



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN**

**IMPLEMENTACION DE POLITICAS PUBLICAS
PARA LA MEJORA EN LA PRESTACION DE
SERVICIOS DE ATENCION DE PRIMER NIVEL
EN LA U.M.F. #4 2000-2003.**

**SEMINARIO TALLER EXTRACURRICULAR:
"ANALISIS DE POLITICAS PUBLICAS PARA
ASUNTOS DE GOBIERNO"**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS Y
ADMINISTRACION PUBLICA
P R E S E N T A :
CARLOS GONZALEZ CRUZ**

ASESOR: MTRO. JOSE ALBINO HERNANDEZ ESCOBEDO

m 343084

MARZO DEL 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Carlos González Cruz

FECHA: 12-Abril-2005

FIRMA: [Signature]

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Eugenia González Cruz

**Por ser la fuente de mí existir,
por mostrarme que el valor más
hermoso es el que ella siempre me ha dado:
el amor.**

Con todo mi cariño y respeto.

**A todos aquellos que me apoyaron, a mis amigos, a los que intervinieron en
este proyecto, a mis profesores de la carrera y de este seminario,**

Gracias

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	6
1.1 El Estado.....	6
1.2 Gobierno y Políticas Públicas.....	9
1.3 Gestión Pública.....	13
1.4 Seguridad Social.....	14
1.5 Servicios Médicos y Niveles de Atención en el IMSS.....	21
CAPÍTULO II. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL PROCESO DE MEJORA DE MEDICINA FAMILIAR.....	28
2.1 Aspectos generales del IMSS.....	28
2.1.1 Servicios y atribuciones.....	32
2.2 La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.....	36
2.3 Proceso de Mejora de Medicina Familiar.....	43
2.4 La Medicina Familiar, el Servicio de Atención de Primer Nivel.....	44
2.4.1 Trato de calidad en unidades de primer nivel.....	45

CAPITULO III. ANALISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE MEJORA DE MEDICINA FAMILIAR.....	47
3.1 Estructura del Proceso de Mejora de Medicina Familiar.....	47
3.1.2 El Sistema de Información de Medicina Familiar.....	53
3.2 Diseño del Programa de Educación Médica Continua:	
<i>Las Guías Clínicas como herramienta para la Educación Médica Continua en Medicina Familiar.....</i>	<i>55</i>
3.3 Evaluación de la infraestructura personal y equipamiento 2002.....	57
3.4 Alcances y limitantes de la Política Pública en el Proceso de Mejora del Servicio de Atención de Primer Nivel en las UMF.....	62
CONCLUSIONES.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	67

INTRODUCCIÓN

Los servicios que se ofrecen en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social a sus derechohabientes cobra gran importancia como parte de la seguridad social que debe garantizar el Estado.

La seguridad social en México tiene como origen la protección de los derechos que derivan de la dignidad de la persona humana, la cual debe ser el centro del orden Estatal y social. De esa dignidad emana los derechos personales y sociales que el Estado tiene que reconocer, promover y garantizar, de forma que se asegure la consecución del bien común y el bienestar social de los ciudadanos.

El derecho a la seguridad social es muy importante, en cuanto permite a la persona humana, alcanzar y preservar su bienestar personal y familiar.

A inicios del siglo XXI, en un mundo en el que están ocurriendo cambios significativos en la economía y en el mercado laboral por el proceso de globalización y el surgimiento de nuevas tecnologías, la protección del bienestar del ser humano se ha visto sujeta a cambios, debiendo adaptarse a las realidades que surgen en este nuevo contexto. En tal virtud los gobiernos de la mayoría de los países – y México no es la excepción- a través de las instituciones encargadas de brindar esa protección se han visto en la necesidad de reestructurar sus sistemas de seguridad social, en el sentido económico, de su organización y de los servicios que presta.

Los servicios de salud que presta el IMSS a sus derechohabientes se divide en tres niveles, esta separación se hace de acuerdo a la complejidad de la atención que requiere el paciente y cada nivel corresponde a diferentes tipos de unidades médicas, relacionadas funcionalmente entre sí. El primer nivel de atención otorga servicios de salud integrales y continuos al individuo y la familia, el segundo y tercer nivel se encargan de las especialidades, es decir, cuando el paciente requiere ser hospitalizado para ser intervenido. Es preciso señalar que este estudio se aboca al primer nivel de atención que es el que se presta en las Unidades de Medicina Familiar, la pretensión de analizar la U.M.F. #4 se baso en un primer momento como

punto de referencia de la política pública que implemento el Gobierno Central en un período que es abarca del año 2000 al 2003, conforme se avanza en la investigación la información con la que se contó permitió abordar la política pública de manera general en todo el proceso y en los resultados obtenidos son generales, es por eso que se analizó de esta manera el objeto de estudio y la justificación de la investigación no pierde su importancia al ser la atención y servicio el punto de referencia del mismo.

En este estudio se aborda en el primer capítulo el marco referencial y conceptual que nos ayudará a entender conceptos elementales como la seguridad social, la intervención del Estado para garantizarla, a la administración pública y la política pública junto con los elementos que la componen y el contexto en el que se origina y a partir de que necesidades.

La política pública en este estudio es abordada como un conjunto de acciones combinadas con flujos de información relacionados con un objetivo público, -que en este caso es la mejora de servicios de atención en el primer nivel de atención-, en el que participan la ciudadanía, en ocasiones el sector privado, y la realización de estos objetivos las procura el sector público.

En el segundo capítulo se muestra ya la estructura básica del IMSS, los servicios y atribuciones que tiene, así como la política pública traducida en el Proceso de Mejora de Medicina Familiar, se explica la estructura de la misma y de donde surge este proceso, es decir, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que se derivan a su vez del Programa Nacional de Salud y este a su vez, del Plan Nacional de Desarrollo 2011-2006. Aquí se aborda ya el objeto de estudio de manera descriptiva.

La mala atención, los tiempos de espera y el abastecimiento de recetas médicas son los principales problemas que se detectaron y el mejoramiento de los mismos se convierte a su vez en los principales indicadores para la medición del avance para dar solución a estos problemas. La hipótesis del trabajo parte de la situación

financiera por la que atraviesa el IMSS, la infraestructura con la cuenta junto con la preparación, actitud y aptitud de quienes se encargan de ofrecer el servicio es quizá la causa de que la atención que recibe y percibe el derechohabiente no sea la óptima y que solo mejorando estos aspectos básicos la implementación de la política pública puede ser exitosa.

El tercer capítulo se aboca al análisis de la implementación del Proceso de Mejora Continua y los resultados y avances que se han obtenido, así en las conclusiones se pretende dar un punto de vista de esta situación y se ofrece una propuesta para el mejor escenario posible que se necesita para que esta política pública tenga el éxito que se espera y la población derechohabiente sea la principal beneficiada a este respecto.

Dentro de la bibliografía se señalan las fuentes de información de autores importantes en el tema de seguridad social, políticas públicas, las notas del seminario taller, así como las direcciones electrónicas del IMSS y la Secretaría de Salud para obtener la información estadística y los avances del Proceso de Mejora de Medicina Familiar.

CAPÍTULO 1.

Marco Teórico referencial

El estudio del origen y existencia del Estado ha sido abordado por diversos especialistas que han contribuido con sus teorías para darnos una perspectiva de por qué y para qué surge en diversos momentos y espacios del desarrollo de las sociedades.

1.1 El Estado

Mauricio Hauriou define al Estado como "el régimen que adopta una Nación mediante una centralización jurídica y política que se realiza por la acción de un poder político y de la idea de la *res pública* como conjunto de medios que se ponen en común para realizar el bien común".¹ Se destaca aquí el elemento finalista: el bien común.

Por su parte, Heller refiere al Estado como "una estructura de dominio duraderamente renovada a través de un obrar común actualizado representativamente, que ordena en última instancia los actos sociales sobre un determinado territorio"². Aparece aquí el poder monopolizado territorialmente, la existencia de un orden jurídico y administrativo organizado como sistema, que descansa sobre disposiciones fundamentales, y la existencia de un cuerpo administrativo consagrado a su cumplimiento.

En esta investigación se coincide con el concepto de Jorge Chávez Presa, que lo concibe "como la organización política, social y económica de una sociedad, que es autónoma y soberana dentro de un área geográfica y que cuenta con instancias de gobierno que desempeñan funciones conferidas por la misma sociedad".³ Ergo, el Estado surge como una necesidad de las sociedades que

¹ SERRA Rojas, Andrés, Diccionario de Ciencia Política, Ed. F. C. E., Tomo I, México 1998, pp. 437

² Ibid.

³ CHÁVEZ Presa, Jorge A., Para recobrar la confianza en el gobierno: hacia la transparencia y mejores resultados en el presupuesto público, Ed. F.C.E., México 2002, p. 38

deciden constituirlo para encauzar los esfuerzos individuales hacia la obtención de beneficios comunes que sólo colectivamente es posible alcanzar. Por esta razón, el desarrollo de cualquier sociedad es, por naturaleza, una tarea en la que son corresponsables todos sus miembros.

El Estado emana de la nación o del pueblo como la institución⁴ suprema que se organiza de manera soberana en un territorio determinado, con un régimen jurídico específico, con independencia y autodeterminación, con órganos de gobierno y de administración en diferentes niveles de competencia; dichos órganos pretenden la consecución de los objetivos determinados en una Constitución, y para cumplirlos, actúan en nombre del Estado.

En la actualidad vivimos el proceso de la redefinición del Estado conocida también como reforma del Estado, Gonzalo Varela plantea que esta se origina por:

1. Un cambio que ha dado como resultado una nueva inserción en las economías en el mercado mundial.
2. Un redimensionamiento de los aparatos estatales, tanto en las funciones que cumplen, y en el personal que emplean, como en la relación entre el Estado con la economía y la sociedad en general.
3. Se ha dado también un redimensionamiento de los aparatos financieros, aspecto que resulta clave para estimar la nueva relación entre Estado y sociedad y entre naciones y el sistema internacional.

La cuestión financiera se ha mantenido a la cabeza como indicador de reformas estructurales, dada su capacidad de transformación, permaneciendo como factor determinante desde la crisis de la deuda hasta la reforma del Estado.⁵

⁴ El término *institución* se utiliza aquí como conjunto de reglas, esto es, normas que regulan, dirigen y condicionan la conducta individual en una sociedad.

⁵ VARELA, Gonzalo: "*Tendencias de la reforma del Estado en América Latina*" en MASSÉ Narváez, Carlos E., SANDOVAL, Eduardo Andrés, *Políticas Públicas y Desarrollo Municipal: problemas teórico prácticos de la gestión pública municipal*. Ed. El Colegio Mexiquense, México 1995, p. 107

Los cambios en la relación Estado-sociedad proporcionan nuevas oportunidades de organización y de oposición políticas, obligando a la postre, como se esta viendo en México, a una transformación del régimen político.

Para conseguir sus cometidos, el Estado se apoya en la administración pública que tiene la responsabilidad de encausar sus actividades a la consecución del interés público.

En este tenor, Wilburg Jiménez Castro define la administración pública como "la actividad administrativa que realiza el Estado para satisfacer sus fines, a través de organismos que componen la rama ejecutiva del gobierno y de los procedimientos que ellos aplican, así como las funciones administrativas que llevan a cabo los otros órganos y organismos del Estado".⁶

La administración pública incluye la selección de los métodos más convenientes para la prestación de los servicios públicos y hacer cumplir las leyes; la dirección y supervisión de las labores necesarias para llevar a la práctica la política pública, la realización de las tareas rutinarias; y la solución de las disputas y demandas que origina el cumplimiento de estas funciones.

En este sentido, debe entenderse a la administración pública como el conjunto de acciones encaminadas a cumplir o hacer cumplir la política pública, la voluntad de un gobierno, tal y como esta es expresada por las autoridades competentes. Es pública por que comprende las actividades de una sociedad sujeta a la dirección política, las cuales son ejecutadas por las instituciones gubernamentales. Es administración por que implica la coordinación de esfuerzos y recursos, mediante los procesos administrativos básicos de planeación, organización, dirección, control y evaluación.⁷

⁶ JIMÉNEZ Castro, Wilburg, Administración Pública para el Desarrollo Integral, Ed. F. C. E., México 1975. p 152

⁷ MONTES de Oca, Juan, material proporcionado para el Seminario Taller: Políticas Públicas para asuntos de Gobierno, Modulo I Universidad Nacional Autónoma de México, ENEP Acatlán 2003 p. 16

En México, "la gestión pública se sustenta en planes y programas específicos, los cuales tienen su fundamento en la Constitución y en la Ley de Planeación. De este sistema se deriva el Plan Nacional de Desarrollo, documento sexenal preparado por el Ejecutivo federal para normar obligatoriamente sus programas institucionales, sectoriales y especiales, así como para guiar la coordinación de sus tareas con los otros poderes de la Unión y con los órdenes estatales y municipales. Este plan es la base para inducir la participación corresponsable del sector social y los particulares".⁸

Los programas que se derivan del Plan Nacional de Desarrollo tienen una vigencia que no excede las del propio plan. En ellos se especifican los objetivos, prioridades y políticas de cada sector administrativo. Contienen estimaciones de recursos y determinan responsables para su ejecución.

Esta es la forma en que la sociedad participa en la formulación de las políticas que elabora el Estado a través del Gobierno y por medio de la administración pública se ponen en marcha para la consecución del interés público.

1.2 Gobierno y Políticas Públicas

El gobierno, como elemento integrante del Estado, es el conjunto de organizaciones que ofrece productos, presta servicios y ejerce funciones para satisfacer las necesidades de la sociedad, siendo además la autoridad que dirige la forma de gobernar.

Para ampliar más el concepto de gobierno lo podemos entender como: "conjuntos de organizaciones –ministerios, concejalías, empresas públicas, juzgados, escuelas, hospitales, etcétera- que combinan recursos –normativos, humanos, financieros y tecnológicos- y los transforman en políticas, en programas públicos, en servicios, en productos, para atender los problemas de los ciudadanos,

⁸ LOPEZ Presa, José Octavio, Corrupción y cambio, Ed. F. C. E., México 1998, p. 126-127

controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, en definitiva, lograr unos impactos –objetivos- sociales, políticos y económicos”.⁹

Desde esta perspectiva, podemos entender con más claridad al Estado como la figura que regula las actividades de la sociedad en general, que garantiza su convivencia y desarrollo con leyes y reglas dentro de un espacio geográfico determinado y que para cumplir con este cometido a través del gobierno como parte integrante del Estado, -y no el Estado mismo, como se llega a confundir en ocasiones- se apoya en la administración pública para la ejecución de las acciones pertinentes para la satisfacción de las demandas de la sociedad.

Con respecto a la definición de políticas públicas, hay una gran diversidad de ellas, por lo cual resulta difícil establecer una definición única.

Para Luis A. Villanueva “al hablar de políticas públicas queremos decir decisiones de gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y el dinero de los privados, en su calidad de ciudadanos y electores contribuyentes”.¹⁰

Eugenio Lahera por su parte señala “que una política pública corresponde a cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente con la participación de la comunidad y el sector privado”.¹¹

Podemos entender entonces que la política pública designa la(s) política(s) gubernamental(es) o de una organización no gubernamental en un determinado país, cuando reúne ciertas condiciones. Las estrategias de acción que le son imputables a los gobiernos, o a ciertas organizaciones no gubernamentales en su cotidiano quehacer frente a la gran diversidad de áreas de problemas y situaciones que se enfrentan en cada coyuntura, cuando de tales estrategias puede sostenerse

⁹ TAMAYO Sáez, Manuel: “*El análisis de las políticas públicas*” en BAÑÓN, Rafael y CARRILLO, Ernesto, *La Nueva Administración Pública*, Alianza Editorial, Madrid 1997, p. 281

¹⁰ AGUILAR Villanueva, Luis, *El Estudio de las Políticas Públicas*, Ed. Miguel Ángel Porrúa, México 2000. p. 36

¹¹ LAHERA Parada, Eugenio, *Introducción a las Políticas Públicas*, Ed. F. C. E., México 2002, p 15-16

argumentalmente que tienen sentido público y/o responden al resultado de la agregación de las voluntades individuales del público ciudadano.

Las políticas públicas son un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detecta la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema.

Definición de Policy

El término de política pública proviene del término anglosajón Policy que no tiene un equivalente de traducción al idioma español como son los de Politics y el de Police, cada uno de ellos tiene un significado diferente.¹²

De acuerdo al maestro Enrique Bailleres encontramos también las siguientes definiciones:

Politics

El término hace referencia a la lucha por el poder en grupos de interés, individuos y categorías sociales para ocupar una posición privilegiada de dominio sobre los demás.

Policy

Se define como un marco de orientación, en el que se da la participación social, para la actividad gubernamental dirigido a la satisfacción de las demandas de la sociedad.

Police

Su función se circunscribe al resguardo del orden y la seguridad pública nacional.

¹² Notas del Diplomado Nacional "Políticas Públicas, Gerencia y Gobierno Local", Módulo Dos. El Enfoque de los Asuntos Públicos, Mtro. Enrique Bailleres Helguera, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, México 2002, p. 2

El enfoque por etapas más comúnmente utilizadas de las políticas públicas son:

- Análisis
- Diseño y formulación
- Implementación
- Evaluación

Análisis

Se concibe como un proceso donde lo primero es el reconocimiento del gobierno de la existencia de un problema, para lo cual pasará a formar parte de los asuntos gubernamentales, correspondiente a la llamada incorporación a la agenda. En esta etapa corresponde preguntarse y analizar como se va a enfrentar el problema.

Diseño y formulación

Se refiere al uso de la información con que se cuenta para el análisis del problema, lo cual en muchas ocasiones constituye uno de los problemas para el hacedor de las políticas públicas (*public policymaking*) dado que ésta suele estar limitada y en ocasiones distorsionada.

Implementación

La ejecución de la política o implementación de la misma corresponde a una etapa problemática, pues se exige la ubicación de las decisiones en el aparato público. Para muchos gobiernos es desalentador el toparse con una incapacidad para llevar al cabo decisiones políticas, derivadas de diversos factores, donde existe carencia de recursos, de formación y hasta niveles de corrupción importantes.

Evaluación

La última etapa corresponde a la respuesta de sí la política hace lo que supuestamente debe hacer. En esta etapa muchas ocasiones se prefiere una evaluación más intuitiva que sistemática.

Algunos de los elementos que integran la definición de una política pública son¹³:

Agenda de los poderes públicos

Entendida como el conjunto de problemas se estima pertinente atender bajo un contexto determinado.

Actores

Son los diferentes participantes en la formulación y ejecución de la política pública, cuyos intereses y valores se ven afectados por la formulación o implementación de las políticas públicas. Pueden ser partidos políticos, organizaciones sociales, gremiales, el ejército, las centrales obreras y campesinas, las Secretarías de Estado, los Gobiernos estatales y municipales, empresas paraestatales, empresas privadas, entre otras.

Escenarios

Construcciones prospectivas basadas en la actuación pasada y presente de los actores. Se intenta prever como se comportaran a fin de analizar cuales serán las consecuencias de cada posible curso de acción que puedan elegir y por tanto actuar sobre alguna o algunas variables, para modificar dicha situación.

Ecología

Relación de equilibrio que debe existir entre los seres humanos y el medio ambiente.

Gobernabilidad

Capacidad del gobierno para mediar en los conflictos obteniendo soluciones satisfactorias para las partes en pugna.

Conflicto

Situación en la cual existe contradicción de intereses.

¹³ MONTES de OCA op. cit. p. 29

Las políticas públicas rara vez se extinguen por completo, es más habitual que cambien o se combinen con otras. Se ha llegado a decir que las políticas públicas son inmortales. Sin embargo, existen políticas con aspectos temporales definidos, después de los cuales dejan de existir, por diseño.

Una vez señalados dichos conceptos, en el siguiente apartado se tratará la gestión pública y su relación con la política pública.

1.3 Gestión pública

Dado que la administración de los programas que formula el gobierno, tales como sanidad, servicios sociales, transportes, obras públicas, normativa medioambiental, combate a la pobreza, etc., traspasa las fronteras gubernamentales, es decir, que la implementación de una política requiere en ocasiones de la intervención de diferentes unidades u órganos institucionales, los responsables de estos programas deben mantener contactos transjurisdiccionales.

Estas relaciones entre niveles de gobierno se conocen como relaciones intergubernamentales (RIG), las RIG¹⁴ se refieren al análisis y a la comprensión del conjunto de interacciones entre unidades administrativas mientras que la gestión pública hace referencia a la ejecución cotidiana de dichas interacciones que buscan satisfacer las necesidades colectivas.

La gestión pública se refiere a las transacciones diarias o relaciones informales entre los elementos gubernamentales componentes de un sistema político administrativo. En su calidad de función de las RIG subraya el proceso de logro de objetivos, puesto que la gestión constituye un proceso mediante el cual los empleados intervinientes

¹⁴La noción de las relaciones intergubernamentales sigue, en su sentido más básico, la definición propuesta por William Anderson. A saber: *“un importante contingente de actividades o interacciones que tienen lugar entre unidades de gobierno de todo tipo y de nivel territorial de actuación”*. AGRANOFF, Robert, “Las relaciones y la gestión intergubernamentales” en BANON, Rafael y CARRILLO, Ernesto, La Nueva Administración Pública, Alianza Editorial, Madrid 1997, p. 127

encaminan sus actuaciones hacia objetivos concretos. Deil Wright atribuye tres cualidades especiales a la gestión pública GIG:

1. Su enfoque se centra en la resolución de problemas, es decir, es un proceso basado en la acción que permite a los gestores de todos los niveles hacer algo constructivo.
2. Proporciona un mecanismo para entender y funcionar con el sistema tal como es, incluyendo perspectivas estratégicas que expliquen el cómo y el porqué de los cambios interjurisdiccionales, así como unas directrices sobre cómo actuar con el sistema.
3. Un énfasis en los contactos y el desarrollo de redes de comunicación.

Los gestores públicos, tanto los que trabajan en los gobiernos locales o municipales como los empleados en el Gobierno Central, desempeñan un papel clave en la implantación de programas intergubernamentales.

1.4 Seguridad Social

México cuenta con un sistema de seguridad social que a pesar de su insuficiente desarrollo ha tenido un papel importante en la modernización y crecimiento económico como un mecanismo de protección a los grupos más vulnerables de la sociedad.

El término de seguridad social se utiliza frecuentemente para referirse al conjunto de seguros y prestaciones sociales de cobertura universal que se han implantado en los países capitalistas desarrollados a lo largo de este siglo. Tuvieron su origen en los movimientos sociales de fines del siglo XIX. La primera legislación sobre accidentes de trabajo y seguro contra enfermedades se obtuvo del canciller Bismarck¹⁵, a partir

¹⁵ Canciller del imperio y primer ministro de Prusia, su política interior a partir de 1871 se orientó a consolidar la unidad alemana. Bajo su mandato la economía alemana se desarrolló considerablemente; dotó al país de la

de entonces crecieron bajo la forma del seguro social que se diferencia de la seguridad social por el universo poblacional que atiende y que se encuentra reducido a los trabajadores asalariados.¹⁶

El sistema bismarckiano o profesional tiene tres rasgos básicos:

- La población protegida es aquella que tiene una relación laboral remunerada y solo se extiende a grupos no asalariados de modo limitado. Por esto se le llama "profesional" porque solo las profesiones o gremios tienen un seguro social.
- La aportación al trabajo es al mismo tiempo condición y medida para tener acceso a la seguridad social, es decir, la contribución al seguro social es definida por el salario, pero determina la cobertura del seguro.
- El seguro se constituye a partir de los riesgos que surgen del trabajo o de la actividad profesional.

El modelo Beveridge tiene como características las siguientes:

- Cobertura universal de la población independientemente de su situación laboral, gremial, o profesional.
- Se define un mínimo de ingreso y de prestaciones a las cuales tiene acceso cualquier persona. Los asalariados y profesionales tendrán prestaciones superiores al mínimo de acuerdo con sus contribuciones al seguro social.

En sentido amplio, el sistema de seguridad social cubre un conjunto de actividades que realiza el sector público en torno al bienestar de los individuos, sus familias y grupos sociales organizados. En distintos países del mundo se han desarrollado

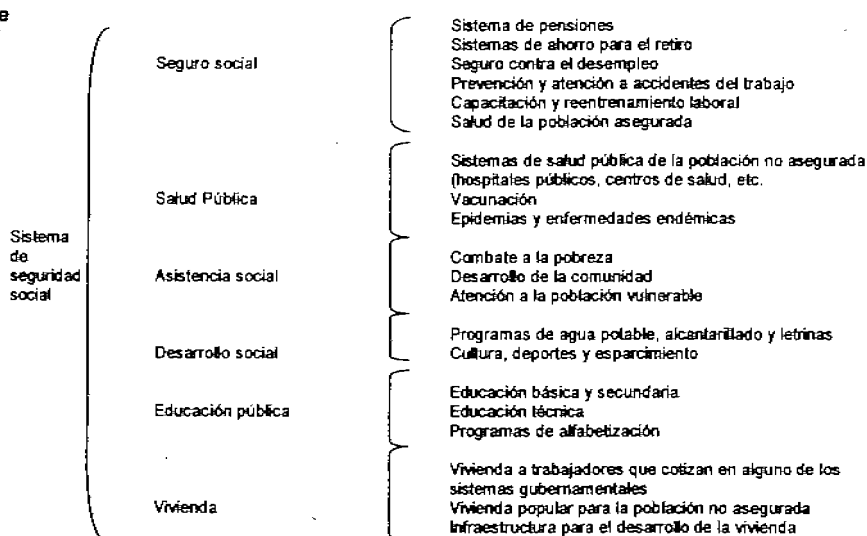
política social más avanzada de Europa en cuanto a seguros sociales aunque mantuvo su odio al socialismo. Véase en SERRA Rojas op. cit. p. 119

¹⁶ AYALA Espino, José, Economía del sector público mexicano, Ed. Esfinge, UNAM, México 2001, p. 493

diferentes sistemas de seguridad social de acuerdo con su grado de desarrollo, sus posibilidades económicas, tipo de régimen político y tradiciones culturales. Todos contienen, en algún grado los siguientes grandes capítulos: el seguro social y sus actividades, la salud pública, la asistencia social, el desarrollo social, la educación pública y la vivienda. En el siguiente esquema se presentan las principales características de este sistema.

CUADRO 1

Sistema de Seguridad Social en México



El modelo a partir del cual se desarrollaron la mayor parte de los sistemas de seguro social en el mundo fue el de reparto, el sistema funciona con base en una cuenta única (retiro, enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo) seguido al que ingresan las cotizaciones de los trabajadores en activo y de las que se pagan las pensiones de los trabajadores jubilados, las licencias de las madres cuando se acerca el parto durante su convalecencia y los servicios médicos, sociales y de guardería.¹⁷

¹⁷ AYALA Espino op. cit. p. 495

Bajo ciertos supuestos demográficos (una población que crece a una tasa constante y una economía que permite emplear a esa población) el sistema es autosostenible financieramente mientras la base de trabajadores cotizando sea mucho más grande que el número de pensionados.

La seguridad social reviste una importancia trascendental debido al papel que juegan dentro de la política social del Estado, es decir, en la provisión de salud, asistencia médica y de todos aquellos servicios sociales para el bienestar individual y colectivo de la sociedad. Una forma de promover el crecimiento de un país radica en el impulso que se le asigne a su modelo de seguridad social, donde lo mejor sería ofrecer aquel modelo que ofrezca a su población las mejores alternativas viables con el fin de lograr el desarrollo integral de ésta.

En el desarrollo de la protección social se encuentran dos conceptos técnicamente diferentes: seguro social y seguridad social.

- Los sistemas de seguros social están basados en las relaciones que se establecen entre el trabajador y su empleador, sea éste un particular o el Estado, a partir del empleo social.
- La seguridad social, en cambio, surgió en Inglaterra en los años de la segunda guerra mundial a partir del informe Beveridge. Aunque reconoce la vigencia de un arreglo institucional tripartito, concede al Estado mayor capacidad reguladora y también mayores cargas financieras para el sostenimiento de un sistema de prestaciones más ambicioso.

Los sistemas de seguro social se caracterizan por:

- a) Programas separados para atender distintos riesgos sociales (especialmente riesgos profesionales, pensiones y enfermedad). Cobertura de la fuerza

laboral empleada en relación de dependencia (asalariada) esencialmente urbana.

- b) Cotizaciones salariales tripartitas (pagadas por el asalariado, el empleador y el Estado).
- c) Prestaciones directamente relacionadas con las cotizaciones.
- d) Regímenes técnico-financieros de capitalización.

La seguridad tiene normalmente un carácter estatal y obligatorio, gestionada por la administración, pero en ciertos casos coexisten en ellas otras organizaciones de seguridad social de menor nivel para atender los ámbitos: profesional, sectorial, y mutualista, que son el resultado de acuerdos especiales entre determinados grupos de patrones y obreros, o resultado de la unión de profesionales liberales, o también como uniones mutualistas voluntarias.

El propósito fundamental de la seguridad social consiste en proteger al individuo y a su familia de las inestabilidades y amenazas que de manera natural se presentan en la vida normal de las personas: su muerte, la de sus seres más cercanos, la pérdida del empleo, la enfermedad, etc. Por esta razón los estados han expedido leyes para proteger al trabajador, con el propósito de evitar la inestabilidad sociopolítica y mantener el control de las conductas de la sociedad.

En México, la seguridad social ha representado un medio para mantener la paz y la cohesión sociales, para luchar contra la pobreza, las desigualdades e impulsar la redistribución de la riqueza de la nación. La Constitución contiene las instituciones que dan forma a la seguridad social, incluye los derechos individuales tradicionales, pero también adiciona las garantías sociales destinadas a la protección de los distintos grupos sociales para asegurar su bienestar.

Institucionalidad de la Seguridad Social en México

La aprobación en 1917 de la Constitución Representó el inicio de la construcción del sistema de seguridad social, al reconocer los derechos sociales de los trabajadores y recomendar el establecimiento de instituciones de seguridad. El marco institucional del sistema tiene sus fundamentos en los artículos 4, 73, y 123 de la Constitución. En especial, el último artículo establece el derecho a la seguridad social de todos los asalariados, mediante un sistema dual, en que organismos análogos se encargan de administrar los seguros de salud, seguros por enfermedades profesionales y no profesionales, y vivienda de los trabajadores del sector privado y de los trabajadores al servicio del Estado.

CUADRO 2

Marco institucional de la seguridad social mexicano

<i>Necesidad</i>	<i>Grupo Social</i>		<i>Fundamento constitucional</i>	<i>Legislación vigente</i>
Seguro Social	Trabajadores en general		Art. 123 Apartado A	Ley del seguro social (1973)
Salud	Trabajadores del Estado	Art. 4	Art. 123 Apartado B	Ley del ISSSTE (1983)
	Población general			Ley general de Salud (1984)
	Población indigente	Art. 4		Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (1986)
Vivienda	Trabajadores en general		Art. 123 Apartado A	Ley del seguro social (1973)
	Trabajadores del Estado		Art. 123 Apartado B	Ley del ISSSTE (1983)
	Trabajadores en general		Art. 123 Apartado A	Ley del INFONAVIT (1972)
	Trabajadores del Estado		Art. 123 Apartado B	Ley del FOVISSSTE (1972)

FUENTE: Lomelí Vanegas, 1997¹⁸

En cuanto a la estructura administrativa encargada de la ejecución y observancia del marco institucional anterior, con exclusión de los subsectores de vivienda y abasto,

¹⁸ Véase en AYALA Espino *op. cit.* p. 500

queda a cargo de un conjunto de dependencias del ejecutivo federal. Entre las que destacan la Secretaría de Salud, el DIF, el ISSSTE y el IMSS.

Asimismo, el sistema de seguridad social mexicano se ha subdividido a su vez en dos sectores, donde los organismos se agrupan de acuerdo con la necesidad social a la que responden y a su cobertura, ejemplo de ello es que existen organismos mixtos, como el IMSS y el ISSSTE, dado que conjuntan sistemas de atención médica con fondos de previsión para el pago de pensiones y de seguros contra accidentes de trabajo, maternidad y enfermedades profesionales y no profesionales. Por su parte, los organismos de asistencia social y salud pública (SSA), no ofrecen un paquete integral de prestaciones, a pesar de que el DIF ha ido ampliando el tipo de servicios que ofrece.

CUADRO 3

Estructura del sistema de seguridad social en México

<i>Necesidad</i>	<i>Legislación</i>	<i>Organismos</i>
Salud	Ley General de Salud	Secretaría de Salud
	Ley Sobre el Sistema Nacional	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
	Ley del Seguro Social	Instituto Mexicano del Seguro Social
Seguro Social	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado	Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
	Ley del Seguro Social	Instituto Mexicano del Seguro Social
	Ley del ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
Vivienda	Ley del INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional Para la Vivienda de los Trabajadores
	Ley del ISSSTE	Fondo para la vivienda del ISSSTE

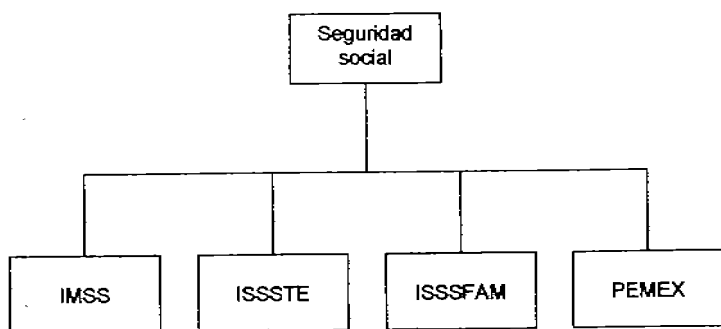
FUENTE: Lomeli Vanegas, 1997¹⁹

¹⁹ Véase en AYALA Espino op. cit. p. 501

Organización de la Seguridad Social en México

El sistema de seguridad social en México está constituido principalmente por cuatro grandes organizaciones que destinan sus recursos y programas a grupos de población claramente diferenciados. El IMSS atiende a los trabajadores empleados por un patrón; el ISSSTE a quienes prestan sus servicios en las dependencias del Estado; la empresa paraestatal PEMEX a quienes sirven en su estructura y por último, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, que atiende a los integrantes de las mismas.

FIG. 1 Estructura del sistema de seguridad social en México



1.5 Servicios Médicos y niveles de Atención en el IMSS

Como se ha observado anteriormente y conforme al artículo 2 de La Ley del Seguro Social "la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, a la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizado por el Estado."

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es parte integrante de los organismos públicos que garantizan la seguridad social en México y ofrece varios servicios

destinados a la consecución de éste objetivo. En esta investigación se analizará básicamente los servicios de Atención de primer nivel para la salud que se ofrecen en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS para examinar la implementación de la política pública para la mejora del servicio que se ofrece y específicamente en la UMF #4.

Es por tanto pertinente ubicar algunos conceptos para la mejor comprensión de la organización que hay dentro del IMSS para ofrecer este servicio básico de salud.²⁰

Población derechohabiente y/o legal

Es el conjunto de personas con derecho a recibir prestaciones en especie o en dinero conforme a lo establecido por la ley. Este grupo incluye asegurados directos o cotizantes, pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos.

Medicina Familiar

Disciplina médica que con enfoque científico, estudia el proceso salud enfermedad en la familia y sus miembros, con el propósito de explicar las causas y efectos que ocurren en ellos e intervenir para modificarlos en su beneficio.

Unidad de Medicina Familiar

Nivel de atención médica primaria: unidad de adscripción con servicios de medicina familiar integral, que cuentan con servicios de laboratorio y curaciones, inyecciones e inmunizaciones. Proporciona atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud a individuos y familias, independientemente de su edad, sexo y naturaleza de la enfermedad y de ser necesario, refiere los casos al nivel secundario. Unidad de atención médica y domiciliaria para proporcionar atención de medicina familiar integral, con recursos propios del primer nivel, a los individuos y familias que tiene adscritos.

²⁰ IMSS, División Técnica de información estadística en salud. "Glosario de términos en aspectos de información del área médica," Dirección de Prestaciones Médicas, Diciembre 2002

Niveles de Atención Médica

Es la forma de organizar los recursos en cantidad y en calidad, para producir un determinado volumen y estructura de servicios de salud, de diversos grados de complejidad, con la finalidad de brindar atención médica eficiente y adecuada a la problemática de salud que presenta cada paciente. Los servicios médicos están estructurados y regionalizados para su mejor funcionamiento, en tres niveles de atención, a los que corresponden diferentes tipos de unidades médicas, relacionadas funcionalmente entre sí.

Primer Nivel de Atención Médica

Constituye el sitio de entrada al sistema de salud institucional, para otorgar servicios de salud integrales y continuos al individuo y la familia, mediante el estudio y atención de la historia natural del proceso salud-enfermedad.

Segundo Nivel de Atención Médica

Corresponde a los hospitales generales de subzona, zona o región, en donde se atienden a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención, que requieren procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, empleando para ello los recursos asignados a su hospital como son: la consulta externa especializada, los servicios de urgencia, cirugía, hospitalización y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Tercer Nivel de Atención

Es la red de hospitales de alta tecnología y máxima resolución diagnóstica-terapéutica. En ellos se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten o por excepción los que el primer nivel envíe de conformidad a la complejidad del padecimiento.

El órgano interno del IMSS encargado de la consecución de los objetivos establecidos para garantizar la atención a la salud es la Dirección de Prestaciones Médicas, quien organiza y administra los recursos con que se cuenta.

“En concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y con el Programa Nacional de Salud de la presente administración, la Dirección de Prestaciones Médicas viene consolidando un cambio progresivo enfocado al desarrollo de nuevos modelos de atención, a la provisión de atención integral a la salud y a la implementación de nuevos esquemas de organización y de programas para la modernización institucional, sin perder de vista la satisfacción tanto del usuario como del prestador de servicios.”²¹

Se puede notar con más claridad que el Gobierno a través del IMSS, que se encarga de este servicio integrante de la seguridad social, formula las políticas que se encaminan a la consecución de esta importante necesidad, como lo es el derecho a la salud.

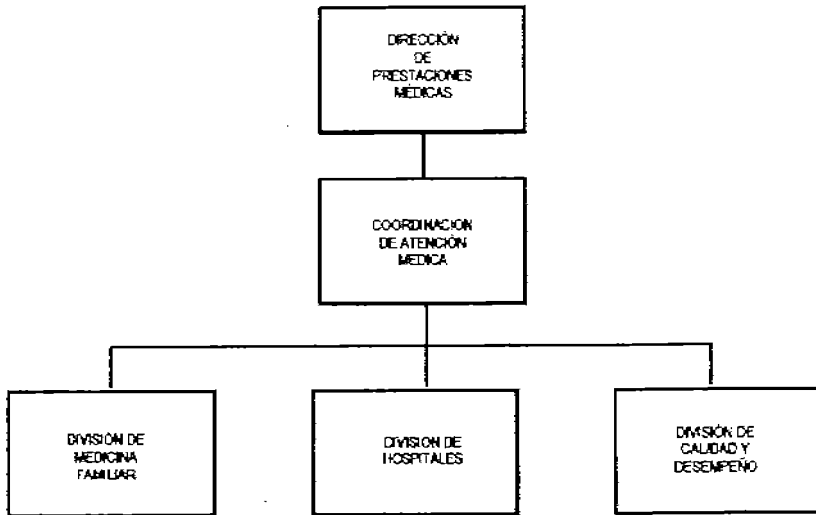
Es importante mencionar que la nueva estructura de la Dirección de Prestaciones Médicas y de las áreas que la integran, reflejan con mayor precisión el alcance de las funciones y programas a cargo de las mismas, a efecto de responder de manera apropiada a las necesidades y expectativas de salud de los derechohabientes y mejorar el desempeño de la prestación de los servicios institucionales, para seguir contribuyendo a elevar los niveles de salud de la población e incidir favorablemente en la modernización institucional.²²

²¹ IMSS, Dirección de Administración, Organización y Calidad. Unidad de Organización y Calidad. “Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas,” Octubre 2002, p. 4

²² Ibid

En el siguiente organograma se presenta la estructura de la Coordinación de Atención del IMSS

CUADRO 4 COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA



OCTUBRE 2002

Algunos de los objetivos que se establecen en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas son:

- Garantizar el derecho humano a la atención de la salud y el acceso a los servicios médicos de los derechohabientes y usuarios no derechohabientes del Instituto.

- Promover el desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura médica, así como la modernización de los servicios de atención a la salud, para responder de manera apropiada a las necesidades y expectativas de salud de la población derechohabiente.
- Contribuir al bienestar social a través de la protección, promoción y cuidado de la salud, y vigilancia del medio ambiente.
- Contribuir a la mejora del nivel de salud de los trabajadores, a través de acciones de prevención de riesgos de trabajo, atención al daño, rehabilitación y reincorporación laboral.
- Contribuir a la atención a la salud de excelencia, mediante la generación y uso creciente de los conocimientos científicos derivados de la investigación en salud.

Las políticas que se establecen son las siguientes:

- Mejorará la calidad, equidad y accesibilidad de los servicios de atención a la salud.
- Reorganizará los servicios de atención a la salud para que respondan a las necesidades y expectativas de la población protegida, considerando la disponibilidad de recursos de la Institución.
- Incrementará la eficiencia en la prestación de los servicios de atención a la salud, que redunde en la contención de costos, la recuperación de gastos y la asignación y uso racional de los recursos en un marco de transparencia y rendición de cuentas.
- Promoverá la formación de capital humano, la educación continua del personal de salud y la capacitación gerencial.

- Fortalecerá el Sistema de Información en Salud, implementará el Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema Institucional de Salud y apoyará la rendición de cuentas.
- Estrechará los vínculos de colaboración con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.
- Promoverá la autonomía de gestión y la capacidad resolutiva de las áreas de prestaciones médicas, en los ámbitos regional, delegacional, y de unidad operativa.
- Vinculará sus acciones con las políticas nacionales e internacionales de salud.

La ordenación de las políticas públicas enfocadas a la seguridad social, en lo concerniente a la prestación de servicios de primer nivel en las UMF, es un asunto que aun manifestando coherencia y racionalidad, se queda en el terreno de los buenos deseos si en la implementación de las mismas no se obtienen los resultados esperados.

En este primer capítulo se han abordado brevemente algunos aspectos teóricos del Estado, la vinculación del gobierno y la administración pública en la elaboración de políticas públicas encaminadas a garantizar la seguridad social y en especial la salud. También se ha revisado brevemente la función de la Dirección de Prestaciones Médicas y los niveles de atención médica. En el siguiente capítulo se pretende abordar la estructura del IMSS, con el objeto de analizar la asistencia que presta y los motivos que dieron lugar a implementar el Proceso de Mejora de Medicina Familiar para los servicios de atención de primer nivel.

CAPÍTULO II

El Instituto Mexicano del Seguro Social y el Proceso de Mejora de Medicina Familiar

La prestación de servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social en el primer nivel de atención tiene como objetivo atender las necesidades de la población derechohabiente, este es un reto para el gobierno Federal debido a que la percepción de los usuarios de este servicio no es satisfactoria, razón por la cual se implementaron mecanismos que buscan mejorar la calidad del mismo y satisfacer las expectativas de la población derechohabiente.

En este capítulo se abordarán las causas que han llevado al Gobierno Federal por medio de la Cruzada Nacional de Servicios de Salud, donde participa el IMSS a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, a implementar el Proceso de Mejora de Medicina Familiar en Unidades de Medicina Familiar para atender de manera eficiente las necesidades de la población que demanda este servicio.

2.1 Aspectos generales del IMSS

En el siglo pasado, los antecedentes de la seguridad social mexicana se identifican en la Constitución de 1917, sin embargo, tuvieron que transcurrir más de dos décadas para que se concretara un proyecto integral que hiciera factible la aspiración del Constituyente al promulgarse en 1943 la Ley del Seguro Social.²³ Los orígenes del sistema de salud pública en México se ubican en 1905, cuando se crea la Dirección General de Beneficencia Pública y se inaugura el Hospital General. A partir de la Constitución de 1917 en sus artículos 73 y 74²⁴ el derecho a la salud es consagrado como un derecho del individuo. El principio constitucional establece que

²³ NARRO Robles, José y MOCTEZUMA Barragán, Javier, *La seguridad social y el Estado moderno*, UNAM, México 1992, p. 343

²⁴ Actualmente el marco institucional de la salud tiene sus fundamentos en los artículos 4, 73 y 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

la salubridad y la asistencia pueden ser federales, estatales y municipales; de ahí toma cuerpo el Consejo Superior de Salubridad, que se convierte en organismo nacional con capacidad jurídica para dictar disposiciones y normas de observancia general y obligatoria en la República. Respecto a la seguridad social, su reglamentación se basa sobre todo en el artículo 123 en lo relativo al trabajo y sus consecuencias.²⁵

A partir de 1943 el sistema de salud adopta una nueva forma con el establecimiento del IMSS que se desarrollaría a la par de una nueva etapa en la vida económica del país, caracterizada por el impulso a la industrialización, estímulo a la alfabetización, urbanización creciente y desarrollo de una amplia clase media. La misma situación marcaría la separación de los servicios de salud: el IMSS, orientado a dar servicio a la población asegurada y la Secretaría de Salubridad y Asistencia para responder a las necesidades de la población abierta, confiéndoles a cada institución funciones normativas y presupuestarias independientes

Cabe señalar que desde 1944, a través de distintas modificaciones a la Ley del Seguro Social, los beneficios del ramo fueron aumentando sustancialmente, tales como: pensiones a familias ascendientes, reducción de las semanas necesarias para tener derecho a los beneficios, gastos médicos a pensionados y a sus derechohabientes y ayuda asistencial, entre otros.

Cuatro décadas después, en 1983 se promulga la Ley General de Salud, la cuál establece el derecho de cada persona a recibir asistencia social, atención médica y a participar de los beneficios de la salud pública, como se establece en el Artículo 1º. de dicha ley:

...“La presente ley reglamenta el derecho a la protección de salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el

²⁵ GUTIERREZ Arriola, Angelina, México dentro de las reformas de salud y seguridad social de América Latina, Ed. Siglo XXI, México 2002, pp. 79-80

acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones de orden público e interés social.”

Durante el gobierno de Ernesto Zedillo, el Programa de la Reforma del Sector Salud (PRS) 1995-2000 se concretó en un proceso de reestructuración y modernización que con diversos grados de avance y peculiaridad aún llevan a cabo las más importantes instituciones que integran al sistema de salud en México, en especial la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y en menor medida el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

El Programa de Reforma en Salud se estableció como una estrategia basada en tres grandes elementos:

- a) Ampliación de la cobertura de los servicios de salud de las instituciones públicas de salud.
- b) Impulso a la descentralización de los servicios de salud sustentados en el fortalecimiento de la federación que permita la coordinación y distribución racional del gasto en la salud.
- c) Reestructuración de las instituciones de salud promoviendo una mayor, equidad, eficiencia y la calidad de los servicios en beneficio de los usuarios.

En la exposición de motivos de la Nueva Ley del Seguro Social presentada en 1995 se reconocía ya por parte del gobierno del entonces primer mandatario de la República la problemática que presentaba el Instituto Mexicano del Seguro Social:

“La iniciativa que propone el Ejecutivo Federal a mi cargo plantea una Nueva Ley del Seguro Social que permita al I.M.S.S. transformarse para superar la delicada situación que enfrenta, brindar mayor protección, elevar la calidad de

sus servicios, ampliar su cobertura y mejorar las condiciones en que se otorgan sus prestaciones...²⁶

Terminado el sexenio del presidente Ernesto Zedillo se siguió presentando esta problemática, al respecto, el Gobierno de Vicente Fox expone en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 que:

El sistema mexicano de salud enfrenta problemas tanto en el componente técnico de la atención como en la calidez de los servicios. Los problemas de calidad en la atención, además, son claramente percibidos como prioritarios por la población mexicana. Los resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado en 1,952 centros de salud urbanos y rurales entre 1997 y 1999 son ilustrativos.

En las unidades de primer nivel había serios problemas de abastecimiento de medicamentos y equipo, un uso deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego a la normatividad de los programas prioritarios. El porcentaje de apego a la norma de atención de diabetes mellitus, hipertensión e infecciones respiratorias agudas, por ejemplo, era de 33, 44 y 20 por ciento, respectivamente.

En los hospitales el equipamiento con frecuencia era insuficiente y obsoleto, y también existía poco apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. La calificación global en 89 por ciento de estas unidades fue menor de 74 puntos sobre 100. En ambos tipos de instalaciones, además, el nivel de satisfacción de los prestadores con su entorno laboral era muy bajo: menos de 40 por ciento de los trabajadores se sentía satisfecho a este respecto.²⁷

Estos antecedentes breves nos llevan a un acercamiento con la problemática que se presenta en la calidad de servicios de atención de que se prestan en las Unidades de Medicina de Atención del IMSS que son las encargadas de proveer el primer nivel de atención en materia de salud.

²⁶ Véase en la Exposición de motivos de la Nueva Ley del Seguro Social, Ley del Seguro Social, Publicada en el Diario Oficial de la Federación del 21 de diciembre de 1995.

²⁷ Véase Programa Nacional de Salud 2001-2006 p.52

2.1.1 Servicios y atribuciones

Las prestaciones sociales que otorga el IMSS se clasifican en dos grandes rubros:

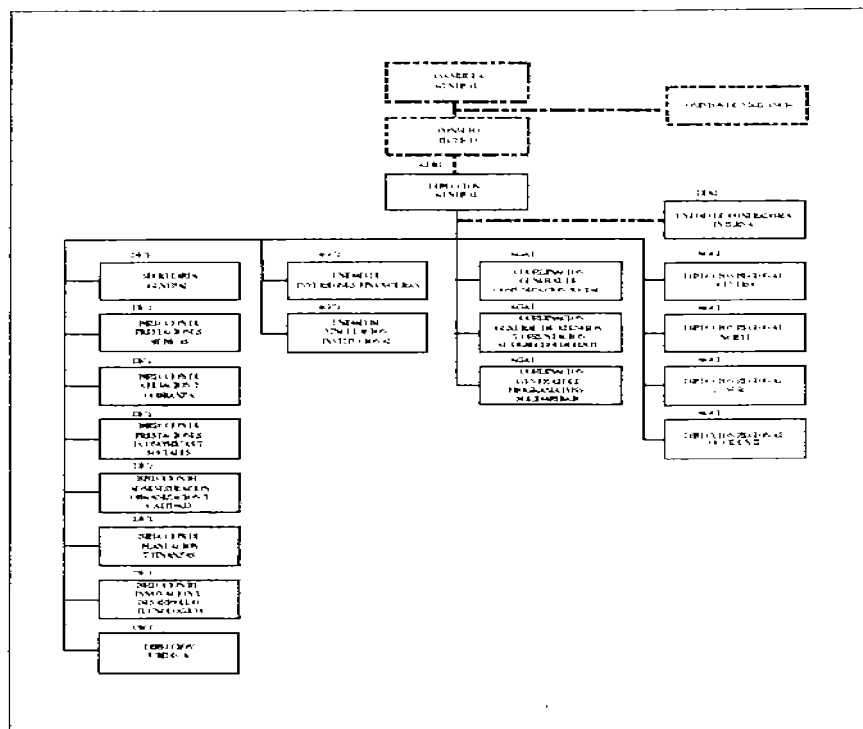
- Prestaciones enfocadas hacia el desarrollo individual, el bienestar familiar y comunitario; en este rubro se ordenan los programas referidos a guarderías, bienestar y desarrollo familiar, atención a jubilados y pensionados, actividades deportivas y centros recreativos (vacacionales).
- Prestaciones que apoyan directamente los procesos productivos y la economía familiar, que en este caso se agrupan en los siguientes programas: tiendas, velatorios y actividades culturales y artísticas.²⁸

El Instituto Mexicano del Seguro Social es una organización que tiene en su origen y estructura una composición tripartita, la conjunción de esfuerzos de los sectores de los trabajadores, empresarial y gubernamental en la condición del Instituto es uno de los pilares en los que reside su fortaleza institucional, esta estructura tripartita se hace presente de manera sistemática en los trabajos que llevan a efecto los órganos superiores de la institución: la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Comité Técnico del SAR.

Dentro de la estructura orgánica del instituto se han establecido dos niveles fundamentales: en primer lugar, el central, compuesto por algunos órganos administrativos con función normativa y, en segundo lugar, el delegacional, en el cual descansa la función operativa.

²⁸ AYALA Espino op. cit. p. 502

CUADRO 5 ESTRUCTURA BÁSICA DEL IMSS



OCTUBRE 2002

El tamaño y dimensión de los servicios que presta y sus atribuciones es muy complejo, en este apartado se presentan algunas de las atribuciones que le confiere la Ley del Seguro Social al IMSS y se presenta de manera esquemática en que nivel se encuentra la Dirección de Prestaciones Médicas que es la encargada en este caso, de la implementación del Proceso de Mejora de Medicina Familiar.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes:²⁹

- Administrar los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia, adicionales y otros, así como prestar los servicios de beneficio colectivo que señala esta Ley;
- Satisfacer las prestaciones que se establecen en esta Ley;
- Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones de esta Ley;
- En general, realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus fines, así como aquéllos que fueren necesarios para la administración de las finanzas institucionales;
- Adquirir bienes muebles e inmuebles, para los fines que le son propios;
- Establecer unidades médicas, guarderías infantiles, farmacias, velatorios, así como centros de capacitación, deportivos, culturales, vacacionales, de seguridad social para el bienestar familiar y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios, sin sujetarse a las condiciones salvo las sanitarias, que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas, con actividades similares;
- Organizar sus unidades administrativas, conforme a la estructura orgánica autorizada;
- Expedir lineamientos de observancia general para la aplicación para efectos administrativos de esta Ley;

²⁹ Artículo 251 de la Ley del Seguro Social, Texto vigente, 5 de enero de 2004.

- Difundir conocimientos y prácticas de previsión y seguridad social;
- Recaudar y cobrar las cuotas de los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia y adicionales, los capitales constitutivos, así como sus accesorios legales, percibir los demás recursos del Instituto, y llevar a cabo programas de regularización de pago de cuotas. De igual forma, recaudar y cobrar las cuotas y sus accesorios legales del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez;
- Establecer coordinación con las dependencias y entidades de las Administraciones Públicas Federal, Estatales y Municipales, para el cumplimiento de sus objetivos;
- Celebrar convenios de coordinación con la Federación, entidades federativas, municipios y sus respectivas administraciones públicas, así como de colaboración con el sector social y privado, para el intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos, en los términos previstos en esta Ley;
- Promover y propiciar la realización de investigación en salud y seguridad social, utilizándola como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, para la mejoría de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación del personal;
- Prestar servicios a quienes no sean sus derechohabientes, a título oneroso, a efecto de utilizar de manera eficiente su capacidad instalada y coadyuvar al financiamiento de su operación y mantenimiento, siempre que ello no represente menoscabo en la calidad y calidez del servicio que debe prestar a sus derechohabientes.

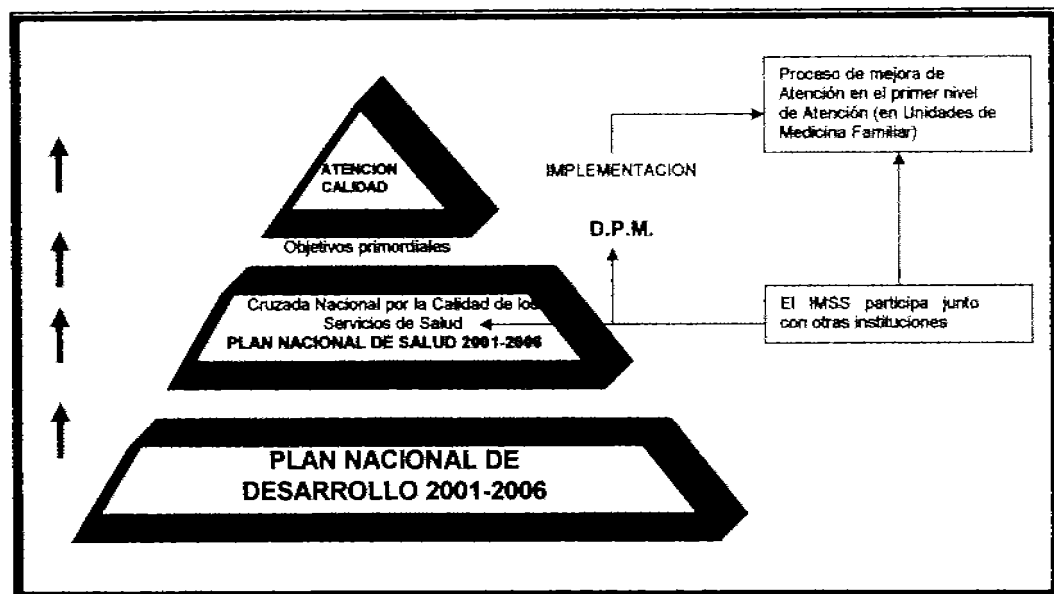
2.2 La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

En respuesta a la problemática expuesta anteriormente, la actual administración echó a andar desde principios de 2001 la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Esta iniciativa se propuso entre otros objetivos:³⁰

- Reducir los tiempos de espera en consulta externa y
- En las unidades de urgencias

En el capítulo anterior se comentaba sobre la vinculación que tiene el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 con el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y la Dirección de Prestaciones Médicas, en este capítulo se busca dejar más claro como esta estructurada esta política pública de mejora de servicios médicos. En el cuadro siguiente se intenta mostrar esta interrelación

FIGURA 2 INTERRELACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD



Elaboración propia

³⁰ Salud México 2001: Información para la rendición de cuentas, Secretaría de Salud. Primera edición, México 2002 p. 15

Con el propósito de conocer mejor sobre la Cruzada se presenta esta información obtenida del portal electrónico de la Secretaría de Salud.³¹

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud tiene como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos.

La propuesta de la Cruzada por la calidad de los servicios es mejorar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de medicamentos, asegure un trato digno a los pacientes y ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud.

La Cruzada incluye procesos permanentes de mejora del desempeño y de transparencia, que permitirán a las instituciones de salud rendir cuentas claras a todos los mexicanos. Colocar a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud, en beneficio de la población, es la meta que nos proponemos alcanzar.

Esta Cruzada surgió como respuesta al compromiso de campaña del Presidente Vicente Fox Quesada y constituye una clara expresión de los valores democráticos e incluyentes del nuevo gobierno que, acorde con la demanda de la sociedad, busca ofrecer a la población servicios de la más alta calidad. El servicio y la honestidad en el manejo de los recursos son valores fundamentales que motivan la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud. Honestidad y vocación de servicio serán la constante de todas y cada una de las acciones de esta Cruzada.

En materia de salud, el compromiso del gobierno Federal incluye dos grandes acciones concretas. Por un lado, ofrecer un trato digno tanto a los usuarios de los

³¹ Ver: http://www.salud.gob.mx/unidades/gdcs/sala_noticias/campanas/2001-01/25/cruzada-nacional

servicios de salud, como a sus familiares y, por otro, mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica.

Dentro de los servicios de salud, el trato digno que busca ofrecer la Cruzada a los usuarios se refleja en:

- Respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañan.
- Amabilidad por parte de los prestadores de servicio.

La Cruzada busca que la atención médica sea efectiva, eficiente, ética y segura. Será efectiva porque logrará alcanzar los resultados esperados por el usuario de los servicios de salud; eficiente porque fomentará el uso óptimo de los recursos de los que se dispone; ética porque se apegará a los valores universales y segura porque ofrecerá un servicio que involucre los menores riesgos posibles.

La visión del sistema es contribuir significativamente a mejorar las condiciones de salud de todos los mexicanos, proporcionar atención integral de alta calidad a la población y protegerla de gastos excesivos provocados por la atención de sus necesidades de salud.

En este proceso de cambio, la sonrisa es la imagen que reflejará la Cruzada (ver cuadro), cuya visión contempla que la calidad sea reconocida explícita y fehacientemente como un valor de la cultura organizacional del sistema de salud y que existan evidencias confiables de mejoras sustanciales que sean percibidas con satisfacción por los usuarios, por la población en general y por los prestadores de los servicios.

FIGURA 3 PROGRAMA SONRÍA

The poster features a black background with white text and graphics. On the left, a list of ten bullet points describes the program's goals. At the bottom left, the words 'saludable y contagioso' are written in a stylized font. On the right, there is a circular logo for 'CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD SALUD' and a list of participating organizations. At the bottom right, the logo for 'SECRETARÍA DE SALUD' is visible.

Sonría
Sonreír es:

- Sonrisa amable
- Tratamiento digno y respetuoso
- Interés y comprensión
- Información completa, oportuna y veraz
- Satisfacción del público
- Atención efectiva
- Eficiencia
- Equidad
- Innovación y Mejora continua
- Promoción de la participación ciudadana

**saludable
y contagioso**

CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD SALUD

PROCESOS DE SALUD
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PIEL
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA VISTA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA AUDICIÓN
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA ALIMENTACIÓN
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PSICHIATRÍA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PEDIATRÍA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA GERIATRÍA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA NEFROLOGÍA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA NEURORADIOLOGÍA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA RADIOLOGÍA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA CLÍNICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA ANATOMICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA FISIOLÓGICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA QUÍMICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA MICROBIOLÓGICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA MOLECULAR
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA CELULAR
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOPHÍSICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMATEMÁTICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMECÁNICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMATERIA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMEDICINA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMOLÉCULAR
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMORFOLOGÍA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMÉTICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMATEMÁTICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMECÁNICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMATERIA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMEDICINA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMOLÉCULAR
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMORFOLOGÍA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES DE LA PATOLOGÍA BIOMÉTICA

SECRETARÍA DE SALUD

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud deberá enfrentar importantes desafíos. Entre los principales retos que habrá de superar se encuentran:

- La baja calidad, en promedio, de los servicios de salud;
- La heterogeneidad del servicio a nivel nacional;
- La percepción generalizada de una mala calidad del servicio; y
- La información deficiente y poco confiable.

En congruencia con los retos que enfrenta el sector, la Cruzada se ha propuesto elevar la calidad de los servicios de salud y homologarla en niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población.

Para alcanzar este objetivo se han planteado diez líneas fundamentales de acción:

1. Elaboración y difusión de códigos de ética.
2. Educación sobre, para y de calidad.
3. Información para y sobre el usuario y el desempeño.
4. Sistemas de mejora continua.
5. Reconocimiento del desempeño.
6. Estandarización de procesos y monitoreo de resultados.
7. Certificación de individuos y organizaciones.
8. Racionalización regulatoria.
9. Mejoras de alto impacto en los procesos de atención.
10. Impulso a las mejoras en otros ámbitos que influyan en la calidad.

A las instituciones públicas y privadas, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud les ayudará a elevar la satisfacción de los prestadores de servicios de salud con su trabajo, arraigar la calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones, además de reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad entre los diferentes tipos de servicios de salud, públicos y privados, en todo el territorio nacional. Por su parte, la población mejorará su percepción sobre la calidad de los servicios de salud con información verídica, que permita elevar la confianza de la población en el sistema de salud. Asimismo, uno de los propósitos de la Cruzada es incorporar a la población en la promoción y vigilancia de la calidad de los servicios de salud.

En un periodo de la historia nacional en el que la democratización es el común denominador de todas las acciones de gobierno, la salud no podía rezagarse. La democratización de los servicios de salud permitirá que los mexicanos contemos con un sistema más cercano a la gente, que responda con calidad a sus necesidades y expectativas, que proteja a toda la población de los gastos médicos excesivos y que

permíta la participación de la gente en las decisiones que afectan su salud y que hará posible que los usuarios cuenten con una mayor libertad para elegir al prestador de servicio.

CUADRO 7 INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA CRUZADA NACIONAL

1. Secretaría de Salud
2. Instituto Mexicano del Seguro Social
3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
4. Secretaría de la Defensa Nacional
5. Secretaría de Marina
6. Petróleos Mexicanos
7. Academia Mexicana de Cirugía
8. Academia Nacional de Medicina
9. Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica
10. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
11. Federación Nacional de Facultades y Escuelas de Odontología
12. Federación Nacional de Facultades y Escuelas de Enfermería
13. Asociación Mexicana de Hospitales Privados
14. Asociación Mexicana de Hospitales
15. Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud
16. Comisión Nacional de Arbitraje Médico
17. Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
18. Comisión Interinstitucional de Enfermería

FUENTE: Cruzada Nacional de Salud³²

³² Ver: http://www.salud.gob.mx/unidades/gdcs/sala_noticias/campanas/2001-01/25/cruzada-nacional

Compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

El compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se evalúa a través de un índice que mide el desempeño en Comités Estatales de Calidad en los siguientes rubros.³³

- I) número de instituciones participantes en el Comité;
- II) participación de los principales directivos de las instituciones en las actividades de la Cruzada;
- III) regularidad en la medición de los indicadores de la Cruzada;
- IV) integridad de la información proporcionada por el Comité;
- V) valores de los indicadores;
- VI) cobertura de unidades médicas participantes, y
- VII) integración del Aval Ciudadano.

Impulsar una cultura de la calidad en los servicios de salud ha sido el compromiso de los Comités Estatales de Calidad establecidos en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. En 2002 se pudieron crear Comités Estatales en las 32 entidades federativas con la participación de las principales instituciones de salud. Las acciones sectoriales desplegadas por estos comités están dirigidas a mejorar la calidad de la atención, con énfasis en el trato digno a los pacientes y sus acompañantes, la reducción de los tiempos de espera en consulta externa y urgencias, la disponibilidad y entrega de medicamentos, y la utilización de la información del monitoreo de calidad para instrumentar proyectos de mejora continua en los diferentes niveles organizacionales.

³³ Salud México 2002: Información para la rendición de cuentas, Secretaría de Salud. Segunda edición, México 2003 p. 102

2.3 Proceso de Mejora de Medicina Familiar

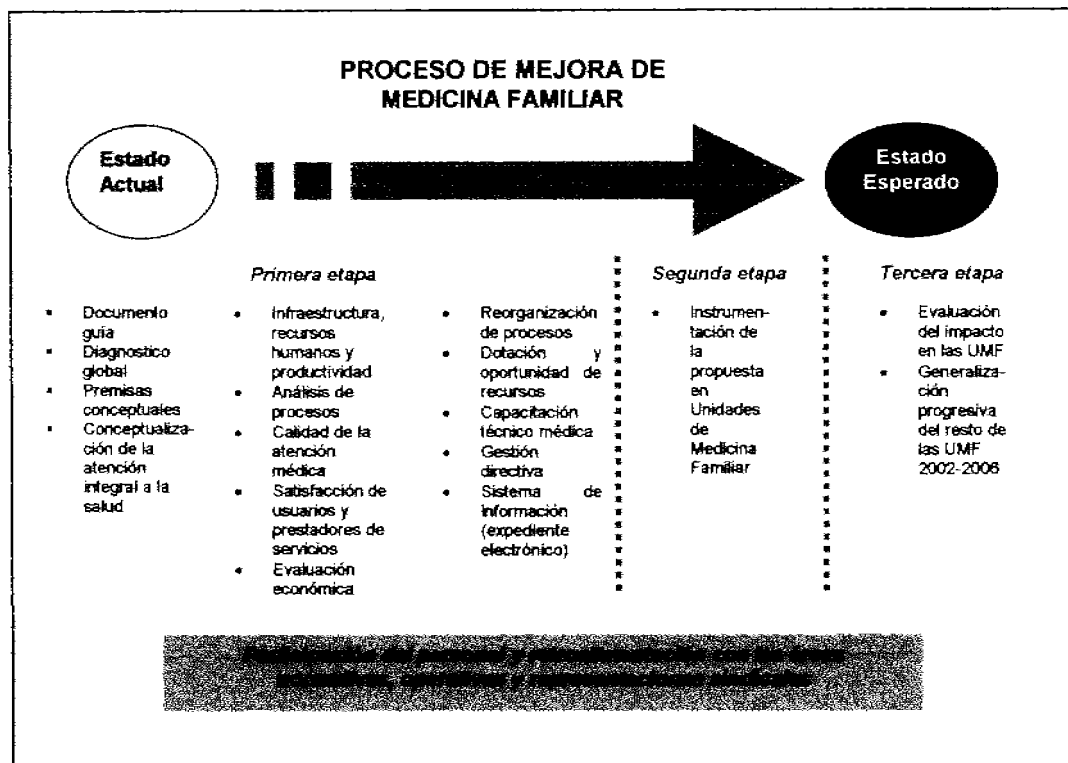
La atención en el primer nivel constituye una prioridad institucional inaplazable, por lo cual se ha dado un fuerte impulso al Proceso de Mejora de Medicina Familiar, cuyo objetivo es otorgar atención integral a la salud, con calidad, atendiendo las necesidades de salud de la población, con la utilización óptima de los recursos, el reconocimiento a la participación de los trabajadores y la mejora del ambiente laboral.

El trabajo realizado durante el primer semestre de 2002 con respecto al Proceso de Mejora de Medicina Familiar se ha continuado de acuerdo con el plan original (esquema del Proceso de Mejora) y se realizaron las siguientes actividades:

- Incorporación de las áreas de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, y de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente a las actividades del Proceso.
- Avance en las etapas 1 y 2 del Proceso de Mejora.
- Elaboración del documento: Proceso de Mejora de conceptual.
- Elaboración del documento: Proceso de Mejora de Medicina Familiar, elaborado por representantes de la Dirección de Prestaciones Médicas, de la Dirección de Administración, Organización y Calidad y de la Comisión Sindical para la Calidad de los Servicios del SNTSS.
- Análisis y elaboración del reporte producto de la primera visita a las 8 unidades participantes en el estudio piloto que comprendió evaluación de la infraestructura, personal y equipamiento.
- Revisión de los procesos médicos y administrativos de las unidades de medicina familiar.
- Conceptualización de la atención integral a la salud.
- Diseño de la metodología e instrumentos para evaluar calidad.

En el cuadro 1.8 se muestran las etapas del proceso de mejora y el objetivo al que se busca llegar en el periodo 2002-2006:

CUADRO 8 PROCESO DE MEJORA DE MEDICINA FAMILIAR



FUENTE: Informe del H.C.T. del IMSS y la Dirección de Prestaciones Médicas ene-junio 2002.

2.4 La Medicina Familiar; el Servicio de Atención de Primer Nivel

En 2001 la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud se enfocó en los llamados aspectos interpersonales de la relación entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud. Destacan dentro de ellos los tiempos de espera y la información al paciente, que son variables a las que se le da un seguimiento muy estrecho, incluso por parte de los medios de comunicación, en los países de

mayores recursos. Otra variable a la que se ha privilegiado en esta primera fase de esta iniciativa es el surtimiento de medicamentos, que en muchos países del mundo se identifica como un atributo central de la calidad de la atención. De hecho, en este caso las medidas adoptadas han estado dirigidas no sólo a mejorar la disponibilidad de medicamentos sino incluso a garantizar el surtimiento de la prescripción médica. Esto bajo el supuesto de que no basta que los medicamentos estén allí; también es necesario que el usuario tenga un acceso efectivo a ellos.³⁴

El desempeño en trato digno en unidades de primer nivel se evalúa a través de un índice que toma en cuenta:

- i) el tiempo efectivo de espera y la satisfacción del usuario con el tiempo de espera;
- ii) la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento, y
- iii) el surtimiento de medicamentos y la satisfacción del usuario con este elemento.

2.4.1 Trato de calidad en unidades de primer nivel

El desempeño en trato de calidad en unidades de primer nivel se evalúa a través de un índice que mide: I) el tiempo efectivo de espera y la satisfacción del usuario con el tiempo de espera; II) la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento, y III) el surtimiento de medicamentos y la respectiva satisfacción del usuario con este elemento.

En 2001 y 2002 el énfasis de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se orientó a mejorar los aspectos interpersonales de la relación entre usuarios

³⁴ op.cit. p. 122

y prestadores de servicios de salud. Los indicadores utilizados para evaluar este aspecto fueron el nivel de satisfacción de los usuarios con el tiempo de espera, la información al paciente y el surtimiento de medicamentos.³⁵

El Índice de trato de calidad en unidades de primer nivel y en servicios de urgencia en hospitales de segundo nivel es el siguiente:

El índice para evaluar a las unidades médicas participantes en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se construyeron utilizando un elemento básico: Grado de mejora. Proporciona un puntaje máximo de 100 y su valor se determina dividiendo el número de indicadores con resultados iguales o mejores que su estándar específico entre 6. El resultado de esta división se multiplica por 100 para obtener la ponderación respectiva. *Nota.* Los seis indicadores de trato de calidad que evalúa la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud son los siguientes:

1. Promedio de tiempo efectivo de espera
2. Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera
3. Porcentaje de usuarios satisfechos con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico
4. Porcentaje de usuarios satisfechos con la información proporcionada por el médico sobre su tratamiento
5. Porcentaje de recetas surtidas en forma completa
6. Porcentaje de usuarios satisfechos por la entrega completa de medicamentos

De esta forma es como el gobierno Federal ha implementado una política pública en aras de ofrecer una mejor calidad de servicios en Unidades de Medicina Familiar como respuesta a una problemática que se ha presentado. La forma en que se estructura esta política se ha expuesto ya, sus alcances y las áreas de oportunidad se presentarán en el siguiente capítulo.

³⁵ op.cit. p. 105

CAPITULO III

Análisis de la implementación del Proceso de Mejora de Medicina Familiar

La intención de este capítulo es mostrar el contexto en que se ha implantado el proceso de Mejora de Medicina Familiar desde el enfoque de política pública a partir de la Administración actual, así como los alcances y limitaciones que presenta la misma, complementando así los capítulos que lo anteceden con información que permita entender de manera clara la perspectivas de la población derechohabiente a este respecto, y en contraparte, la situación financiera por la que atraviesa el IMSS. Por último, se presenta una propuesta de mejora para el mejoramiento de este servicio que presta el gobierno federal.

3.1 Estructura del Proceso de Mejora de Medicina Familiar

Los esfuerzos para elevar el nivel de calidad de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención Médica, se han estructurado a través del PROCESO DE MEJORA DE MEDICINA FAMILIAR, en el que la Dirección de Prestaciones Médicas, en conjunto con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y otras Direcciones del Instituto, han determinado las acciones del Plan General de Trabajo.³⁶

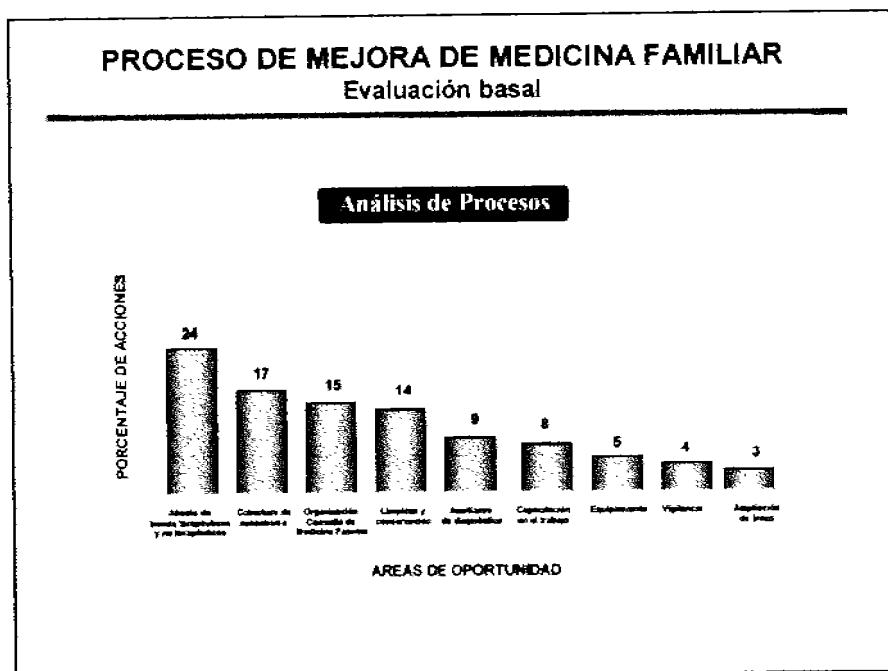
En principio se diseñó una prueba piloto que incluyó a ocho Unidades de Medicina Familiar, lo que permitió elaborar un diagnóstico de las condiciones que prevalecen en los servicios, a partir de las cuales se definieron las estrategias que deberían ser implementadas.

Con el fin de mejorar la competencia técnico médica se diseñaron doce Guías de Práctica Clínica, seis de ellas ya se están aplicando para la capacitación del personal médico familiar adscrito a las unidades donde se realiza la prueba piloto. Previo al inicio de la actividad de actualización, se evaluó la calidad de la atención

³⁶ Informe presentado al H. Consejo Técnico por la Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, periodo enero-diciembre de 2002. p. 28

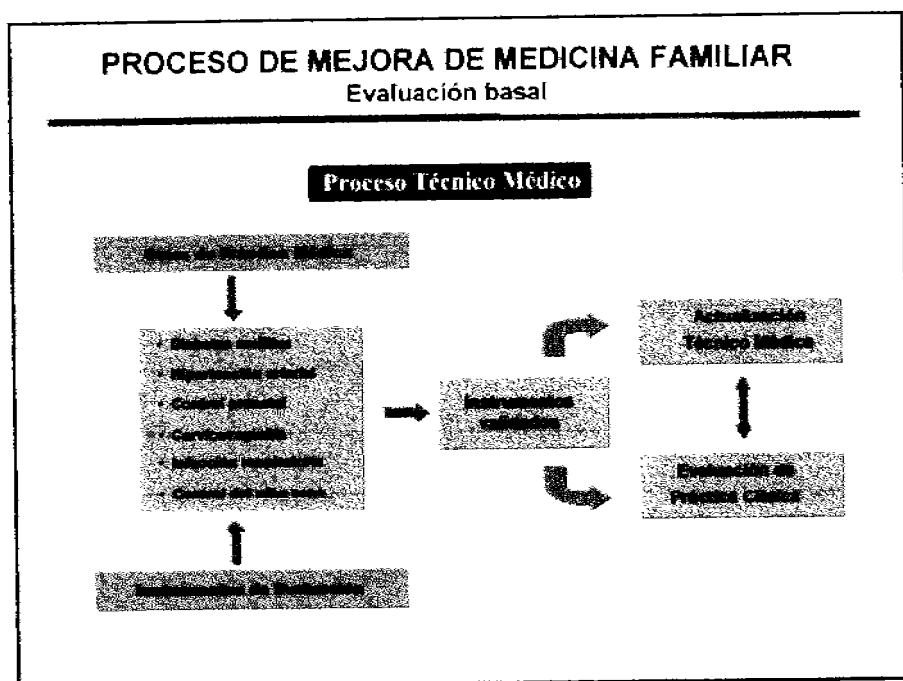
médica en los seis problemas de salud más frecuentes. Al término de la actividad de capacitación se aplicará la misma medición para apreciar las modificaciones ocurridas en la competencia clínica de cada uno de los médicos familiares que laboran en las unidades piloto.

FIGURA 4 ANÁLISIS DE PROCESOS



Fuente: IMSS 2002

FIGURA 5 PROCESO TÉCNICO MÉDICO

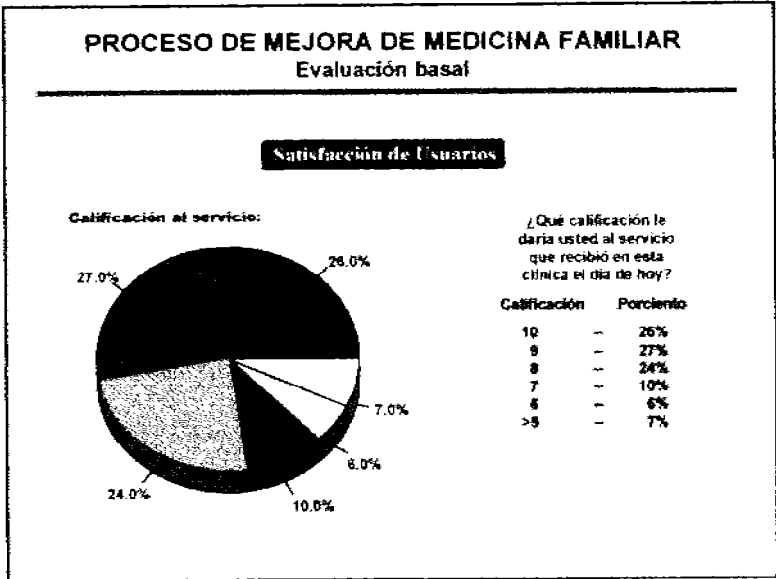


FUENTE: IMSS 2002

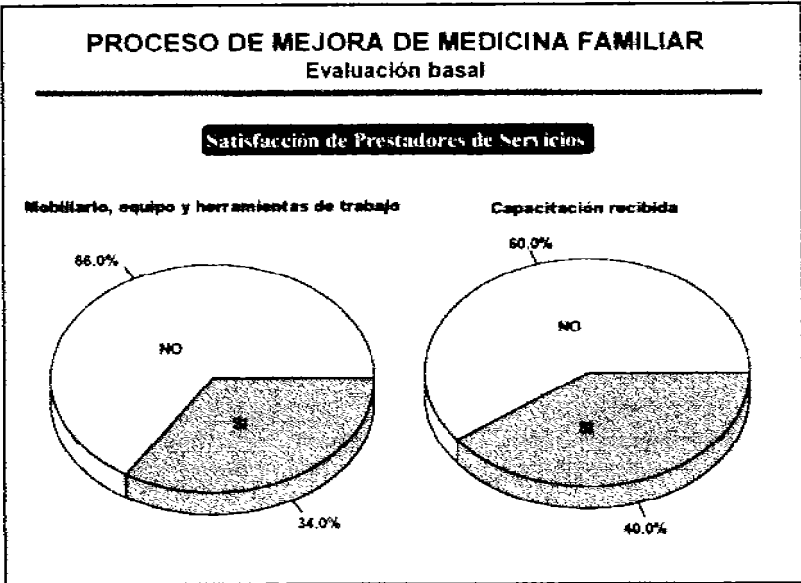
Se han aplicado encuestas de satisfacción a los usuarios de los servicios por el personal de Atención y Orientación al Derechohabiente, para conocer su percepción sobre: el trato recibido, desempeño del personal, tiempo de espera, cita previa, surtimiento de medicamentos y condiciones de las áreas físicas. Los resultados muestran que el 77% de los entrevistados asignó a los servicios, una calificación de 8 a 10.

Se midió la satisfacción de los prestadores de servicios, con instrumentos validados previamente, a partir de lo que se pudo identificar insatisfacción con el mobiliario, equipo y herramientas de trabajo, así como con la capacitación recibida, en más del 60% de los entrevistados. Ver cuadro 9.

CUADRO 9 SATISFACCIÓN DE USUARIOS



CUADRO 10 SATISFACCIÓN DE PRETADORES DE SERVICIOS



FUENTE: IMSS 2002

En 2002 se concluyó el diseño de la Agenda de Citas y Hoja Electrónica de Registro Clínico, misma que se empezó a funcionar en 2003

Se dotó con equipo de cómputo a 101 unidades de Medicina Familiar, además se capacitó para su manejo a 6,546 Asistentes Médicas.

Tanto la Agenda de Citas como la Hoja Electrónica de Registro Clínico, son elementos que integran el Sistema de Información de Medicina Familiar.

Expediente Electrónico del paciente

Visión:

Crear un Expediente Clínico Electrónico de cada derechohabiente del Instituto con el historial médico, cumpliendo con los principios de disponibilidad, integridad y confidencialidad.

Objetivo:

Tener la información derivada de la atención médica en un repositorio central de manera que se integre un Expediente para cada derechohabiente, mismo que perdure durante toda su vida y esté disponible para ser utilizado en provisión de servicios de salud en los tres niveles de atención.

Expediente Clínico Electrónico del Paciente:

Para la prestación de servicios médicos, el trabajo conjunto del IMSS con la Oficina para la Innovación Gubernamental de la Presidencia de la República, la Secretaría de Salud y el Programa e-México, dió como resultado la incorporación del expediente electrónico del paciente, mediante el cual, la información de todos los eventos médicos de los derechohabientes podrá estar disponible en línea en todas y cada una de las unidades médicas del Instituto.

El expediente clínico electrónico es un repositorio centralizado de información que almacena el historial clínico de cada uno de los derechohabientes. Dicha información se mantiene disponible para consulta de los sistemas clínicos que existen en los tres niveles de atención del IMSS.

Mediante el expediente clínico electrónico se podrá brindar información más completa a los médicos y habilitar la comunicación al instante entre médicos de distintas unidades. Así, podremos mejorar la forma de trabajo de los médicos y elevar la calidad de atención a nuestros derechohabientes.

El Expediente Clínico Electrónico del Paciente, interactúa con sistemas como el de Laboratorio, Banco de Sangre, Hemodiálisis y el Sistema de Medicina Familiar, usando mensajería conforme a los estándares internacionales HL7 y DICOM a través de una plataforma que se comunica con otros sistemas a nivel institucional.

Ventajas

- Disponibilidad de la información las 24hrs
- Consulta de información en línea
- Lenguaje común para los sistemas médicos del IMSS
- Manejo de estándares para intercambio de información entre los diversos sistemas del Instituto
- Manejo, administración y seguridad de la información por su base centralizada
- Seguridad
- Funcionalidades específicas de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico Electrónico

En una siguiente etapa se pretende generalizar las acciones del Proceso de Mejora de Medicina Familiar.

Para el año 2006, los retos más importantes de este proyecto son: Aplicar en forma continua el Sistema de Evaluación Integral, extender el proceso a 131 Unidades de Medicina Familiar; consolidar el sistema de información de Medicina Familiar (SIMF), continuar la capacitación del personal de salud y sus directivos.

Entre las dificultades más relevantes en la aplicación y extensión de este modelo están:

- La oportunidad en materia de abasto.
- La cobertura del personal médico y paramédico.
- Resistencia a los cambios organizacionales.

3.1.2 El Sistema de Información de Medicina Familiar³⁷

La incorporación de las tecnologías de información en la prestación de servicios médicos, ha sido uno de los principales retos para la actual administración del Instituto. Es por ello que se ha creado el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF por sus siglas), con el objeto de introducir modernidad en los procesos de atención a la salud en unidades médicas de primer nivel de atención.

A través del SIMF, se busca implementar en la atención médica de primer nivel del Instituto un sistema de salud que permita recolectar, almacenar y utilizar la información generada en las Unidades de Medicina Familiar, para posteriormente, integrarla al Expediente Electrónico del Paciente. Además, este novedoso sistema le proporciona al médico una herramienta eficaz que le facilita su trabajo.

Como parte del esfuerzo para mejorar el primer nivel de atención, se integra el sistema de Cita Previa Telefónica, con lo cual se eliminan las filas de espera.

Durante el año 2003 el sistema fue implementado en 105 unidades médicas del Instituto que, por ser las más grandes, alcanzan una cobertura de derechohabientes del 39.2%. Para este año se tiene previsto implementar 295 unidades de menor tamaño, con las cuales el sistema estaría funcionando en 400 unidades y tendría una cobertura del 63% de los derechohabientes totales del Instituto.

El sistema está dirigido a médicos familiares, asistentes médicas, personal del laboratorio, personal de rayos X, estomatólogos y personal administrativo de la

³⁷ Véase: <http://www.imss.gob.mx/ceep/>

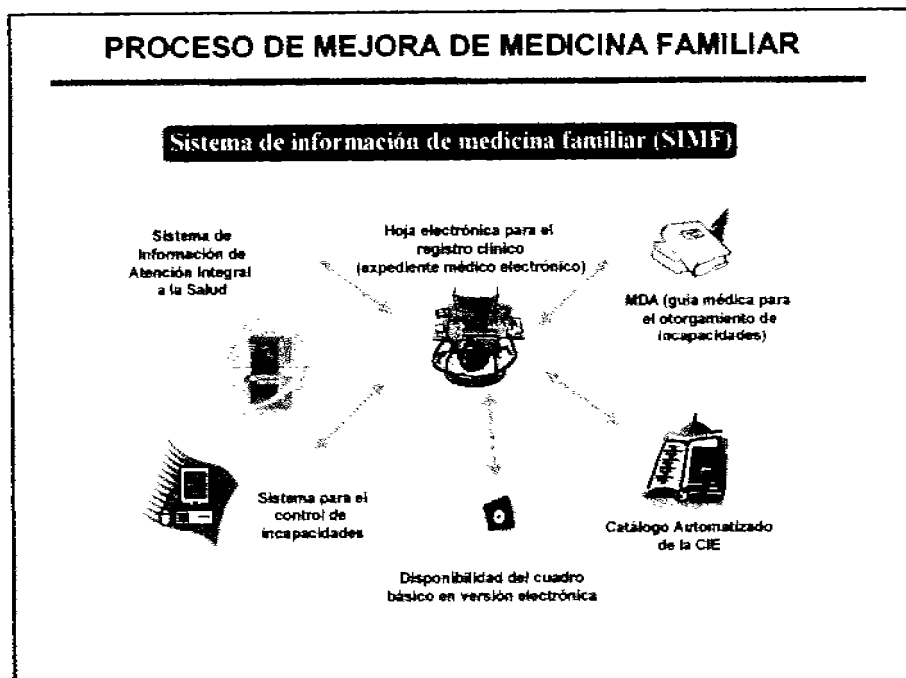
unidad, lo que dá como resultado más de 30,000 usuarios a nivel nacional, los cuales fueron capacitados para su uso durante el año 2003.

El SIMF cuenta con los siguientes módulos:

- **Agenda de Citas:** en donde es posible agendar citas a nuestros derechohabientes, así como cancelarlas, confirmarlas, transferirlas.
- **Atención Integral:** en donde es posible registrar los datos de somatometría, alimentar y mantener la historia clínica del paciente, realizar y mantener las notas médicas de cada consulta, solicitar servicios auxiliares de diagnóstico así como hacer citas para tal efecto, generar recetas, incapacidades y envíos a un Hospital de Especialidades.
- **PREVENIMSS:** en donde se le da seguimiento a los Programas Integrados de Salud.
- **Estomatología,** en donde se puede dar atención específica del servicio dental de la unidad con la misma funcionalidad del módulo de Atención Integral.
- **Servicios Auxiliares de Diagnóstico:** que contiene el registro de las actividades realizadas por los servicios de Laboratorio y Rayos X.

En el cuadro 10 se muestran los elementos que componen el SIMF

CUADRO 10 SIMF



FUENTE: IMSS 2002

3.2 Diseño del Programa de Educación Médica Continua: Las Guías Clínicas como herramienta para la Educación Médica Continua en Medicina Familiar

Una de las actividades importantes que se comenzó a partir del 2002 fue la concerniente al programa de educación médica continua, a partir del estudio que realizó el IMSS para implementar este programa.³⁸

³⁸ Las guías clínicas como herramienta para la educación Médica Continua en Medicina Familiar. En http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/instrUtiles_02.html, consultado el 25 de mayo de 2004.

Idealmente, el quehacer diario del médico representa una oportunidad para que él mismo se cuestione acerca de lo adecuado de sus decisiones en la atención de los pacientes y para evaluar el impacto potencial de sus acciones en la salud de la población bajo su responsabilidad; este análisis puede lograrse a través de la práctica de la crítica y autocrítica en cada proceso de la atención que otorga, lo que puede propiciar la motivación hacia la búsqueda de evidencias que apoyen decisiones apropiadas en el manejo de cada caso.

Sin embargo, a lo largo de la vida profesional, la actividad médica puede convertirse a través del tiempo en una acción más automática que reflexiva. En el ámbito de la medicina de atención primaria, ya sea como práctica institucional o privada, es frecuente que este problema sea resultado del aislamiento académico y profesional que la actividad diaria le impone al médico y que se convierte en uno de los principales obstáculos para un ejercicio intelectual permanente y para la actualización necesaria para una práctica profesional apropiada.

La Educación Médica Continua (EMC), tiene como propósito promover que el médico, en su práctica clínica, construya su propio conocimiento a través de favorecer un ambiente académico que cumpla sus necesidades y expectativas de capacitación y a través del cual pueda rescatarse el proceso de análisis crítico que hemos mencionado.

Es aceptado que cada médico tiene una responsabilidad personal para actualizarse a lo largo de su vida profesional, es decir, mantenerse como un estudiante permanente de los avances científicos en el área de la salud; esto es particularmente complejo para los médicos de atención primaria, quienes tienen un amplio campo de acción. Sin embargo, la cantidad de información en salud que aparece constantemente, hace indispensable que cuente con herramientas que le permitan enfocar sus esfuerzos de actualización mediante el acceso a material derivado de revisiones críticas de la literatura, con la validez suficiente para ser considerado como parte de su proceso educativo. Las guías clínicas contribuyen a

cumplir este objetivo y pueden ser utilizadas para la discusión de puntos críticos en los procesos de atención y para estimular la búsqueda de nuevas evidencias.

Bajo ese supuesto, las guías clínicas son compatibles con el enfoque crítico deseable en la educación médica continua, y al mismo tiempo pueden favorecer la efectividad de la atención. Como se ha mencionado en capítulos previos, las guías clínicas se entienden como una propuesta que apoya la decisión del médico en la elección de procedimientos y conductas a seguir ante un paciente en circunstancias clínicas específicas, para mejorar la calidad de la atención médica, reducir el uso de intervenciones innecesarias, inefectivas o dañinas, facilitar el tratamiento de los pacientes con el máximo beneficio y disminuir al mínimo el riesgo de daño.

Objetivo

El objetivo en el desarrollo de las guías clínicas es la construcción de los contenidos necesarios para la atención integral de los motivos de consulta; las guías clínicas pueden incluir diferentes aspectos en la atención, desde la prevención, el diagnóstico correcto, la indicación del tratamiento completo (prescripción apropiada de medicamentos, medidas adicionales como alimentación o ejercicio y educación al paciente), hasta, en caso necesario, la identificación de condiciones que requieren referencia a otro nivel de atención para apoyo especializado. En muchas ocasiones es posible contar con guías clínicas elaboradas que son accesibles en la literatura médica y que pueden ser revisadas y adaptadas a las condiciones institucionales y locales.

3.3 Evaluación de la infraestructura personal y equipamiento 2002

La infraestructura inmobiliaria del Instituto incluye unidades distribuidas en todo el país, cuyas características obedecen al propósito para el que están destinadas o fueron diseñadas. El inventario inmobiliario, contenido en el Catálogo de Unidades en Servicio (CATUS), identifica 4,241 unidades, de las cuales 1,808 (54%) están

asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos, en tanto que 1,525 (46%) poseen funciones relacionadas con las prestaciones económicas y sociales, los servicios de afiliación y cobranza, y la administración.³⁹

El Instituto cuenta a la fecha con 1,520 unidades de primer nivel; de éstas, 1,075 son unidades de medicina familiar y 445 son unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 24.1 años. De los 222 hospitales para la atención en el segundo nivel, la mitad tiene consultorios de medicina familiar, y las 40 unidades destinadas a resolver la demanda del tercero tienen, en promedio, 28.1 y 25.3 años de antigüedad respectivamente. Adicionalmente, se cuenta con 26 inmuebles, también de más de 20 años de antigüedad, que apoyan la atención o están dedicados a la educación y la investigación médica como se describen en el cuadro 11

CUADRO 11 CLASIFICACIÓN DE UNIDADES MEDICAS POR NIVEL Y TIPO, 2002

Clasificación de Unidades Médicas por Nivel y Tipo, 2002

Unidades médico-hospitalarias	1,785
Primer nivel de atención	1,521
Unidades de medicina familiar	1,076
Unidades auxiliares de medicina familiar	445
Segundo nivel de atención	224
Tercer nivel de atención	40
Infraestructura de apoyo a la atención médica	6
Taller de prótesis y ortesis	1
Farmacias centrales	5
Infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud	20
Biblioteca (Centro Investigación y Documentación en Salud)	1
Escuelas de Enfermería	4
Centros de Investigación Educativa y Formación Docente*	5
Unidades de investigación biomédica	9
Bioterio	1
Total unidades médicas	1,811

* Antes denominados Centros de Formación de Profesores

Fuente: Catálogo de Unidades en Servicio 2002.

En total, el Instituto cuenta con 1,782 inmuebles dedicados para los servicios médicos en todo el sistema, cuya distribución por región, delegación y nivel de atención se señala en el cuadro 12

³⁹ Informe presentado al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 30 de junio de 2003, p 291, en http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_INF/2003/ejecutivos_002_2003_06.htm

CUADRO 12 DISTRIBUCIÓN DE UNIDADES MÉDICAS POR REGIÓN Y DELEGACIÓN, 2002

Distribución de Unidades Médicas por Región y Delegación, 2002

Región/ Delegación	Primer Nivel (Atención Ambulatoria)		Atención Hospitalaria	
	Unidades de Medicina Familiar	Unidades Auxiliares	Segundo Nivel	Tercer Nivel
Centro	174	188	44	19
Distrito Federal 1	9	34	3	4
Distrito Federal 2	12	17	5	6
Distrito Federal 3	12	14	4	-
Distrito Federal 4	8	5	6	1
Guerrero	13	9	6	-
México Oriente	41	17	11	-
México Poniente	39	2	4	1
Morales	20	5	3	-
Querétaro	20	5	2	-
Norte	268	76	58	7
Agua Calientes	10	2	2	-
Cuahuila	36	26	12	1
Chihuahua	46	8	9	-
Durango	29	30	4	-
Nuevo León	44	7	8	6
San Luis Potosí	30	5	6	-
Tamaulipas	40	7	7	-
Zacatecas	33	1	2	-
Occidente	339	144	76	9
Baja California	26	8	8	-
Baja California Sur	12	9	6	-
Colima	8	7	3	-
Guanajuato	35	4	9	2
Jalisco	100	57	16	5
Michoacán	43	18	9	-
Nayarit	20	9	5	-
Sinaloa	40	27	8	-
Sonora	55	5	12	2
Sur	295	113	54	5
Campeche	8	10	2	-
Chiapas	27	5	5	-
Hidalgo	13	7	6	-
Oaxaca	23	6	4	-
Puebla	44	8	5	2
Quintana Roo	8	7	4	-
Tabasco	31	2	4	-
Tlaxcala	14	2	3	-
Vermutz Norte	44	6	8	1
Vermutz Sur	59	24	9	-
Yucatán	24	28	4	2
Total Nacional	1076	445	224	224

Fuente: Catálogo de Unidades en Servicio 2002. IMSS

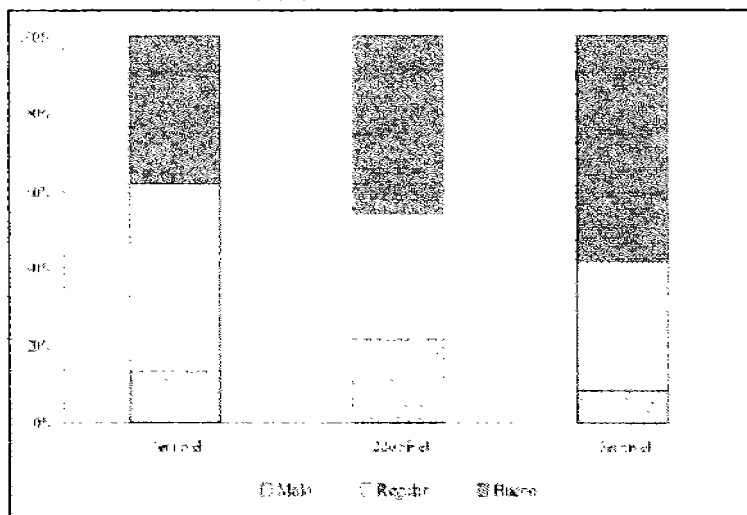
En 1,118 unidades de las 1,340 con que cuenta el Instituto para la prestación de los servicios médicos en sus 37 delegaciones se hizo una evaluación encontrando que tres de cada cinco hospitales de tercer nivel, uno de cada dos de segundo nivel y dos de cada cinco de las unidades de primer nivel tienen el inmueble, las instalaciones y el equipo propio del inmueble en buenas condiciones.

Los inmuebles calificados en buenas condiciones son óptimos en funcionalidad, seguridad y confort tanto para los derechohabientes como para los trabajadores, y sólo demandan acciones de mantenimiento preventivo rutinario.

Por el contrario, uno de cada diez hospitales de tercer nivel, al igual que una de cada cinco unidades de segundo nivel y una de cada diez unidades de primer nivel obtuvieron una calificación de malo para el inmueble, las instalaciones y el equipo propio del inmueble, significando que aún con frecuentes intervenciones de mantenimiento correctivo apenas se logra la funcionalidad, seguridad y confort. El cuadro 13 resume lo anterior.

CAUDRO 13

Distribución del Estado Físico de Inmuebles, Instalaciones y su Equipo por Nivel de Atención, 2002

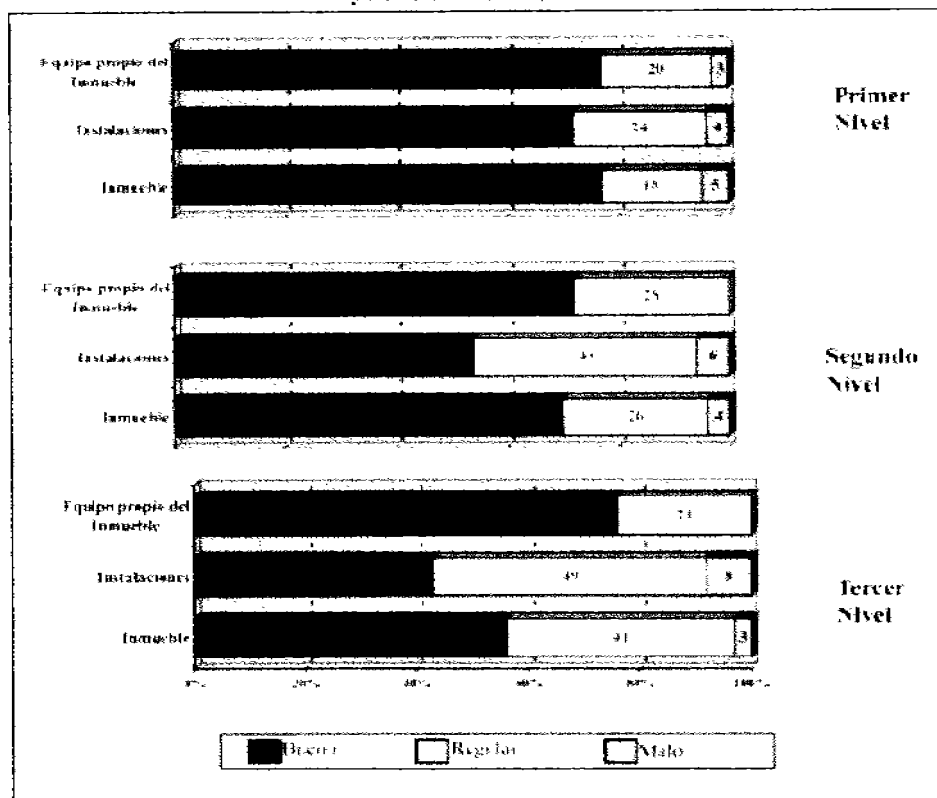


Fuente: IMSS.

En términos generales, como se desprende del cuadro 14, predomina la calificación de bueno para la evaluación independiente de cada uno de estos rubros: inmueble, instalaciones y equipo propio del inmueble.

CUADRO 14

Distribución del Estado Físico de Unidades Médicas por Área y Nivel de Atención, 2002



Fuente: IMSS.

Como se puede observar la situación del equipamiento e infraestructura del IMSS en sus Unidades Médicas es una limitante para satisfacer la demanda de la población derechohabiente que crece de manera constante. En el último apartado se pretende dar la visión general de los alcances de la política pública de cara a los problemas que enfrenta el Instituto.

3.4 Alcances y limitantes de la Política Pública en el Proceso de Mejora del Servicio de Atención de Primer Nivel en las UMF

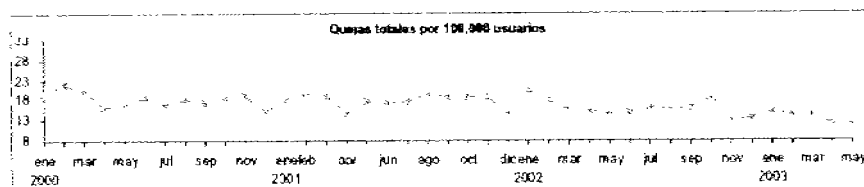
Si atendemos a la definición Eugenio Lahera de la política pública concebida como cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; desarrollados por el sector público y, frecuentemente con la participación de la comunidad y el sector privado podemos afirmar que las características del Proceso de Mejora de Medicina Familiar cumplen en su mayoría con estos elementos básicos, sin embargo hay áreas en las que no queda clara la participación de los actores políticos que intervienen en este proceso, como es la participación ciudadana.

PARTICIPANTES DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
S. Público	- orientaciones o contenido
Comunidad	- instrumentos o mecanismos
S. Privado	-Aspectos institucionales -Previsión de resultados

La participación del IMSS en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud para mejorar los servicios de Atención en el primer nivel de atención se ha llevado paulatinamente con cierto éxito, si analizamos el índice de quejas con respecto al servicio mediante el modulo de atención y orientación al derechohabiente observamos que la percepción no ha cambiado mucho con respecto al servicio. Ver cuadro 15

CUADRO 15 ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE

Atención y orientación al derechohabiente														
Clave	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Promedio Sistema	Meta mensual
14-001 Quejas administrativas presentadas por los derechohabientes por 100 mil consultas ^a														
1999	8.9	8.0	13.5	9.6	9.0	9.1	9.3	8.8	8.5	9.5	9.1	9.1	9.1	9.5
2000	7.9	8.7	12.0	8.2	8.9	9.8	8.7	9.7	8.8	9.5	8.3	7.9	8.9	
2001	8.9	6.4	9.1	7.8	9.8	8.9	8.5	9.6	6.3	8.1	9.4	6.7	8.6	
2002	7.5	6.1	7.4	8.7	8.3	8.1	7.6	8.1	6.9	8.5	6.8	5.8	7.7	7.6
2003	7.5	6.4	3.9	7.7	7.9								7.5	
530 Quejas totales por 100 mil usuarios ^b														
1999	23.8	25.5	27.6	23.9	23.0	18.4	19.7	16.5	18.9	21.1	20.5	15.8	21.2	21.2
2000	19.5	22.0	20.3	16.3	16.6	18.6	16.8	18.2	17.1	18.4	19.0	15.1	18.1	
2001	18.2	19.5	19.1	14.8	17.5	17.3	17.7	19.2	18.7	18.6	18.8	14.3	17.8	
2002	20.3	17.8	15.3	15.3	14.5	14.9	16.2	15.5	15.8	18.3	12.9	13.4	15.9	14.5
2003	15.0	14.0	14.3	11.6	12.0								13.4	



^a Quejas administrativas, son las quejas que presentan por escrito los derechohabientes usuarios.

^b Quejas totales se integra con las quejas administrativas más las quejas que manifiestan verbalmente los usuarios en los módulos de atención.

FUENTE: Coordinación General de Atención y Orientación al derechohabiente julio 2003⁴⁰

La infraestructura de Unidades de Medicas de primer nivel a mayo de 2003 no aumento, paso de 1509 en 2002 a 1505⁴¹ en al 2003. Ver cuadro 16. No así la población derecho habiente paso de 31,940 en 2002 a 32,134 en 2003, lo que significa que la capacidad de atención no aumento en ese último año.

⁴⁰ Reporte de Gestión No. 29. Dirección de Planeación y Finanzas, Coordinación de Planeación. Julio 2003, p. 119

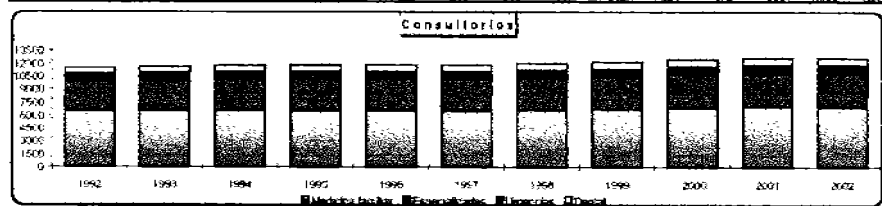
⁴¹ Ibid. p. 119

CUADRO 16 INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

3.1 Prestaciones médicas

3.1.1 Infraestructura médica

Unidades médicas	Año												
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Unidades médicas													
- Total unidades UAMF-A	1 417	1 437	1 481	1 492	1 492	1 496	1 499	1 518	1 523	1 527	1 510	1 509	1 565
- Especial	223	201	226	224	225	245	215	216	217	217	219	226	223
- Sin especial	36	29	26	41	41	43	41	41	40	40	40	41	40
Total	1 679	1 717	1 742	1 747	1 748	1 752	1 755	1 775	1 786	1 784	1 759	1 771	1 768
Consultoría													
- Medicina Familiar (Unidad UAMF)	5 163	4 954	4 454	5 544	6 511	6 034	6 000	6 557	6 699	6 854	6 922	6 974	6 974
- Especialidades	3 182	3 149	3 475	3 536	3 573	3 581	3 590	3 605	3 667	3 781	3 752	3 795	3 758
- Urgencias	866	826	878	889	900	816	925	946	962	990	1 004	1 004	1 064
- Dental	714	777	707	780	788	804	805	818	823	834	849	871	950
- Otros	1 208	1 333	1 338	1 407	1 431	1 428	1 440	1 471	1 512	1 630	1 631	1 643	1 648
- Ginecología													
Total	12 154	12 369	12 862	13 156	13 204	13 235	13 259	13 827	13 898	14 009	14 075	14 305	14 352
Otros servicios													
- Casos resueltos	27 681	27 903	28 142	28 401	28 534	28 599	28 528	28 518	28 534	28 622	28 581	28 693	28 590
- Horas de laboratorio	1 856	1 917	1 945	2 002	2 006	2 235	2 243	2 264	2 254	2 258	2 260	2 283	2 280
- Gabinete radiológico	729	754	790	800	813	825	825	836	843	896	922	919	919
- Citopatías	861	951	922	926	943	939	927	928	951	972	949	1 033	1 013



UAMF = Unidades Auxiliares de Medicina Familiar.

Fuente: Dirección de Planeación y Fomento, Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera, "Memoria estadística 2002", Dirección de Prestaciones Médicas, "Resumen de unidades".

La participación ciudadana, en este caso los derechohabientes ha sido mediante los cuestionarios de satisfacción y el modulo de atención y orientación que recibe sus quejas, aún no queda definida la promoción de la participación ciudadana contenida el en decálogo de la Cruzada Nacional a través de la imagen SONRIA.

La implementación del Proceso de Mejora se ha llevado durante los tres primeros años, en cuanto a él expediente electrónico es avance muy importante que permitirá disminuir el tiempo de espera del derechohabiente.

CONCLUSIONES

El espíritu de este estudio fue hacer un análisis desde el enfoque de política pública del Proceso de Mejora Medicina Familiar en el primer nivel de atención en la Unidad de Medicina Familiar #4, tomando el período de estudio 2000-2003, esto con la intención de conocer los factores que han originado la deficiente atención al derechohabiente que recibe los servicios de salud y plantear alternativas para la mejora enfocadas a satisfacer las necesidades de los usuarios, tomando en cuenta los siguientes objetivos específicos:

1. Definir en primera instancia un marco teórico conceptual que permita entender el desarrollo del estudio.
2. Presentar la estructura básica del IMSS y la población a quien dirige sus servicios.
3. Mostrar el proceso de diseño y metodología del Proceso de Mejora de Medicina Familiar.
4. Identificar las causas más importantes que limitan al IMSS para otorgar un buen servicio de salud en el primer nivel de atención.

Por lo tanto se concluye que el Proceso de Mejora de Medicina Familiar en este sexenio surge por las deficiencias con las que ha venido operando y que la problemática no surge en este período 2000-2003. También se concluye que la situación financiera por la que atraviesa el IMSS para ha sido una limitante para impactar en menor tiempo con los resultados esperados.

El programa que surge como política del gobierno, en respuesta a la deficiencia de los servicios que otorga el IMSS responde más a una necesidad de legitimar y dar un seguimiento más enunciativo que de acciones, debido a que la calificación y los indicadores siguen estando controlados por las administración central y no por los

usuarios que en última instancia son quienes deberían participar más como en la teoría lo enuncia la política pública.

Las intenciones que se plasman en el programa de Proceso de Mejora de Medicina Familiar son un catalogo de buenas intenciones que están orientados a permanecer en ese estatus mientras no se de una verdadera participación de los usuarios para saber que es lo que esperan del servicio que reciben y no solo limitarse a hacer encuestas de satisfacción y de tiempos de espera para recibir el servicio de salud.

La mejora en la atención por parte del médico de las U.M.F. no mejorará con la intención de ofrecer una sonrisa y calidez en el servicio con el usuario, si no se sanea las finanzas de la Institución y a los médicos se les retribuye mejor su trabajo y se les da mejor capacitación como también a los trabajadores que agendan las consultas, las situación seguirá prevaleciendo.

A la fecha no se ha observado que las acciones emprendidas hayan contribuido a incrementar la mejora en el servicio de salud y la percepción que tienen los usuarios en cuanto a tiempos de espera y abastecimiento de recetas médicas. La parte de la legitimación con la que debe contar la política pública por parte del usuario se basa solamente en una participación dirigida a través de un cuestionario de satisfacción y no a una verdadera cooperación entre los actores que intervienen en este caso el la formulación y control de la política pública.

Así se culmina con esta investigación sin pretender cerrar aquí el estudio con respecto a esta problemática, sino dejar un antecedente para que en un futuro quien este interesado en este tema tenga un referente que le pueda ser de ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILAR VILLANUEVA, Luis F. El estudio de las políticas Públicas, M. A. Porrúa, 3ª. Ed., México, 2000.
2. AYALA Espino, José, Economía del sector público mexicano, Ed. Esfinge, UNAM, México 2001.
3. BAÑON, Rafael y CARRILLO, Ernesto, La Nueva Administración Pública, Alianza Editorial, Madrid 1997.
4. CHÁVEZ Presa, Jorge A., Para recobrar la confianza en el gobierno: hacia la transparencia y mejores resultados en el presupuesto público, Ed. F.C.E., México 2002.
5. GUTIERREZ Arriola, Angelina, México dentro de las reformas de salud y seguridad social de América Latina, Ed. Siglo XXI, México 2002.
6. JIMÉNEZ Castro, Wilburg, Administración Pública para el Desarrollo Integral, Ed. F. C. E., México 1975
7. LAHERA PARADA, Eugenio. Introducción a las políticas públicas, F.C.E., Chile, 2002.
8. LÓPEZ PRESA, José Octavio, Corrupción y cambio, FCE, México, 1998.
9. MASSÉ NARVÁEZ, Carlos E., SANDOVAL FORERO, Eduardo Andrés. Políticas públicas y desarrollo municipal. Problemas teórico prácticos de la gestión pública municipal, El Colegio mexiquense, México, 1995.
10. MONTES de Oca, Juan, Políticas Públicas para asuntos de Gobierno, Modulo I, material en proceso de publicación, 2003.
11. NARRO Robles, José y MOCTEZUMA Barragán, Javier, La seguridad social y el Estado moderno, UNAM, México 1992.
12. SERRA Rojas, Andrés, Diccionario de Ciencia Política, Ed. F. C. E., Tomo I, México 1998.

HEMEROGRAFÍA

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2004.
2. IMSS, Dirección de Administración, Organización y Calidad. Unidad de Organización y Calidad. "Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas," Octubre 2002.
3. Informe al H. Consejo Técnico de IMSS 2002. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.
4. Ley del Seguro Social, 2004.
5. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
6. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud.
7. Reporte de Gestión No. 29. Dirección de Planeación y Finanzas, Coordinación de Planeación. IMSS, Julio 2003.
8. Salud México 2001: Información para la rendición de cuentas, Secretaría de Salud. Primera edición, México 2002.
9. Salud México 2002: Información para la rendición de cuentas, Secretaría de Salud. Segunda edición, México 2003.

DIRECTORIO ELECTRÓNICO

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
http://www.salud.gob.mx/unidades/gdcs/sala_noticias/campanas/2001-01/25/cruzada-nacional, consultado el 15-04-2004.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema de Información de Medicina Familiar, <http://www.imss.gob.mx/eep/> consultado el 09-03-2004.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa de Educación Médica Continua,
http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/instrUtiles_02.html, consultado el 15-05-2004.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe presentado al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS,
http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_INF/2003/ejecutivos_002_2003_06.htm, consultado el 07-11-2003.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Glosario de términos en aspectos de Información del Área Médica. www.imss.gob.mx, consultado el 18-11-2003.