



90
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Economía

**CARACTERISTICAS REALES DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL
PROCESO HISTORICO NACIONAL EN LA
DINAMICA SALUD ENFERMEDAD Y SU REPER-
CUSION SOCIOPOLITICA EN EL PAIS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ECONOMIA

P R E S E N T A :

YOLANDA MARTINEZ SANCHEZ

México, D. F.

1985



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 está 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.

PROLOGO

FE-UNAM.1984

INDICE GENERAL DEL TEXTO		
COD.	CONTENIDO	PAGS.
	CARACTERISTICAS REALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL PROCESO HISTORICO NACIONAL EN LA DINAMICA SALUD ENFERMEDAD Y SU REPERCUSION SOCIOPOLITICA EN EL PAIS	
a)	PROLOGO	B
b)	AGRADECIMIENTO DIRECTOR DE TESIS	C
c)	DEDICATORIA FAMILIAR	D
d)	AGRADECIMIENTOS ESPECIALES	E
e)	REFLEXION	F
f)	INDICE	G
g)	INTRODUCCION	J
I.	CAPITULO I. MONOGRAFIA POLITICA-ECONOMICA SOCIAL DEL IMSS	2
1.1	Proceso histórico jurídico	2
1.2	Revisión de políticas y evaluación de estrategias de salud y seguridad social	4
1.3	Pie de página	7-A
2.	CAPITULO II. ESTRATEGIA Y PLAN	8
2.1	Objetivos institucionales de salud y seguridad social.	9
2.2	Descripción de estrategias	12

INDICE GENERAL DEL TEXTO -		
COD.	CONTENIDO	PAGS
2.3	Selección de programas y subprogramas	22
2.3.1	Programa: de atención preventiva (subprogramas).	22
2.3.2	Programa: de atención curativa. (subprogramas).	33
2.3.3	Programa: de capacitación de la población(subprogramas)	36
2.3.4	Programa: de prestaciones económicas (subprogramas)	39
2.3.5	Programa: de prestaciones sociales (subprogramas)	41
2.3.6	Programa: de formación y desarrollo de los recursos humanos (subprogramas)	43
2.3.7	Comentarios a las metas de operación a los programas y subprogramas seleccionados 1978-1982	45
2.3.8	Formas de aseguramiento del IMSS y sus características básicas	47
2.3.9	Pacto IMSS-COPLAMAR	51
2.3.10	Regionalización de los servicios de seguridad y solidaridad social.	57
2.1.1	Pie de página del Capítulo II	61-A
3	CAPITULO III CONCEPCION METODOLOGICA PARA EL ANALISIS DEL I M S S (diagnóstico)	63
3.1	Compromiso sociopolítico del IMSS	64
3.2	Tipos de unidades médicas	66
3.3	Regionalización	70
3.4	Aspectos estructurales para la operación desconcentrada del financiamiento y su ejercicio presupuestal	74
3.5	Problemas y perspectivas para la dotación y utilización de los recursos humanos financieros y materiales	82
3.6	Mecanismos de participación comunitaria IMSS-COPLAMAR	92

INDICE GENERAL DEL TEXTO		
COD.	CONTENIDO	PAGS.
3.7	Análisis crítico de las tendencias	95
3.8	Análisis de mortalidad y natalidad	108
3.9	Pie de página del Capitulo III	113-A
4	CAPITULO IV. ORGANO DE GOBIERNO DEL IMSS	114
4.1	Características de la asamblea general	115
4.2	Relación entre la Asamblea General y la descentralización regional (Propuesta)	119
4.3	Propuestas sobre la concepción operativa de la integración funcional de la coordinación de las instituciones de salud.	122
4.4	Ampliación de los servicios hacia el área rural a través de la incidencia de los programas existentes	128
4.6	Pie de página del Capitulo IV	130-A
5	RESUMEN Y CONCLUSIONES	131
6	BIBLIOGRAFIA	146

INTRODUCCION:

Según el método: RAS-80,* la introducción es considerada como el modelo teórico y/o el plan de proceso de la investigación, lo que se pretende hacer. Seguiremos pues este procedimiento para demostrar inicialmente nuestro sistema de hipótesis y luego, al final formular el resumen de las conclusiones del trabajo de investigación, denominado: la tesis de licenciatura.

La problemática, y/o el estudio de caso que a continuación se bosquejará, tratará de demostrar que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) existe carencia de una concepción sociopolítica real de los programas de nivel de atención denominados primero y segundo fundamentalmente, así como también pretenderemos reflejar empleando estadísticas de la propia institución, algunos indicadores tales como el de la dinámica y el crecimiento absurdo de su aparato administrativo.

En otro orden de ideas se analizará y se tratará de concluir en la no correspondencia que existe en los programas interinstitucionales que inciden en el proceso salud-enferme

*/ Véase: Zurita, C. Jaime. El método RAZ-80 en las pautas de investigación económica. Mimeo. ENEP-Aragón-UNAM. pp. 20-150 (N. del A).

dad, como por ejemplo, lo relacionado con la infraestructura en las zonas rurales apartadas del país, entre otras que se proponen, las cuales serán analizadas durante el diagnóstico.

Ahora bien, la concepción metodológica del estudio puede ser la siguiente: exponer bajo la dinámica histórica actual algunos elementos socioeconómicos y administrativos que incidan en la racionalidad cultural distinta a la moderna para brindarles la oportunidad que todo ser humano debe tener, o sea, el acceso a los mínimos de bienestar material y biológico que el sistema promueve. Si bien, a priori fundamento algunas críticas relacionadas con las formas y roles de la administración del Instituto Mexicano del Seguro Social. -- También me esforzaré por plantear algunas alternativas quizá con algún margen de error, producto de la falta de información, la cual es poco accesible.

Las razones generales y específicas por las cuales me interesó investigar este tema, básicamente se deben a los siguientes motivos:

1) Si el Estado exige de las clases trabajadoras, productividad y calidad en el ejercicio de sus actividades físicas e intelectuales, creemos también que es justo exigirle -

a éste, que brinde las condiciones materiales que el caso requiera al respecto de los mínimos de bienestar.

II) Específicamente sabemos que lo anterior, reflejará el conflicto entre ambos. Objeto de nuestro análisis

Respecto al marco teórico y conceptual, podemos explicarlo del siguiente modo: en cada proceso histórico particular se generan de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas, una o varias instituciones cuyo objetivo es proporcionar servicios en nuestro ejemplo de salud y seguridad social, educativos y de alimentación que enfrenten en mayor o menor medida los requerimientos de una población determinada. Por su parte, los servicios pueden dividirse según se refieren al objeto de intervención. Dividiéndose (en el caso de la salud) en dos grandes tipos: los servicios de salud individuales, que suponen la atención con fines preventivos, curativos o rehabilitatorios; y los servicios de salud de alcance colectivo destinados a tratar de mejorar las condiciones generales de salud y de vida de la sociedad. En cuanto a la seguridad social, se ubica el mejoramiento del nivel de vida, vía esencialmente de la formación y desarrollo técnico o científico de los recursos humanos en México. Ante las condiciones sociopolíticas marcadas por la estructura económica se han em-

pleado una serie de programas materializados por instituciones gubernamentales de salud, seguridad social, alimentarias y educativas que intentan cubrir las necesidades de la sociedad en estos renglones. Sin embargo, dicho esfuerzo se ha - plasmado en forma desigual, reflejando por un lado, el nivel de negociación de las clases subalternas ante las condicio-- nes concretas, y por otro, la no correspondencia cultural entre los sectores marginados y las estrategias de persuasión política de los profesionales para introducir permanentemente los medicamentos, la educación y la alimentación hacia dicho sector, por medio del convencimiento de sus beneficios. Cabe aclarar que en el caso de la alimentación no hay programas de corte "gratuito" como es en el caso de la salud y la educación por lo que en este aspecto no es posible reconocer esfuerzos gubernamentales.

Con ello no queremos indicar que únicamente existen los problemas ya enunciados, empero éstos reflejan una serie de eslabones particularmente importantes que son consecuencia - cotidiana de los ya enumerados y que obviamente se refleja-- rán en el proceso salud-enfermedad de nuestra sociedad, en - términos globales.

Por otra parte, es necesario advertir por cuestiones --

del tema y la información con la que cuento, que no tomaré durante el desarrollo del proceso de investigación los enlaces estructurales que mencioné arriba, en relación a la salud. Sin embargo, serán considerados implícitamente ya que sin éstos no sería posible la objetividad en el diagnóstico.

El planteamiento de nuestro sistema de hipótesis serán formulados del siguiente modo:

- I. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como órgano de seguridad social a nivel nacional en salud, no cumple en su totalidad con las exigencias que marca su justificación política, ni tampoco con los lineamientos generales impuestos por el gobierno (en 1982). Esto se debe al gasto prioritario en un gran aparato, técnico-administrativo, lo que repercute en su baja acción respecto al indicador: salud.

- II. El Instituto Mexicano del Seguro Social, en su primer nivel de atención a la salud (preventiva) ha fracasado en sus estrategias sociopolíticas locales y regionales en la medida en que no cuenta con los especialistas sociales y políticos que intro-

duzcan la medicina moderna hacia las comunidades.

III) La concepción técnica administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social no vislumbra las características reales de la Institución, por lo que la Seguridad Social en este ramo ha pasado a ser de carácter humano a un análisis de factibilidad en términos de costo-beneficio, lo que obviamente ha repercutido fundamentalmente en el renglón de la prevención en salud. El economisismo llega a reflejarse tan absurdamente que los análisis se han reducido a la medición estadística, no considerando las necesidades humanas bajo su dinámica histórica y su repercusión en el proceso salud-enfermedad.

Síntesis y explicación del guión (La estrategia).

A continuación explicaré capítulo por capítulo lo que pretendo o intento investigar (plan) empleando el procedimiento que señala el método: RAS 80(+)(nuestro hilo conductor) y algunas técnicas de investigación socioeconómica:

CAPITULO I: Monografía, política económica y social -

del IMSS.

En este capítulo a grandes rasgos, se describirá el proceso histórico-jurídico del IMSS, enmarcando claramente sus transformaciones en el ámbito legal; en la revisión de políticas, se describirá la evolución de las estrategias de salud y seguridad social, durante el período 1978-1982.

CAPITULO II: Estrategia y plan.

En este capítulo en términos globales se enunciarán los objetivos institucionales de salud y seguridad social, en el área en mención; así como también la formulación e implementación de políticas en materia de adquisición de insumos (material quirúrgico, farmacéutico y de carácter administrativo) requerimientos de operación en materia de política económica (abastecimiento técnico material para los programas) -- más su avance en la cobertura, así como todos aquellos elementos, tanto legales como administrativos importantes en la operación de la institución.

En este capítulo, serán también mencionados, los distintos niveles de atención y su alcance en la República Mexicana, considerando en ello el proceso de desconcentración y --

descentralización iniciado en el instituto a partir de 1979 por lo cual se creó la regionalización fundamentada en políticas, objetivos planes y estrategias.

Se considera en este rubro también el estudio e investigación de lo que significa el alcance jurídico del PACTO: -- IMSS-COMPLAMAR (Coordinación general del plan nacional de zonas marginadas (Véase Zurita, J. Op.cit., pp. 80-100 (N. del A)).

Trataremos de vislumbrar (investigación de campo indirecta) en la praxis de este programa (IMSS-COPLAMAR) su relación en las comunidades rurales. En este primer paso de la investigación, pretenderemos reflejar la operatividad de las políticas cotidianas del IMSS.

CAPITULO III. Concepción metodológica para el análisis del IMSS (diagnóstico).

En este capítulo, se estudiará en qué consiste la responsabilidad del IMSS (garantizar el derecho a la salud) respecto a sus funciones, relacionadas con los "niveles de atención"; a continuación estudiaremos la regionalización del propio instituto; después seguiremos con el estudio de las -

ventajas y limitantes que brinda la desconcentración y des--centralización administrativa.

Se hace evidente también que la operación desconcentrada del financiamiento del sector salud ejerce su acción de acuerdo al porcentaje del producto interno bruto, destinado al sector salud, la distribución del gasto gubernamental en los aparatos de salud y los tipos de programas financiados en base al presupuesto ejercido.

En este capítulo se pretenderá (plan de investigación) hacer una evaluación de los posibles logros del IMSS vía investigación directa e indirecta, ejecutando entrevistas a --compañeros que trabajan en la institución con el fin de deducir las fallas en los niveles de atención fundamentalmente en el primero y segundo nivel de atención; encontrar el porqué de dichas anomalías, tratando de proponer una serie de medidas que pretendan corregir dichos desfases.(Véase resumen y conclusiones al final de texto)

En cuanto a los problemas y perspectivas de los recursos financieros y materiales de los sistemas regionalizados en salud, se evaluarán las técnicas administrativas del ---IMSS. En este renglón, bajo una óptica, en correspondencia

con la dinámica nacional, y en el mismo sentido con el compromiso sociopolítico de la institución, tratando de evaluar así el porcentaje económico realizado en cada programa y/o subprograma con el propósito de diagnosticar si estos corresponden realmente al compromiso jurídico político encomendado a dicha institución.

En cuanto a los mecanismos de participación comunitaria IMSS-COPLAMAR se investigará (empleando métodos lógicos) la participación indirecta que han tenido (es decir, preguntando a compañeros que han vivido y trabajado en los programas de esta naturaleza) los programas y estrategias que se utilizaron en el período para brindar atención del primer nivel a los marginados del campo y la ciudad.

En el acápite de natalidad y mortalidad se analizaron las causas cuantitativas y cualitativas al respecto, las cuales juegan un papel trascendental en este renglón.

CAPITULO IV: Organó de gobierno del IMSS

En este capítulo se investigará todo lo relacionado con las propuestas interrelacionadas con las características de las nuevas condiciones del IMSS, las cuales serían delimita-

das y formuladas por un organismo de coordinación nacional, estudiando entonces la secuencia lógica de sus nuevos roles, tanto en recursos humanos como financieros y físicos en su ámbito rural y urbano.

La posible estrategia que pretendo poner en acción, la doy a conocer a priori en los siguientes términos:

1) Tal vez las principales "restricciones" con las --
cuales me enfrentaré en el proceso de la investigación . po-
drán ser las siguientes: 1) información; 2) la dificultad
de ejecutar investigaciones de campo, ya que pretendo hacer-
las en forma "indirecta" a través de mis compañeros de trabajo
vía entrevistas grabadas, y cuestionarios, etc.

2) Respecto a las conclusiones globales que pretendo
arribar, podría nombrar las siguientes: 1) formular -
la creación de un sistema de información que permita a los
investigadores internos y externos al IMSS, el poder hacer -
uso y empleo de éste, lo cual nos podría conducir a la ela--
boración de un "plan de salud" un poco más acorde a las neces
idades sociales de las grandes mayorías del país, los trabaja
dores del campo y la ciudad.

CAPITULO I**MONOGRAFIA POLITICA, ECONOMICA SOCIAL DEL IMSS**

1) CAPITULO No. 1. MONOGRAFIA POLITICA ECONOMICA SOCIAL DEL IMSS.

1.1. PROCESO HISTORICO JURIDICO.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició sus servicios el 10. de enero de 1944 y el 15 de febrero del mismo año, se publicó en el Diario Oficial el acuerdo que declaraba de utilidad pública la construcción de hospitales requeridos por el Instituto y que autorizaban la enajenación de terrenos fuera de subasta pública a su favor.

El Reglamento de Clasificación de Empresas, Grados de Riegos y Cuotas del Seguro Social, Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales se dió a conocer el 7 de marzo de 1944. El 18 de abril siguiente, se publicó otro sobre pago de cuotas y contribuciones al IMSS.

El 6 de octubre de 1944, se decretó de utilidad pública por acuerdo presidencial, la construcción de Edificaciones Generales, de Laboratorios Químicos y de Farmacia Central del IMSS.

El 24 de noviembre se modificó el artículo 135 de la --

Ley del Seguro Social para otorgarle el carácter de obligación fiscal a las cuotas obrero-patronales, en su calidad de organismo autónomo y el 18 de diciembre del mismo año, se dieron a conocer las bases para la designación de los miembros (obreros y patronos), del fallecimiento de éstos, y así se sucedieron una tras otra las extensiones de beneficios.

En el mes de diciembre de 1965, se decretó una nueva reforma que integraba a la población rural al régimen del Seguro Social (el Estado se haría cargo de una aportación mayor a la que normalmente erogaba en las cotizaciones por cubrir al Instituto).

Para el caso de la población agrícola libre de un patrón que cubriera sus cuotas, se consideró la implementación de una cuota bipartita, que cubrían, por una parte, el Estado y por la otra, los campesinos asegurados ^{1/}

Finalmente el 31 de diciembre de 1970, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Nueva Ley del Seguro Social, que derogaba la de enero de 1943. La Nueva Ley se ensablaba con la Ley Federal del Trabajo en vigor; en ella se tomaban como garantía el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los salarios de subsistencia, y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Ya para 1975 el Seguro Social se había delineado como un servicio, abiertamente al público a nivel nacional, al abarcar los seguros de riesgo de trabajo, enfermedades, maternidad, invalidez, cesantía en edad avanzada y muerte.

En 1974, quedó establecido el seguro de guarderías para hijos de asegurados, que empezó a operar como extensión de los servicios de solidaridad social del Instituto. Por último, el 25 de mayo de 1977 se firmó un convenio; el Instituto y la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) con el objeto de llevar a la práctica un programa de Solidaridad Social por cooperación entre estas dos instituciones, con el fin de implementar acciones de solidaridad social por cooperación comunitaria para otorgar asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria a las zonas más apartadas del país y de más bajos niveles de ingreso ^{2/}.

1.2 Revisión de políticas y evaluación de estrategias de salud y seguridad social.

1.2.1. Salud

Incrementar la cobertura de los servicios, optimizando

la utilización de los recursos y abatiendo los costos con el fin de aprovechar los elementos financieros liberados en el otorgamiento de más y mejores servicios, a mayor número de núcleos poblacionales.

La estrategia a seguir es congruente con los lineamientos del Plan Global de Desarrollo, el cual ha sido el esfuerzo de los niveles de atención a la salud, que objetivizan -- las políticas institucionales en esta área, en la medida que han permitido una mayor cobertura y operatividad en sus acciones. La mecánica operativa de dichos niveles de atención a la salud son: en el primer nivel se cuenta con las unidades de medicina familiar con unidades de medicina familiar -- incluyendo hospitalización y con las unidades auxiliares de medicina familiar en el área urbana.

La estructura en el área rural se apoya en las unidades de medicina rural y en las brigadas de medicina, para -- sus acciones de promoción a la salud. (Primer nivel de atención se refiere al carácter preventivo en salud).

El segundo nivel está integrado por los hospitales generales de zona, los que existen con medicina familiar o sin ella.

El tercer nivel está integrado por los hospitales de -- especialidad y especialidades con todos los servicios de --- apoyo necesarios.

La Institución ha elegido como política esencial, el -- garantizar el derecho a la salud y la de fomentar o difundir las acciones médicas preventivas a toda la población.

Como resultante de dicha política se han incrementado - las acciones de medicina preventiva, que brinda los benefi-- cios de vacunación a la población abierta, con el fin de ampliar la cobertura.

Además se han duplicado las brigadas de medicina preven-- tiva, con las que se trata de llegar a los lugares más apar-- tados para brindar atención a la población solidaria habien-- te. Por otro lado, se han implementado brigadas que inciden sobre los problemas de saneamiento interdomiciliario, y como aspecto muy importante las brigadas laborales llevan a los - centros de trabajo el beneficio de servicios preventivos pa-- ra cubrir a la población asegurada.

También se han enfatizado en la extensión de la infra-- estructura de salud a través de las unidades médicas IMSS,--

COMPLAMAR. De esta manera se refuerza el primer nivel de -- atención, a la salud y además se cumple con la estrategia de expandir los servicios a zonas prioritarias, como son las -- áreas rurales atrasadas.

"La combinación de estas estrategias, niveles de aten-- ción a la salud, expansión de las acciones preventivas en se-- guridad social, prestaciones económico sociales y la expan-- sión en zonas prioritarias, sustentan la estructura políti-- ca de la institución" 3/.

NOTAS DEL CAPITULO I

- 1/ Se consultó el documento hecho para el Director del Departamento de Planeación IMSS Capítulo II, p. 13
- 2/ Se tomaron bases del diagnóstico hecho por el IMSS en su estudio, Salud y Seguridad Social Capítulo III, p. 59-68. Se analizó el Pacto IMSS-COPLAMAR más la ley que le dió vigencia.
- 3/ Cuadernos de información oportuna del sector salud 1982, p. 20 S.P.P.

CAPITULO II
ESTRATEGIA Y PLAN

CAPITULO II: ESTRATEGIA Y PLAN.

2.1 OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

2.1.1. Objetivos generales y específicos del --
IMSS, en materia de salud y seguridad so-
cial.

Salud. Elevar la esperanza de vida al nacer de la po-
blación, al abatir la mortalidad general y por causas especí-
ficas, la desnutrición y el mejoramiento del entorno físico
y social

2.1.2. Objetivos específicos en salud ^{1/}

2.1.2.1. Aumentar la cobertura de vacunación en
los menores de 5 años, que es el grupo de más alta suscepti-
bilidad a los daños evitables por estos procedimientos.

2.1.2.2. Incrementar la detección y control de -
los padecimientos transmisibles, que ocupen las primeras cau-
sas de mortalidad y evitar así daños a la comunidad.

2.1.2.3. Impulsar la detección de padecimientos crónicos y degenerativos para que por medio de un diagnóstico precoz y de tratamiento oportuno, se abata la frecuencia de estos daños.

2.1.2.4. Ofrecer a la población con la mayor eficiencia y cobertura posibles, los mejores métodos temporales y definitivos para la regulación voluntaria de la fecundidad.

2.1.2.5. Optimizar la prestación de servicios de rehabilitación física y social, a la población que hubiera sufrido algún daño que produzca invalidez o mini-invalidez.

2.1.2.6. Disminuir la dependencia del país, al racionalizar la adaptación de tecnología médica sofisticada y promover la producción nacional de fármacos a precios reducidos.

2.1.2.7. Enfatizar la creación y operación de mecanismos que disminuyan y controlen los riesgos de trabajo y las enfermedades profesionales de la población asegurada.

2.1.2.8. Apoyar los programas de investigación en tecnología médica para resolver los problemas prioritarios en -

salud.

2.1.3 Seguridad Social.

2.1.3.1. Promover y fomentar el desarrollo físico y mental de la adolescencia a través del aprovechamiento de su tiempo libre. Con la finalidad de disminuir los problemas de tipo social. Tales como farmacodependencia, alcoholismo, vagancia, etc.

2.1.3.2. Ampliar la cobertura de seguridad social a la población marginada.

2.1.3.3. Orientar, capacitar y adiestrar a la población y con especial interés a la juventud, a fin de que cuente con elementos que le permitan elevar su nivel de vida.

2.1.3.3.1. Incorporar a la población marginada al proceso productivo moderno del país.

2.1.3.3.2. Intensificar la capacitación de los recursos humanos de las instituciones gubernamentales y propiciar el desarrollo de las técnicas administrativas acordes al crecimiento del país.

2.1.3.3.3. Mejorar eficaz y eficientemente en seguridad social con el propósito de que supere el beneficio que se otorga a la población.

2.2 DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS. (Prioridades).

Puntos de énfasis para el cumplimiento de los objetivos institucionales, en el campo de salud y seguridad social.

Las estrategias definidas para el logro de los objetivos son las siguientes:

2.2.1. Identificación y definición de los grupos de población susceptibles de incorporar.

2.2.1.1. Establecer la coordinación interinstitucional para un mejor aprovechamiento de los recursos.

2.2.1.2. Canalizar mayores recursos para ampliación de capacidad.

2.2.1.3. Capacitación de los recursos humanos específicos para la atención de estos grupos.

2.2.1.4. Definición de normas y criterios de inversión orientados a la racionalización del gasto. 2/

2.2.2.1. Realización de las actividades culturales, - recreativas y deportivas.

2.2.2.2. Capacitación de recursos humanos en campos - específicos de la cultura, recreación y deporte.

2.2.2.3. Canalización de mayores recursos para la ampliación de la capacidad de centros culturales, deportivos y recreativos.

2.2.2.4. Promover la realización de eventos interinstitucionales e intersectoriales.

2.2.3. Continuar con los estudios de factibilidad, -- tendientes a incrementar la cuantía de las prestaciones económicas.

2.2.4.1. Identificación y definición de las demandas de la población.

2.2.4.2. Establecimiento de los mecanismos evaluato-- rios de las acciones que cubren las demandas.

2.2.5.1. Determinar las necesidades de capacitación - de la población expresadas como actitudes o hábitos modifica**bles**.

2.2.5.2. Determinar las condiciones, limitaciones y - potencialidades económicas, sociales y culturales de la población que se pretende capacitar, a efecto de garantizar la respuesta a los mensajes que se le emitan.

2.2.5.3. Determinar los procedimientos generales para el establecimiento de los contenidos educativos.

2.2.5.4. Identificar los recursos de que dispone la - institución para realizar las acciones.

2.2.5.5. Establecer las normas de evaluación de las - acciones de capacitación.

2.2.6. Coordinación interinstitucional. Estará integrada por representantes de la SSA, IMSS, ISSSTE y DIF, dependiente del ejecutivo, cuya integración y organización estará a cargo de la Secretaría de Programación y Presupuesto, este grupo estará facultado para:

2.1.6.1. Análisis y evaluaciones periódicas de la ---

problemática de asistencia y seguridad social.

2.2.6.2. Definir objetivos políticos, estrategias, -- normas y procedimientos en la materia.

2.2.6.3. Analizar y actualizar los mecanismos tendientes a lograr una efectiva coordinación interinstitucional - en el corto y mediano plazo.

2.2.6.4. Determinación de indicadores de programación y evaluación de observancia sectorial e institucional.

2.2.6.5. Formulación e implementación de políticas en materia de adquisición de insumos.

2.2.7. Fortalecer el proceso de programación, presu-- puestación, evaluación, al considerar como esfuerzo continuo y uniforme para precisar objetivos y hacer congruentes los - propósitos, las metas y las actividades institucionales, pa- ra ello es necesario:

2.2.7.1. Establecer e instrumentar programas de capa- citación orientados a la programación, presupuestación y eva-

luación de servicios de salud y seguridad social.

2.2.7.2. Definir procedimientos para orientar y capacitar sistemáticamente al personal de las áreas operativas - en los aspectos de programación, presupuestación y evaluación para propiciar su colaboración permanente.

2.2.7.3. Unificar los procedimientos para el seguimiento periódico de las acciones programadas, a efecto de detectar oportunamente las desviaciones y proceder a la introducción de las medidas correctivas.

2.2.7.4. Establecer institucionalmente los elementos básicos del sistema de información que permitan determinar - indicadores de eficiencia y eficacia para la programación y evaluación de las acciones.

2.2.8. Requerimientos de operación para apoyar las estrategias de la Institución en materia de su política económica.

2.2.8.1. Gasto público. En este rubro, el Instituto difiere de las dependencias centralizadas del gobierno federal, debido a su financiamiento tripartita, por lo tanto, --

su costo financiero depende del monto de las distintas aportaciones de los sectores obrero patronales que son la base de sus recursos.

Se han seleccionado acciones que constituyen verdaderos instrumentos de apoyo al Instituto tales como:

2.2.8.2. Control: Para lograr un efectivo control -- del gasto, se requiere optimizar los sistemas normativos, -- contables y presupuestarios, evaluando el cumplimiento de -- las metas en cuanto a volumen estructura y composición.

2.2.8.3. Programación: Es necesario la reorientación del gasto de acuerdo a las prioridades del desarrollo económico y social, mediante la vinculación de la programación -- institucional sectorial.

2.2.8.4. Eficacia y eficiencia: Para aumentar la productividad del gasto institucional se deberán vincular en mayor medida las metas de cada dependencia con su gasto, desde su asignación hasta su ejecución, lo que fortalece su seguimiento y evaluación

2.2.8.5. Estímulos fiscales: Cabe señalar el requer

miento de promoción e implementación de mecanismos fiscales que estimulen la investigación científica, el desarrollo tecnológico y la adquisición de equipo.

2.2.8.6. Comercio Exterior: La mayor parte de los -- instrumentos técnicos y farmacos de salud provienen del extranjero: sería conveniente que las instituciones de salud - tuvieran trato preferencial en cuanto a las importaciones en este renglón. Es decir que se les rebajara el impuesto, -- aún más que quedaran libres del mismo, o bien, se les subsidiara , ello en función de las necesidades requeridas.

2.2.8.7. Empleo: El Instituto juega un papel en cuanto a generador de empleo, solo como consecuencia de su crecimiento, sin embargo, en cuanto a la capacitación del personal de salud, desarrolla una importante labor, pues forma enfermeras, contrata pasantes de profesiones relacionadas con el campo de salud, para que cumplan con su servicio social; en sus instalaciones desarrolla cursos de capacitación en -- las diferentes ramas de la medicina y enfermería, mantiene programas permanentes de capacitación y actualización con todo su personal.

2.2.8.8. Mínimos de bienestar: Todos los programas -

del Instituto en relación a la salud, están orientados a cubrir los mínimos de bienestar de la población. El Instituto ha expandido sus servicios a la población en general, especialmente a la rural a través de sus programas de solidaridad social, en especial por medio de la acción IMSS-COPLAMAR.

2.2.8.9. Legislativos. La modificación de 1973 a la ley del Seguro Social y el convenio IMSS-COPLAMAR de 1979, son instrumentos legales que le otorgan al IMSS una gran flexibilidad para operar en el otorgamiento de sus prestaciones.

CUADRO No. 2 A

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS

FUNCION	SUBFUNCION	PROGRAMA	SUBPROGRAMA	UNIDAD DE MEDIDA
20 Seguridad Social	03 Protección contra daños, riegos y contingencias.	1 A Atención preventiva.	01 Control de enfermedades prevenibles por vacunación.	Dosis
			02 Control de enfermedades transmisibles	Personas
			03 Detección oportuna de enfermedades.	Personas
			08 Planificación familiar voluntaria	Consultas
			09 Salud bucal.	Atención personas
		1 B Atención curativa.	01 Consulta externa general.	Consultas
			02 Consulta externa especializada	Consultas
			03 Hospitalización general.	Egresos
			04 Hospitalización - especializada.	Egresos
			05 Rehabilitación	Sesiones.

CUADRO 2 B
PROGRAMAS

FUNCION	SUBFUNCION	PROGRAMA	SUBPROGRAMA	UNIDAD DE MEDIDA
		1C Capacitación de la población	02 Educación para la salud.	Personas
		1E Prestaciones Económicas.	01 Subsidios y ayudas	Casos
		1L Prestaciones Sociales.	02 Pensiones y jubilaciones	Personas Casos,
2B Fomento de la educación	05 promover e impartir la educación	56 Formación y desarrollo de recursos humanos para la salud.	02 Adiestramiento y capacitación	Personas
			03 Atención a la infancia	Niños Promedio
			01 Formación y desarrollo de personal profesional	Personas
			02 Formación y desarrollo de personal técnico.	Personas

2.3 SELECCION DE PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS

A continuación describiremos el contenido de cada uno de estos elementos planificables, del siguiente modo:

2.3.1. Programa: Atención preventiva (descripción y objetivos)

Es el programa sustantivo que la Institución desarrolla en el área de salud y consiste en otorgar servicios médico preventivos orientados a superar permanentemente el nivel de salud de la población.

Abatir los riesgos a la salud y controlar los daños concomitantes, en los grupos de población prioritaria.

A continuación se describe el contenido de los objetivos:

2.3.1.1. Disminuir el impacto que sobre el estado de salud tienen las enfermedades no prevenibles.

2.3.1.2. Reducir el número de personas con alto ries-

go de enfermedad por sus condiciones nutricionales.

2.3.1.3. Garantizar la salud de los grupos potencial y efectivamente productivos del país dentro de la familia, - la escuela y el trabajo.

2.3.1.A. Subprograma y control de enfermedades - prevenibles por vacunación (descripción, objetivos y vinculación).

Este subprograma está orientado fundamentalmente hacia los menores de 15 años embarazadas y grupos especiales de alto - riesgo, y consiste en la administración de productos inmuni-zantes contra la poliomielitis, el sarampión, la difteria, - la tos ferina, el tétano y la tuberculosis.

A continuación se describe el contenido de los objeti--vos.

2.3.1.A.a. Aumentar la cobertura, al vacunar a - la población contra la poliomielitis, el sarampión, la difte-ria, la tos ferina y la tuberculosis.

2.3.1.A.b. Abatir con tendencia a la erradica---

ción, enfermedades como el sarampión, la difteria, la tos ferrina, el tétano y la poliomielitis.

2.3.1.A.c. Evitar la primoinfección tuberculosa natural en los grupos susceptibles a través de la vacunación. Del mismo modo se señalan las diferentes vinculaciones con - las estrategias sectoriales:

2.3.1.A.d. A través del primer nivel de atención a la salud, que incrementa la cobertura.

2.3.1.A.e. A través de la coordinación intrainstitucional que amplía la accesibilidad a los servicios.

2.3.1.A.f. A través del incremento de personal - capacitado que permita mayor disponibilidad de vacunas.

2.3.1.A.g. A través de la mayor participación de mandante de la población que resulta de la responsabilidad - compartida.

2.3.1.B. Subprograma: Control de enfermedades -- trasmisibles (descripción, objetivos, vinculación).

Los procedimientos trasmisibles que no son evitables -- por vacunación requieren de otros mecanismos para su control

que interrumpan la cadena de transmisión, sustentados por -- las acciones educativas dirigidas a la población. El subprogrrama consiste en controlar las enfermedades venéreas y la tuberculosis, así como participar, con las instituciones del sector, en el control de daños como el paludismo y algunas - enfermedades que presenten interés epidemiológico.

A continuación se describen los objetivos.

2.3.1.B.a. Promover mejoramiento de las condiciones de vida de la población para abatir la frecuencia de las enfermedades transmisibles.

2.3.1.B.b. Impulsar la participación activa de - la población en el mantenimiento de su salud y la mejoría de su ambiente.

2.3.1.B.c. Desarrollar técnicas simples y confiables para la detección de enfermedades venéreas, tuberculo-- sis, paludismo y otras de interés epidemiológico.

A continuación se describen las vinculaciones:

2.3.1.B.d. A través del primer nivel de atención

a la salud, facilitar las acciones de control.

2.3.1.B.e. A través de la coordinación eficiente de los casos.

2.3.1.B.f. A través de la mayor participación activa de la población para la continuidad de las acciones de control.

2.3.1.C. Subprograma: detección oportuna de enfermedades (descripción, objetivos, vinculaciones).

Las enfermedades crónicas y degenerativas son las tribuarias de este subprograma. Las acciones que se desarrollan están orientadas a descubrir, por medios sencillos y oportunos, padecimientos tales como el cáncer cérvico, uterino y mamario, la diabetes sacarina, la fiebre reumática y la hipertensión arterial, para limitar los daños inmediatos y las secuelas que puedan generar dichas enfermedades.

2.3.1.C.a. Disminuir la mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones y secuelas.

2.3.1.C.b. Impulsar la participación activa de la comunidad para lograr la detección cada vez más temprana de enfermedades como el cáncer cérvico-uterino y mamario, la diabetes mellitus, la fiebre reumática, la hipertensión arterial y el bocio.

2.3.1.C.c. Desarrollar técnicas simples y confiables para la detección oportuna de estas enfermedades.

A continuación se explican las estrategias:

2.3.1.C.d. A través del primer nivel de atención a la salud, favorecer las acciones tempranas de detección y resolución de daños incipientes, ya sea con recursos propios o por medio de la canalización a los otros niveles.

2.3.1.C.e. A través de la coordinación interinstitucional garantizar con oportunidad la atención preventiva de los daños.

2.3.1.C.f. A través de la homogeneización de normas y procedimientos, permitir la optimización de los recursos.

2.3.1.C.g. A través de la capacitación técnica - de mayores recursos mejorar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios en beneficio de la oportunidad de la acción.

2.3.1.C. h. A través de la capacitación y organización de la población para la autodetección en algunos de los padecimientos considerados.

2.3.1.D. Subprograma: Planificación familiar voluntaria (descripción, objetivos, vinculación).

La necesidad social de equilibrar el crecimiento poblacional encuentra en la prestación de servicios de planificación familiar voluntaria, su expresión concreta al poder disponer de métodos anticonceptivos seguros y efectivos para regular la fecundidad de la familia. El subprograma está orientado a ofrecer a la pareja que lo demande, la aplicación de métodos temporales o definitivos para lograr la anti concepción sin menoscabo de la salud física, mental o social del grupo familiar.

A continuación se describen los objetivos.

2.3.1.D.a. Introducir en la comunidad la planificación familiar como práctica social.

2.3.1.D.b. Abatir la tasa de fecundidad en los grupos sociales en donde es más alta, logrando mayor cobertura en la población rural.

2.3.1.D.c. Aumentar la accesibilidad y disponibilidad de servicios de planificación familiar y de métodos anticonceptivos eficaces y eficientes.

2.3.1.D.d. Disminuir la tasa de crecimiento natural de la población para permitir un equilibrio entre las demandas sociales y la capacidad económica de la familia.

A continuación se describen las vinculaciones:

2.3.1.D.e. A través del primer nivel de atención a la salud, para la promoción y otorgamiento de métodos anticonceptivos temporales, así como la canalización al segundo nivel con el propósito de aplicar métodos definitivos o más complejos.

2.3.1.D.f. A través de la coordinación intrains-

titucional que permite el mejor uso de los recursos disponibles y la mejor calidad en el otorgamiento de los servicios.

2.3.1.D.g. A través de la capacitación del personal necesario para aumentar las coberturas de la prestación.

2.3.1.D.h. A través de la capacitación de la población para que introduzca la planificación familiar como práctica social.

2.3.1.D.i. Abatir la tasa de fecundidad en los grupos sociales en que es más alta, logrando mayor cobertura en la población rural.

2.3.1.D.j. Aumentar la accesibilidad y disponibilidad de servicios de planificación familiar y de métodos anticonceptivos eficaces y eficientes.

2.3.1.D.k. Disminuir la tasa de crecimiento natural de la población para permitir un equilibrio entre las demandas sociales y la capacidad económica de la familia.

2.3.1.E. Salud bucal. (descripción, objetivos y vinculación).

Este subprograma está orientado a la prevención de las enfermedades del aparato masticatorio y se encarga principalmente de los menores de 15 años. Consiste en la aplicación de fluór, de sellantes, remoción de tártaro, y adiestramiento de la población en la técnica del cepillado correcto de la dentadura.

La modificación del hábito que permita la asistencia a servicio dental periódica, es apoyo fundamental para el desarrollo del subprograma.

A continuación se describen los objetivos:

2.3.1.E.a. Abatir la frecuencia de padecimientos orales, como son las caries dentales las paradontopatías y los daños indirectos que producen las alteraciones del aparato masticatorio.

2.3.1.E.b. Modificar los hábitos higiénicos de la población.

2.3.1.E.c. Promover sistemas comunitarios de prevención de la caries dental como son la fluoración del agua potable y de la sal de consumo humano.

A continuación se describen las vinculaciones:

2.3.1.E.d. A través del primer nivel de atención a la salud promover los hábitos higiénicos orales y otorgar los servicios básicos de salud bucal.

2.3.1.E.e. A través de la coordinación intrainsitucional permitir la continuidad de las acciones.

2.3.1.E.f. A través de la normalización homogénea de las actividades que permita una mejor calidad en las acciones.

2.3.1.E.g. A través de la capacitación y orientación del personal que aumente la posibilidad de cobertura a mayor población.

2.3.1.E.h. A través de la capacitación de la comunidad para la autoaplicación del flujo y la modificación de sus hábitos de higiene bucal como son el cepillado rutinario, la eliminación de la costumbre de ingerir dulces y caramelos entre comidas, la asistencia periódica y regular al odontólogo y otros relacionados con la conservación de su dentadura en buen estado.

2.3.2. Programa: atención curativa. (descripción, obj
jetivo, vinculación).

Por su contribución a los mínimos de bienestar y su relevancia institucional, sus actividades están destinadas a cubrir la demanda para la restauración de la salud, así como la readaptación, tanto física como biosicosocial.

A continuación se describe el objetivo y vinculación --
del programa:

2.3.2.1. Disminuir la mortalidad, reducir las complica
ciones y corregir las secuelas por daños que afectan a la po
blación.

2.3.2.2. La vinculación entre las instituciones, permitirá la utilización racional de los recursos de salud, y --
hará posible una expansión substancial de la cobertura pobla
cional de los servicios.

2.3.2.3. El otorgamiento de la atención curativa a --
través de los tres niveles de atención, permite la utiliza--
ción de los recursos de acuerdo a la complejidad de la deman
da, lo que mejorará la calidad de los servicios en la restau

ración de la salud y resolverá la mayor parte de los daños - en el primer nivel.

2.3.2.A. Subprograma: Consulta externa general y especializada (descripciones).

Las acciones de estos subprogramas están encaminadas a reducir la morbi-mortalidad en toda la población asegurada - a través de los tres niveles de atención que se han establecido para hacer más eficaz la prestación de servicios médicos.

2.3.1.A.a. Consulta externa general (descripción)

Restablecer la salud y disminuir frecuentes enfermedades a través del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

2.3.2.A.b. Consulta externa especializada (descripción).

Este subprograma desarrolla acciones de diagnóstico y - tratamiento; requiere de la participación de personal y recursos especializados en determinados campos de la medicina y se otorga en el segundo y tercer nivel de atención en nues

tro sistema.

A continuación se describe el objetivo del subprograma:

Restablecer la salud y abatir la mortalidad por causas complejas y poco frecuentes.

2.3.1.A.c. Hospitalización general (descripción y objetivo).

Este subprograma proporciona servicios de diagnóstico y tratamiento a pacientes referidos a través de la consulta externa o del servicio de urgencias que requiere ser encaminado para su atención. Se lleva a cabo en el segundo nivel de atención.

El objetivo es restablecer la salud y disminuir la mortalidad de la población.

2.3.2.A.d. Hospitalización especializada. (descripción y objetivo).

En este subprograma se proporcionan acciones de diagnóstico y tratamiento a pacientes referidos vía el segundo nivel, que requieren su atención de internamiento hospitalario en unidades que cuentan con recursos y tecnología altamente

especializadas, características del tercer nivel de atención.

El objetivo es restablecer la salud y disminuir la mortalidad de la población.

2.3.3. Programa: Capacitación de la población (descripción, objetivos y vinculación).

Este programa es fundamental para lograr el apoyo de la población a todos los programas y subprogramas institucionales en materia de salud y seguridad social. Está orientado a la población en general y utiliza todos los medios de comunicación social, desde el coloquio entre el trabajador de la salud y el demandante de servicios, hasta el mensaje transmitido por radio y televisión.

2.3.3.1. El objetivo es apoyar a través de la organización y capacitación de la población para el autocuidado de su salud, las acciones específicas de los programas y subprogramas de salud y seguridad social que se desarrollan en el IMSS.

A continuación se describen las estrategias:

2.3.3.2. A través de la organización de la comu-

nidad, participar en los programas de salud y seguridad social.

2.3.3.3. A través de la educación, capacitar especialmente al núcleo familiar en la realización de técnicas primarias de protección de su salud.

2.3.3.4. A través de la difusión de mensajes educativos, utilizar adecuadamente los medios de comunicación social para lograr el máximo de eficiencia en los resultados.

2.3.3.A. Subprograma: Educación para la salud -- (descripción, objetivos y vinculación).

Este subprograma está orientado fundamentalmente a modificar favorablemente los hábitos y actitudes frente a la salud, que presenta la población basándose en el conocimiento de las condiciones culturales prevalecientes (descripción).

A continuación se describen los objetivos del subprograma:

2.3.3.A.a. Mantener actualizado el diagnóstico del perfil cultural de la población.

2.3.3.A.b. Modificar, mediante mecanismos que resulten más adecuados al perfil cultural de las comunidades, los hábitos, creencias, actitudes y prácticas para mejorar - la salud individual y colectiva.

2.3.3.A.c. Capacitar a la población en técnicas simples y eficientes en el autocuidado de su salud.

2.3.3.A.d. Sensibilizar a la población para que participe activamente en la ejecución de las actividades de salud que desarrolla la institución.

A continuación se describen las vinculaciones:

2.3.3.A.e. A través del diagnóstico de salud, de terminar las necesidades de capacitación de la población y - la adecuación de los medios y contenidos educativos.

2.3.3.A.f. A través de la capacitación del personal aplicar las acciones educativas

2.3.3.A.g. A través del seguimiento sistematiza- do de los cambios de conducta de la población que favorezcan su salud.

2.3.4. Programa: prestaciones económicas (objetivos y vinculación).

A continuación se explica el objetivo general.

2.3.4.1. Proporcionar al trabajador y a su familia, sustitutos al salario, cuando por enfermedad o accidente se produzca la pérdida o disminución involuntaria de su capacidad para el trabajo o bien por retiro del servicio o fallecimiento (objetivo)

A continuación se explican las vinculaciones:

2.3.4.2. Realizar estudios de factibilidad tendiente a incrementar la cuantía de las prestaciones económicas.

2.3.4.3. Identificar la población con derechos comprobados.

2.3.4.4. Determinar normas y padecimientos para agilizar los trámites administrativos.

2.3.4.5. Intensificar programas de orientación.

2.3.4.A. Subprograma: subsidios y ayudas. (objetivos y vinculación).

A continuación se describe el objetivo general:

2.3.4.A.a. Atenuar las consecuencias económicas de la incapacidad temporal para el trabajo, provenientes de enfermedad, accidente o maternidad.

A continuación se describe la vinculación general:

2.3.4.A.b. Protección económica del trabajador - al otorgársele sustitutos de su salario cuando está incapacitado.

2.3.4.B. Subprograma: pensiones y jubilaciones (objetivo y vinculación)

2.3.4.B.a. Proporcionar al trabajador o a su familia, un ingreso económico al término de su vida laboral:

2.3.4.B.b. Otorgar protección económica al trabajador y a su familia, a través de sustitutos de salario, - para garantizar continuidad de su ingreso.

2.3.5. Programa: Prestaciones Sociales. (objetivos - vinculación).

A continuación se describe el objetivo general

2.3.5.1. Incrementar las acciones encaminadas a elevar los niveles de vida de la población en general, tales como las actividades culturales, deportivas, recreativas, de adiestramiento y capacitación, así como atención a la infancia.

A continuación se describen las vinculaciones:

2.3.5.2.a. Intensificación y definición de grupos de población no cubierta.

2.3.5.3.b. Incrementar y fomentar la realización de cursos y adiestramientos adecuados a las demandas.

2.3.5.4.c. Canalizar mayores recursos para ampliar la capacidad.

2.3.5.5. Formación y capacitación de instructores.

2.3.5.A. Subprograma: Adiestramiento y Capacitación (objetivos , vinculación)

A continuación se describe el objetivo general:

2.3.5.A.a. El objetivo es elevar el nivel de capacitación laboral de la población a fin de facilitar su inserción en el aparato productivo o mejor posición dentro del mismo.

A continuación se describe la vinculación del subprograma:

2.3.5.A.b, Elevar el nivel de vida de la población.

2.3.5.B. Subprograma atención a la infancia. (Objetivos, vinculación).

A continuación se describe el objetivo general del subprograma:

2.3.5.B.a. El objetivo es otorgar asistencia integral a la niñez bajo la modalidad de guarderías.

A continuación se describe la vinculación:

2.3.5.B.b. Contribuir a alcanzar los mínimos de bienestar, especialmente al grupo infantil.

2.3.6. Programa : Formación y desarrollo de recursos humanos (Objetivos, vinculación).

A continuación se describe el objetivo general del programa .

2.3.6.1. Actualizar y capacitar los recursos humanos del área de salud, para mejorar la productividad en la prestación de servicios.

A continuación se describen las vinculaciones:

2.3.6.2. Participar en la elaboración de diagnóstico de recursos humanos en el ámbito sectorial para establecer con base en sus resultados las necesidades de capacitación y adiestramiento del personal.

2.3.6.3. El contenido de los programas de formación del personal.

2.3.6.4. La capacidad institucional para formar

personal técnico, médico y profesional.

2.3.6.5. Las políticas necesarias que determinen el arraigo del personal en su lugar de origen; y

2.3.6.6. Las necesidades de incentivos.

2.3.6.A. Subprograma: Formación y desarrollo del personal profesional (objetivo)

El objetivo general es el siguiente:

2.3.6.A.a. Actualizar y capacitar al personal -- profesional en el área de salud, mediante la implementación de cursos y seminarios.

2.3.6.B. Subprograma: Formación y desarrollo del personal técnico (Objetivo)

A continuación se describe el objetivo:

2.3.6.B.a. El objetivo es: formar, capacitar y - actualizar personal técnico en el área de salud, a través -- de la realización de cursos.

2.3.7. Comentarios a las metas de operación a los programas y subprogramas seleccionados 1978-1982.

Las cifras estimadas para 1981, están sujetas a evaluación de las Jefaturas Normativas; las modificaciones que se deriven posteriormente, serán solicitadas de acuerdo al procedimiento establecido por la Secretaría de Programación y - Presupuesto.

A continuación mencionamos los siguientes aspectos in-vestigados respecto al tema en cuestión:

2.3.7.1. Durante 1980 se registraron casos ni-ficados de enfermedades transmisibles.

2.3.7.2. En este año se consideran ex-clusivamente acciones en enfermedades venéreas.

2.3.7.3. Se incrementan en forma importante las acciones del programa "DETECCION DEL ESTADO NUTRICIONAL".

2.3.7.4. Considera adicionalmente a las con-sultas de medicina familiar, las consultas de urgencia y de ser-vicio dental.

2.3.7.5. No coincide con la cantidad indicada en Cuenta de la Hacienda Pública Federal de 1980, debido a que en ella se incluyeron 3,196,241 consultas correspondientes al programa INSS-COPLAMAR.

2.3.7.6. Incluye además de las consultas de especialidades, las de servicio dental.

2.3.7.7. En este año se considera personas asistentes a las sesiones de educación para la salud.

2.3.7.8. Durante el presente año se reportarán médicos en cursos de especialización.

2.3.7.9. Comprende alumnos de medicina en internado de pregrado, pasantes en servicio social, alumnas asistentes a cursos de enfermería básica y enfermeras en cursos de especialización.

Las explicaciones cuantitativas de lo formulado anteriormente pueden verse en los cuadros No. 2c y 2d. Pag. 59-61.

2.3.7.10 Recursos Humanos.

Los recursos humanos en el Instituto, se clasifican básicamente en dos categorías:

I) Directamente en la producción.

II) En la administración con funciones de apoyo. Se considera que el propósito del personal administrativo reside en coordinar y mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios, bajo el supuesto general de que se procura minimizar el volumen de los mismos, en virtud de que no participan directamente en el proceso productivo.

2.3.8. Formas de aseguramiento del IMSS y sus características básicas.

2.3.8.1. Salud y seguridad social.

El Instituto surge como una necesidad impostergable con el propósito de proporcionar salud y seguridad social a los trabajadores del país y a sus derechohabientes. La seguridad social incluye, en primer término, tanto el régimen obligatorio como el voluntario.

El régimen obligatorio comprende los seguros de riesgos

de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada, muerte y guarderías para hijos de -
asegurados.

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio, -
básicamente las personas que se encuentran vinculadas a otras
por una relación de trabajo, cualquiera que sea el acto que
le de origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o
la naturaleza económica del patrón y aún cuando éste, en vir-
tud de alguna ley especial esté exento del pago de impuestos
o derechos. El régimen voluntario, como su nombre lo expre-
sa, se creó para dar acceso a personas que ya no están in-
cluidas en el régimen obligatorio pero que desean seguir go-
zando de los beneficios del IMSS. Para aquellos casos que -
sin haber sido asegurados desean estar bajo la protección --
del IMSS, a partir de 1973, el Instituto dispuso ampliar sus
régimenes mediante la incorporación de solidaridad social. -
Entre 1973 y 1978, se instalaron 302 clínicas rurales y 29 -
clínicas hospitales de campo en coordinación con el PROGRAMA
DE Almacenes Rural de CONASUPO.

Recientemente y de acuerdo al Programa IMSS-COPLAMAR, -
el Instituto extendió la cobertura del programa nacional de
solidaridad social a cerca de 30,000 comunidades rurales en

áreas marginadas.

En lo que se refiere a la salud, el IMSS desarrolla, -- dentro de sus programas prioritarios, acciones de: atención preventiva, atención curativa y capacitación de la población.

El programa de Atención Preventiva se subdivide en los subprogramas de control de Enfermedades Prevenibles por Vacu nación, Control de Enfermedades Trasmisibles, Detección Opor- tuna de Enfermedades, Higiene de Trabajo y Prevención de Ac- cidentes, Planificación Familiar Voluntaria y Salud Mental.

El programa de Atención Curativa es, sin lugar a dudas, el de mayor importancia en el Instituto, integra los Subpro- gramas de Consulta Externa General, Consulta Externa Especia lizada, Hospitalización Especializada, Rehabilitación y aten ción de urgencias y desastres.

El Programa de Capacitación de la Población incluye los Subprogramas de Orientación e información y Educación para - la Salud.

En cuanto a otras prestaciones de la seguridad social, el IMSS se ocupa de proporcionar al trabajador protección so

bre sus medios de subsistencia en períodos de incapacidad -- física temporal o permanente, así como de asegurarles un ingreso digno y adecuado al final de su vida productiva. Para este fin existen previsiones en los diversos ramos de seguro que proporcionan al asegurado y sus dependientes, prestaciones en dinero, tales como los subsidios o ayudas otorgadas -- como compensación por el salario perdido a causa de períodos de enfermedad, así como las pensiones o jubilaciones otorgadas por incapacidad permanente o retiro por edad avanzada.

Por otro lado, la seguridad social se caracteriza por -- poseer un programa de prestaciones sociales, orientado a proporcionar a la población en general, no sólo a los derechohbientes, servicios que permitan elevar los niveles de bienestar a través del esparcimiento físico y cultural, la utilización del tiempo libre, la capacitación y las destrezas en la vida cotidiana.

Las prestaciones sociales han intentado cada vez con mayor densidad, cubrir los intereses y necesidades de toda la población, sobresalen los referentes a la capacitación y --- adiestramiento de actividades productivas como son los módulos vinculados con la industria, actividades agropecuarias -- y artesanales, así como las relacionadas con la difusión cul

tural y la promoción deportiva.

Hay que hacer notar que debido a la creciente participación de la mujer en las actividades productivas, ha sido necesario facilitarle los medios adecuados para poder integrarse satisfactoriamente a cumplir con su función laboral, sin desatender sus obligaciones maternas; de aquí que resulta de gran importancia la prestación social en el ramo de guarderías para hijos de asegurados, a través de esta prestación el menor recibe alimentación, cuidado, aseo, salud y educación.

2.3.9. Pacto IMSS-COPLAMAR.

En el pacto existen los siguientes elementos a considerar:

1) El Instituto Mexicano del Seguro Social se compromete a proporcionar los siguientes servicios de solidaridad social en la Unidad Médica Rural o Urbana que comprende este programa, los que a continuación se mencionan:

1) Consulta externa general; 2) asistencia farmacéutica; 3) atención materno-infantil y planificación familiar;

4) educación para la salud; 5) orientación nutricional; 6) promoción del saneamiento; 7) inmunizaciones; 8) control de enfermedades transmisibles.

II) En las clínicas hospital de campo, se brindan los servicios que a continuación se indican:

1) Consulta externa de la especialidad de medicina familiar; 2) medicina preventiva, atención odontológica; 3) -- asistencia farmacéutica; 4) consulta externa y hospitalización de las divisiones básicas de la medicina (gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna).

III) Los compromisos de la coordinación general de --- Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLA MAR). A continuación mencionaremos los compromisos básicos:

III.1) Promover ante las dependencias y entidades de la administración pública federal y ante los gobiernos estatales y municipales el apoyo para la realización de los trabajos comunitarios en materia de programación, aportación de materiales, instrumentos de trabajo, ayuda

alimenticia, recursos económicos, etc.

III.2) Promover cuando sea necesario, ante las entidades que agrupa o ante otras que tengan capacidad para organizar el trabajo comunitario, la celebración de convenios específicos que hagan posible la prestación adecuada de los servicios comunitarios.

III.3.) El establecimiento de las instalaciones.- Las instalaciones médicas se establecerán en las localidades que IMSS y COPLAMAR determinen -- como más adecuadas, tomando como promedio regional, la atención a 5000 personas por unidad médica rural o urbana y 20,000 por clínica hospital de campo.

III.4.) De la propiedad de las instituciones.- Cuando las instalaciones a que se refiere este convenio se construyan con recursos del Gobierno Federal, serán propiedad de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República y las entrega en comodato gratuito

al IMSS.

La organización, operación, administración y mantenimiento de dichas instituciones estarán a cargo del IMSS con los fondos que se le proporcionen de acuerdo con lo previsto en la -- Cláusula Novena. Las instalaciones médicas - a que se refiere este convenio ostentarán las siglas INSS-COPLAMAR y en seguida las de la - entidad agrupada a COPLAMAR responsable de organizar el trabajo comunitario. Asimismo, ostentarán la denominación de Unidad Médica Rural o Urbana o Clínica Hospital de Campo de - Cooperación Comunitaria, para destacar el compromiso de la comunidad.

Para el desarrollo y realización de los trabajos a que se refiere este documento, se procurará escoger de las comunidades al personal - paramédico y empírico a efecto de que pueda, previa capacitación prestar sus servicios en dichas unidades médicas, junto con los pasantes de medicina en servicio social que proporcione en virtud de los convenios entre el ---

IMSS y las universidades del país.

III.5.) Para la realización de este programa se gestionará que los costos de inversión y el de operación sean cubiertos por el Gobierno Federal. El IMSS se obliga a administrar y contabilizar separada y pormenorizadamente los fondos que le sean entregados para efectos de inversión y gasto corriente relativos al programa del Ejecutivo Federal a que se refiere este convenio con independencia total del manejo y operación normales.

III.6.) Los núcleos de población beneficiados deberán cumplir con lo estipulado en el párrafo tercero del artículo 239 de la Ley del Seguro Social. Para tal efecto, realizarán trabajos comunitarios cuyo cumplimiento constituirá una obligación genérica de las localidades donde habiten los sujetos y abrirá a los mismos, el derecho al disfrute de los servicios.

El total de estos trabajos será el resultado de un promedio anual de diez jornadas por ca-

da jefe de familia y se deberán programar y organizar por las entidades COPLAMAR correspondientes conjuntamente con las comunidades, de manera que no interfieran con las actividades productivas normales de éstos.

Los trabajos comunitarios antes referidos podrán consistir no sólo en jornadas de trabajo, sino también en otras actividades o formas de participación que propicien directa o indirectamente, elevar el nivel sanitario y social de tales núcleos de población, teniendo en cuenta siempre a las comunidades y sus necesidades, en todo aquello que se refiera a tareas de promoción y fomento de la salud, la programación de los trabajos comunitarios se llevará a cabo coordinadamente con el IMSS.

III.7.) El trabajo comunitario será promovido, organizado y coordinador por las entidades agrupadas en COPLAMAR. Este organismo tendrá amplias facultades para determinar, junto con las entidades que agrupa y con las comunida--

des, los trabajos o formas de participación - que se consideren de beneficio para las mismas. Las entidades agrupadas rendirán a --- COPLAMAR un informe anual circunstanciado de los trabajos comunitarios realizados. Con es tos informes cuando los apruebe COPLAMAR ---- acreditará dichos trabajos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

III.8.) La falta o incumplimiento de trabajo comunitario será causa de la suspensión del servicio, a menos que esta situación no sea imputable - a la comunidad. Esta circunstancia deberá ha cerla constar por escrito COPLAMAR, previo in forme que le rindan en tal sentido las entida des que agrupa, informando de inmediato al -- IMSS.

2.3.10. Regionalización de los servicios de seguridad y solidaridad social.

La regionalización del IMSS ha logrado avances otorgando un mayor servicio a los derecho y solidariohábientes, como se plantea enseguida:

El Instituto Mexicano del Seguro Social asegura actualmente a 44,052 millones (ver cuadro siguiente) de derecho y solidariohabientes, muchos de ellos concentrados en las grandes urbes y otros en pequeños poblados. En ocasiones el número de derechohabientes en estas poblaciones alcanza los 2,400. Esta dispersión de la población obligó a diseñar un sistema que permitiera prestar una atención médica eficiente, para lo cual, se regionalizaron los servicios. En los poblados pequeños se ubicaron hospitales con servicio de urgencias y un número reducido de camas, coordinados con unidades hospitalarias más grandes localizadas en poblaciones de mayor concentración demográfica, dotados de equipo moderno personal más capacitado en las diferentes disciplinas. En dichos hospitales se atienden derechohabientes propios de estas ciudades y se concentran aquellos derivados de las unidades más pequeñas. Estos grandes hospitales con una o varias especialidades según se necesite, pueden trabajar aislados o agrupados en centros hospitalarios denominados Centros Médicos.

CUADRO No. 2 C

METAS DE OPERACION DE LOS PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS SELECCIONADOS 1978 - 1982

SECTOR ADMINISTRATIVO
ENTIDAD: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DENOMINACION	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	ENTIDAD RESPONSABLE	C A N T I D A D				
				1978	1979	1980	1981	1982
Control de enfermedades prevenibles por vacunación.	Número de Unidades a aplicar	Dosis		12 175 384	12 235 822	20 625 763	27 342 633	24 000 000
Control de enfermedades transmisibles	Total de personas controlar	Personas			7 705 789	12 220 873	2 467 744	3 369 514
Deteccion oportuna de enfermedades	Total de personas a proteger	Personas		3 635 731	4 518 037	4 505 000	7 094 340	9 884 034
Planificacion familiar voluntaria	Número de acciones a realizar	Consultas			1 167 946	1 492 165	3 377 614	2 809 941
Salud Social	Número de acciones a realizar	Atenciones		5 576 975	3 963 795	4 000 105	3 455 577	6 000 000
Salud Social	Total de personas a proteger	Personas				1 004 437	2 669 187	2 000 000
Consulta Externa General	No.de acciones a desarrollar	Consultas		54 465 114	37 925 428	38 606 453	50 772 813	42 691 274
Consulta externa especializada	Número de acciones a desarrollar	Consultas			7 424 473	8 570 800	15 411 705	13 545 414
Rehabilitación	Número de sesiones	Sesiones			2 879 894	3 302 722	4 664 666	5 125 539
Hospitalizacion General	No.de pacientes a atender	Egresos			1 451 184	1 685 407	- 1 802 286	1 722 043
Educación para la salud	No.de personas a capacitar	Personas			370 481	600 615	7 467 655	8 257 000
Servicios y Ayudas	No. de casos	Casos		3 193 430	3 409 378	3 661 691	- 4 778 937	4 935 245
Pensiones y Jubilaciones	No.de personas beneficiadas	Personas		442 816	488 280	526 315	586 111	649 113
Pensiones y jubilaciones	No. de personas beneficiadas	Casos		302 308	338 649	370 847	- 411 891	456 159

CUADRO No. 2 C (continuación)

METAS DE OPERACION DE LOS PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS SELECCIONADOS 1978 - 1982

DENOMINACION	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	ENTIDAD RESPONSABLE	C A N T I D A D				
				1970	1979	1980	1981	1982
Adiestramiento y capacitación	No. de individuos que reciben curso	Personas			1 040 731	1 311 724	2 330 554	2 636 400
Atención a la Infancia	No. de niños que reciben atención	Promedio Niños			2 519 544	2 435 497	3 353 632	3 835 965
Formación y desarrollo de personal profesional para la salud	No. de individuos a ---- adiestrar	Personas				25 815	3 655	5 600
Formación y desarrollo de personal técnico para la salud	No. de individuos a --- adiestrar	Personas				2 403	15 250	20 000

CUADRO No. 2 D

METAS DE AMPLIACION DE LA CAPACIDAD FISICA DE LOS PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS
SELECCIONADOS 1978 - 1982
SECTOR ADMINISTRATIVO ; I M S S (NO COORDINADA)

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS SELECCIONADOS		METAS DE AMPLIACION DE LA CAPACIDAD FISICA SELECCIONADAS							
CLAVE	DENOMINACION	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD RESPONSABLE	CANTIDAD AL 31 DE DICIEMBRE				
					1978	1979	1980	1981	
12 Atención Curativa									
01	Consulta Externa	Consultorio	Consultorio	IMSS	45	233	1 915	910	170
03	Hospitalización General	Cama	Cama	IMSS	2 110	507	877	3/9	2.5/3
04	Hospitalización Especializada	Cama	Cama	IMSS	687	1 176	320	1 317	272
10 Prestaciones Sociales									
03	Atención a la Infancia	Capacidad atención niño en - guardería	Niño	IMSS	1 000	1 000	3 600	250	

NOTAS DEL CAPITULO II

- 1/ Consultar las exposiciones hechas por Carlos Pérez, Director de Planeación del IMSS 1981-1982.
- 2/ Estrategias enunciadas en prioridades del IMSS Documento Interno del IMSS. Fernando Sepúlveda Garza. p. 20-25.

CAPITULO III
CONCEPCION METODOLOGICA PARA EL
ANALISIS DEL IMSS (DIAGNOSTICO)

CAPITULO III: CONCEPCION METODOLOGICA PARA EL
ANALISIS DEL IMSS (diagnóstico)

3.1. COMPROMISO SOCIOPOLITICO DEL IMSS.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se ha comprometido a garantizar el derecho a la salud, así como a fomentar y difundir las acciones médico preventivas a toda la población derechohabiente, para ello, han implementado tres niveles de atención con las siguientes características.

3.1.1. El primer nivel posee unidades de medicina familiar, incluyendo hospitalización y unidades auxiliares de medicina familiar en el área urbana.

3.1.2. La estructura en el área rural se apoya en las unidades de medicina rural y en las brigadas de medicina preventiva para sus acciones de prevención a la salud.

3.1.3. El segundo nivel está integrado por los hospitales generales de zona, los que existen con medicina familiar o sin ella.

3.1.4. En el tercer nivel se ubican los hospita

les de especialidades, con todos los servicios de apoyo necesarios.

Ahora bien, en el área de la prevención se han implementado programas, brindando los beneficios de vacunación a la población abierta, con el fin de ampliar la cobertura. Otro instrumento práctico han sido las brigadas de medicina preventiva que actúan en lugares poco comunicados. Por otra parte, existen brigadas que inciden sobre los problemas de saneamiento interdomiciliario, y como otro aspecto relevante, se ubican las brigadas laborales, que llevan a los centros de trabajo el beneficio de los servicios preventivos para cubrir a la población asegurada.

El Instituto se ha abocado a crear instrumentos que permitan vía la regionalización de los servicios de seguridad y solidaridad social, mayor número de derecho y solidariohabitantes; ello en función de que grandes grupos se encuentran concentrados en las áreas urbanas y otros en pequeños poblados de alrededor de 2,400 habitantes. Esta dispersión de la población obligó a diseñar un sistema que permitiera actuar con mayor eficiencia para lo cual se regionalizaron los servicios dando vigencia a las siguientes unidades médicas que tienen características específicas.

3.2. TIPOS DE UNIDADES MEDICAS.

Este tipo de unidades otorgan atención médica con base en el sistema médico familiar a nivel de medicina general o medicina de primer contacto y además realizan acciones de -- promoción de la salud y protección específica. Cuentan con población adscrita que reside a una hora de desplazo por los medios habituales de transporte. Se ubican en zonas urba-- nas, suburbanas y rurales. (no brindan apoyo a otras unida-- des).

3.2.1. Unidad Médica Rural "M" (Nivel de opera-- ción I).

Unidad de consulta externa de medicina familiar sin hos-- pitalización, destinada para atender exclusivamente a dere-- chohabientes incorporados con esquemas modificados de asegu-- ramiento. Se localizan en el medio rural. Los casos califi-- cados que rebasen este nivel de atención son canalizados al Hospital Rural "M". (Este tipo de operación lo apoya el ope-- racional II de la misma letra).

3.2.2. Unidad Médica Rural "S" (Nivel de opera-- ción I).

Unidad de consulta externa de medicina familiar sin hospitalización a nivel de primer contacto, en la que se realizan además, sesiones de promoción a la salud y protección específica, son destinadas para atender a la población solidariohabitante que se localiza en el medio rural. Por constituir la unidad elemental del sistema no brinda apoyo a otras unidades.

2.3. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR. "H" (Nivel de operación I).

Este tipo de unidades son para la atención de pacientes en medicina general, urgencias y hospitalización en las cuatro ramas básicas de la medicina. Se ubican en zonas urbanas y suburbanas importantes. Por lo general, se hospitalizan pacientes por períodos cortos de estancia (no mayor de 72 horas) y los servicios son proporcionados por los médicos que atienden la consulta externa.

3.2.4. Hospital Rural "M" (Nivel de operación II).

Son unidades de concentración para hospitalización de pacientes con esquema modificado. Se localizan en áreas sub-

urbanas.

3.2.5. Hospital Rural "S" (Nivel de operación II).

Son unidades de concentración para hospitalización de - pacientes de solidaridad social que derivan las Unidades Médicas Rurales "S". Se localizan en áreas suburbanas.

3.2.6. Hospital General de Zona con Medicina Familiar. (Nivel de operación II).

Son unidades diseñadas para la atención de pacientes -- en las cuatro ramas de la medicina; medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y algunas especialidades médico quirúrgicas. Se ubican en zonas urbanas o suburbanas.

3.2.7. Hospital General de zona (Nivel de operación II).

Este grupo de unidades están diseñadas para la atención de pacientes en medicina interna, cirugía, pediatría, gineco obstetricia y especialidades diversas; son exclusivas para -

concentración hospitalaria, es decir, no tiene adjunta clínica de consulta externa de medicina familiar y sólo proporcionan la consulta que emana de la propia hospitalización. Reciben pacientes de las unidades de medicina familiar circunscritas en su área de influencia; se ubican en localidades urbanas de alta densidad demográfica, se limitan a la solución de los problemas de diagnóstico, realización de procedimientos terapéuticos selectivos, remitiendo posteriormente a los enfermos a las unidades de donde proceden para su control.

3.2.3. Hospital de Especialidad (Nivel de operación III).

Cuando el volumen de población adscrita amerita la creación de hospitales de una sola especialidad o de varias especialidades, en función principalmente de la morbilidad de algunos padecimientos, estos se ubican independientemente en otro tipo de unidades hospitalarias que puedan haber en la misma zona como es el caso de unidades de gineco-obstetricia, pediatría, de oncología, etc. Estos hospitales se agrupan en dos clases, los que tienen problemas de gran demanda como es el caso de las de gineco-obstetricia y los que atienden casos altamente especializados, como es el caso de oncología.

3.2.9. Centro Médico Regional (Nivel de operación III).

Este tipo de servicio es el conjunto de unidades médicas ubicadas en las ciudades más importantes del país, que son los polos de desarrollo económico social y cultural.

Atiende a la población derechohabiente de la delegación y de la región en la problemática de salud que lo amerita, la cual se estima aproximadamente en un 5% del total de la demanda en atención hospitalaria. No tiene población adscrita y si brinda atención a los pacientes que requieren de recursos altamente especializados en las cuatro ramas de la medicina y sus especialidades correspondientes.

Los hospitales que lo integran están relacionados entre sí para funcionar como un conjunto coordinado, que permite la atención del paciente.

Cabe señalar que en esencia este tipo de unidades, son iguales al hospital de especialidad citado anteriormente ^{1/}.

3.3. REGIONALIZACION.

El Instituto cuenta en la actualidad con 1206 unidades médicas en servicio (rurales, suburbanas y urbanas) y están de acuerdo con la clasificación anterior, distribuidas en la República conforme al cuadro anexo. (Página 113).

Las unidades hospitalarias en su conjunto suman 182, es decir el 15% del total de la infraestructura existente y --- cuentan con un total de 31,513 camas censables (capacidad -- disponible).

El sistema implantado de regionalización de los servi-- cios descansa en la clasificación de las actividades médicas por niveles de atención tendientes a satisfacer las necesidades de la población en materia de salud, en el nivel de ope-- ración de los diferentes tipos de unidades descritas.

El hospital especializado permite la concentración de - equipo de manejo difícil y por lo general costoso, que es -- aprovechado íntegramente al reunir enfermos de grandes zonas que proporcionan un número de pacientes suficientes para el aprovechamiento integral del mismo.

En relación al otorgamiento de los servicios médicos -- a sus derechohabientes se ha establecido un sistema que com-

prende las siguientes regiones:

- 3.3.1. Región Occidental, con sede en Guadalajara, Jal.
- 3.3.2. Región Noreste, con sede en Monterrey, N. L.
- 3.3.3. Región Sureste, con sede en Mérida, Yuc.
- 3.3.4. Región Central, con sede en México, D.F.

A su vez, cada una de estas regiones comprende varias zonas que hacen un total de 18 en el país.

Cada zona está integrada por una unidad principal que recibe derechohabientes del resto de unidades comprendidas en esa zona, de acuerdo al área de influencia de cada una.

Por otra parte, el sistema de regionalización ha permitido al Instituto por un lado, descongestionar los grandes hospitales al eliminar de ellos la consulta externa de medicina familiar ubicándola como la esencia del primer nivel --

de atención que cubren las necesidades simples y frecuentes de salud, que requieren recursos combinados de poca complejidad, accedibles a la población derecho y solidariohabiente, de corta duración en su utilización por el usuario y por consiguiente, con bajos costos de operación. Por otro lado, al contar en un segundo nivel con camas de bajo costo de operación y con una gran capacidad quirúrgica, los promedios de estancia para estas intervenciones es demasiado corto evitándose la ocupación de camas en los grandes hospitales.

Cabe aclarar que las bases de la atención médica por -- los niveles de operación antes señalados, fueron adoptadas por el Instituto en el año 1979, con el propósito de normar la operación diaria en beneficio de su población derecho y - solidariohabiente, sin embargo, debe considerarse que las ba ses en que se sustenta el planteamiento aludido son cambian- tes y podrán ser de una mayor cobertura y por lo tanto, im- plican la ampliación de la seguridad social.

Es importante señalar que el régimen de esquema modifi- cado implica cambios jurídicos al sistema normal del Institu to, por el cual merece explicarlos.

En cuanto a las prestaciones en especie, comprenden ---

asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria. En el caso de las prestaciones sociales, no tienen derecho a subsidios por incapacidad para el trabajo, ni en enfermedades generales, maternidad o riesgo en el trabajo.

Ahora bien, las reglas jurídicas plasmadas en el esquema modificado del Instituto, no protegen realmente en el ángulo de la seguridad social al trabajador, en la medida que no le proporciona apoyo económico en sus momentos de enfermedad o accidente laboral, lo que de fondo le lleva hacia una situación económica todavía más precaria de la que ya tiene y por ende, a la desnutrición, entre otros padecimientos, -- que se hace patente en él, viéndose entonces, los esfuerzos de los trabajadores ubicados bajo el régimen modificado limitados de una efectiva protección a la salud y a la seguridad social. A continuación se adjunta esquema piramidal de la regionalización. (Pag. 112).

3.4. ASPECTOS ESTRUCTURALES PARA LA OPERACION DESCENTRALIZADA DEL FINANCIAMIENTO Y DE SU EJERCICIO PRESUPUESTAL.

A continuación se explican los antecedentes históricos:

La desconcentración y descentralización administrativa son dos instrumentos de apoyo de las políticas regionales. Históricamente, nuestro país centralizó tanto la actividad política como la administrativa, esto originó verdaderos ---desequilibrios regionales, pues las inversiones en los estados se manejaron en forma desigual, siendo los más favorecidos aquellos que tenían mayor actividad económica y por tanto, mayor grado de negociación.

"Con la creación de la Ley de Desconcentración Territorial de la Administración Pública Federal del 3 de Julio de 1979, el Instituto Mexicano del Seguro Social inicia paulatíamente el Programa Nacional de Desconcentración Administrativa de sus servicios" 2/.

La necesidad de la desconcentración se evidencio debido a los siguientes problemas:

- I) Congestionamiento de operación a nivel central.
- II) Congestionamiento de los sistemas de control.
- III) Tiempos de atención y plazos de suministro excesivamente largos.

La operación desconcentrada del financiamiento y su -- ejercicio presupuestal, requiere en nuestro momento histórico de la planeación democrática; herramienta particularmente importante para concretizar la justicia social, entendida -- ésta como la esencia de un desarrollo nacional que tienda a lograr una sociedad equitativa.

Ahora bien, la desconcentración parte de una concepción filosófica dirigida por el Estado, en la medida que dicha -- institución sociopolítica capta, analiza y delimita en gran proporción las tareas pertinentes que deberán de objetivarse para apoyar a la sociedad en su conjunto.

3.4.1. Análisis de los aspectos estructurales -- de la operación desconcentrada del financiamiento y su ejercicio presupuestal.

En consideración a lo expuesto, los requisitos estructurales para el financiamiento en la operación desconcentrada de las instituciones públicas de salud y seguridad social están determinadas esencialmente por:

3.4.1.1. El porcentaje del producto interno bruto destinado hacia el sector salud.

3.4.1.2. La distribución del gasto gubernamental en salud entre las instituciones del sector y las otras fuentes del financiamiento tradicionales de la seguridad social (trabajadores y patrones).

3.4.1.3. De los tipos de programas financiados con base al presupuesto ejercido, su distribución estatal y su importancia en la evolución de las situaciones de salud pública.

Los tres puntos enunciados anteriormente cobran validez práctica en torno a su explicación. Así vemos, que desde el momento en que se establecen los mecanismos legales y administrativos hacia el sector salud, es necesario evaluar el comportamiento en cuanto al porcentaje del producto interno bruto que se destina a dicho sector. "Estimaciones aproximadas han permitido establecer que algunas naciones desarrolladas gastan más del 9% de su producto interno bruto en salud. En los países dependientes este porcentaje es considerablemente menor, debido sobre todo, al importante papel que el presupuesto público juega en la creación y desarrollo de la infraestructura económica, lo que provoca que los recursos para la salud no puedan incrementarse sino a costa de los sectores productivos" 3/.

Las estrategias administrativas de distribución estatal, entre las instituciones de salud, condicionan la prestación de servicios públicos por un lado, y de seguridad social por otro. El destino del presupuesto gubernamental en cualquiera de las dos áreas, es indicador del sector social al que se dirigen los servicios, como por ejemplo, los sistemas de seguridad social, que apuntalan a la protección de los trabajadores asegurados ubicados en las zonas productivas.

En coordinación estrecha con los factores antes mencionados es de gran utilidad contar con el conocimiento del gasto por tipo de servicios, lo que brindará la posibilidad de ubicar el apoyo a programas de atención a la salud de la población.

Puede asegurarse que en el caso de México "el gasto gubernamental en servicios curativos constituye actualmente -- entre el 65% y 70% del presupuesto público destinado a los servicios de salud".

Quedando relegado relativamente los servicios preventivos que son de mayor relevancia social.

A manera de síntesis podemos concluir en lo siguiente;

los requisitos estructurales para la operación desconcentrada del financiamiento y el ejercicio presupuestal de los servicios en salud y seguridad social dependen de una decisión nacional gobernada por la estructura social y económica del país.

En términos generales, dicha operación está encuadrada bajo las directrices "del Modelo de Desarrollo Económico", - el cual determina la forma para la distribución de los beneficios sociales".

Habiendo delimitado los aspectos estructurales de este capítulo, es importante concretizar los avances prácticos -- que ha logrado el Instituto Mexicano del Seguro Social, bajo la línea de operación desconcentrada del financiamiento, partiendo de entender la seguridad social" como el instrumento idóneo que se esfuerza cotidianamente por proteger al hombre en su salario, en su integridad física, en su salud y que lo ampara ante la vejez, la invalidez, o el "desempleo" ^{4/}; en suma, de los riesgos que se tienen durante su existencia" ^{5/}.

Retomando nuestro propósito, el Instituto ha dotado a - 38 delegaciones regionales y estatales de instrumentos básicos y de personal para ejercer la desconcentración operativa

autorizada. Dicho esfuerzo se fundamenta en la participa---
ción económica tripartita (obreros, patrones y gobierno). -
Sin embargo, el desarrollo desigual de las distintas delega-
ciones no ha permitido la organización de los servicios que
garanticen acceso y una calidad homogénea para todos los de-
rechohabientes, ni siquiera ha sido posible completar los --
tres niveles de atención para todas las delegaciones, lo que
se ha visto agravado por la ausencia de un diagnóstico socio-
económico epidemiológico que dé cauce a respuestas eficaces
a las distintas problemáticas que se presentan en el país en
este renglón.

Esto ha sido reforzado por el silencio de una gran par-
te de los derechohabientes, lo que sólo otorga una artifi---
cial aprobación de las acciones desconcentradas, "ello re---
fleja fallas en los mecanismos de sensibilización política -
para plasmar la participación y facilitar así las tareas es-
pecíficas de detección de enfermedades por un lado, y la ---
real inserción de la medicina moderna en las zonas priorita-
rias del país" 6/. Por tal razón, se deben de estudiar ---
vía las investigaciones socioeconómicas y culturales típicas
de la región, entendida la cultura como el modo de vida, y -
los conductos que objetivicen las formas estratégicas que --
despierten el interés de las mayorías en el cuidado de su sa

lud y seguridad social, lo que conduciría a crear un Plan de Desarrollo de los servicios por regiones y niveles de atención basados en las necesidades populares, lo anteriormente mencionado obviamente ha limitado en mucho los esfuerzos intelectuales realizados por agentes de la institución en cuestión 7/.

En cuanto al financiamiento y su ejercicio presupuestal se cuenta con recursos económicos que garantizan el desarrollo del Fondo de Reservas Técnicas. En los términos de justicia social, promover la expansión del régimen, mejorar a corto plazo las prestaciones y los servicios a los asegurados, pensionados y derechohabientes es condición necesaria y en nuestra actualidad urgente en la medida de las condiciones económicas políticas y sociales que vive el país.

No podemos desconocer aún habiendo señalado las fallas que la política de desconcentración bajo la visión de los dirigentes del IMSS no sólo se ha traducido en mayor apoyo y expansión de las delegaciones, sino que también ha agilizado el federalismo, en la medida que las finanzas manejadas con relativa autonomía por las delegaciones juegan el rol de apoyo a los estados y municipios en el área de salud y seguridad social, abriendo las posibilidades de un mayor nivel en

la atención que debe ahora de reestructurarse basándose en - las características de los grupos sociales ubicados en las - distintas partes de la República Mexicana haciendo posible - armonizar la actividad de los estados y municipios con la po - lítica global de la nación, con el propósito de avanzar por el camino de la cohesión vía la planeación democrática, basa da en la desconcentración y descentralización administrativa sirviendo de instrumento de apoyo a las políticas regiona--- les para adoptarlas internamente.

3.5. PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS PARA LA DOTACIÓN Y UTI - LIZACION DE LOS RECURSOS HUMANOS/FINANCIEROS Y - MATERIALES.

En rigor, este punto tiene que ser planteado bajo una - óptica global, dado que los problemas para la dotación y uti lización de los recursos humanos y materiales en el área de los servicios de salud, no son un asunto aislado, como ya se planteó en el apartado primero, (concepción metodológica) de la estructura social económica y política de la República -- Mexicana.

"El México de hoy, está integrado por regiones que pre - sentan profundas diferencias en sus niveles de desarrollo --

económico y social" ^{8/} por lo que los requerimientos para sa tisfacer las necesidades en los renglones de recursos huma-- nos y materiales son heterogéneos y solamente pueden ser de-- terminados por las necesidades de la sociedad civil y su gra-- do de organización para cubrirlas, al considerar que se ubi-- can dentro de una sociedad que pretende profundizarse en el camino de la democracia.

Para ello se ha esforzado el IMSS en perfeccionar sus - niveles de atención a la salud ya planteados, al considerar los siguientes aspectos:

- Regionalizar con referencia a rangos poblacionales.
- Delimitar de acuerdo con las áreas de influencia ins-- titucionales y congruencia con la problemática de Sa-- lud-enfermedad de la población.

No obstante, el conocimiento de los aspectos enuncia--- dos se ha practicado con una visión poco profunda en el per-- feccionamiento de la atención médica, lo que ha provocado en la práctica esencialmente, (mas no únicamente) el descuido - de los siguientes factores:

A) En las áreas de difícil acceso, no se tienen transportes

tes, como parte del sistema nacional a la salud, lo que hace que el traslado de pacientes delicados sea lento y en ocasiones, inoportuno.

- B) En regiones rurales de conflicto político no se tiene el material quirúrgico ni farmacéutico suficiente para emergencias, independientemente de que en momentos de crisis local no son suficientes las ambulancias para trasladar pacientes graves.
- C) En las localidades en donde se han construido unidades médicas rurales, clínicas, hospitales generales de zona (IMSS) y centros de salud A/B/C/ (Secretaría de Salubridad y Asistencia), que corresponden al primero y segundo nivel de atención, no se cuenta con especialistas suficientes para problemas complejos ni con los instrumentos necesarios.

Dadas tales perspectivas, se hace necesario adoptar una posición que contemple la totalidad interna de nuestra problemática y su articulación con la dinámica nacional.

Ahora bien, para afrontar los problemas internos, es pertinente ante todo, hacerles ver a los médicos especialis-

tas, la necesidad social que existe de contar con su participación profesional en donde se requiera. En coordinación -- con este elemento clave insustituible, es conveniente reforzar y reestructurar los niveles de atención médica, vía estudios específicos regionales que contemplen tanto el aspecto social como el administrativo, con el propósito de perfeccionar los recursos humanos y materiales idóneos capaces de resolver las necesidades en cuanto a la salud de toda la populación.

Para que este objetivo se materialice, se tiene -- que contar con la infraestructura que ayude a la ágil y real correspondencia interna del sistema de atención a la salud, ello requiere de la participación coordinada de otros aparatos de gobierno como serían entre otros:

- 1) La Secretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas que le de especial atención a la construcción o modificación de carreteras y puentes en zonas mal comunicadas.
- II) De la Comisión Federal de Electricidad, que dé prioridad en la dotación de su recurso a zonas de difícil acceso en donde se vayan a establecer los servicios de sa

lud.

III) Que la Secretaría de Educación Pública, se hubiese puesto de acuerdo con el programa IMSS e IMSS-COMPLAMAR explicando directamente las ventajas de la prevención médica.

IV) De particular importancia es la necesidad de dotar de agua potable y alcantarillado a la población que la requiera con el propósito de prevenir enfermedades.

De importancia trascendental para la reestructuración de los niveles de atención hay que considerar también, las formas en que se administran los recursos económicos en los diferentes programas del instituto, esto con el fin de observar sus acciones descubriendo así posibles fallas que no permitieran cumplir con los objetivos institucionales.

Para dicho postulado, es necesario marcar analíticamente algunos aspectos esenciales de la apertura programática y financiamiento del IMSS.

En el presupuesto total ejercido por el instituto, se descubren desfaseamientos estructurales que se contraponen a

a su justificación socio-política, en la medida que le ha -- otorgado preferencia a las tareas administrativas ^{9/}. Utilizando una visión ideológica de "optimización de recursos económicos" partiendo de su "costo beneficio". Es en este sentido que los agentes directivos de la institución se han esforzado por cumplir administrativamente, al expandir "con -- dicha concepción" los niveles de atención a la salud, aunque este enfoque no abarque la problemática biosocial en su verdadera dimensión.

En cuanto a la preferencia de recursos en los programas administrativos, como ya se ha observado en la primera parte, podemos comprobar materialmente en el presupuesto ejercido a partir de 1978, que fué de 52,422 millones de pesos correspondiéndole al programa administrativo 11,220 millones de pesos, equivalentes al 21.4% del total. Para 1981, absorvieron dichos programas 40,277 millones de pesos, lo que en porcentaje significa el 26.3% del presupuesto total ejercido. Para el año en curso, el instituto gastará en esta -- área 53,683 millones de pesos equivalentes al 29.1% de un total de 184,637 millones de pesos que se ejercen.

En el caso de programas de atención curativa se gastará en 1982 79,494 millones de pesos que en porcentaje es el 43%.

En cuanto al programa de atención preventiva, se proyecta que para este año se gastará 3 694 millones de pesos lo que representaron el 2.0% del presupuesto ejercido.

Ahora bien el gasto en programas administrativos ha ido en ascenso, tanto en términos relativos como en términos absolutos de lo que se desprende que el IMSS mantiene un aparato administrativo demasiado pesado que se aleja cada vez más del modelo administrativo que señala como ideal para cada empresa, un máximo del 15% del presupuesto total, poniendo de esta forma en peligro la razón de ser del instituto al convertirlo en un órgano altamente burocratizado limitando así su utilidad social.

Por otro lado, es importante señalar que el instituto, lejos de otorgarle prioridad a la atención preventiva, apoya definitivamente a la curativa, esto resulta ser contradictorio con los objetivos, estrategias y políticas, tanto del propio IMSS como el Plan Global de Desarrollo, que señalan la necesidad de otorgar prioridad a la medicina preventiva, en lo que estamos de acuerdo dado que prevención es la base de un desarrollo psíquico social y biológico sano y que se contaría con fuerza de trabajo sana y por ende, con mejores rendimientos productivos, esto como esencial, y en segundo -

nivel, le evitaría gastos de mayor trascendencia al IMSS, en el caso de que se expandiera una epidemia o se requiriera de intervenciones quirúrgicas que se puedan evitar vía la prevención médica, protegiendo así, a los presentes y futuros trabajadores de la nación. En cuanto al programa de capacitación social, solamente dispone de un presupuesto para el año actual ^{10/} de 0.3% lo que nos hace reafirmar los desfases de la institución, que se aleja de su propia justificación jurídica en cuanto a sus postulados de salud y seguridad social, actualizada en 1973 (Ley del Seguro Social) "reforzada legal y socialmente bajo el convenio IMSS-COPLAMAR, llevado a cabo en 1979.

En cuanto a los recursos humanos el Instituto contaba en 1977 con 126,640 empleados de los cuales el personal aplicativo de servicios médicos fue de 81,015 personas o sea, el 64% del total del personal administrativo, que incluye tanto al de la administración general, como al administrativo de servicios médicos fue de 28,387 personas correspondiéndole el 22% y el personal de otros servicios fue de 17,238 personas, o sea el 14%, en total 36%. En 1981 el personal operativo en los servicios médicos ascendió a 114,001 personas, correspondiéndole el 62% del total, lo que refleja un decremento porcentual. El personal de servicios médicos ascen

dió a 47,236 personas, o sea el 26% del total (Ver cuadro 3 C) el paso al aplicativo de servicios creció de 1977 a 1981 en términos porcentuales un 41%, el personal administrativo en ese período creció 66% y el de otros servicios 27%.

La tasa media de crecimiento anual del personal operativo de servicios médicos de 1977 a 1981 fue de 8.91%, la del personal administrativo en ese período de 13.58%, la del personal de otros servicios de 6.13% y la del total del personal del Instituto en el lapso analizado, fue de 8.99%.

Es evidente que el personal administrativo sigue creciendo con mayor rapidez que el personal operativo de servicios médicos, lo sano sería que el personal operativo creciera en mayor proporción que el personal administrativo para que el Instituto pueda alcanzar eficientemente sus objetivos. El aparato administrativo se presenta como un gigante que en cualquier momento podría opacar los logros futuros -- que se llegaran a tener en el Instituto, el aparato administrativo institucional es el paradigma del conflicto.

A continuación se adjunta el cuadro No. 3 C.

CUADRO 3 C

PERSONAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

POR AREAS DE SERVICIO EN EL PERIODO 1977 - 1981

(Cifras absolutas de plazas ^{1/}).

AREAS	SUB - AREAS	1977	%	1978	1979	1980	1981 ^{2/}	%	T.C.M.A.
SERVICIOS MEDICOS	PERSONAL APLICATIVO	81,015	64	82,307	92,425	99,005	114,001	62	
SERVICIOS ADMVOS ^{3/}	PERSONAL ADMINISTRATIVO GENERAL	14,049		17,050	21,488	24,680	28,264		
	PERSONAL ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS MEDICOS	14,348		14,254	15,618	18,111	19,032		
	S U M A :	28,387	22	31,344	37,106	42,791	47,236	26	
OTROS SERVICIOS ^{4/}		17,238	14	18,693	17,574	19,811	21,873	12	
T O T A L :		126,640	100	132,344	147,105	161,607	183,110	100	

NOTAS: 1/ Incluye personal de base, confianza y becarios médico.

2/ Los datos se refieren al 15 de septiembre de 1981

3/ Considera servicios administrativos y de control.

4/ Incluye, además de otros servicios, prestaciones sociales, mantenimiento y servicios institucionales

FUENTE: IMSS, Jefatura de Servicios de Personal, Oficinas de Cifras y Registros.

T.C.M.A. Tasa de crecimiento medio anual

3.6. MECANISMOS DE PARTICIPACION COMUNITARIA IMSS-COPLAMAR.

Los trabajos comunitarios son el esquema central para - que el IMSS-COPLAMAR beneficie a la población en medicina -- preventiva.

Ahora bien, dicha labor comunitaria significa que los jefes de familia de las localidades dediquen 10 jornadas al año programadas por las entidades COPLAMAR, conjuntamente -- con las comunidades, de manera que no interfieran con las ac tividades productivas de éstos. (Construcción de clínicas).

Los trabajos comunitarios antes referidos podrán consis tir no sólo en jornadas de trabajo, sino también en otras -- actividades o formas de participación que propicien directa o indirectamente, elevar el nivel sanitario y social de ta-- les núcleos de población teniendo en cuenta siempre a las co munitades y sus necesidades, en todo aquello que se refiera a tareas de promoción y fomento de la salud, la programación de los trabajos comunitarios se llevará a cabo coordinada-- mente con el IMSS.

El trabajo comunitario es promovido, organizado y coor-

dinado por las entidades agrupadas en COPLAMAR 11/.

Las entidades agrupadas rinden a COPLAMAR un informe -- anual de los trabajos comunitarios realizados. Con estos in formes, cuando los aprueba COPLAMAR, acredita dichos traba-- jos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En cuanto a la formación de los comités de salud del -- programa en mención, se observa que son las comunidades las que teóricamente eligen a sus miembros en lo referente a es-- coger los agentes que los representan. En la práctica falla dicho lineamiento y esto en la medida que no existe una ver-- dadera claridad en la forma política de incentivar a la comu nidad para que la medicina moderna no sea menospreciada por los sectores rurales marginados; ello se debe a que han par-- tido los ejecutores del programa IMSS-COPLAMAR de una concep-- ción mecánica que no concibe formas socioculturales distin-- tas a las dadas en las sociedades modernas 12/ , lo cual los lleva a plantear mecanismos, si bien con buenas intenciones, son poco útiles para un sistema organizacional que se arti-- cula a la estructura moderna nacional empero que guarda en -- sí relaciones sociales y económicas que le sellan con una -- racionalidad diferente.

Así comprobamos que no obstante el esfuerzo del programa, los marginados siguen consultando sus padecimientos en buena parte con el brujo, el curandero, el hierbero, la partera ^{13/}. Lo que ha limitado a las unidades médicas rurales independientemente de que éstas poseen un grado de equipamiento bastante bajo, por lo que las intervenciones quirúrgicas en grados complejos no son posibles de realizarse, no sólo por el factor tecnológico, sino también por el humano, dado que no hay especialistas en dichas unidades médicas para enfrentar complicaciones graves.

Esto coordinado con insuficientes líneas de comunicación para el traslado ágil de pacientes delicados a las clínicas y hospitales de campo, no permite que la medicina moderna se haga ante los ojos de las comunidades de una credibilidad -- que le permita avanzar con mayor dinamismo. Así mismo, es de vital importancia subrayar que los pasantes de medicina -- carecen de una concepción social que les permita identificarse con los sectores marginados lo que trae consigo, que se refuerce aún más el rechazo a la prevención de salud ^{14/} . En resumen se incrementa el escepticismo de dichos grupos -- marginados, por lo que es necesario en el caso de los médicos -- y participantes en este renglón su preparación en términos --

de visión social, con el propósito de crear un ambiente sociocultural acorde con la realidad de los grupos sociales -- a los que se les brinda atención.

En otro orden, existen 3024 unidades médico-rurales y 41 clínicas hospitalares de campo que por lo descrito en párrafos anteriores no operan satisfactoriamente en relación a los recursos humanos. Se tenía en 1981: 9194 pasantes, enfermeras y personal administrativo, en el área médica prestaron sus servicios básicamente pasantes de medicina haciendo su servicio social; en el caso del área de enfermería y administración se contrató personal de las propias comunidades en donde se operó.

Los recursos financieros de dicho programa son subsidiados en su totalidad por el Gobierno Federal. En 1981, estos fueron de 5497 millones de pesos.

3.7. ANALISIS CRITICO DE LAS TENDENCIAS.

Una revisión de las políticas de salud y seguridad social del Instituto, tal como se expresan en el desarrollo -- de la cobertura del gasto y de las diferencias socio-jurídicas, permiten discernir las tendencias reales que sustenta el

aparato social en cuestión 15/. En primer lugar, la expansión de servicios en salud y seguridad social vía el esquema modificado, guarda diferencias sustanciales en relación al régimen obligatorio, esto es claro si se hace un análisis comparativo de los dos esquemas enunciados.

Por ejemplo, el régimen obligatorio comprende: la protección en riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; además incluye guarderías. Este seguro también ampara a los trabajadores en la protección sobre sus medios y subsistencia en periodos de incapacidad física, temporal o permanente, así como de asegurarles un ingreso adecuado al final de su vida productiva, el esquema modificado como ya se planteó, contempla diferencias jurídicas sustanciales de las del régimen descrito arriba, tales como: la falta de subsidios en periodos de enfermedad de maternidad o de riesgo de trabajo. Lo que hace parcial el amparo hacia la salud, en la medida que se descuida la seguridad social de los trabajadores afiliados al esquema en mención y en ese sentido, sus periodos de enfermedad y recuperación traen consecuencias trascendentes para los miembros familiares que dependen económicamente del trabajador como serían: en lo biológico, la desnutrición, y en lo social, la agilización indirecta a la prostitución, al robo, etc., lo que acepta entre otros el programa de presta-

ciones sociales que tiene como meta tratar de elevar los niveles de bienestar, a través del esparcimiento físico, cultural y de capacitación técnica.

En segundo lugar, destaca la creación del programa IMSS-COPLAMAR (1979) que se mueve en el marco de la medicina de -- primer nivel, ampliando así la cobertura de la atención médica hacia grandes grupos poblacionales, (ver cuadro 3 D). Pag. 111.

En otro orden de ideas la medicina preventiva se encuentra ubicada en el IMSS. En el nivel primario y bajo el régimen de solidaridad social IMSS-COPLAMAR como política fundamental del acceso a la salud de toda la población.

En su manejo práctico, dicha tarea social está materializada por las instituciones mencionadas vía regionalización lo que trata de permitir una mayor agilidad técnica en el -- ángulo de la prevención a la salud.

La organización institucional, de los aparatos sociales mencionados, está constituida en el IMSS por sistemas formales de financiamiento tripartita y en COPLAMAR por sistemas que atienden el sector marginal de la población, estos últimos con cargo al presupuesto fiscal ordinario.

El IMSS considera dentro de su primer nivel de atención los siguientes aspectos.

Consulta externa en medicina familiar y odontología: la laboratorios clínicos, medicina preventiva y farmacia; además existen en este nivel, las unidades médicas rurales, en el régimen de solidaridad social IMSS-COPLAMAR que otorgan consulta en medicina familiar y farmacia.

Ahora bien la inserción de la medicina preventiva hacia la población ha sido manejada sensiblemente y con muy raquíticos instrumentos técnicos en la medicina preventiva y a nivel individual como se hace en la cultura urbana, lo que ha provocado la no concidencia efectiva entre esta tarea y el modo de vida de una gran parte de la población. Ello ha sido determinado por la falta de formación sociopolítica de los agentes sociales operativos que se ubican en los programas destinados hacia la prevención. Esto se hace patente en los sectores marginados del país, en donde la concepción racional de sus agentes sociales esta estructurada con elementos no individualistas (precapitalistas en su modo de vida) que son parte intrínseca de una formación cultural basada fundamentalmente en relaciones sociales de reciprocidad comunitaria, reflejando así un estadio de desarrollo con diferencias

sustanciales de la racionalidad moderna individual usada tradicionalmente por los trabajadores de la salud, lo que limita los objetivos de la medicina preventiva.

Los dirigentes intelectuales de esta tarea no han implementado formas estratégicas que conduzcan a crear los mecanismos prácticos, vía programas específicos, que guíen y formen a sus agentes operativos con el propósito de que actúen política y socialmente de acuerdo a las condiciones concretas de las distintas poblaciones, que conforman a su universo de acción social. Así se imposibilita la formación de condiciones que dan cauce a incentivar a la comunidad a través de su propia racionalidad, vedando a la par, las posibilidades de inserción de la medicina preventiva como: una necesidad cultural que debe formar parte del modo de vida de la población.

El análisis expuesto nos obliga a afirmar que el manejo de los problemas de la medicina preventiva es de acuerdo a una posición política formal en la medida que las instituciones evaluadas han actuado con una concepción individualista y mecánica en sus programas y sus acciones, lo cual los lleva a concretizar mecanismos, si bien con buenas intenciones como es el caso de la participación comunitaria empero apli-

cada sin análisis del cómo insertarse en la dinámica del grupo al que se le quiere beneficiar, lo que trae como consecuencia resultados muy pobres, típicos de un paternalismo -- que no permite despertar la responsabilidad social que conduzca a aplicar la prevención con amplios niveles de eficacia con las redes socioculturales plasmadas en el modo de vida de los que se les quiere beneficiar sin desconocer su articulación racional con los planes nacionales.

No bastan entonces los esfuerzos bien intencionados, -- es necesario instruir a los médicos, enfermeras y trabajadores de las áreas en la investigación sociopolítica creándoles una conciencia que les permita entender la dinámica socio-cultural que poseen las mayorías (marginadas) con el propósito de que los agentes articulen los hábitos culturales a las acciones sociales de prevención en salud.

Ello también cobra validez para los cuadros operativos que se ubican laborando en el esquema modificado del IMSS, - lo cual haría de la atención preventiva un verdadero logro - que ayudaría a integrar realmente a los sectores mencionados a los programas de prevención en salud.

Nuestra posición de cómo debe ser materializado el pri-

mer nivel de la atención médica es el siguiente:

Conceptualmente lo ubicamos como la organización de los recursos para la salud que se apuntala prioritariamente hacia la prevención, a fin de evitar oportunamente todas las circunstancias que den cause a enfermedades.

A continuación señalamos los puntos más prioritarios:

3.7.1. Los motivos que determinan la salud y enfermedad así como las perspectivas de su evolución.

3.7.2. De las acciones que permitan fomentar la salud, evitar al máximo la aparición de enfermedades y modificar su evolución desfavorable.

3.7.3. El método y técnicas para lograr el uso eficiente de los recursos disponibles.

Señalamos también un objetivo general, respecto al tema.

Atender a toda la población en forma continua en donde ésta lo requiera: hogar, trabajo, escuela, centro de reunión, vía pública o en consultorio médico, resolver sus necesida--

des más frecuentes y no complejas. Respecto a técnicas médicas, señalamos lo siguiente: a) promoción de la salud; b) protección considerando el análisis epidemiológico y que permita la consulta a sanos y la inmunización; c) diagnóstico y d) tratamiento sencillo.

También indicamos los aspectos académicos y organizativos:

- I) Académicas: Adiestramiento y desarrollo del personal en investigación epidemiológica, clínica, administrativa y sociomédica.

- II) Organización: Constituye la puerta de entrada al sistema de atención médica regional de cuya estructura es la base, y conecta directamente a la población con el segundo nivel. En lo interno, debe estar constituido por equipos de salud acordes a las necesidades sociales, tendrá que disponer asimismo de normas específicas de atención que definan las tareas para cada puesto y las de coordinación interna y de enlace externo.

Retomando la dinámica histórica que se ha venido dando

vemos que hubo un inicio de coordinación en programas entre los organismos de los sectores estatal y paraestatal. Sin embargo, esta coordinación se refería esencialmente a los programas de control natal o de planificación familiar, hecho más relacionado con las preocupaciones demográficas que con el plan sistemático de planificación en acciones que contemplara de no duplicar esfuerzo y de la creación de un sistema médico oportuno, que trate de resguardar en salud y seguridad social a toda la población.

En cuanto al gasto presupuestario del IMSS, se descubren desfases estructurales, en la medida que le ha otorgado preferencia a las tareas administrativas ^{16/} utilizando una visión ideológica de "optimización de recursos". Es en este sentido que los agentes directivos de la institución se han esforzado por cumplir administrativamente, expandiendo los niveles de atención a la salud, que obviamente no contemplan la problemática biosicosocial en su verdadera dimensión.

Las tendencias analizadas dejan ver una preocupación clara por proporcionar algún tipo de atención médica a la población pero al mismo tiempo, revelan la preservación nítida de un sistema de salud y de seguridad social que otorga aten

ción distinta a los agentes sociales de acuerdo al lugar que ocupan en la producción, ya que cada grupo social, según su importancia económica y política tienen servicios distintos a los demás grupos "En cuanto a declaraciones oficiales, respecto a la coordinación e integración funcional por separado de los sistemas de salud y seguridad social; es alternativa que puede corregir los desfases estructurales en la medida que tendría la suficiente fuerza para materializar una concepción social que permitiera concretizar con un menor grado de desviaciones en los programas que se pretendan en esta área y evitaría en coordinación con su programa administrativo y de planeación, la duplicidad en las acciones creando los mecanismos que permitieran eficacia y eficiencia en las tareas. 17/

En nuestra opinión, dicha coordinación integral tiene que luchar, si se quiere objetivamente modificar las condiciones de salud y seguridad social para conseguir los objetivos estructurales que son los siguientes:

- a) Fundamentar su tarea de acuerdo a los requerimientos en salud y seguridad social de toda la población.

En lo que respecta a la preferencia que se le ha dado a los agentes de mayor ingreso, modificar esta línea por una socio-política, que trate de buscar permanentemente plasmar la justicia social.

- b) Investigar las condiciones y limitaciones económicas políticas y socioculturales de los sectores -- marginados a efecto de garantizar los objetivos -- institucionales.
- c) Definir la concepción académica en su ámbito so-- cial que oriente y capacite sistemáticamente al -- personal de las áreas operativas.
- d) Identificar y definir las demandas de la población en salud y seguridad social.
- e) Crear mecanismos ideológicos y materiales que permitan la estancia permanente del personal especializado en las zonas prioritarias del país.
- f) Identificar las necesidades infraestructurales en las zonas poco comunicadas del país, con el propósito de que participen en su construcción los apa-

ratos gubernamentales que les compete, facilitando así los objetivos generales y específicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- g) Revisión científica de la apertura programática y de las actividades de salud y seguridad social, a fin de asegurar el máximo de resultados en salud - con el mínimo de recursos.
- h) Revisión sistemática de las regionalizaciones y de los niveles de atención de los diferentes aparatos de salud y seguridad social con el propósito de -- brindar mayor grado de eficacia a la población y - de no duplicar esfuerzos.
- i) Revisión de los esquemas de aseguramiento y del de sarrollo social en su conjunto, con el fin de crear los mecanismos pertinentes que den cause a una política que proteja en salud y seguridad social a - toda la población de acuerdo a sus necesidades.
- j) Pugnar porque las técnicas de planeación se conso liden en el Instituto para que este sistema se con vierta en eje principal de decisiones. Así mismo

es importante que la racionalidad que otorga la -- planificación, se expanda a nivel institucional, - de tal manera que de acuerdo a los problemas ubicados en las diferentes zonas del país, se propongan soluciones vía discusión interinstitucional, de esta forma se establecería un proceso de retroalimentación permanente que actualizaría a los planes regionales con el central.

- k) Para una mayor coordinación ~~inter~~institucional, - será necesario contar con los planes nacionales de salud y seguridad social que delimiten los objetivos generales y específicos del sector, para que - cada institución pueda realizar sus tareas concretas, evitando así la duplicación de esfuerzos.

- 1) Los planes nacionales en salud y seguridad social, deberán contemplar las formas de financiamiento -- que protejan a las prestaciones sociales, sin que ello, implique la descapitalización de las instituciones. Este caso es evidente en el ISSSTE por lo que es necesario estudiar los conductos técnicos - financieros que permitan la agilidad positiva y no el atraso. A nivel de propuesta tentativa podría --

crearse un Banco de las Instituciones de Salud y - Seguridad Social que brinde las prestaciones económic^oas actuales a los trabajadores, coartando así, el proceso de descapitalización de las instituciones de salud y seguridad social. El ejemplo claro de este tipo de medida es el Banco Obrero.

3.8 Análisis de mortalidad y natalidad.

Si bien la situación de salud de un país depende fundamentalmente de la población, también de la base económica y social en la que se produce, en mucho menos grado operan las intervenciones médico-sanitarias como determinantes. El hacinamiento, la falta de servicios básicos de agua potable y la dispersión de excretas, así como la contaminación biológica de los alimentos y el agua que se supone puede ser empleada para el consumo humano, son las constantes ambientales que - originan en México frecuentes enfermedades infecciosas; este hecho se puede detectar fácilmente observando la tasa de mortalidad infantil. En 1965 la tasa fué de 60-69%, y disminuyó a 48-96% en 1975, lo cual significó una disminución -- de 11.73 %. Por otro lado, si se analiza la mortalidad por grupos de edad, la infantil de 0 a 4 años en 1965 fué de 173,863, correspondiendo un 43.02% del total y la mortalidad en personas de 20 a 24 años es de 9815, esto es, un 2.4% del total. En 1975 la mortalidad en grupo de 0 a 4 años fue de

155,890 lo que significó un 35.76% en cuanto a las personas entre 20 a 24 años pasó a 12071 lo que equivale porcentualmente a 2.76% del total. Es de observarse que la mortalidad infantil tiene una disminución mínima por lo que se hace importante agilizar los niveles de prevención.

Este problema se podría frenar si se dejara de practicar la medicina desde el punto de vista clínico como es en el caso del IMSS.

Las enfermedades o trastornos son la expresión de la situación social en la que se desenvuelve el individuo, empero los agentes de la medicina que actúan bajo una óptica --- clínico-individual, no consideran las relaciones sociales ni el medio ambiente en que se desenvuelven los individuos. Este argumento es válido si agregamos a los datos de la apertura programática los de mortalidad por grupos de edad, así como la tasa de mortalidad por entidad federativa.

Por ejemplo, los Estados del país menos desarrollados - registran una tasa mayor de mortalidad. Es así que Oaxaca - presenta 9.3 muertes por cada mil habitantes. Puebla 9.2; - Tlaxcala 9.2; Hidalgo 8.1; Guanajuato 7.9. Asimismo, los --

Estados que presentaron las siguientes tasas de mortalidad, Nuevo León 4.6 muertes por cada mil habitantes; Distrito Federal 5.4; México 6.3 y Jalisco 6.8. Esta situación se debe básicamente a las condiciones económicas en que se encuentra el país, por lo que se hace necesaria una estrategia nacional de salud que responda a las necesidades sociales de la población en su totalidad.

El problema de mortalidad y morbilidad pueden ser disminuidos si se realiza la investigación médica desde el punto de vista epidemiológico, esto es, partiendo de la observación del proceso salud enfermedad ^{18/}. (A continuación se adjunta el Cuadro No. 3 D).

CUADRO 3 D
(Miles de personas)

A Ñ O	DERECHOHABIENTE IMSS	POBLACION IMSS-COPLAMAR	S U M A S
1976	16 552	3 341	19 893
1977	17 378	3 834	21 212
1978	19 789	3 814	23 603
1979	20 988	3 765	24 753
1980	26 916	17 137 ^{1/}	44 052

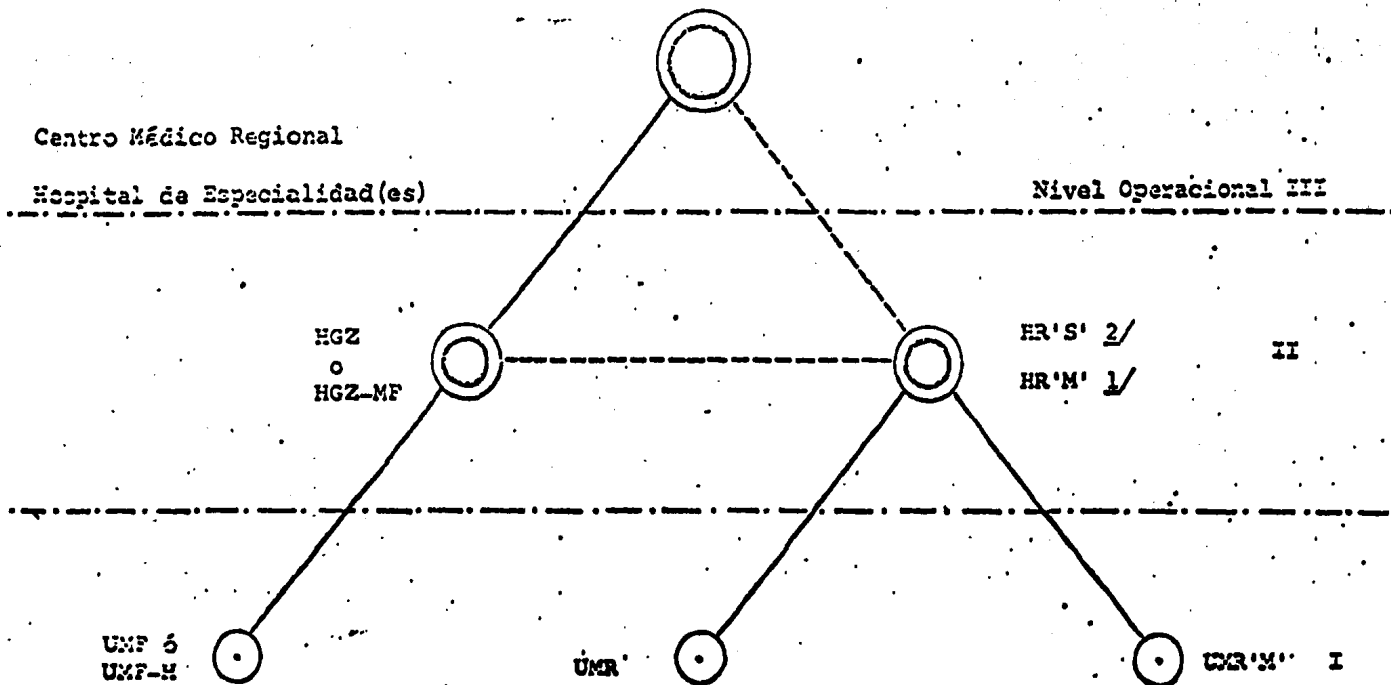
1/ Hasta 1979 la población era de IMSS-COPLAMAR en el régimen de Solidaridad Social y, a partir de 1980, se agrega la del programa COPLAMAR.

2/ La Memoria Institucional 1981, repitió las cifras

NOTAS: El Programa IMSS-COPLAMAR se creó en 1979, pero comenzó a dar servicio en 1980.

FUENTE: IMSS: Subdirección General Administrativa, Jefatura de -- Servicios de Planeación. Departamento de Estadística: -- a) Memoria Estadística 1979-1980. b) Anuario de Servi--- cios médicos 1976 - 1980.

PIRAMIDES REGIONALES



- 1/ HR'M' puede canalizar a III nivel
 2/ HR'S' puede canalizar a III nivel de la SSA.

UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO, NIVEL DE ATENCION, TIPO DE
UNIDAD Y POR DELEGACIONES, SEGURIDAD SOCIAL 1981 1/ 5/

DELEGACIONES	SERVICIO DIRECTO										
	SUMA	NIVEL DE ATENCION									
		2o.		2o				1o.			U.M.P.
	M.F.	M.E.S.	H.G.	M.G.	G.M.P.	M.	M.R.	M'	U.F.M.	M'	
TOTAL	1 205	17	9	17	114		25		215	420	313
VALLE DE MEXICO	205	13	5	7	12				3	46	119
DELEGACION No. 1	30			1	1				1	9	19
2	65	3	3 (3)	1	1				1	10	46
3	19	1(2)		1	3					4	10
4	19			1	1				1	9	7
5	49	6	2(3)	2	5(4)					7	27
6	23	3(2)		1	1					7	11
REGIONALES Y ESTATALES	1 001	4	4	10	102		25		212	374	76 191
AGUASCALIENTES	4				1					3	
BAJA CALIFORNIA	21				4				9	7	1
BAJA CALIFORNIA SUR	7				2				1	4	1
CAMPECHE	11				2				2	2	1
COAHUILA	60		1		6		4		6	16	11 16
COLIMA	10			1	2				4	2	1
CHIAPAS	42				2				8	10	22
CHIHUAHUA	36			1	5		3		9	17	1
DURANGO	61				2		1		4	11	8 25
GUANAJUATO	25			1	6				11	4	3
GUERRERO	26				2		1		3	15	1 4
HIDALGO	21				4				4	13	
JALISCO	68	2	1	2	6				19	27	11
MEXICO-TOLUCA	11				1				1	9	
MICHOACAN	32				6		1		16		9
MORELOS	26				3				1	18	4
NAYARIT	19				1		4		1	2	9 1
NUevo LEON	43	2	1	1	5				5	12	17
OAXACA	41				3		1		4	14	5 14
PUEBLA	29		1		2				11	11	4
QUERETARO	5				1				2	2	
QUINTANA ROO	6				3						1
Sn. LUIS POTOSI	45			1	2				4	32	6
SINALOA	36				4				20	12	4
SONORA	45			1	6				7	24	7
TABASCO	41				2				3	20	8 8
TAMAULIPAS	35				6				9	13	7
TLAXCALA	12				1				3	8	
VERACRUZ NORTE	42			1	4				13	22	2
VERACRUZ SUR	84			1	4				25	29	25
YUCATAN	52				2		10		3	3	33 1
ZACATECAS	16				2				4	10	

NOTAS: 1) A partir de 1980, se cambio la clasificacion de unidades por acuerdo No.7522/80 de H. Consejo Técnico.

- 2) Se incluye la unidad de medicina física y rehabilitación
- 3) Se incluye la unidad de consulta de especialidades
- 4) Se incluye el centro comunitario de salud mental.
- 5) Cifras preliminares

FUENTE: DELEGACIONES REGIONALES ESTATALES Y DEL VALLE DE MEXICO

NOTAS DEL CAPITULO III

- 1/ Se consultó el diagnóstico de Salud en México elaborado por la Jefatura de Servicio de Planeación del IMSS. P. 30-41, - más la observación directa.
- 2/ Para mayor información consultar la Ley de Desconcentración Territorial de la Administración Pública, 1979.
- 3/ El financiamiento de los servicios de salud. El programa -- de consultoría e investigación sobre finanzas del cuidado de la salud. Por Carlos Pérez García (1980).
- 4/ La idea sobre empleo nunca ha sido materializada por ello -- la entrecomillo.
- 5/ Reforma Administrativa en: Memoria Institucional de 1980. -- IMSS.
- 6/ Ponencia sobre estrategias de atención en salud, IEPES, 1982. Ricardo Cabazos. P. 4
- 7/ En 1980, el Instituto realizó 4967 reuniones de estudio sobre la Ley del Seguro Social; participaron en ellas 231,512 representantes de los sectores obrero patronal y a través de 200 módulos de orientación se otorgaron 61 170 569 consultas en las unidades médicas y administrativas.
- 8/ La política Económica en México 1970-1976. Tello Carlos. P. 35.
- 9/ De aquí se desprende un crecimiento inusitado del personal - administrativo que labora en el IMSS, ya que de contarse con 370 derechohabientes adscritos a médico familiar por trabajador administrativo en 1977, se registraron 327 derechohabientes por el mismo trabajador administrativo en 1981, en cambio el promedio de adscritos a médico familiar por trabajador aplicativo de servicios médicos se mantuvo constante de

de 1977 a 1981, registrándose en el primer año 135,49 derecho habiente por trabajador, y 135,66 el último año.

10/ Se refiere al PPP del Sector Salud

11/ Programas integrados sectoriales: IMSS-COPLAMAR para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural. Mínimos de Bienestar I COPLAMAR. Volumen I COPLAMAR pp. 18

12/ En ese sentido los programas no son realistas pues no conocen nuestras costumbres y nunca toman en cuenta la medicina de las hierbas, ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros, si nos enfermamos somos de segunda categoría. (Observación participante por Ma. del Rosario Mondragón, en su tesis sociológica, que titula Vigencia de las Representaciones Populares relativas a las enfermedades anémicas.

Ahora bien, de acuerdo con Austin que la coherencia que estos elementos culturales puedan tener para los pueblos marginados actuales, se ha perdido en parte por el etnocentrismo de los propios investigadores que muchas veces se dedican más a describir, que a tratar de comprender, y respetar una visión del mundo diferente de ellos mismos. López Austin Alfredo, 1967 "Cuarenta Clases de Magos en el Mundo Nahuatl", Estudios de Cultura Nahuatl Pag. 117, UNAM.

13/ Metzger - 1963, Duane y Gerald William. Medicina Tenejapaneca Estudios Antropológicos México INI Colección de Antropología Social 8:391-441.

Gabriel Moedano 1971 Esbozo Analítico de la Estructura Socio-Económica y el Folklor de Xochitlán. Sierra Norte de Puebla. Anales del INAH séptima época Tomo II Pag. 286-289. México, SEP.

14/ Molinari: Ma. Sara 1979. La Migración Indígena en México. Los Aspectos Sociales de la Migración en México Vol. 2. México SEP-INAH.

Eva Hunt. 1962. Nombre Autoridad y Sistemas de Creencias en los Altos de Chiapas. Estudios de Cultura Maya 2; 143, México-UNAM.

- 15/ Ver cobertura programática p. 31 en esta tesis, más la Ley y las políticas planteadas en la Ley del Seguro Social.
- 16/ Lo anterior puede ser comprobado en el diagnóstico general, en la parte donde se analiza el presupuesto ejercido.
- 17/ Declaración hecha en Excelsior por el Dr. Guillermo Soberon. Octubre-1982.
- 18/ Se consultó Documento de trabajo de la Jefatura de Planeación. P. 48-56.

CAPITULO IV
ORGANO DE GOBIERNO DEL IMSS.

4) CAPITULO IV ORGANO DE GOBIERNO DEL I M S S .

Para comprender el funcionamiento del Órgano de gobierno del IMSS, señalamos a continuación algunas alternativas - propuestas para la H. Asamblea General del IMSS, ante la regionalización operativa.

4.1. Características de la Asamblea General.

La autoridad suprema del Instituto es la Asamblea General integrada por 30 miembros designados en la forma siguiente:

- A) 10 por ejecutivo federal.
- B) 10 por las organizaciones patronales.
- C) 10 por las organizaciones de trabajadores.

La duración representativa de dichos miembros es de 6 - años pudiendo ser reelectos. La asamblea general es presidida por el Director General del IMSS.

A continuación explicaremos las funciones ejecutivas -- de la H. Asamblea General:

4.1.1. Tareas internas:

La Asamblea General discutirá anualmente, para su apro-

bación o modificación, en su caso, el estado de ingreso y gastos, el balance contable, el informe de actividades presentado por el Director General, el programa de actividades y el presupuesto de ingresos y egresos para el año siguiente, así como el informe de la comisión de vigilancia.

Es importante hacer mención que los órganos superiores del IMSS, además de la Asamblea General, los forman el Consejo Técnico, la Comisión de Supervisión y la Dirección General. Sus tareas están especificadas en la Ley del IMSS.

4.1.2. Nuevas condiciones:

En consideración a las características intersectoriales de la coordinación funcional de las instituciones de salud, los representantes principales de los órganos superiores del IMSS deberán de responder vía acuerdo interno, a los requerimientos que plantee el órgano coordinador en mención, lo que traerá consigo cambios en los estatutos jurídicos administrativos de la Ley del Seguro Social, empero que serán de utilidad en la compatibilización de las acciones y por consiguiente hacia la población nacional.

4.1.3. Propuestas.

Propuestas sobre algunos roles estructurales futuros de los órganos superiores del IMSS ante la desconcentración de los servicios de salud.

Actualmente los órganos superiores del Instituto se han caracterizado como un sistema altamente centralizado en sus decisiones y desconcentrado en su operación, ya que sus servicios se expanden en todo el país de acuerdo a sus niveles de atención en función de su propia regionalización.

Si aprobamos el criterio de que las normas del Instituto deben ser elaboradas y decididas en el nivel central (de los órganos en mención) de tal manera que sean aceptadas uniformemente en los niveles delegacionales; no así, la propia operatividad de las delegaciones, en el sentido que el concepto de desconcentración les otorga una mayor autonomía, tanto en la toma de decisiones como en sus operaciones específicas. Asimismo la planeación regional deberá adoptar esta misma línea de acción operativa.

La desconcentración así definida dará posibilidad de -- apoyar más a las delegaciones en sus tareas específicas, pudiendo entonces adoptar criterios particulares de acuerdo a su propia problemática siendo ello un avance dentro de una -

concepción política que pretende otorgar mejores condiciones de salud para todos. Así mismo, habría una mayor correspondencia con la línea de acción gubernamental en su tarea de hacer más firme el pacto federal, sellando bajo esta filosofía los actos del Instituto de tal manera que ésta trate de lograr cubrir las necesidades sociales en las regiones donde se opera.

Si partimos del criterio de que los coplades (comités de planeación de desarrollo estatal) se realiza la coordinación a nivel regional, el Instituto a través de sus departamentos de planeación delegacionales deberá de buscar mecanismos que lo conduzcan a plantear con mayor claridad su propia problemática, pudiendo así coordinar y materializar objetivamente sus planes y programas.

Realizar estudios socioeconómicos a nivel delegacional que permitan detectar la problemática de la región en materia de salud y seguridad social de tal manera que los recursos de la Institución puedan ser destinados con mayor grado de racionalidad.

Es necesario plasmar convenios interinstitucionales vía la coordinación funcional de las instituciones de salud con

el fin de brindar mayor seguridad a la población en salud, -
ampliando de esta forma su cobertura.

En la medida en que el gobierno realice tanto el PND --
(Plan Nacional de Desarrollo Industrial) como el PNDU (Plan
Nacional de Desarrollo Urbano) en el ámbito nacional, se am-
pliarán los empleos de corte permanente y eventual ^{1/} lo que
le permitiría al Instituto ampliar su cobertura.

El Instituto se vería posibilitado a crear nuevas fuen-
tes de financiamiento, en la medida en que sus reservas fue-
sen invertidas en la producción (ya sea de medicamentos o de
instrumentos médicos) que garantizarían por una parte, cali-
dad en el producto y nuevos remanentes financieros ^{2/}.

4.2 Relación.

Entre la H. Asamblea General y la descentralización re-
gional (propuestas).

Propuesta estructural.

Crear un organismo coordinador nacional en el área de -
salud, otro en Seguridad Social que permita planificar, evi-

tando duplicidad de esfuerzos en los programas, bajo una sola visión (y si es necesario reestructurarlos de acuerdo a la planificación) las tareas en estas áreas, estableciendo de esta manera un mayor impacto en las acciones prácticas -- y coordinándose así con otros organismos de los que ya hablamos y de los cuales se requiere su participación oportuna para realizar con mayor eficiencia los niveles de atención a la salud y a la seguridad social que requiere la población.

A continuación enumeraremos las propuestas de carácter específico.

4.3.1. Estudiar los conductos que frenen el aumento -- económico irracional de los programas administrativos sin -- que pierda operatividad dicha tarea.

4.3.2. Investigar bajo una concepción biosocial, las necesidades reales de la población en sus renglones de salud y seguridad social, con el fin de reestructurar los mecanismos del sistema regionalizado y estratificado.

4.3.3. Instruir a los médicos, enfermeras y trabajadores del área en el aspecto social, con el propósito de -- crearles una visión que les permita ser conscientes de la ne

cesidad de sus servicios permanentes en los lugares en donde más se requiere.

4.3.4. Buscar mecanismos en el área de recursos humanos que den cauce a un mayor grado de productividad en los servicios.

4.3.5. Reestructurar los recursos presupuestales de acuerdo a los objetivos institucionales que se refieren a -- dar énfasis a la medicina preventiva.

4.3.6. Revisar si es pertinente readecuar los recursos físicos del instituto, de acuerdo a la demanda real de los servicios.

4.3.7. Optimizar bajo una concepción social y utilizando herramientas de planificación, los recursos humanos, físicos y financieros con que cuenta el IMSS con el propósito de alcanzar mayores niveles de atención hacia la sociedad en su ángulo de salud y seguridad social, que le permita lograr un mayor grado de eficacia y eficiencia, evitando así la duplicación de esfuerzos.

4.3.8. De acuerdo a la estructura organizacional del

Instituto, cuyas funciones se encuentran plasmadas en la ley del Seguro Social, y tomando en consideración la urgencia de complementar un sistema de planeación que le permita al IMSS racionalizar los recursos de acuerdo a su justificación social marcada en la misma ley, se propone que la Jefatura de servicios de planeación ocupe una jerarquía superior que le permita elaborar el Plan Institucional. Para tal propósito, será necesario revisar la estructura interna de la Jefatura de Planeación con la mira de adecuarla a las necesidades, -- de implementar una ágil planeación institucional, para lo--- grar dicho propósito por lo pronto, deberán fusionarse con - esta la Jefatura de Supervisión y Control del IMSS; bajo ta- les condiciones de fusión y reestructuración, se estará en - posibilidades objetivas de realizar una planeación institu-- cional que repercuta socialmente y permita a la Jefatura, -- evaluar los resultados, para poder así descubrir en la prác- tica, desfasamientos, corrigiéndolos permanentemente bajo -- una concepción retroalimentadora del proceso de planeación en su ángulo salud enfermedad, administrativo y político.

4.3 Propuestas sobre la concepción operativa de la integración funcional de la coordinación de las instituciones de salud.

Esta forma de integración no necesita de modificaciones estructurales solamente requiere establecer normas comunes, que se apuntalen a cubrir los objetivos de los programas. -- Las acciones derivadas de una coordinación efectiva darán -- paso a planear la prestación de los servicios de salud para consolidar la implementación de la atención médica regionalizada y por niveles, y en consideración a esto, racionalizar el gasto corriente y de inversión por conducto del establecimiento de sistemas homogéneos de gestión.

4.4.1. Funciones.

La integración funcional de la coordinación de los aparatos de salud pública, está fundamentada bajo una concepción dinámica que le permitan a nivel interno reestructuraciones de acuerdo con las funciones que se desarrollan en la - práctica. A nivel externo, considerar las relaciones sociales en donde operan como elemento determinante, lo cual dará oportunidad de llegar a acuerdos específicos y delimitar funciones, ello con el propósito de agilizar los servicios sin multiplicar tareas, y otorgar una mayor calidad en la atención médica así como también, materializar convenios complementarios entre los mismos.

4.4.2. Tareas.

La integración funcional de la coordinación de los servicios de salud debe dar impulso a dos líneas de acción encaminadas a elaborar el diagnóstico de salud con base en los datos de investigación y estudios disponibles y otra, vinculada estrechamente con la anterior y que sirve de base para la actualización continua, establecerá los fundamentos del sistema de información del sector. Los estudios comprendidos para formular el diagnóstico de salud permitirán.

4.4.2.1. Identificar los elementos, organizacionales e institucionales que determinen el desarrollo de la salud en México.

4.4.2.2. Complementar el concepto tradicional del daño a la salud con el riesgo, para ampliar las condiciones de atención y prevención de los daños.

4.4.2.3. Definir los perfiles de demanda potencial de los servicios, complementados con el análisis de mortalidad.

4.4.2.4. Conocer la disponibilidad y caracteris-

ticas de los servicios y recursos de atención médica.

4.4.3. Recursos Humanos.

Los recursos humanos deben de ser definidos a la par -- que se delinien y se implanten los servicios que requiera el sistema nacional de salud; para dicha tarea, la coordinación debe basar sus actos en consideración al conocimiento de los siguientes puntos:

4.4.3.1. Obtener los estudios que se han realizado en las instituciones de salud en materia de planificación.

4.4.3.2. En consideración de la disponibilidad actual, estudiar las necesidades de mediano y largo plazo de recursos humanos en el campo de la salud.

4.4.3.3. Formular políticas para alcanzar la óptima utilización de los recursos humanos.

4.4.3.4. Revisar los trabajos de la comisión de educación médica creada por el Presidente de la República.

4.4.3.5. Conjuntamente con las instituciones educativas de la salud la coordinación emprenderá acciones para normar la admisión de los profesionales en el campo de la salud, de acuerdo con las posibilidades de incorporación al sistema nacional de salud, todo ello, en función de elevar el nivel de los agentes sociales que intervengan en el bienestar de la población en el área en cuestión.

4.4.4. Recursos financieros y físicos.

La coordinación se abocará a adecuar las finanzas, considerando para ello los programas presupuestales, a fin de enriquecer la estructura con programas homogéneos. Asimismo, realizará acciones que le permitan el conocimiento de la situación que guarda la infraestructura física de las instituciones y organismos que prestan servicios de salud. Este último punto, tiene como objeto facilitar la formulación del plan sectorial de inversiones definido en el marco sectorial de salud, asistencia y seguridad social. Se incluyen además elementos de evaluación en cuanto a la utilización de estos recursos y normas de conservación, mantenimiento, ampliación reubicación y adecuación de las instituciones.

Ahora bien, el objetivo estructural de la adecuación fi

nanciera es materializar, coordinadamente en el área de programación y presupuestación, acuerdos incidentes con las políticas y mecanismos que establece la Secretaría de Programación y Presupuesto con el fin de poder actuar objetivamente en las tareas de descentralización con mayor eficiencia y -- eficacia en las acciones.

4.4.5. Investigación de salud.

Las investigaciones en el área de la salud realizadas por instituciones de enseñanza superior como en unidades hospitalarias o de investigación de los aparatos de salud, le han dado prioridad a los estudios biomédicos quedando en segundo término la investigación clínica al igual que las investigaciones socio-económicas y las referidas al área biotécnica. Es por ésto que la coordinación debe orientarse a apoyar ordenadamente los programas que se esfuercen a dar solución científica a los diversos problemas de salud de la población ubicada en el país, basando sus criterios en las siguientes actividades:

4.4.5.1. Desarrollar un sistema de información actualizado y completo sobre las investigaciones que se realizan en las distintas unidades.

4.4.5.2. Definir los problemas de salud del país que por razones de frecuencia, gravedad, costo económico o social y vulnerabilidad, representen los campos de trabajo que deben ser impulsados prioritariamente.

4.4.5.3. Definir los sistemas de evaluación de los proyectos, tomando en consideración los aspectos científicos en todos los niveles (biológicos, economicosociales y políticos) de acuerdo con los lineamientos recientemente definidos por el consejo de salubridad general para establecer las normas a que deben sujetarse las investigaciones biomédicas en el país, a través de las comisiones de ética e investigación de cada institución.

4.4. Ampliación de los servicios en el área rural a través de la incidencia de los programas existentes.

Para lograr que todos los habitantes de las zonas rurales gocen el derecho a un nivel de vida adecuado para tratar de asegurarles salud y bienestar, es necesario que los servicios en esta área se compatibilicen racionalmente, lo que en esencia significa adoptar medidas político administrativas que no permitan la duplicidad de esfuerzos haciendo que se aprovechen todos los recursos, vía la reestructuración específica de las actividades que ayuden a madurar un sistema de

regionalización más operativo que parta de estudios de las - necesidades de la población, haciendo que los recursos po--- sean la correspondencia necesaria a las necesidades socia--- les.

Para el ordenamiento compatible de los programas de salud se de un gran esfuerzo que considere los problemas locales y regionales y por ende el establecimiento de un proceso de descentralización, más adecuado que el actual con el fin de asignar recursos, ejercer presupuestos, capacitar al personal de tipo auxiliar, profesional o administrativo.

La compatibilización de los programas de salud rural -- habrían de considerarse dentro de una coordinación estatal, con un mando único que vigile su operación hasta que se consoliden en un sólo programa de atención.

Para que realmente opere el esfuerzo en compatibilizar las acciones en salud tiene que basarse en la participación de la comunidad. La operatividad en este renglón, sólo se - concibe cuando la comunidad es consciente del beneficio de - los programas y por tanto, participa en la planeación y ejecución de los mismos.

Para garantizar la participación comunitaria en esta tarea la coordinación de los servicios de salud a través de la colaboración de la Universidad Nacional Autónoma de México - (utilizando su experiencia en varias áreas profesionales que son compatibles con nuestro tema) y diversas instituciones - de salud, impulsará el desarrollo de un programa de adiestramiento, para formar personal técnico y auxiliar, originario de las comunidades.

NOTAS DEL CAPITULO IV

- 1/ El trabajo eventual debe de ser asegurado permanentemente -- para tal efecto, hay que abocarse al estudio de mecanismos - que indiquen los conductos más adecuados. (N. del A.)
- 3/ Se consultó el Plan Nacional de Salud de la S.S.A.

RESUMEN Y CONCLUSIONES. X/

Para formular el resumen de las conclusiones y/o presentación de resultados de la investigación, seguiremos empleando el procedimiento indicado por el método RAS 80^{*}/ el cual señala la secuencia por desarrollar en los siguientes términos; resumen (A); conclusiones (B), y algunos comentarios -- finales (C); todos ellos redactados en términos políticos, - económicos, sociales y culturales.

A) Resumen.

En el resumen formularemos los resultados (datos, opiniones; interpretaciones) de la investigación o sea, señalaremos los conocimientos, o verdades encontradas redactadas en forma crítica en cada "capítulo" que componen el guión (tomado como base) también indicaremos además, las correspondientes limitaciones con las cuales tuve que luchar para tratar de demostrar etapa por etapa nuestro sistema de hipótesis. Lo anterior es la base de nuestras consideraciones.

X/ Este aparato según el autor, representa la comprobación del modelo teórico y/o de la introducción. El modelo teórico según el autor es el plan, en cambio el "resumen" de las conclusiones representa el modelo real, práctico. De lo que se deduce lo siguiente: teoría y práctica un - sólo método de aprendizaje en el proceso de la investigación (N. del A.).

*/ Véase Zurita, Jaime, Op.cit., pp. 200-223 (N. del A.)

CAPITULO I : El Instituto Mexicano del Seguro Social como aparato de seguridad social tripartita, tiene sus bases jurídicas en su propia ley, las cuales fueron materializadas en su práctica administrativa, empleando como instrumento la descentralización en los tres niveles de atención - tratando de optimizar así los recursos y abatiendo los costos, lo cual permite y trata de ofrecer mejores servicios a mayor número de núcleos poblacionales, pero en forma restringida. De lo anterior se deduce, bajo una óptica de proyección, que el postulado político, económico y social del IMSS es el de brindar mayor y mejor atención a los derecho y solidariohábientes a mediano y largo plazo, pero falta mucho por hacer.

Restricción: los datos empleados en este capítulo sólo son válidos hasta 1982 por lo que se restringe el estudio en términos de su actualización.

CAPITULO II : En este capítulo, descubrí lo siguiente: las estrategias y planes vía regionalización en donde operan los tres niveles de atención, éstas se ubican en el sentido de elevar la esperanza de vida al nacer de la población al abatir la mortalidad general y por causas específicas la desnutrición y el mejoramiento del entorno físico y -

social, para ello se plantea dar prioridad al primer nivel de atención, así como también disminuir la dependencia del país en términos tecnológicos en el área de medicina. La institución en mención, se preocupa del bienestar social en el renglón de desnutrición, mejoramiento físico y social, sin embargo, no se menciona ninguna estrategia interinstitucional seria y responsable que refleje un avance seguro y permanente en este renglón. Por lo que se proyecta implementar a corto plazo y mediano plazo un relativo desarrollo basado fundamentalmente en atención a la población marginada.

Restricciones: por cuestiones laborales (no existe una cláusula en los reglamentos internos que autorice ejecutar tal actividad) no me fue posible salir al campo a observar fundamentalmente la ejecución de las estrategias del primer nivel de atención; las aseveraciones hechas, son deducidas de mi práctica profesional, y de entrevistas realizadas a mis compañeros de trabajo, los cuales han participado en el primer y segundo nivel de atención.

CAPITULO III. En este capítulo puedo precisar que el

Instituto Mexicano del Seguro Social se compromete ante la sociedad a garantizar el derecho a la salud, así como el fomentar las acciones médico preventivas hacia la población adscrita a él. El IMSS trata de encuadrar su compromiso en los niveles de atención ya mencionados, desglosándolos en la práctica en distintos tipos de unidades médicas y atención hospitalaria, ubicada los primeros en el área urbana y suburbana y los segundos en grandes centros urbanos especializados en enfermedades complejas, empleando instrumental técnico moderno. Ahora bien, la política de descentralización de donde parte la concepción regional del instituto, ha evitado los siguientes problemas, congestiónamiento de operación a nivel central, congestiónamiento de sistemas de control, tiempos de atención y plazos de suministros excesivamente largos. Lo expuesto está supeditado a decisiones gubernamentales en un primer momento y en un segundo a la práctica de los titulares del IMSS, siendo esta última manejada a través de una concepción de costo beneficio económico.

Este tipo de información fué recopilada a través de la técnica documental y de entrevistas grabadas a compañeros sociólogos y antropólogos que trabajan en el IMSS y según mi experiencia práctica.

Se deduce de lo expuesto que la concepción utilizada de costo beneficio ha repercutido negativamente hacia el primer nivel de atención y hacia las investigaciones sociopolíticas y culturales (principalmente) que permitan crear las estrategias que incorporen de manera natural a los marginados, esto lo podemos ver en el indicador de la mortalidad infantil canalizando las cifras expuestas en la página 108 del mismo capítulo así como también, en los presupuestos ejecutados por -- programas.

En relación con los proyectos del IMSS a corto, mediano y largo plazo, creemos lo siguientes: si no se reestructura tal visión (economisista), las fallas estructurales en el -- compromiso político de dicha institución, no podrán ser llevados a la práctica con alguna posibilidad de éxito.

Restricciones: No tuve acceso a las tablas administrativas recientes, por lo que no pude obtener los datos acerca de los lineamientos de política financiera actuales relacionados con los programas, así como la imposibilidad de observar directamente en la práctica, cómo funciona la coordinación de las distintas unidades médicas.

CAPITULO IV: En este capítulo, se demuestra lo relacionado con el órgano de gobierno fundamental del IMSS. Los re

presentantes del IMSS deberán de responder de acuerdo a los requerimientos que plantea el Órgano coordinador, funcional de las instituciones de salud, lo que traerá cambios jurídicos y administrativos en la Ley del Seguro Social compatibilizando así sus acciones en beneficio de la población nacional.

Esta información se recopiló vía análisis periodístico y documental expuesto por el actual Secretario de la S.S.A. Dr. Guillermo Soberón complementados por pláticas deductivas hechas entre compañeros especializados en ese ramo, a partir de las bases lanzadas por este funcionario público.

Nuestra deducción responde al concepto siguiente: a partir de la materialización de un aparato de salud y otro en seguridad social, fundamentadas en el órgano coordinador --- traerá cambios jurídicos, políticos y sociales que permitirán mayor eficacia en las acciones prácticas corrigiendo desfasamientos y mejorando así en el mediano y largo plazo sus acciones específicas.

Desde la proposición del Dr. Guillermo Soberón, y recordando lo realizado o ejecutado en el proceso de la descentralización, creemos que sería funcional, un órgano coordinador entre las instituciones de salud y seguridad social.

Restricciones: En consideración al párrafo anterior,

es operativo el separar el órgano el cual agrupa simultáneamente dos actividades decimales: salud, y seguridad social. Ahora bien, en la práctica este asunto no ha sido comprobado, el cual puede dar margen a otro proceso de investigación.

B) De las conclusiones (proposiciones y sugerencias)

En este apartado explicaré en términos críticos, nuestras proposiciones y sugerencias basadas en los resultados obtenidos en las investigaciones de cada capítulo apoyado en los datos extraídos de la teoría y la práctica. Estas conclusiones globales reflejarán en sí, nuestras opiniones interpretadas en lo ideopolítico. Queremos también proponer los mecanismos del caso para lograrlos.

A continuación, explicamos nuestras proposiciones. Algunas de estas serán comentadas.

I) Del sistema Nacional de Información (SNI)

Nuestras instituciones de salud con sus características actuales no fueron diseñadas como tales, son el fruto de un crecimiento acelerado en los últimos 15 años dando origen no sólo a diferentes instituciones, cada una con característi-

cas propias, con métodos estructurales y estilos diferenciados, sino también al interior de ellas, el desarrollo de distintas líneas de organización y trabajo son desigualmente ascendentes. Cada área institucional ha tenido su ritmo y sus adecuaciones propias, solo a partir de la Reforma Administrativa comienzan a establecerse niveles mayores de coordinación y compatibilización subsistiendo a pesar de lo anterior, estructuras cerradas, feudales y microestructuras de poder.

Esta situación explica el desarrollo de la información y estadística donde, sistemas heterogéneos con grados diferentes de desarrollo, con duplicidades e incluso con estructuras que manejan información propia y secreta al margen de los intentos globalizadores integradores y de modernización de los sistemas, han interferido con el proceso de toma de más y mejores decisiones.

En el desarrollo de los sistemas de información es necesario señalar que la excesiva concentración de la toma de decisiones ha obligado a fluir el nivel central volúmenes enormes de datos sin discriminación y con nulo o bajo procesamiento que generalmente no concluyen en un análisis ni en la toma de decisiones.

La creación del Sistema Nacional de Salud y los requerimientos de coordinación obligan hoy a la creación de un Sistema Nacional de Información que opere mediante la homogenización de la información, en el establecimiento de un Banco Central de Datos y de la Creación de un normatizador o estandarización de la captura y procesamiento de los mismos.

Si señalamos que un sistema de Información como conjunto interrelacionado de elementos que tienen como finalidad - la identificación, caracterización, recolección, preparación almacenamiento, manipulación, recuperación y presentación de información, relevante para un conjunto definido de procesos de toma de decisiones, es fácil comprender su importancia -- para los procesos administrativos internos y para los mecanismos interinstitucionales de coordinación que se pretendan establecer a fin de determinar objetivos, procesos y estructuras del Sector Salud y Seguridad Social.

Las características del SNI actual a nuestro modo de ver debieran ser las siguientes:

- I.1.) Debe de reflejar información significativa, esto es, no sólo reflejar diversos procesos o tareas -- del Sector sino también correlaciones con factores

económicos, sociales, políticos, culturales, educativos que determinen las características y el desarrollo del Sector.

I.2.) Debe reflejar responsabilidades claras y específicas para ser utilizadas con objetividad por el --- Sector.

I.3.) Debe tener correspondencia y congruencia con un -- sistema correctivo de las insuficiencias y deformaciones que se presentan en el Sector.

1.4.) Debe reflejar los sistemas de planeación, direc--- ción y control de las instituciones del sector y - de sus niveles de mutuo acuerdo.

1.5.) La información debe reunir las siguientes características: 5.1) reflejar relaciones causa-efecto; - 5.2) no debe de ser fragmentada, debe incluir no - sólo resultados, sino todos los procesos integra-- les; 5.3) debe establecer claramente el origen, el destino y uso de cada información; 5.4) debe destacar las áreas críticas de los procesos; 5.4) debe de ser concisa, accesible y comprensible; 5.6) de-

be reflejar niveles de responsabilidad.

I.6.) La información debe comprender datos como los siguientes: 6.1) el entorno social; 6.2) el nivel de vida de la población; 6.3) el nivel de salud y las características epidemiológicas; 6.4) las actividades de salud, tipo, monto y efectividad; 6.5) la apertura programática; 6.6) la organización y funcionamiento de los servicios, su agrupación (establecimientos) y la estructuración por niveles; 6.7) los recursos y su capacidad de producción de actividades; 6.8) la asignación social de recursos -- (financiamiento, origen y destino de los mismos); 6.9) la Dirección Política de las instituciones expresadas en estrategias y políticas de salud y seguridad social.

I.7) La información debe ser oportuna, fidedigna, completa y confiable para dirigir, investigar y optimizar.

I.8) Los bancos de datos deben ser computarizados y accesibles a directivos, instituciones, investigadores y otros usuarios del país (no deberán ser un

instrumento al servicio de élites, ni de poder).

- I.9) La factibilidad deberá evaluarse según: 9.1) apoyo político; 9.2) capacidad rectora del Estado; 9.3) niveles de acuerdos interinstitucionales; 9.4) capacidad para cada institución para incorporar normatividad en la información y de tecnología para el registro, captación, preferencia y procesamiento de datos.

Al elaborarse y formularse de este modo el SNI, quedaría o adoptaría la forma de un modelo (de diseño) apto como mecanismos de planificación en el sector salud el que actualmente no existe.

II) Propuestas Estructurales:

Considerando el funcionamiento activo de la coordinación nacional, en el área de salud y otro en seguridad social, propongo:

II.a.) En cuanto a la salud:

- 1) Revisión de planes y estrategias de todas las instituciones del ramo con el propósito de evitar duplicidad de esfuerzos.
- 2) Revisión de los estatutos jurídicos y administrativos con el propósito de planificar los objetivos materializados en tareas específicas que les compete a cada institución

Fomentar con la intención de crear investigaciones que permitan la producción de productos fármacos en nuestro país, en el mismo sentido es necesario crear tecnología.

- 3) Reestructuración de estrategias en la política práctica en el primer nivel de atención fundamentalmente en el ámbito rural.

- 4) Creación de jefaturas de investigación económica, política y social con el propósito de que crén estrategias adecuadas en los planes de acción cotidianos hacia la población.
- 5) Dignosticar vfa examen epidemiológico, lo tipico en cuanto a frecuencias de las enfermedades con la intención de ser más objetivos en la prevención y curación.

II.2) En seguridad social.

- 1) Crear un órgano permanente que evalúe el costo de vida con la intención de equilibrar salarios, tanto para los pensionados como los trabajadores.
- 2) Crear mecanismos que homogenicen los derechos de los solidariohabientes con respecto a los derechohabientes.
- 3) Crear un órgano que brinde mayor atención en la -- capacitación de los trabajadores.
- 4) Crear un órgano de investigación socio infantil --

que se encargue de los casos de niños con retraso mental, hijos de asegurados con el propósito de materializar guarderías que los ayuden científicamente en su problemática.

C) Comentarios finales.

Finalmente, dejo indicadas algunas hipótesis, para que otro (s) investigador (es) los retome y pueda en el futuro complementar esta investigación.

- I) En la medida en que entre en correspondencia los distintos aparatos de salud y seguridad social, vía la coordinación funcional seguramente se reestructurarán los presupuestos reales de la institución beneficiándose los prioritarios y la responsabilidad del instituto.
- II) En la medida en que se otorgue el presupuesto a las investigaciones socioculturales y económicas, se verán frutos positivos en el compromiso sociopolítico que tiene el IMSS hacia el pueblo, esencialmente en el primer y segundo nivel de atención.

BIBLIOGRAFIA

Hoja N° 146

	AUTOR (apellido paterno, nombre)	TEXTO (nombre completo)	EDITORIAL	AÑO public	N° P.P.	COLOCACION (ficha, bibliote- ca)	OBSERVACIONES (otros datos) (*)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	CORTEZ MARTIN FER- NANDO	Análisis y Estrate- gia. Las ideas de la medicina en Mé- xico	La Prensa Mé- dica Mexica- na.	1965	500	Adquirido en el Instituto	Publicado
2	Depto. de Estudios Económicos.	Comentarios a los ni- veles de atención	I N S S	1982	35	Subjefatura de Pro- gramación y Estu- dios.	Mecanografiado trabajo interno.
3	Depto. de Planeación	Diagnóstico del Sector Salud	S.S.H.	1981	100	Adquirido en S. S. A.	Mecanografiado
4	COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR)		1979	605	Adquirida en COPLAMAR	Publicado
5	DUBLOS, RENE	El espejismo de la sa- lud.	F.C.G.	1981	309	Adquiridos en F.C.E.	Publicado
6	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	Salud y Seguridad So- cial.	I. M. S. S.	1980	45	Subjefatura de Pro- gramación y Estu- dios. Centro de do- cumentación e Infor.	Mimeografiado. In- formación inter- na.
7	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	Escenarios de Financia- miento	I. M. S. S.	1980	80	Subjefatura de pro- gramación y estu- dios. Centro de do- cumentación e infor.	Mimeografiado In- formación inter- na.
8	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	Niveles de atención y regionalización de los servicios médicos.	I. M. S. S.	1976	120	Subdirección General Médica.	Fotocopiado In- formación inter- na.

(*) Otros datos: N° de la Imp. Reino, mimeo, fotocopia, biblioteca del área, otros datos

BIBLIOGRAFIA

Hoja N° 147.

1	AUTOR (apellido paterno, nombre)	TEXTO (nombre completo)	EDITORIAL	AÑO public	N° P.P.	COLOCACION (ficha, bibliote- ca)	OBSERVACIONES (otros datos) (*)
1	2	3	4	5	6	7	8
9	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	Financiamiento de la Salud y Seguridad So- cial	I. M. S. S.	1982	90	Subjefatura de Pro- gramación y Estu- dios. Comisión de Salud y Seg.Social	Mecanografiado Información In- terna.
10	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	Financiamiento de la salud y la seguridad social	I. M. S. S.	1982	80	Subjefatura de pro- gramación y Estu- dios. Centro de Do- mentación e Infor.	Mecanografiado Información In- terna.
11	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	Salud, Seguridad y solidaridad social en México	I. M. S. S.	1982	200	Subjefatura de Pro- gramación y Estu- dios.	Mecanografiado. Información In- terna.
12	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	Recursos Financieros del Sector Salud y Seguridad Social	I. M. S. S.	1982	42	Subjefatura de Servicios de Pla- neación	Mecanografiado, Información In- terna.
13	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	POLITICAS DE SALUD	I. M. S. S.	1982	60	Jefatura de Servi- cios de Planeación	Mecanografiado Información In- terna.
14	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	Diagnóstico de la Situación de salud en México.	I. M. S. S.	1983	140		
15	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	La asistencia médica en México. Su situa- ción actual.	I. M. S. S.	1982	70	Subjefatura de pro- gramación y estu- dios	Mecanografiado Información interna.
16	LOPEZ, ACUÑA DANIEL	La salud desigual en México	F.C.E.	1981	309	Adquiridos en Siglo XXI	Publicado

(*) Otros datos: N° de la Imp. Reimp. mimeo. fotocopia. biblioteca del Excmo. otros datos.

BIBLIOGRAFIA

Hoja nº 148.

	AUTOR (apellido paterno, nombre)	TEXTO (nombre completo)	EDITORIAL	AÑO public	Nº P.P.	COLOCACION (ficha, bibliote- ca)	OBSERVACIONES (otros datos) (*)
1	2	3	4	5	6	7	8
17	LENZ, HANS	El papel de las super- sticiones, mitos, ritos y hechicería	Artes de México	1969	420	Adquirido en el I.N.H.	Publicado
18	MERTON, ROBERT K.	Teoría y Estructuras Sociales	F.C.E. México 2a. Edición	1980	600	Adquirido en el F.C.E.	Publicado
19	MENDOZA, VIRGINIA	Creencias populares en Jalisco	S.E.P.	1955	300	Adquirido en: S.E.P.	Publicado
20	METZGER, DUANE Y GERALD WILLIAMS	Medicina Tenejapaneca	Estudios Antropológicos	1963	500	Adquirido en I.N.H.	Publicado
21	MEDICINA SOCIAL	REVISTA MEDICA	I.M.S.S.	1984	100	Correspondencia men- sual a domicilio	Publicado
22	OCHOA, ROBLES HECTOR ANTONIO	Estudio de sociología médica aplicada a la salud del pueblo yaqui	SIGLO XXI	1967	250	Adquirido en Siglo XXI	Publicado
23	OCHOA, ZAZUETA JESUS ANGEL	La muerte y muertos. Cuito, servicios ofren- da y humor de una comu- nidad.	S.E.P.	1974	400	Adquirido en la S.E.P.	Publicado
24	OLAVARRIETA, MARENCO MARCELA	Magia en las Tuxtlas, Veracruz	Serie de Antro- pología Social	1970 1973	350	Adquirido en la I N I H	Publicado

(*) Otros datos: Nº de la Imp. Reimp. mismo fotocopia biblioteca del IAN. otros datos

BIBLIOGRAFIA

Hoja Nº 149

	AUTOR (apellido paterno, nombre)	TEXTO (nombre completo)	EDITORIAL	AÑO public	Nº P.P.	COLOCACION (ficha, bibliote- ca)	OBSERVACIONES (otros datos) (*)
1	2	3	4	5	6	7	8
25	S P P	Plan Nacional de Desarrollo	S P P	1983 1988	350	Particular	Publicado
26	REYESSKY, DIANA	Conceptos tradicionales de la medicina en un pueblo mexicano; un análisis antropológico	I N I H	1976	400	Adquirido en el I. N. I. H.	Publicado
27	ROVICZ, ROBERT S.	Organización social en los mixtecos	Colección de antropología social	1965	220	Adquirido en la S.E.P.	Publicado
28	SEPULVEDA, GARZA FERNANDO	Análisis y estrategia en el proceso de salud-enfermedad	I M S S trabajo interno	1982	30	Estudios Económicos I M S S	Mecanografiado
29	SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA	Plan Nacional de Salud	I M S S trabajo Interno	1974-76 1977-85			
30	TELLO, CARLOS	La política económica en México 1970-1976	SIGLO XXI 4a. edición	1979	183	Adquiridos en Siglo XXI .	Publicado
31	ZURITA, JAIME	El Método RAS:80 en las pautas de investigación económica	ENEP-Aragón UNAM	1984	350	Adquirido en la UNAM	Mimeo. 3a. Edición

(*) Otros datos: Nº de la Imp. Reimp. mimeo. fotocopia. biblioteca del Sr. autor. otros datos.