquiatras.

Un enfoque más detallado de la salud exigió la participación de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y consejeras de rehabilitación profesional.

Veterinarios, físicos, arquitectos, bibliotecarios, farmacéuticos y químicos son algunos de los muchos especialistas que participan ahora en el equipo de salud pública.

Dentro de la práctica profesional sabemos que a pesar de la inserción de varios profesionales al campo de la salud, el médico generalmente es el líder del equipo: "Es quien proporciona atención médica personal, básica y continua a los individuos y las familias. Pueden atender a los pacientes en sus hogares, en su consultorio y en ocasiones en el hospital. Acepta la responsabilidad de tomar una decisión --

inicial en todo problema que su paciente le presente, consultando con los especialistas cuando lo considere conveniente. Normalmente trabaja con otros médicos, con el apoyo de colegas paramédicos, adecuado personal administrativo y todo el equipo que sea necesario; delega funciones cuando lo estima pertinente. Su diagnóstico se basará en términos físicos, psicológicos y sociales. Intervendrá en la educación, prevención y tratamiento terapéutico con el objeto de mejorar la salud de sus pacientes".<sup>36</sup>

3.3. Específicamente dentro del equipo de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social el médico juega un papel primordial. Dentro del primer nivel de atención existe un médico para 1400 derechohabientes, un estomatólogo para 9800 derechohabientes, un trabajador social para 14,000 derechohabientes. En la subdelegación Tlalnepantla, a la cual pertenece la Unidad de Atención Primaria de Salud No.62 y las Unidades de primer nivel de atención más; contando también con 2 Hospitales Generales de Zona y un Hospital Regional considerado como tercer nivel de atención. Dentro de la Institución el Psicólogo está inserto en tres áreas: el área médica en la que actúa como psicólogo clínico donde realiza actividades de diagnóstico y tratamiento, para realizar estas funciones existen nueve en toda la subdelegación para brindar atención a toda su población derechohabiente; otra área son las guarderías

---

(36) Pritchard Peter. Manual de atención Médica Básica, C. Salud y Seguridad Social. Manuales Básicos y de Estudio 1982. p. 42.

en donde el psicólogo apoya a la programación de actividades que mejoren el bienestar y el desarrollo de la población infantil; elaborando además programas de apoyo para los padres de familia y finalmente en el área -- administrativa realizando actividades de selección y capacitación de personal, existiendo en estas dos últimas áreas doce psicólogos registrados para toda la subdelegación.<sup>37</sup>

3.3.1. Por lo que respecta a la definición de funciones parece ser - que no está definido claramente tanto por la Institución como para la comunidad que funciones debe y que puede desempeñar el psicólogo; no siendo así para el médico que sí los tiene claramente definidos y delimitados; siendo en el primer nivel las siguientes;

- El médico desarrolla los programas y actividades de acuerdo con - normas, manuales e instructivos emitidos por niveles superiores.

- Identifica las condiciones de salud de la población derechohabiente y conoce los programas de atención médica de la unidad a la que pertenece.

- Indica y realiza acciones de promoción de salud, protección, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para disminuir el nivel de los --

---

(37) Datos proporcionados por al Oficina de Personal de la Subdelegación No.15, Tlalnepantla, 1990.

factores de riesgo y la trascendencia de los daños a la salud.

- Otorga atención de medicina familiar dentro de la unidad y a domicilio de acuerdo con las normas establecidas y los recursos existentes.

- Otorga atención de planificación familiar a la población.

- Valora los riesgos a la salud de los derechohabientes y los deriva oportunamente a las unidades de apoyo.

- Participa en la programación y apoya la ejecución de las actividades de capacitación necesarios para elevar el nivel de salud de la población derechohabiente.

- Y participa en la evaluación periódica de la calidad y de los resultados de la atención médica.

Con respecto al Médico del Servicio de Medicina Preventiva:

- Participa en la elaboración del diagnóstico de salud de la comunidad y sus recursos.

- Promueve y orienta la participación de la comunidad en el cuidado de la salud.

- Asesora y promueve el adiestramiento específico para el personal de la Unidad Médica.

- Participa en la adaptación local de las metas de los programas médico-preventivas en desarrollo.

- Garantiza un mínimo de calidad a las actividades Médico Preventivas.

- Participa en la evaluación de las actividades Médico Preventivas.

- Del médico del Servicio de Salud en el trabajo.

- Proporciona información del comportamiento epidemiológico de los riesgos de trabajo y de invalidez en la población usuaria de la unidad.

- Promueve y orienta la participación de la comunidad en el cuidado de la salud laboral.

- Participa en actividades de investigación de la patología del trabajo.

Los Estomatólogos en el Servicio de Odontología:

- Aplica medidas de prevención y de limitación del daño a los grupos prioritarios con respecto a su atención odontológica.

- Participa en los programas de salud de la Unidad como un apoyo odontológico a la atención de los padecimientos relevantes.

- Participa en la evaluación de la calidad de la atención odontológica.

Otro servicio que se encuentra íntimamente ligado a los derechohabientes es el de Trabajo Social Médico, el cual asume las siguientes funciones:

- Apoya el otorgamiento de las prestaciones médicas y socioeconómicas mediante la operación de métodos y técnicas de Trabajo Social Médico.

- Investiga y analiza los factores culturales y psicosociales que afecten el estado de salud de los derechohabientes.

- Investiga los factores socioculturales de la zona de influencia como apoyo en la elaboración del diagnóstico de salud de la Unidad.

- Coordina y desarrolla las actividades grupales de educación para la salud requeridos en los programas prioritarios de la unidad.<sup>38</sup>

---

(38) Colección de Normas para la Medicina Familiar, IMSS. Vol. 1, 1986, p.15-19.

Por lo que respecta al psicólogo tenemos que "nuevas acciones en atención de la salud, refuerzan el creciente conocimiento de que tanto la promoción de la salud como la prevención y el tratamiento de las -- enfermedades ganaría mucho de los conocimientos científicos y técnicos modernos de la psicología."

Se reconoce que estos aspectos deben de fundamentarse en la comprensión de culturas y tradiciones que en la estructura y función de -- los propios servicios de salud influyen factores psicosociales.

La psicología de la salud es una especialidad reciente, asociada con el apoyo de las intervenciones preventivas. Comprende la relación biopsicosocial de lo mental y lo físico dentro del medio sociocultural y tecnología del comportamiento para la protección y recuperación de -- la salud. Está estrechamente relacionada con la psicología comunitaria, que permite evaluar los recursos u necesidades locales, identificar las fuentes nocivas y estrés y ayudar a los líderes a establecer -- programas que mejoren la calidad de la vida de toda la población.<sup>39</sup>

---

(39) Holtzam, W.T. "psychology and Health Contribution of Psychology, to the Improvenet of healt and healt care".

En boletín de la Oficina Santiaria. Panamericano Vol. 104, 1988 pag. 587-588.

3.3.2. Como se mencionó anteriormente, las funciones del psicólogo dentro de la Institución son las de participar en el tratamiento médico en los servicios de neurosiquiatría y rehabilitación, desarrolla además programas de tipo clínico. Por lo que respecta a este profesionista sus acciones encaminadas a la atención integral de la salud por niveles de atención, está escasamente desarrollada en los perfiles ocupacionales descritos por las Instituciones del Sector Salud en general y por el IMSS en particular.

En años recientes también se ha reconocido al psicólogo en el campo de la investigación en lo referente a los efectos de medicamentos en el comportamiento humano. Otros campos donde el psicólogo tradicionalmente se ha desempeñado con destreza y reconocimiento en el campo de selección y capacitación de personal. Los servicios de atención médica involucran riesgo, intimidad, vulnerabilidad. Requieren del trabajo del equipo interdisciplinario para los que el comportamiento organizacional puede tener opciones de solución. El manejo de personal, el uso de dinámicas de grupo y programación por objetivos son herramientas y técnicas que el psicólogo domina en mayor escala que otro profesionista. La psicología Organizacional con sus amplias proyecciones e implicaciones tiene cabida importante dentro de la administración de servicios de salud.)

Otra área donde también se le da reconocimiento al psicólogo es el de diseño y rediseño de ambientes,<sup>40</sup> estas funciones son las que en tér

(40) Rodríguez de Arizmendi, La Participación del Psicólogo en el Sector Salud. Revista Mexicana de Psicología. Vol.1, UNAM, 1984, pp.22-26.

minos generales el psicólogo realiza dentro del sector. Como se ha venido tratando a lo largo de este capítulo lo de trabajar en equipo en forma interdisciplinaria y las ventajas que conyeva el hacerlo favoreciendo en primera instancia a los integrantes e inmediateamente después a -- los derechohabientes o a la población a la que estemos prestando nuestros servicios.

Existen factores que favorecen el trabajo en equipo definidos por el establecimiento de objetivos comunes para todos los integrantes del equipo; debe de existir un programa con funciones definidas y delimitadas para cada integrante, aparte de aquellos que son comunes; se debe de establecer un medio de comunicación explícito entre los miembros del equipo; se debe de permitir al personal expresar sus opiniones en forma abierta, el respeto para cada uno de los profesionistas que conforman el equipo es básico para que se pueda trabajar en forma conjunta. Las ventajas del trabajo en equipo son evidentes ya que el problema de salud se enfrenta en su multicausalidad pero con unidad; se estimula los esfuerzos realizados por los integrantes y se evita la duplicidad; de conexión al programa unifica conceptos técnicos y evita contradicciones entre los integrantes y finalmente fomenta la solidaridad y las buenas relaciones entre los componentes del equipo y de éste con la comunidad.

Para ejemplificar las bondades de lo anteriormente mencionado en la ciudad de Xalapa se ha tenido la experiencia del trabajo del equipo interdisciplinario en la estrategia de atención primaria de salud en que

dependiendo de sus características se requiere de la participación de los siguientes profesionistas: Médicos, Antropólogos, Economistas, - Psicólogos, Pedagogos y expertos en nutrición en primera instancia y como alternativas de apoyo; Arquitectos, Químicos, Ingenieros y Administradores, de esto se desprende que para la operación de los programas se hace fundamental al conformación de un equipo de trabajo interdisciplinario a conceptualización integral del proceso salud enfermedad a las necesidades en salud y a las particularidades regionales de las comunidades de modo que:

→ - Como en la planificación de la estrategia de atención primaria de salud intervienen factores sociales, culturales y psicológicos: necesariamente se requiere de personal con conocimientos en Antropología, Sociología y Psicología.

→ - En tanto la Asistencia Sanitaria y Nutricional es básica en el programa debe participar personal de Medicina de Nutrición con conocimientos de Salud Pública y Epidemiología.

- Como las condiciones ambientales, las carencias de saneamiento y vivienda el hacinamiento, la falta de servicios básicos de agua potable y disposición de excretos son constantes ambientales que inciden con relevante importancia en la salud, el equipo debe contar con conocimiento de saneamiento ambiental y mejoramiento de la vivienda.

La experiencia en este tipo de programa en la ciudad de Xalapa ha sido desarrollada básicamente por el DIF Municipal aunque se ha intentado coordinar acciones con diferentes Instituciones del Sector Salud.

La operación del programa se ha <sup>llevado</sup> llevado a cabo por un equipo interdisciplinario aunque hubo carencias en el sentido metodológico y -- existió la necesidad de apoyarse en los documentos de la Conferencia -- Internacional de Atención Primaria de Salud celebrada en la ciudad de - Alma Ata, así como de las acciones llevadas a cabo en la ciudad de Coatzacoalcos y en el Estado de México se llevó a efecto una capacitación - del equipo en la que intervinieron Antropólogos y Maestros en Salud Pú- blica que ha sido complementada por asesores de la UNICEF.

Lo fundamental en el desarrollo del programa fue la elaboración - de autodiagnósticos comunitarios obtenidos a partir de la utilización - de proyectos generadores en Asambleas Sanitarias de los que se derivan - acciones inmediatas que van desde poner en práctica mecanismos de traba- jo comunitario hasta el apoyo a campañas de inmunización y saneamiento - del medio. Para la consolidación de las acciones ha sido fundamental la participación de la comunidad con el equipo de trabajo ampliamente capa - citado; así como la elaboración de manuales de operación que orientan - las acciones y estrategias contituyendo la educación para la salud como el eje de todas las acciones de prevención y promoción en las que se -- fundamenta el programa aunado a esto existe la coordinación interinsti- tucional y con las organizaciones populares para que quede consolidado\_

el trabajo. Un punto que es básicamente importante es que el equipo --  
cuenta con los niveles de decisión con personal que conozca y valore --  
la cultura médica-popular y la idiosincracia de los grupos sociales --  
para buscar los puntos comunes para poder conjugar el conocimiento co-  
munitario con el del personal del programa a fin de asegurar la acep-  
tación del mismo."<sup>41</sup>

Para finalizar, deseo exhortar a los Psicólogos que nos encontra-  
mos insertos en esta área, unir esfuerzos, porque en la medida en que --  
cada uno de nosotros comprendamos mejor nuestro quehacer profesional --  
será posible ayudar a preservar, fomentar y enriquecer la salud de --  
nuestra comunidad.

Es necesaria nuestra participación para el cambio, el enfoque --  
del proceso-salud- enfermedad debe de ser abordado desde un campo in-  
terdisciplinario que promueva la responsabilidad individual en la apli-  
cación de las ciencias psicológicas y biomédicas en la prevención de --  
la enfermedad además tenemos la gran responsabilidad de concientizar --  
las resistencias Institucionales para lograr el cambio.

---

(41) Antrop, Leyva Fernández I. El Equipo Multidisciplinario de Atenci-  
ción Primaria de Salud y de la Educación para la Salud. Psicolo-  
gía y Salud. México, 1988 pp. 16-26.

CAPITULO IV  
ESTUDIO ANALITICO DE EXPEDIENTES EN LA  
UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD No.62.

4.1. En los últimos treinta años se han hecho investigaciones en torno a la calidad de la atención médica, en donde los sobresalientes son las realizadas por Donabedian (1985) en donde él distingue que existen cinco factores que intervienen en la calidad de la atención médica y son primeramente el clínico y el socio-organizativo. Para dar explicación a su modelo, utiliza el concepto de estructura, proceso y resultado, los cuales los define de la siguiente manera; proceso se refiere a lo que hacen los médicos desde el punto de vista técnico, en la conducción de la atención a la salud y también en cuanto a su interacción, con los pacientes y finalmente resultados que son la consecuencia de la atención (o de la falta de ella) en la salud de quienes la reciben ) (o dejan de recibirla).

La investigación Clínica se ocupa de definir la relación entre el proceso de la atención y sus resultados esperados. Se preocupa primordialmente de la eficiencia, de la atención en condiciones óptimas o cuando menos favorables.

La investigación clínica tiene tres clases de instrumentos:

1.- Reune, formaliza y analiza las estrategias más eficaces de atención.

2.- Utiliza los instrumentos de la Epidemiología para observar y evaluar el proceso y el resultado.

3.- Utiliza en ensayo clínico preparado como experimento auténtico y en condiciones cuidadosamente controladas.

Sin embargo, la investigación clínica debe de adaptar el cambio que las exigencias sociales requiere, es decir, debe de tener una perspectiva de la salud que comprenda los aspectos psicológicos y social - del individuo.

Los criterios de calidad se derivan de la investigación clínica, pero ahora, se formulan para que puedan ser aplicados ya no a individuos, sino a grupos de pacientes con mayor propiedad a unidades y población enteras, esto caería bajo el dominio de la investigación socio organizativo.

Sin embargo, al hacer el estudio de la estructura, proceso y resultado, nos enfrentamos a la tarea de medir las múltiples facetas de la salud para posteriormente reunirlos mediante alguna medida coherente de la "calidad de vida".

El proceso se ha considerado el núcleo de la investigación sobre la calidad. Esto se refiere a la integridad y precisión de las fuentes de información, principalmente en el registro médico, sobre las cuales se basan muy a menudo los juicios de calidad.

Donabedian,<sup>42</sup> plantea que existe una tercera área de la evaluación más refinada y ésta es: el estudio de la epidemiología de la calidad, -- quien describe la distribución de la calidad; la de quienes proporcionan la atención y la de los beneficios reales.

La cuarta área de investigación es el proyecto, la implantación y la evaluación de sistemas de monitoreo dentro y fuera de la organización. Por último, la quinta área de investigación es el estudio del comportamiento del individuo, pues él considera que el secreto de la calidad está en el ser humano.

A pesar de los éxitos y logros obtenidos en las investigaciones sobre la calidad de la atención, existen inquietantes problemas aún por -- resolver, en primer lugar, se necesita atender a la naturaleza de la calidad misma, de manera que las concepciones que se tengan de ella sean -- pertinentes desde el punto de vista social y científicamente más sólida.

Esto quiere decir que hay que someter a rigurosa comprobación, todas las supuestas relaciones entre procesos y resultados. De todo esto -- se desprende que las evaluaciones individuales y sociales deben de -- entrar en la evaluación tanto de los medios como de los resultados de la -- atención a la salud, en cuanto a los medios, estamos comprometidos a -- idear y verificar estrategias de atención que logran al costo más bajo --

(42) Donabedian, A. La Investigación Sobre la Calidad de la Atención Médica y Salud Pública. México, 1986, 28:324-327.

posible los mayores avances en salud y en segundo lugar, se debe de - dar mayor atención a las causas de los comportamientos clínicamente - importantes en el sistema de atención a la salud y a las maneras de - producir los cambios deseados en el comportamiento.

4.2. Uno de los aspectos metodológicos básicos en la evaluación de la atención médica es el expediente clínico.<sup>43</sup> El cual es definido" como un documetno que tiene como objetivo, hacer el relato del paciente, - registrar las etapas y resultados de su estudio, se formulan por es-- crito los programas de diagnóstico y tratamiento y se consigna la eva luación del caso hasta su solución parcial total con notas, gráficas\_ y reportes de Laboratorio y Rayos X.<sup>44</sup> Teniendo además, tres funcio-- nes básicas que son:

- 1.- Como Coordinador de la Atención Médica.
- 2.- Como Agente de Enseñanza.
- 3.- Como elemento básico para la investigación clínica.

(43) Donabedian, A. Veinte años de Investigación en Torno a la Calidad de la Atención Médica, 1964-1984, Salud Pública, México 1988; 30\_ p.207.

(44) Alvarez, bravo A. Elementos y Funciones del Expediente Clínico,- UNAM, Facultad de Medicina, México 1977 o. 25.

Para que el expediente clínico cumpla el papel de integrador de las actividades de atención médica, deben considerarse en relación -- con:

a) Lo que espera el paciente de la atención médica.- Contar - con atención médica las 24 horas del día y los 365 días del año en -- donde se pueda disponer de un expediente que mantenga actualizado su estado de salud; que el expediente esté siempre disponible y finalmente que en él, el médico plasme todas las órdenes y medidas de Medicina Preventiva y de Diagnóstico y Tratamiento.

b) Lo que espera el médico del expediente clínico es que contenga el registro de los datos requeridos en ordenamiento lógico y con - secuencia clínico-científica.

c) Lo que espera la Institución es que sea la base para la atención médica de comunidad continua; control de metas de los médicos, - ahorro de tiempo y de recursos que permitan reducir costos, medio para definir los intereses laborales y legales (incapacidades y pensiones) y como un instrumento de la eficacia de la institución.

Las funciones del expediente clínico en relación con la educación médica, puede definirse como sigue:

a) Muestra la organización de la Atención Médica.

b) Desarrolla la autocrítica del médico quien por análisis, síntesis y formulación de juicios, aplican el método científico a cada uno de sus actos, lo cual queda plasmado en el expediente.

c) Es el medio para evaluar al estudiante en relación a los objetivos educacionales a través de la supervisión y la evaluación del expediente.

Las funciones de expediente clínico relacionadas con su papel en la investigación clínica, pueden describirse de la siguiente manera:

a) Contiene datos que conducen a hipótesis que permiten investigación clínica muy estimable a base de la práctica diaria.

b) Respalda las decisiones que se tomen en relación con los criterios médicos e institucionales que deben aplicarse, pues permite investigar y su incidencia, lo cual proporciona un elemento de información indispensable para la adopción de métodos y criterios.

A través del tiempo se han hecho modificaciones cualitativas y cuantitativas al expediente clínico, desde el tradicional pasando por el expediente clínico organizado por problemas, el expediente orientado a la atención continua de primer contacto, expediente clínico para satisfacer funciones hasta que en la actualidad se ha reconocido que el expediente organizado por problemas clínicos es útil para mejorar nues--

tro sistema actual, siempre y cuando se estructure de acuerdo con las características propias de cada uno de los niveles de atención médica. Así como con los fines de los cuidados que se imparten, el número de pacientes, el tipo de población, la ecología médica regional y la capacidad y adiestramiento de los integrantes del equipo de salud, y para finalizar, para el proceso de la evaluación médica, el I.M.S.S. cuenta con un efectivo sistema de análisis de atención médica.

4.3. Para los fines de este trabajo en la Unidad de Atención Primaria de Salud No.62, se realizó en 1990 una investigación a cerca de la calidad de la atención médica, para tal efecto se revisaron 325 expedientes aproximadamente y se manejaron nueve indicadores (edad, sexo, 1ra. vez o subsecuente, envíos a 2do. y 3er. nivel de atención, respuesta a 1er. nivel, seguimiento, diagnóstico y tratamiento).

Lo que llamó poderosamente mi atención de este estudio fue que de los 325 expedientes 228 expedientes correspondían a pacientes cuyos diagnósticos intervenían factores psicosociales, por ejemplo: neurosis, cefalea tensional, colitis nerviosa, gastritis crónica, alcoholismo, obesidad entre otros.

Como se puede observar en el cuadro de resultados, lo que respecta al indicador de edad en cinco grupos de los siete, no muestran diferencias significativas a excepción del grupo tres (26 a 30 años) donde se encuentra el mayor número de pacientes, teniendo además el más alto porcentaje de población asegurada y en el grupo seis (41 a 45 --

años) se manifiesta el menor número de pacientes. Con respecto al sexo no existen diferencias, únicamente el grupo cuatro y seis, del total de la población de esos grupos corresponde el 74 y 71% a la población femenina respectivamente.

Por lo que respecta al número de veces que el paciente ha solicitado consulta, nos refiere que únicamente el 16% eran de 1ra. vez y el 84% eran subsecuentes, es decir, cuando menos dos veces habían acudido a consulta por el mismo padecimiento.

De los 228 casos, solamente el 16.2% fueron enviados a 2do. y 3er. nivel de atención, y de esos envíos, solamente en el 50% se ha dado respuesta al 1er. nivel de atención, de las cuales el 63% han tenido un seguimiento.

Con respecto al diagnóstico se puede observar en todos los grupos una constante, para ejemplificar tomaremos al grupo 1 (la población más joven del estudio) en el que se presentaron 7 casos de neurosis, 8 pacientes con epilepsia, 5 con cefalea tensional, 5 de colitis mixta, 2 con síndrome de Down, 1 paciente disléxico, entre otros padecimientos (cabe señalar que son diagnósticos meramente médicos) y que son los de más alta frecuencia en todos los grupos. A pesar que en este grupo es donde se presentó el mayor número de envíos (9) a 2do. nivel ninguno se canalizó a psicología.

Conforme va avanzando la edad, se van presentando enfermedades propias de la misma como denominadas crónico-degenerativas (hiperten-

si3n arterial, diabetes mellitus entre otras) aunque estas enfermedades en baja frecuencia pero tambi3n se han manifestado en pacientes j3venes.

Durante la revisi3n de los datos, 3nicamente en cuatro casos, los m3dicos se3alan que es necesaria la participaci3n del psic3logo en el tratamiento del paciente, asign3ndole la funci3n de terapeuta familiar.

Como se puede observar en el cuadro de resultados, el tratamiento b3sicamente es medicamentoso, en ocho casos los m3dicos han utilizado placebo como tratamiento.

Cabe se3alar que el tratamiento medicamentoso por s3 mismo no es capaz de solucionar estos problemas y es aqu3 donde surgen varias propuestas, es decir es ah3 donde el psic3logo tiene muchos espacios que cubrir y acciones que realizar que van desde acciones preventivas de protecci3n y educaci3n para la salud; as3 como ayudar a realizar diagn3sticos precoces, tratamientos oportunos para limitar el da3o y la otra 3rea tambi3n importante que es la rehabilitaci3n, todo esto es la base de la historia natural de la enfermedad (tradicionalmente concebida).

Existen pacientes con padecimientos org3nicos y que el profesional b3sico para su atenci3n es el m3dico, es decir, pacientes que presentan: Hipertensi3n Arterial (siempre y cuando no sea tensional, Diabetes Mellitus (estricto control de dieta y medicamentos), Epilepsia, - -

Migraña, Esterilidad, Embarazos de alto riesgo, Histerectomías, Cáncer, Sida entre otros. Pero el psicólogo experto en el manejo y control de grupos y de la conducta humana, puede brindar un gran apoyo a este profesionalista para otorgar realmente una atención integral a este tipo de pacientes.

Por otro lado, existen pacientes que por la etiología de su padecimiento, requieren básicamente del psicólogo y como apoyo la del médico como los casos de Síndrome de Down, Neurosis, Dislexia, Enfermedades Psicósomáticas, Cefalea Tensional, Colitis Nerviosa, dentro del área social tenemos: el alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, desintegración familiar entre otros.

Lo que se propone es que realmente el médico como principal profesionalista en el campo de la salud, conozca y maneje un lenguaje común con respecto a los conocimientos y técnicas del psicólogo en este campo. Tal vez difieran en cuanto a conceptos, pero ambos llevan un objetivo común que es: prevenir, preservar, fomentar y enriquecer la salud de la población a la que está sirviendo.

Con esto se pretende que exista realmente un trabajo en forma interdisciplinada con ambos profesionalistas, que cada uno acepte lo valioso de su participación y a su vez respeten su campo de acción.

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA REVISIÓN DE EXPEDIENTES (228 CASOS)

Edad	Total	Sexo		1ra. vez de consulta	Sub.	% de consulta por paciente	Envíos 2° y 3er. nivel de atención	Respuesta a 1er. nivel	Seguimiento	Diagnóstico	Tratamiento	
		F	M									
15 años	5	3	2	6	32		9	4	3	7 p.p. neurosis 8 epilepsia 5 cefalea tensorial 2 gastritis crónica 1 dislexia 2 lumbalgia	5 colitis mixta 1 cardiopatía 25 Down 1 acné 1 crisis asmática 1 migraña	Medicamentos
	33	16	17									
16 a 20	39	21		8	31		4	2	1	5 neurosis 3 epilepsia 8 cefalea tensorial 1 lumbalgia crónica	8 colitis mixta 1 migraña 1 presión arterial 1 obesidad erógena	
			18									
26 a 30	44	22		10	34		7	3	2	5 neurosis 2 epilepsia 9 cefalea tensional 7 gastritis crónica 3 lumbalgia crónica 9 colitis mixta	2 dermatitis 2 presión arterial 2 obesidad 1 úlcera duodenal 1 embarazo alto riesgo 1 esterilidad sec.	Para ejemplificar, tenemos que el tratamiento para la neurosis son Antidepresivos(diazepan), para la gastritis y colitis crónicas se dan
			22									
31 a 35	27	20		5	22		7	4	2	1 psicosis orgánica 4 neurosis 3 epilepsias 4 cefalea tensional 4 gastritis crónica 1 lumbalgia crónica	5 colitis mixta 1 dermatitis 1 presión arterial 1 obesidad 1 esterilidad 1 embarazo alto riesgo	antiparasitarios, para la cefalea analgésicos, para la obesidad dieta de 1200 calorías, para la psicosis orgánica psicofármacos, etc.
			7									
36 a 40	30	15		6	24		3	2	0	3 neurosis conversiva 1 epilepsia 5 cefalea tensional 4 gastritis crónica 3 lumbalgia crónica 10 colitis nerviosa	1 migraña 1 dermatitis 1 obesidad esterilidad	
			15									
41 a 45	14	10		0	14		2	1	1	5 neurosis 1 epilepsia 1 lumbalgia crónica 1 colitis mixta	2 obesidad 1 insomnio 1 histerectomía	
			4									
+ 45	36	25		0	36		5		3	5 neurosis 3 epilepsia 6 gastritis 1 cardiopatía	1 dermatitis 1 insomnio 1 alcoholismo 2 tensión arterial	
			18									



U.N.A.M. CAMPUS IZTACALA

## CONCLUSIONES

Al tener un concepto diferente y acorde con el momento histórico y social que estamos viviendo, de lo que es el proceso de salud-enfermedad, ha propiciado investigaciones muy serias, que sin duda, han venido a revolucionar las concepciones tradicionales de dicho proceso. - Actualmente sabemos que debido a la dinámica social, biológica y psicológica, el hombre ha podido dominar en cierta manera la naturaleza y - ha logrado establecer tipos de relación con los miembros de su comunidad, determinando así sus condiciones materiales de vida.

La salud, un derecho humano y una obligación gubernamental de -- cuidar y preservar la salud de sus pueblos, propocionando los mecanismos necesarios para ellos de esto surgio una estrategia cuyo objetivo\_ principal es el de la salud para todos en el año 2000, y se le ha deno minado Atención Primaria de Salud, formando la parte más importante - del Sistema Nacional de Salud y representando el primer contacto de -- los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema de Salud. -- Esta estrategia tiene en esencia, que todo ser humano tiene derecho a\_ la salud con su plena participación; pero esto no solo consiste en pagar con trabajo o con dinero una parte del servicio que recibe, sino - que fundamentalmente participe en la toma de desiciones y en la evalua ción en un proceso creativo con voluntad de cambio.

Los propósitos que persigue esta estrategia son muy ricos y am--

bisiosos, pero desafortunadamente no existe difusión de la misma, manifestándose en poco interés por parte de las comunidad; esto aunado a -- los sistemas educativos que refuerzan las actitudes de sesigualdad, los sistemas informativos y de comunicación que no siempre proporcionan una información confiable, ocasionando poca participación efectiva; otros - factores que intervienen son: La conceptualización que se tiene del pro- ceso salud-enfermedad y los conocimientos y hábitos que se tienen de -- salud. Para poder contra restar estos factores y lograr una participa-- ción conciente y efectiva por parte de la población, se debe de ubicar\_ a las organizaciones comunitarias existentes, identificar y establecer\_ contacto con ellas para actuar con efecto multiplicador y de proyección social. Esto es lo que esta realziando el Instituto en su programa de - Fomento a la Salud porque sabemos que la salud familiar es algo más que la suma de la salud de cada uno de los miembros de la familia, sino que es la suma de la salud de cada una de las familias que integran una co- munidad, así como las interacciones sociales, el desarrollo y la orga-- nización que se genere entre ellas.

La educación para la salud provocó nuevas orientaciones sobre el\_ proceso de enseñanza aprendizaje, como una alternativa para ayudar a -- las personas a obtener los conocimientos, las habilidades y la concien- cia que se requiere para hacer frente a sus propias necesidades de sa-- lud.

A pesar de que han transcurrido más de 12 años, que se reunieron\_ en la Ciudad de Alma Ata los gobiernos miembros de la OMS para plantear la alternativa de atención priamria de salud para que toda la gente tu-

viera acceso a una atención digna y apropiada. En nuestro país, los resultados han sido poco significativos tanto por el gobierno como por la población, existiendo aproximadamente 15 millones de personas que no tienen acceso a ningún servicio de salud, esto es una pequeña muestra de que la estrategia tiene objetivos muy ambisiosos pero los resultados han sido -- muy pobres después de todo el panorama no es tan negativo como parece, ya que el gobierno ha tomado medidas para acercar los servicios a donde se requieran a través de la descentralización de los mismos por medio de la regionalización; permite conocer a la población, sus problemas de salud -- los riesgos de su ambiente de vida, además mantiene el contacto permanente con la comunidad, permitiendo con esto, implementar la educación para la salud, dando como consecuencia la participación directa de la población; además de la regionalización existe la sectorización y es aquí en -- donde se delega toda la responsabilidad a la Secretaría de Salud para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades federativas -- que prestan servicios de salud.

La sectorización ha favorecido avances importantes de la investigación de salud y ha fortalecido la capacidad de coordinación, programación y evaluación de las actividades de los Institutos y otros organismos que integran el Sector Salud.

Naturalmente dentro del Sector se encuentra ubicado el Instituto -- Mexicano del Seguro Social, el cual además cuenta con su primer nivel de atención en su programa de Fomento a la Salud tanto para derechohabientes

como para trabajadores del propio Instituto participando de estas forma en la estrategia de Atención Primaria de Salud se caracteriza por tener una mejor organización desde su estructura a tres niveles de atención - perfectamente definidos, y es aquí donde detendremos nuestra atención - sobre la participación del psicólogo dentro del grupo interdisciplina-- rio los tres niveles de atención en general y en el primer nivel de aten-- ción en particular, de lo cual se concluye lo siguiente:

Existe problema para que el psicólogo se integre a los grupos de\_ trabajo, básicamente institucionales, porque no existe una definición - de tareas específicas para este profesional de la salud, de esto surge\_ la necesidad de concientizar las resistencias institucionales para el - cambio, de aquí se desprende otra necesidad, que el psicólogo debe in-- formar a la comunidad médica de las características de su profesión y - las posibilidades que la ciencia de la conducta humana puede ofrecer pa\_ ra la solución de los problemas de salud.

Considero que para que se pueda dar un diagnóstico integral, se - debe tomar en cuenta dos marcos de referencia que son: El Médico y El - Psicológico, destacando la importancia de la inserción del modelo y psi\_ cológico dentro de lo médico, así como en lo social.

Difundir el ejercicio del psicólogo en tres áreas: La Clínica e - Higiene Mental, Psicología Institucional y Psicología en la Comunidad - ilustrando la variedad de campos aplicativos en las instituciones, las\_ comunidades y la Salud Pública en general.

Otro aspecto importante de mencionar es que se debe insistir por\_

parte de los docentes ante las escuelas y facultades de Psicología de las unidades públicas y particulares del país, en la necesidad de vincular la enseñanza con las demandas específicas de la sociedad. Esta necesidad debe ser bidireccional, es decir, las instituciones de la salud se deben de vincular con las instituciones educativas, para formular programas permanentes de capacitación para mejorar y actualizar los conocimientos de los recursos humanos y ayudar a que éstos se amplien, y los que no están ejerciendo, lo hagan.

\* Otra tarea que nos corresponde hacer es la de demostrar que el psicólogo es el promotor de la salud mental institucional y que de todo problema conductual es necesaria la participación de este profesionalista, quien empieza a promover un cambio de la Psicología aplicada en forma individual a un servicio colectivo desprofesionalizando así a la Psicología; contribuyendo de esta manera al propósito de la estrategia de atención primaria de salud, es decir, llevar el servicio a donde se necesite, con plena participación de la comunidad a la que estamos sirviendo y la cual merece todo nuestro respeto porque al contar con un trato directo y estrecho con la población podremos incidir en la modificación de la calidad y el estilo de vida de la población de que se trate. Esto se fundamenta por la formación curricular que recibe el Psicólogo para insertarse en los problemas de salud realizando su práctica profesional tanto en espacios controlados como en espacios sociales en donde pueden manejar sus fundamentos teórica-metodológicos así como los recursos técnicos para que dicha práctica se efectue lo más eficientemente posible, es decir bajo orientación de científicidad.

*Insertar  
y*

Estas conclusiones así como las propuestas, han surgido de la investigación realizada y sobre todo en el primer nivel de atención que se caracteriza por ser el primer contacto que tiene la comunidad con el servicio y se atiende al 85% de la población derechohabiente. No contemplando al Psicólogo dentro del equipo de Salud, cuyas funciones son realizadas por el médico, quien es considerado como "El líder del equipo - porque supuestamente está capacitado para resolver el 90% de los casos que se presentan, no importando la naturaleza del mismo; esto ocasiona que el paciente no reciba realmente una atención integral y su manejo no sea el adecuado, produciendo en este "frustraciones" quien siente -- que no se le ha resuelto su problema, provocando esto, pacientes insatisfechos del servicio recibido y si acaso el médico concederá<sup>c</sup> que debe ser valorado a un 2do. nivel por el psiquiatra, psicólogo, neurologo -- entre otros especialistas, como generalmente sucede no se le otorga -- atención inmediata sino se le ofrece una cita que en frecuencia es para un mes después, el paciente termina por desertor de su tratamiento.

✍ Por lo que propongo que aquellos Psicólogos quienes estamos inmersos en este ámbito, podemos crear la necesidad de inserción de nuestros colegas al primer nivel, que como se propuso anteriormente, no limitarnos a la Psicología Familiar como eje de análisis institucional, sino - debemos ser agentes de cambio y promotores de la salud mental, pero no únicamente a nivel individual o familiar, sino a nivel comunidad, porque es ahí en donde realmente se podrá ver el fruto de nuestro trabajo y proyectaríamos así un cambio radical.

Apoyo

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarez, Bravo A. Elementos y funciones del expediente clínico, U.N.A.M. Facultad de Medicina, México, 1977.
- 2.- Atrop, Leyva Fernández I. El equipo multidisciplinario de atención Primaria de Salud y de la Educación para la Salud, Psicología y Salud, México, 1988 p.p. 16-26.
- 3.- Apostel, Leo. Terminología y Concepto, p.p. 91-99.
- 4.- Barroso, Eduardo. Estudio analítico del Expediente Clínico. U.N.A.M. Facultad de Medicina. México, 1977.
- 5.- Cárdenas de la Peña, Enrique. Medicina Familiar en México. México, I.M.S.S. 1974.
- 6.- Dobabedian, Avedia. Veinte Años de Investigación en Torno a la Calidad de la Atención Médica, 1968-1984. Salud Pública de México, No.2 Vol. 30, Marzo-Abril, 1988, p.p. 202-215.
- 7.- Gómez Jara, Fco. R.A., M.M. Salud Comunitaria. Teoría y Técnicas. México, Ed. Nva. Sociología, 1983, p.p. 152-168.
- 8.- Hahn, s.p. The doctor patient-Family Relation Ship: Acompensatory - alliance- Ann Inter Med. 109(11) 1988.
- 9.- Hevia Rivas Patricio. Participación de la comunidad en la atención primaria de salud. Salud Pública. México, 1985, Vol.27, Septiembre- Octubre p.p. 402-409.
10. I.M.S.S. Colección de Normas para la Medicina Familiar Vol. 1, 1986. p.p. 15-19.

- 11.- I.M.S.S.- Complamar. Necesidades esenciales en México, Tomo 4, México, Ed. Siglo XXI, 1985. p.p. 19-41-140.
- 12.- I.M.S.S. Niveles de atención Médica, México, 1987. p.p. 3-21.
- 13.- I.M.S.S. Sistema Médico Familiar, México, 1985, p. 2.
- 14.- José, Mv. Kumati, Barnord A. La Atención Primaria de Salud como Instrumento de Desarrollo en México. Salud Pública de México, - No. 2 Vol., Marzo-Abril, 1989, p.p. 177-184.
- 15.- Loewe, Ricardo. Atención Primaria a la Salud: Revisión Conceptual REvista de Salud Pública en México, No.5 Vol. 30, Septiembre-October, 1988, p.p. 666-682.
- 16.- OMS. Informe final de la Conferencia Internacional sobre atención primaria de Salud. URSS, 1978, p.p. 2-19.
- 17.- OMS. Necesidades de Personal Sanitario para alcanzar la Salud - para todos en el año 2000. p.p. 14-17.
- 18.- OPS. Extensión de la cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria, Washington, 1977.
- 19.- Peña Ruíz Bravo, Gustavo A. La Relación Médico-Paciente al Nivel de Medicina Institucional. REvista Médica I.M.S.S. No. 25, Septiembre, 1987, p.p. 453-456.
- 20.- Pritchard, P. Manual de Atención Médica Básica, Colección Salud y Seguridad Social, México, 1982. p. 71.
- 21.- Rodríguez de Arismendi, La participación del Psicólogo en el Sector Salud. Revista Mexicana de Psicología Vol. 1 U.N.A.M. 1984. p.p. 22-26.

- 22.- Ruíz Massiu, José Fco. La descentralización de los Servicios Públicos de Salud. Salud Pública de México. No.1, Vol. 26, Enero-Febrero 1984, p.p. 7-16.
- 23.- San Martín, Hernán. Salud Comunitaria. Madrid, Ed. Díaz Santos - - 1984, p.p. 208-215.
- 24.- Secretaría de Salud. Módulo de atención a la Salud de la población abierta, No.1, Abril, 1985, p.40.
- 25.- Soberón, S. Guillermo. Informe de México. 1982-1986. El sistema Nacional de Salud en México, orígenes, definiciones y avances. Salud Pública. No.6. Vol. 28 Noviembre-Diciembre, 1986, p. 658.
- 26.- Soberón, Guillermo. La implantación de la Estrategia de Atención Primaria a la Salud en México, Salud Pública de México, México, - No.5, Vol. 30, Septiembre-October 1988, p.p. 683-690.
- 27.- Terris, Milton. La revolución Epidemiológica y la Medicina Social México, Ed. Siglo XXI, 1987, p.p. 58-78.
- 28.- Vaideanu, George. La Interdisciplinariedad en la enseñanza: Ensayo de síntesis, Vol. XVII, No.4, 1987, p.p. 532-540.
- 29.- Varela Rueda, Ernesto. Formación del Médico, educación continua - en evaluación de los Servicios Médicos del I.M.S.S. 19-44, 1974, - p.p. 350-351.
- 30.- Zakus, David. La Participación comunitaria en los programas de -- atención primaria a la Salud en el Tercer Mundo. Salud Pública. -- Vol. 30 No. 2, México, 1988, p.p. 171.174.

## FE DE ERRATAS

Página	Renglón	Dice	Debe Decir
Contra portada	2	Interdisciplinario	Interdisciplinario
Agrade cimiento	2	críticos	críticas
Agrade cimiento	4	se	de
Indice	17	Característicos	características
Indice	21	característico	características
Indice	25	Interdisciplinario	Interdisciplinario
5	1	salud	salud
6	2	organización	organización
8	3	35 %	3 %
10	14	existen	existen
12	17	injusticias	injusticias
13	3	IMS	OMS
14	7	Nacionales	Nacionales
14	10	primaria	primaria
19	5	ibherentes	inherentes
19	9	potencializan	potencializan
20	12	además	además
22	2	fmailier	familiar
25	7	realziar	realizar
26	14	Constitución	Constitución
28	9	descentralziación	descentralización
29	12	descentralziación	descentralización
30	12	descentralziación	descentralización
30	13	estabelcimientos	establecimientos
32	19	asigna	asigna
33	7	agrupamientos	agrupamientos
33	15	constituyeron	constituyeron
35	13	Méxica	médica
37	6	progrmación	programación
40	15	asegurado	asegurado
42	21	perosnal	personal
44	16	plantearon	plantearán
46	8	espeicalista	especialista
47	11	Sistema	Sistema
48	16	caractrizada	caracterizada
49	1	evlavación	evaluación
49	3	disicplinas	disciplinas
49	8	caractereizar	caracterizar
51	14	fenómeno	fenómeno
51	14	sus	su
51	14	determiando	determinado
52	9	constituye	constituye
52	10	interdisciplianriedad	interdisciplinarietàad
55	4	miembro	miembro
55	11	requiere	requiere
55	14	negociaicones	negociaciones
57	5	admitir	admitir
67	4	llevado	llevado
67	14	Asmableas	Asambleas

Página	Renglón	Dice	Debe	Decir
69	17	instrumetros	Instrumentos	
79	3	25 Down	25. Down	
79	10	obesidad erógena	obesidad exógena	
81	3	sesigualdad	desigualdad	
81	12	realziendo	realizando	
81	24	priamria	primaria	
82	16	dependiencias	dependencias	
83	1	estas	esta	
84	23	pueden	pueden	
84	23	fudnamentos	fundamentos	
84	23	teórica	teórico	
85	12	concederá	considera	
85	15	en	con	
85	16	desertor	desertar	
85	18	podemsa	podemos	