

13
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
SEGUNDA OPCION DE TITULACION**

**EL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN
EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL ANALISIS RETROSPECTIVO
1985 - 1991**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA YOLANDA DIAZ CARMONA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social, las facilidades otorgadas durante el desarrollo de mis estudios profesionales hasta la culminación de este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial al Centro de Educación Continua por brindarme la oportunidad de participar en esta segunda opción de titulación.

Mi reconocimiento a los maestros: Nedelia Antiga, María Gilardi, Alfredo Andrade y a la Licenciada Alma Iglesias por sus comentarios, que hicieron posible enriquecer la presentación y contenido del trabajo y en especial a la maestra Patricia Ravelo, por su asesoría, comentarios y por brindarme su amistad.

A mi Mamá como un testimonio de cariño y agradecimiento, por el ejemplo que plasmo en mí para la búsqueda y culminación de mis metas.

A mi esposo Pedro Jesús y a mis hijos Pedro Emilio y Oscar Eduardo, porque con su amor y presencia me estimularon para concluir este trabajo.

También agradezco a todas y cada una de las personas que de una u otra manera me apoyaron a lo largo del desarrollo del trabajo.

Indice general

Página

Indice de cuadros	
Indice de gráficas	
Introducción.	I
Capítulo 1.	
Las políticas de salud previas al régimen salinista.	1
Capítulo 2.	
Etapas del Programa Institucional de Fomento de la Salud en el IMSS (1985 - 1989 - 1991).	11
2.1. Génesis del programa.	11
2.2. Elementos que componen el programa.	18
2.2.1. Objetivos.	18
2.2.2. Políticas.	20
2.2.3. Estrategias.	21
2.2.4. Recursos.	22
2.2.5. Actividades.	24
2.2.6. Universos.	26
Capítulo 3.	
Diagnóstico situacional del Programa de Fomento de la Salud 1989 - 1991.	34
3.1. Estructura comunitaria.	34
3.2. Productividad por línea de acción.	38
Capítulo 4.	
El Programa de Fomento de la Salud dentro de la política neoliberal.	53

Conclusiones.	62
Bibliografía.	66
Anexos.	
Anexo 1: Organigrama del IMSS. 1985	76
Anexo 1.1: Sistema para el desarrollo del Programa de Fomento de la Salud. 1985	77
Anexo 2: Organigrama del IMSS. 1989	78
Anexo 3: Organigrama del IMSS. 1992	79
Anexo 4: Cédula de Seguimiento (Formato).	80
Anexo 4 Bis: Instructivo de llenado de la Cédula de Seguimiento.	81
Anexo 5: Informe de la productividad en Fomento a la Salud 1991 (Formato).	86

Indice de cuadros.

No.	Nombre	Página
1	Objetivos.	28
2	Políticas.	29
3	Estrategias	30
4	Recursos.	31
5	Actividades.	32
6	Universos.	33
7	Estructura comunitaria (comités locales por Delegación).	47
8	Estructura comunitaria (promedio de comités comunitarios por comunidad).	49
9	Estructura comunitaria (promedio de promotores voluntarios por población).	50
10	Productividad (comunidades por línea de acción).	51

Indice de gráficas.

No.	Página
1 Porcentaje de Comités Locales.	48
2 Porcentaje de Comunidades por línea de acción	52

INTRODUCCION.

El estudio de la salud ha sido materia de una vasta y complicada discusión, sin embargo, la definición vigente sigue siendo la expresada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en Alma Ata URSS en 1978, de la que México es miembro.

En la mencionada conferencia se ratificó a la salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1)

En atención a estos preceptos internacionales y de acuerdo con las políticas de salud, en 1985, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dió inicio el Programa Institucional de Fomento de la Salud, objeto de análisis de esta tesina, junto con los tres cambios de administración que ha tenido hasta la fecha (1994).

El interés de llevar a cabo este análisis, esta dado porque se conoce de cerca el Programa, debido a que desde 1989 se ha trabajado directamente en él y ello ha facilitado el acopio de las fuentes primarias de información necesarias para el estudio.

En consecuencia, el presente trabajo tuvo como objetivos

- 1). Describir y analizar los cambios de los procesos administrativos del Programa de Fomento de la Salud en el IMSS, desde su inicio en 1985, hasta 1991 fecha del último cambio.

(1) Organización Mundial de la Salud, Atención Primaria de Salud, APS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, p.2.

Eventualmente se hace referencia al Programa de 1992, debido a que fue el año en que éste se oficializó.

Así como: 2) .Determinar la influencia que han tenido estos cambios en la productividad delegacional y comunitaria, a través del análisis del diagnóstico situacional retrospectivo de la información obtenida en las 36

Delegaciones del IMSS, durante el período comprendido de enero de 1989 a diciembre de 1991. Esto permitió comprobar la hipótesis de trabajo, la cual se centra en demostrar que los cambios por los que ha pasado el Programa de Fomento de la Salud de 1985 a 1992, han permitido una reorientación (ideológica e instrumental) hacia la promoción y educación para la salud; hacia la construcción de una metodología específica para identificar los factores de riesgo y hacia la incorporación de personal multidisciplinario para su operación. Estos cambios también permiten explicar porqué y cuales actividades no se tradujeron en un incremento importante en el impacto cuantitativo del programa.

Para la realización de este estudio, se diseñó una metodología de trabajo que nos permitiera cumplir con los objetivos de la investigación, dicha metodología estuvo constituida por:

- . Investigación documental, de archivo y bibliográfica.
- . Revisión de los archivos del IMSS, en especial los de la Jefatura de Servicios de Salud Pública, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

. Selección de los principales documentos que contenían la información de los Programas en los distintos periodos de análisis.

. Acopio y revisión bibliográfica sobre el tema en general y en particular.

. Una vez reunidos los materiales, se diseñó un plan de clasificación de los documentos con sus indicadores, variables y categorías de análisis.

. Posteriormente, se llevó a cabo la tabulación y sistematización de la información a partir de este plan.

. Finalmente, se trabajó todo el material sistematizado, desde una perspectiva sociológica que diera cuerpo al trabajo y que permitiera corroborar o refutar la hipótesis.

De acuerdo a la metodología utilizada, con este trabajo se aporta información de fuentes primarias que por lo general son inaccesibles. También se dan algunos elementos que explican los procesos de cambio que en términos políticos han ocurrido en los últimos diez años en la sociedad mexicana, asimismo se proporcionan elementos para comprender la trayectoria del Programa Institucional de Fomento de la salud, a la luz de las políticas neoliberales.

La presentación del trabajo queda estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo 1, se analizan las políticas estatales en salud, previas al régimen salinista. En el capítulo 2, se expone como surgió el Programa Institucional de Fomento de la Salud en el IMSS, asimismo, cómo se fueron dando los cambios administrativos, continuando con el análisis de los seis componentes con que se encuentran estructurados los Programas que son: objetivos, políticas, estrategias, recursos, actividades y universos, mismos que a lo largo del trabajo se irán definiendo.

En el capítulo 3, se presentan los resultados del diagnóstico situacional del Programa de Fomento de la Salud, elaborado a partir de la información obtenida en los informes mensuales reportados por las delegaciones del IMSS durante 1989, 1990 y 1991, centrandose en dos indicadores que se han denominado: estructura comunitaria y productividad por línea de acción.

Finalmente, en el capítulo 4, se analiza el Programa de Fomento de la Salud, a partir del modelo económico neoliberal. Este modelo se caracteriza entre otras cosas, por la tendencia a reducir el presupuesto para los programas de bienestar social y por asignar a la población la responsabilidad de resolver sus necesidades de bienestar social, entre las que se encuentra la salud.

Por último, la presente tesina pretende ser un aporte a la Sociología y en especial a la Sociología Médica, en el

sentido de poder analizar los programas de Salud y sus efectos en la población ya que de acuerdo con lo investigado, no se identificaron estudios acerca de Programas de Salud; lo que se conocio fueron investigaciones sobre el proceso salud-enfermedad, la relación médico-paciente, la práctica médica y las políticas en salud, desde la perspectiva de la descentralización y no de los programas en salud en sentido estricto. También se encontraron estudios acerca de la evolución histórica de las Instituciones de Seguridad Social.

Entre los principales exponentes de estos temas podemos mencionar a: Raúl Rojas Soriano, quien ha estudiado el proceso salud enfermedad y la práctica médica, en el marco de la economía capitalista, a partir del análisis marxista. Entre sus Obras destacan: "Capitalismo y Enfermedad" (1988), "Crisis, salud - enfermedad y práctica médica" (1990). Tecla Jiménez Alfredo y otros autores "Enfermedad y clase obrera", (1982), quienes desde la Sociología Médica han estudiado también el proceso salud-enfermedad a partir de las enfermedades obreras en el marco de las formaciones económico-sociales capitalistas.

Mientras Asa Cristina Laurell, desde la medicina social, ha estudiado el proceso salud-enfermedad; pero a partir del modelo obrero italiano, recogiendo la experiencia obrera y

su forma de enfermar. Entre sus principales obras podemos mencionar "Medicina y Capitalismo en México" (1975) en coautoría con Margarita Márquez "El Desgaste Obrero en México" (1983) y con Mariano Noriega "La salud en la fábrica" (1989).

Desde el punto de vista de la antropología médica, Eduardo Menéndez hace un análisis crítico del modelo médico hegemónico, caracterizándolo como ahistórico, pragmático, mercantil y asocial. Su aportación es en términos de la construcción de una epidemiología socio-cultural, que dé cuenta de los factores ideológicos, sociales, estructurales y culturales acerca de la salud. "Hacia una práctica médica alternativa, hegemonía y autoatención (gestión) en salud" (1983) y "Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transiciones (1990)".

Entre los trabajos revisados también encontramos dos tesis; "La Sociología de la Seguridad Social, en las clases marginadas de México", presentada en 1987 en la Universidad Autónoma Metropolitana por María Elena Carranco Malpica; y "Salud y Enfermedad en el grupo étnico Yaqui de Sonora", presentada en 1985 por Omar Zurroza Ceballos en la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Una última referencia es una tesis sobre el "Desarrollo Económico Social y Políticas Estatales de Salud en México" de Hernández Zinzun Gilberto (1985), en la cual se hace un recorrido histórico de

la práctica médica desde el Siglo XVIII.

Es importante mencionar que para la elaboración del trabajo hubo algunas dificultades metodológicas debido a las limitaciones en la calidad y confiabilidad de la información.

CAPITULO 1.

LAS POLITICAS DE SALUD PREVIAS AL REGIMEN SALINISTA.

CAPITULO 1.

LAS POLITICAS DE SALUD PREVIAS AL REGIMEN SALINISTA.

La Salud de la población ha sido preocupación del Estado Mexicano, sin embargo, las políticas en materia de salud no se han concretado en lo que se refiere a la salud "Estado completo de bienestar físico, mental y social..." y aún se encuentran orientadas hacia la atención de la enfermedad. En el presente capítulo, se hace un análisis histórico de las políticas en salud instituidas por el Estado en los últimos años, para mejorar la salud colectiva y modificar los patrones de enfermedad en nuestro país.

Desde hace más de 15 años, se diseñó un Plan Nacional de Salud, estructurado en Programas y Subprogramas, sin propósitos ni objetivos concretos que plantearan cambios sustantivos en el servicio que otorgaban las instituciones de salud. En 1977, los Subsecretarios de Planeación y Salubridad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (2) dieron a conocer siete subprogramas que llevaba a cabo el Sector Salud, los cuales estaban orientados a la "Atención Preventiva, Atención Curativa, Capacitación para la Salud, Saneamiento y Mejoramiento del Medio, Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, Investigación, Ciencia Técnica y Producción de Bienes" (3)

(2) A partir de 1985, la SSA, por decreto presidencial, pasa a ser Secretaría de Salud, sin cambiar su logotipo original, además de que a partir de este momento se convierte en cabeza de Sector y controla los servicios de atención médica. (Diario Oficial de la Federación, 21 enero 1985)

(3) Soberón, Guillermo, et al. Hacia un Sistema Nacional de Salud 1933-1983 s/f. p.403,

Para 1981, en reunión de gabinete del Sector Salud, se plantearon acciones mediatas e inmediatas. Dentro de las acciones mediatas, o sea aquellas que pueden realizarse a mediano plazo, se planteó la realización de un diagnóstico de salud en el país, con el propósito de identificar los elementos condicionantes del desarrollo de los servicios de salud; definir sus perfiles de demanda y conocer las características de los servicios y recursos para la atención médica.

Respecto a las acciones inmediatas, es decir aquellas que deben cumplirse rápidamente, la SSA, firmó un convenio con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Secretaría de Educación Pública (SEP), para que el DIF efectuara la transferencia de sus Unidades de Atención Primaria y la SEP, a su vez, le transfiriera sus servicios de Higiene Escolar.

Otro convenio que se firmó dentro de este rubro fue entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para que pasaran al ISSSTE los servicios médicos que proporcionaba la SHCP a los trabajadores del Departamento del Distrito Federal (DDF).

En octubre de 1982, se propone que los programas del Gobierno Federal en materia de salud se basen en la sectorización, la descentralización y la modernización de

los servicios.

Entendida la sectorización como la integración de centros, hospitales e instalaciones de salud, la descentralización como la desincorporación administrativa y no presupuestal de las instalaciones y, la modernización de los servicios que consiste en la formación y administración de los recursos humanos, la renovación de los procesos de programación presupuestaria, la expansión del equipamiento y la capacidad instalada.

Como puede observarse, la tendencia de las políticas en salud en la década de los ochentas, además de la modernización y la descentralización, fue la de integrar los servicios de salud dedicados a actividades de atención médica, de salubridad y de asistencia social coordinados por una sola institución.

Otro aspecto de las políticas de ese tiempo con relación a la salud, fue la extensión de la cobertura de servicios que se daba principalmente a través del IMSS, quien proporcionaba servicios de solidaridad a comunidades rurales y, no obstante que desde 1973 se venían desarrollando estos servicios, no es sino hasta 1979 que se formaliza el establecimiento de servicios de salud en el medio rural, con la firma del convenio IMSS COPLAMAR. Por su parte la SSA, desarrollaba también un Programa de Extensión de cobertura denominado "Programa de Atención a

la Salud a la Población Marginada en Grandes Urbes", el cual estaba enfocado a proporcionar atención primaria de salud, misma que suministraba también el ISSSTE a través del "Programa de Extensión Comunitaria".

Siguiendo con la tendencia a integrar los servicios de salud y extender la cobertura, en enero de 1983, se establece formalmente el Sistema Nacional de Salud (SNS) bajo la responsabilidad de la SSA con la participación de instituciones de seguridad social como: el IMSS, ISSSTE y el DIF, además de otros organismos que otorgaban servicios de salud, sin ser su actividad sustantiva, como son: Dirección General de Servicios Médicos del DDF, IMSS COPLAMAR, Petróleos Mexicanos (PEMEX), y la Comisión Nacional Bancaria (CNB).

El propósito fundamental del Sistema Nacional de Salud fue "que las instituciones que atienden a la población abierta y las de seguridad social, sin menoscabo de su patrimonio y con absoluto respeto a la estructura administrativa derivada de su naturaleza jurídica y a las obligaciones que tienen con sus derechohabientes, sumen sus esfuerzos en la formulación de un programa sectorial que sirva de referencia, que recoja y encause los planteamientos de los respectivos programas institucionales" (4).

En 1983, se adiciona un párrafo al artículo 40. constitucional para elevar a rango constitucional el

(4) Ibid., p. 410.

derecho a la protección de la salud, el cual, entra en vigor al decretarse la Ley General de Salud en el Diario Oficial del 7 de febrero de 1984.

Esta Ley General de Salud, plantea en sus objetivos el interés del Estado Mexicano, por el bienestar físico y mental del hombre, por promover el mejoramiento de la calidad de vida, la protección y acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud, la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la prevención, conservación, mejoramiento y restauración de la salud. Posterior a la aprobación de la Ley General de Salud, el Presidente de la República en funciones, aprueba el Programa Sectorial de mediano plazo en materia de salud, denominado Programa Nacional de Salud 1984 - 1988, referido por Rojas S. como: "Un instrumento racionalizador y disciplinario del Sector Público Federal en el campo de la salud" (5).

Cabe señalar que, de acuerdo a la Historia Natural de la Enfermedad, que estudia la relación que existe entre la salud y enfermedad, con un enfoque multicasual y considerando al hombre como una unidad bio-psico-social, existen tres niveles de prevención (Primaria, Secundaria y Terciaria) en los que se pueden desarrollar actividades médico preventivas en cinco distintos momentos por ejemplo,

(5) Rojas Soriano, Raúl, Capitalismo y Enfermedad, p. 150.

dentro de la prevención primaria (nivel que nos interesa abordar en este trabajo), se encuentran : La Promoción de la Salud (orientación acerca de la importancia de la alimentación adecuada, de las condiciones requeridas; en la vivienda, la educación sexual, etc.) y la Protección Específica, que se refiere fundamentalmente al uso de inmunizaciones (vacunas) y uso de nutrientes específicos.

Dentro de la prevención secundaria se identifican: El Diagnóstico Temprano y Tratamiento Oportuno (detección de enfermos, exámenes médicos frecuentes y Limitación del Daño, o sea, proporcionar tratamiento adecuado para detener una enfermedad o prevenir complicaciones.

En la prevención terciaria, se identifica a la Rehabilitación. Existen otras definiciones relativas a los niveles de atención médica reconocidas como Unidades de Primer Nivel (Unidades de Medicina Familiar), de Segundo Nivel (Hospitales Generales) y Tercer Nivel (Centros Médicos).

Las políticas de salud del régimen salinista se encuentran contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1989 - 1994. Tienen como objetivo "Impulsar la protección a todos los Mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y

de los tres niveles de gobierno (Federal, Estatal y Municipal) como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios". (6)

El Plan Nacional de Desarrollo define a la salud como "... no solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo" (7), concepto retomado del Congreso Internacional de Atención Primaria, efectuado en 1978 en Alma Ata URSS. Asimismo, el PND, también hace referencia a que la salud, además de progreso económico y social "requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde pueden estar expuestos a distintos riesgos, el hogar, el trabajo, las actividades de la vida cotidiana y el medio ambiente principalmente". (8)

Para la atención a la salud el PND contempla a la asistencia (servicios que se otorgan a la población no derechohabiente) y la seguridad social, dejando para esta última, la atención del bienestar del trabajador y de su familia en lo que se refiere a: sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación, protección del poder adquisitivo, y ayuda financiera para garantizar la protección en casos de accidente, jubilación, cesantía y muerte.

(6) Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994, p. 104.

(7) Ibidem

(8) Ibid.

Para cumplir con el objetivo planteado en el PND, se definen cuatro estrategias generales que son:

- Evaluación de la calidad en los servicios de salud.
- Atender las desigualdades sociales.
- Modernizar el Sistema de Salud.
- Descentralizar y mejorar la coordinación de los servicios de salud.

Aún cuando el capítulo de salud, asistencia y seguridad social del PND considera el concepto de salud con un enfoque bio-psico-social y que el objetivo hace alusión al mejoramiento (efectivo) de las condiciones de bienestar social de todos los mexicanos; cuando se desarrolla cada una de las estrategias que regirán las acciones del Sector Salud es poca la referencia que se hace a la necesidad de medidas de prevención primaria para conservar la salud orientándola más hacia la calidad de los servicios de salud (Atención Médica), o sea, cuando ya existe un daño; y hacia las acciones que desarrollará el Programa Nacional de Solidaridad en la lucha contra la pobreza extrema como: alimentación, vivienda, disponibilidad de agua potable, educación y saneamiento ambiental, entre otras.

Mediante la estrategia de modernizar el sistema de salud, se pretende promover la salud como uno de los bienes más preciados del individuo y la comunidad e impulsar una cultura de la prevención y el autocuidado de la salud

individual, familiar y colectiva; sin embargo, se vuelve a hacer énfasis en la prevención de enfermedades a través de la vacunación, la protección y el mejoramiento de la efectividad de las acciones curativas, el impulso a la eficiencia en la prestación de servicios médicos, dando prioridad a la rehabilitación y al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica y nutricional.

Posteriormente se elaboró el Programa Nacional de Salud 1990 - 1994, correspondiente a la segunda mitad del sexenio de Carlos Salinas de Gortari; este programa incluye la participación de la medicina pública, la social y la privada y fue posible a partir de lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo, de la Ley de Planeación, de la participación del Sistema Nacional de Salud y de las conclusiones del Foro de Cultura Popular en Salud, Asistencia y Seguridad Social, efectuada durante la campaña electoral de Miguel de la Madrid.

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social, como institución de seguridad social y parte del Sistema Nacional de Salud, ha venido proporcionando desde su creación (1943) prestaciones económicas, médicas y sociales a su población derechohabiente y, desde 1985, de acuerdo a las políticas de salud vigentes, desarrolla el Programa Institucional de Fomento de la Salud, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población derechohabiente

y su familia, mismo que en el siguiente capítulo analizaremos. Hasta aquí, se puede concluir que las políticas de salud, dispuestas para mejorar el nivel de salud de la población, se han centrado fundamentalmente en la descentralización, modernización y ampliación de la cobertura. Además de seguir enfatizando las acciones que más pueden hacer y que son las de carácter curativo, en lugar de las de Fomento de la Salud. Y si la salud y la enfermedad están estrechamente relacionadas con factores económicos, políticos y sociales, las instituciones de Seguridad Social no pueden enfrentarlos por si solas, por lo tanto, se requieren cambios estructurales que obliguen a otros sectores de la administración pública a cumplir con los objetivos para los que fueron creados, por ejemplo, que quien deba crear la infraestructura urbana lo haga y no quede en "demagogia" ni se espere a que la comunidad lo demande o lo haga, ya que para eso se pagan impuestos.

CAPITULO 2.

ETAPAS DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE FOMENTO DE LA SALUD
EN EL IMSS (1985 - 1989 - 1991).

CAPITULO 2.

ETAPAS DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE FOMENTO DE LA SALUD EN EL IMSS (1985 - 1991).

- Este capítulo pretende describir los cambios programáticos y administrativos por los que ha pasado el Programa Institucional de Fomento de la Salud en el IMSS, a partir de los cambios de autoridades, que se han dado en 1985 (año en que se inició el programa); 1989 y 1991 y que identificaremos como etapas.

2.1 Génesis del Programa.

El Director General del IMSS, en acatamiento a las disposiciones de atender las necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación, de sus derechohabientes, manifestó que indudablemente, es necesario seguir haciendo más y mejor medicina, pero que los verdaderos avances en la transformación social, sólo se alcanzarán mediante la participación del individuo y de la comunidad en su conjunto, para elevar la calidad de vida, superando los problemas de las mayorías. Reafirmó también que en nuestro país, el mayor número de enfermedades son consecuencia del inadecuado manejo de desechos, de problemas de desnutrición, falta de saneamiento, y carencia de agua potable, principalmente. En consecuencia, en la Reunión Anual de Delegados del IMSS en 1985, Ricardo García Sáinz Director General del IMSS, estableció la necesidad de conjugar esfuerzos institucionales

para el desarrollo de Atención Primaria a la Salud y Fomento de la Salud.

En este marco, en abril de 1985, se llevó a cabo la Primera Reunión Temática de Fomento de la Salud, denominada "Atención Primaria y Fomento a la Salud", organizada por las Subdirecciones Generales Médica y de Prestaciones Sociales, las cuales forman parte de la estructura del IMSS. (9)

Esta reunión tuvo como objetivos principales:

- Sensibilizar a los funcionarios delegacionales sobre la importancia de la Atención Primaria y Fomento a la Salud.
- Apoyar experiencias, ideas y sugerencias en el ámbito de la Atención Primaria y Fomento a la Salud.
- Promover el trabajo conjunto de las áreas Médica y de Prestaciones Sociales, para la definición, organización, aplicación y evaluación de las acciones de Atención Primaria y Fomento a la Salud.
- Establecer lineamientos generales para instrumentar y evaluar planes piloto de Atención Primaria y Fomento a la Salud con la participación activa de las Subdirecciones mencionadas.
- Proponer aquellas delegaciones (10) cuyas características hicieran factible la aplicación de los planes piloto.

Se acordó operar el Programa en forma piloto en ocho delegaciones: Jalisco, Nuevo León, Guerrero, Yucatán, Sonora, Hidalgo, Tlaxcala y Chiapas.

En mayo del mismo año (1985), se crearon dos instancias para

(9) Véase anexo 1.

(10) División administrativa del IMSS a nivel nacional. Véase anexo 1.

desarrollarlo: el "Comite Institucional de Fomento de la Salud" y la "Comisión Operativa de Seguimiento y Evaluación", ambas integradas por representantes de las Subdirecciones Generales de Prestaciones Sociales, Jurídica, y Médica. (11) En julio de 1985, fue entregado a las autoridades de las Delegaciones piloto, el primer documento normativo elaborado por el Comité Institucional, en el cual, se marcaron las acciones a desarrollar. Posteriormente se incorporaron a este proceso, las Delegaciones de Coahuila y Michoacán (se desconocen cuáles fueron los criterios para su inclusión en el proceso).

Otra política señalada por el Director General fue que el Programa de Fomento de la Salud, tendría un carácter descentralizado e indicó que no se deberían crear estructuras paralelas ni derivar presupuestos para su desarrollo, indicaciones aplicables tanto en los niveles centrales como en los operativos, por lo tanto, tuvieron que desarrollar el programa con los mismos recursos delegacionales, aunque no estuvieran destinados para este fin.

En los últimos meses de 1985, con las experiencias obtenidas del programa piloto, se hicieron ajustes operativos al primer documento, con el fin de extenderlo al resto de las delegaciones y se elaboró un nuevo documento: "Lineamientos Generales para la Instrumentación y Operación del Programa de Fomento a la Salud en las Delegaciones".

(11) Véase anexo 1.1.

También en este período se incorporaron al Comité Institucional de Fomento a la Salud; la Subdirección General de Obras y Patrimonio Inmobiliario, y el grupo de Promotoras Voluntarias. (12)

Para enero de 1986, nuevamente en Reunión de Delegados, el Director General del IMSS reafirmó al Programa de Fomento de la Salud, como eje fundamental de la acción institucional y lo consideró como: la estrategia que abre una tercera etapa de la Seguridad Social Mexicana. La atención médica fue planteada por él como la primera etapa, la atención preventiva, como la segunda etapa y el fomento de la salud como la tercera etapa, además estableció el compromiso de ampliar el programa hacia el ámbito nacional.

Entre los años de 1986 - 1987, el programa se fue instrumentando paulatinamente en las treinta y seis Delegaciones del IMSS y la responsabilidad era rotativa, de tal forma que cada seis meses la tenía cada una de las Subdirecciones involucradas. (13)

En 1988, se concibe al Programa como una estrategia integradora de esfuerzos y recursos del IMSS y de la comunidad, sustentada en:

- La consolidación funcional y estructural en los niveles centrales, delegacionales y locales.
- La participación comunitaria, organizada y apoyada en concertaciones.
- La dirección de esfuerzos y recursos individuales y

(12) Véase anexo 1.

(13) Véase anexo 1.

colectivos hacia el autocuidado de la salud y desarrollo de la capacidad gestiva.

En enero de 1989, por acuerdo del H. Consejo Técnico (14), autoridad máxima del IMSS, se crea la Jefatura de Servicios de Atención Primaria de la Salud dependiente de la Subdirección General Médica.

La Jefatura de Atención Primaria de la Salud pretendía tener el control de la atención médica, la medicina preventiva y el fomento de la salud, para facilitar la operacionalización de las declaraciones de Alma Ata (URSS, 1978).

En este tenor de ideas, la Jefatura (15) se conformó con tres Subjefaturas, la de Medicina Familiar, la de Medicina Preventiva y la de Fomento de la Salud, para lo cual, se elaboró en esta última Subjefatura el "Programa de Fomento de la Salud 1989", con el propósito de reorientar lo desarrollado hasta esa fecha.

Las actividades en este período se sustentaron en las estrategias operativas de:

- a). Descentralización.
- b). Integración de áreas y
- c). Reordenamiento financiero y de actividades.

Su operación se efectuó sobre la base de un modelo operativo denominado "Ejes de Atención", que representaban la problemática identificada por la comunidad y la institución y que ambas estarían dispuestas a resolver a través de la

(14) Véase anexo 1.

(15) Véase anexo 2.

aplicación de las líneas de acción entendidas como conjunto de actividades que inciden en los ejes de atención identificados y que son: organización y participación comunitaria, difusión y capacitación; prevención y limitación del daño, mejoramiento de la alimentación; protección y mejoramiento del ingreso familiar; saneamiento ambiental; salud y seguridad en el trabajo; salud mental y adecuado uso del tiempo libre.

Posteriormente se elaboró un documento de evaluación denominado "Trazadores de éxito"; que fue utilizado como instrumento auxiliar en las visitas a las Delegaciones del IMSS, ya que su contenido estaba dirigido a reforzar y encaminar las acciones de Fomento de la Salud.

Respecto al sistema de información, se desconoce el área que lo recibía y procesaba antes de 1989, sólo se tiene referencia de los períodos de 1989, 1990 y 1991.

A mediados de 1991, desaparece la Jefatura de Atención Primaria de la Salud y se crea la Jefatura de Servicios de Salud Pública (16), ahora con las subjefaturas de: Epidemiología, Medicina Preventiva y Fomento de la Salud. Para iniciar las actividades de Fomento de la Salud en este período, la actual administración elaboró un "Diagnóstico Situacional de Fomento de la Salud" en agosto de 1991, concluyendo que:

- Si bien existían Diagnósticos de Salud en las Unidades

(16) Véase anexo 3.

Médicas, éstos carecían de información principalmente sobre necesidades sentidas, lo cual no mostraba la situación real del estado de salud de una comunidad, ni permitía desprender programas de acción.

- Existía gran heterogeneidad de acciones, además de contar con una serie de actividades de Medicina Preventiva.
- Había insuficientes mecanismos de control.
- Existían lineamientos generales, (no considerados como norma) aplicables de acuerdo a interpretaciones locales.
- El programa en todos los niveles operativos, carecía de información y de personal capacitado.

Con base en estas conclusiones, se elaboró el "Programa Institucional de Fomento de la Salud", con cinco Subprogramas orientados hacia: población marginada urbana, unidades habitacionales INFONAVIT, área laboral, trabajadores IMSS (17) y educación para la salud en unidades médicas. Así mismo, en apoyo a estos subprogramas se elaboraron: instructivos de operación, una metodología para la elaboración del Diagnóstico de Factores de Riesgo, manuales de educación para la salud y un apoyo técnico para la operación de las líneas de acción; documentos que en mayo de 1992 fueron entregados formalmente al personal de Fomento de la Salud de las Delegaciones del IMSS, durante la I Reunión Nacional de Fomento de la Salud.

(17) Es conveniente aclarar que en 1988 se inició paralelamente un Programa de Fomento de la Salud para Trabajadores IMSS; dependiente de la Subdirección General administrativa, mismo que en 1992, pasó a depender de la Subdirección General Médica y como su operación tuvo características particulares, no se abordará en este trabajo.

De 1992 a la fecha (1994), se han llevado a cabo tres visitas a las delegaciones, dos de asesoría y una de capacitación para el personal operativo; también se ha reunido al personal Delegacional en dos eventos nacionales para intercambio de experiencias y se han efectuado dos diplomados en Fomento de la Salud.

A continuación se analizan los componentes del Programa Institucional de Fomento de la Salud en los períodos descritos en este capítulo.

2.2. Elementos que componen el Programa en cada una de las etapas.

En el punto anterior, se anotó que cada una de las etapas de análisis, contaban con un Programa de Fomento de la Salud, ya que el cambio de autoridades implicó cambios en su concepción y estructura burocrática fundamentalmente; sin embargo, en cuanto a su contenido, los tres Programas consideran casi los mismos apartados; objetivos, políticas, estrategias, recursos, actividades y universos, los cuales son objeto de análisis en este capítulo.

2.2.1. Objetivos de los Programas.

Como puede observarse (18), los objetivos del Programa de Fomento de la Salud han tenido cambios considerables en lo que se refiere a su concepción. Esto es, en el año de 1985, se le dió mayor énfasis al bienestar biopsicosocial del individuo y la colectividad; a la reorientación de recursos

(18) Véase cuadro 1.

humanos, materiales, financieros, y a la participación sectorial. Posteriormente, en 1988, se enuncia en forma general la mejoría en la calidad de vida de la población y, para 1992, se establece la identificación de factores de riesgo y la modificación de hábitos y costumbres desfavorables a la salud a través de acciones de educación para la salud.

Asimismo, al intentar especificar algunos aspectos se generalizan otros, por ejemplo modificar hábitos y costumbres desfavorables a la salud, resulta muy inconsistente, en virtud de que no se consideran los aspectos culturales y sociales de una población y se da por hecho que el "nivel normativo" sabe lo que es favorable o desfavorable para cualquier población.

Otro aspecto que resulta débil, es que las acciones de educación para la salud son el medio para modificar los hábitos y costumbres, situación que resulta muy difícil cuando en la población existen necesidades más apremiantes como es contar con servicios urbanos mínimos (agua, drenaje); y mayores ingresos que permitan cubrir los gastos de vivienda, y alimentación, por lo menos. La satisfacción de ambas necesidades requiere de cambios estructurales. Sin embargo, consideramos que los objetivos del Programa de 1992 se encuentran más sistematizados, al plantear la identificación de factores de riesgo (causas de las

enfermedades) y el desarrollo de acciones de educación para la salud, dirigidas a estos factores de riesgo, para a largo plazo tener impacto en la modificación de hábitos y costumbres desfavorables a la salud.

2.2.2. Políticas.

Entendidas como la orientación de una acción para llegar a un fin, las políticas (19) de los programas en cuestión, no tuvieron variaciones sustantivas. Se observa que aún cuando el único programa que las considera en sentido estricto es el de 1992, las políticas de 1985 y 1989, pueden identificarse dentro de la "introducción" y en el apartado de "principios rectores" respectivamente; es decir, se contemplan pero con otras palabras.

En este orden de ideas, puede decirse que la principal política para Fomento de la Salud en 1992, era identificar, modificar o disminuir los factores de riesgo o sea, los factores primarios, lo cual consideramos que revoluciona los conceptos tradicionales de la atención a la salud identificados como medidas de prevención y atención médica. Otra política no menos importante es cómo se va a fomentar la salud, indicándose en el programa de 1985, que esto se hará a través de acciones dirigidas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y adoptar hábitos y costumbres y en el de 1992, que la Educación para la Salud es el instrumento básico para crear un nuevo enfoque de la cultura de la salud.

(19) Véase cuadro 2.

En el programa de 1989, no se hace referencia a esta política, luego entonces, se puede concluir que entre los programas de 1985 y 1992 hubo un avance y especificación en las políticas para desarrollar el Programa.

En lo que se refiere a la política de concertación extrainstitucional, los programas de 1989 y 1992 la consideran importante para el Fomento de la Salud, no así el de 1985, aunque en la operación sí se llevaban a cabo.

Con relación a la política de a quién se dirigen los programas, esto no se define más que en el programa de 1985.

En conclusión las políticas de cada una de las etapas resultan insuficientes para establecer la dirección del Programa, no obstante, al analizarlas en forma independiente, cada uno de los Programas en sus políticas incluyen acciones que si se complementan, pueden enriquecer el Programa de 1992.

2.2.3. Estrategias.

En cuanto a las estrategias (20) que son el vehículo para cumplir con los objetivos, se observa que en los tres períodos de análisis, su orientación no varía, simplemente se utiliza diferente terminología y todo se centra en proponer:

- a). La coordinación intra y extra institucional.
- b). La participación comunitaria.
- c). La elaboración de programas locales, y
- d). El reordenamiento de actividades, de recursos humanos y financieros.

(20) Véase cuadro 3.

Como se expuso en los párrafos anteriores las estrategias son el vehículo para cumplir con los objetivos, se efectuó el análisis entre las estrategias y los objetivos para encontrar si hay o no relación entre ellas y se obtuvieron los siguientes resultados:

El programa de 1985, en general, muestra concordancia entre las estrategias y objetivos planteados, y se sabe que en esta etapa tuvo gran aceptación el programa, por lo que aún siguen desarrollándose las actividades iniciadas en ese año.

Con respecto al Programa de 1989, podemos decir que las estrategias superan las expectativas planteadas en los objetivos, sin embargo, continuaron las actividades de acuerdo a lo planteado en 1985, ya que fue mínimo el cambio normativo que se dio en esta siguiente etapa.

Por el contrario, el programa de 1992, tuvo cambios considerables y los objetivos también tienen correspondencia entre sí; sin embargo, aún no se puede saber si hay impacto o no, ya que se dió una reorientación a la concepción de Fomento de la Salud, y es como si el fomento de la salud en el IMSS se hubiera iniciado en 1992, pero con el inconveniente de que el personal ya se había apropiado de la concepción anterior.

2.2.4. Recursos.

En lo que se refiere a los recursos humanos (21) se puede observar que para el desarrollo de los programas de 1985 y

(21) Véase cuadro 4.

1989, únicamente se consideró la formación de comités locales, integrados por personal ya contratado en diferentes niveles que, además de desempeñar su actividad cotidiana, debería realizar acciones de fomento de la salud como parte de la estrategia de reordenación de recursos.

Por su parte, el programa de 1992, si considera la contratación de personal para la conformación de los siguientes equipos: coordinador (sociólogo, psicólogo social, médico comunitario, trabajador social, promotor de salud), y equipo básico (auxiliar de enfermería en salud pública, promotor de salud y un auxiliar de comunidad). Sin embargo, la contratación no se ha llevado a cabo como se había programado, en consecuencia las plazas son cubiertas por personal temporal y sin el perfil necesario, lo cual no garantiza continuidad en las acciones, ni compromiso con el programa.

Respecto a los recursos materiales, ninguno de los programas contempla la asignación de este tipo de recursos, aún cuando las actividades que se deben realizar requieren fundamentalmente de material impreso que si el personal de los equipos coordinador y básico no cuentan con presupuesto para desarrollar las actividades ¿cómo y con qué se puede incidir y orientar a la población?

Por lo tanto, consideramos que mientras no se designe presupuesto para recursos humanos y materiales, no se podrá

avanzar en las actividades, ya que no hay condiciones para aplicar el Programa.

2.2.5 Actividades.

Las actividades (22), que se plantean en los tres programas, parten de identificar el estado que guarda la salud del universo o comunidad seleccionada, con la diferencia de que en los periodos de 1985 y 1989, se efectuaba con un instrumento denominado "Diagnóstico Situacional de Fomento de la Salud", orientado a identificar los daños a la salud del universo de estudio, y en el último periodo (1992), se le ha denominado "Diagnóstico de Factores de Riesgo", el cual se caracteriza por estar orientado a la identificación de factores de riesgo, que de acuerdo a la teoría del enfoque de riesgo (23) estas acciones pueden disminuir o limitar varios daños, además de que su cobertura es más amplia.

Después de elaborado el Diagnóstico, se pide desarrollar las actividades consideradas en un documento denominado "Apoyo Técnico para la Operación de las Líneas de Acción" las cuales son una serie de actividades basadas y adaptadas de las 22 recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria a la Salud efectuado en Alma Ata URSS (1978).

Las líneas de acción son: Organización y Participación

(22) Véase cuadro 5.

(23) "Método que se emplea para medir las necesidades de atención por parte de grupos específicos... intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más lo requieren..." (OPS, Manual sobre el enfoque de riesgo, p. 9).

Comunitaria, Difusión y Capacitación, Detección y Prevención de los Factores de Riesgo para la Salud (24), Mejoramiento de la alimentación, Protección y Mejoramiento del Ingreso Familiar, Mejoramiento Ambiental, Salud en el Trabajo, Hogar, Escuela y Vía Pública, Salud Mental y Adecuado Uso del Tiempo Libre.

Otras actividades en las que coinciden los tres programas, y que forman parte de la estructura comunitaria son: la organización de comités, la habilitación de monitores (personas que en forma voluntaria dan cursos de capacitación en fomento de la salud a la comunidad); Promotores, que también en forma voluntaria apoyan las actividades de promoción y difusión; organización de grupos de autoayuda (personas que se reúnen en forma voluntaria con un fin común).

Y si bien no se cuenta todavía con los resultados de estas acciones, se sabe que se están llevando a cabo cursos de capacitación para el personal que desarrolla el fomento de la salud en las Delegaciones del IMSS, con el propósito de que se adopte la metodología planteada y quizá se podrá medir el impacto en dos años más.

Podemos concluir que con los cambios se ha dado un perfeccionamiento en la metodología, al considerar los factores de riesgo como elementos centrales del diagnóstico, y al tener las líneas de acción que contemplan casi todos los aspectos más

(24) Hasta antes de 1992, a esta línea de acción se le llamaba "prevención y limitación del daño", vid. supra p. 16.

importantes del nivel de vida.

2.2.6. Universos.

En el rubro del universo (25) a cubrir, o sea, la población a la que se dirigen los programas, nuevamente los tres programas se refieren al mismo, pero con otra terminología y en forma un tanto confusa.

Del programa de 1989, no se tiene información precisa, sin embargo, en un documento llamado "trazadores de éxito", se habla de dar atención a grupos prioritarios.

Los programas de 1985 y 1992 son similares en cuanto están dirigidos a centros laborales, unidades médicas y unidades de Prestaciones Sociales como Centros de Seguridad Social (CSS) y Centros de Extensión de Conocimientos (CEC).

Del programa de 1992, se puede deducir que sus universos intentan mostrar una cobertura integral al dar atención al derechohabiente en los diferentes ámbitos en los que se encuentra, esto es; en su centro de trabajo, en el lugar donde vive, en el lugar donde acude a recibir atención médica y donde acude a desarrollar actividades recreativas, deportivas y culturales; sin embargo, en este proceso se olvida de un grupo importante de la sociedad que puede contribuir al cambio de hábitos y costumbres que afectan a la salud, y que son los niños.

Por lo tanto, si se incluyera a este grupo, se podría pensar que todos los miembros de la familia compartirían la misma

(25) Véase cuadro 6.

información y que la participación del grupo familiar y su atención a la salud sería integral.

Otro aspecto importante dentro de este rubro, es que se considera a la población trabajadora del IMSS (26) como sujeto de atención, lo cual facilitará el desarrollo del programa, debido a que quienes proporcionan el servicio, reciben en sus respectivas áreas de trabajo los beneficios del Programa, mismos que a su vez pueden difundir.

(26) Véase cuadro 6.

CUADRO 1
OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS

1985	1989	1992
<ul style="list-style-type: none"> - Promover y preservar el mayor nivel posible de bienestar bio-psico-social del individuo y colectividad con su participación conciente y responsable. - Propiciar la participación de los sectores de la sociedad, para mejorar las condiciones de salud y bienestar. - Concentrar los recursos a grupos de población menos beneficiados. - Reorientar estrategias presupuestarias. - Dar mayor impulso a acciones formativas, educativas, promocionales y preventivas de la salud. - Optimización de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la calidad de vida de la población. - Identificar, planificar y resolver las necesidades y expectativas de la población con participación de individuo y comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar factores de riesgo. - Organizar a la comunidad, para que con su participación se disminuyan en un 20% los factores de riesgo identificados. - Modificar hábitos y costumbres desfavorables a la salud a través de acciones de educación para la salud.

FUENTE: Elaboración propia retomando literalmente los planteamientos de los programas institucionales de Fomento de la Salud, 1985, 1989 y 1992.

CUADRO 2
POLITICAS

1985*

- Modificar los factores primarios -- que determinen la patología prevalente.
 - Acciones dirigidas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y adoptar hábitos y costumbres.
 - Formación de comités interdisciplinarios.
 - Dirigido a los asegurados a los centros de trabajo y población de derecho-habitante, grupos de población cuyas condiciones de vida e intereses de vida social, comparten.
- * Tomadas de la "Introducción"

1989*

- Proceso salud - enfermedad (bio-psico-social)
 - Atención Primaria a la Salud (basado en tecnologías y métodos prácticos científicamente fundamentados, se espera la plena participación comunitaria)
 - Participación comunitaria (individuos, familia y comunidad, compartir responsabilidades en cuanto a su salud).
 - Concertación (conceso entre comunidad y organismos públicos y privados).
- * Tomadas del apartado "Principios rectores".

1992

- Las acciones de Fomento de la Salud estarán orientadas a la identificación y disminución de factores de riesgo.
- Aplicación del programa con áreas involucradas.
- Impulso a la concertación extrainstitucional.
- Educación para la Salud como instrumento básico para crear un nuevo enfoque de la cultura de la salud.

FUENTE: Elaboración propia retomando literalmente los planteamientos de los programas Institucionales de Fomento de la Salud. 1985, 1989 y 1992.

CUADRO 3
ESTRATEGIAS

1985

- Establecer las bases y procedimientos para la coordinación intra e inter institucional.
- Consolidar y aprovechar los recursos de la organización comunitaria (local).
- Elaborar programas específicos de Fomento de la Salud en las áreas de atención de la población socialmente desfavorecida.
- Optimizar los recursos financieros y presupuestales.

1989

- Descentralización (toma de decisiones y ejecución locales). Emisión de lineamientos generales y normas.
- Integración de áreas (combinación de esfuerzos de las diferentes áreas aprovechando recursos y capacidades instaladas).
- Reordenamiento de actividades de atención a la salud.
- Reordenamiento Financiero (no crear estructuras paralelas; al presupuestar, hacer un reordenamiento en el gasto y asignar cantidades suficientes a la atención de la salud).

1992

- Actualizar el marco normativo.
- Impulsar y promover la coordinación y participación comunitaria a través de la operación de comités.
- Identificar Factores de riesgo a la salud.
- Desarrollar acciones para pensionados y jubilados.

FUENTE: Elaboración propia retomando literalmente los planteamientos de los programas Institucionales de Fomento de la Salud, 1985, 1989 y 1992.

CUADRO 4
RECURSOS

1985

-	Coordinador	1	1	1
-	Asesor	1	1	1
-	Asistente	1	1	1
-	Administrativo	1	1	1
-	Supervisor	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Encargado	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1

1989

-	Coordinador	1	1	1
-	Asesor	1	1	1
-	Asistente	1	1	1
-	Administrativo	1	1	1
-	Supervisor	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Encargado	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1

1992

-	Coordinador	1	1	1
-	Asesor	1	1	1
-	Asistente	1	1	1
-	Administrativo	1	1	1
-	Supervisor	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Encargado	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1
-	Operario	1	1	1

FUENTE: Elaboración propia retomando literalmente los planteamientos de los programas institucionales de Fomento de la Salud, 1985, 1989 y 1992.

CUADRO 5
ACTIVIDADES

1985	1989	1992
<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar un Diagnóstico de salud local y Ambiental. - Planear, operar y evaluar el Programa. - Organizar comités de D.H. y Comunitario. - Habilitar Monitores y Promotores Voluntarios. - Organizar y Controlar las Brigadas de salud - Desarrollar las 8 líneas de acción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de diagnóstico de salud. - Aplicación de las 8 líneas de acción. - Organizar comités comunitarios. - Organizar grupos de autoayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de diagnóstico de Factores de Riesgo. - Aplicación de las 8 líneas de acción. - Organizar comités comunitarios. - Organizar grupos de autoayuda.

FUENTE: Elaboración propia reelaborando literalmente los planteamientos de los programas institucionales de Fomento de la Salud. 1985, 1989 y 1992.

CUADRO 6
UNIVERSOS

1985

- Asegurados en Centros Laborales.
- Unidades Médicas.
- Unidades de Prestaciones Sociales.
- Grupos prioritarios (azucareros, mineros, cañeros).
- Extranjeros (Centros de extensión de conocimientos).

1989

- Sin información, sólo se menciona atención a grupos prioritarios en otro documento llamado "trazadores de éxito".

1992

- Unidades Médicas.
- Centros Laborales.
- Unidades Habitacionales.
- Trabajadores IMSS.
- Unidades de Prestaciones Sociales (Centros de Seguridad Social y Centros de Extensión de Conocimientos).

FUENTE: Elaboración propia retomando literalmente los planteamientos de los programas institucionales de Fomento de la Salud, 1985, 1989 y 1992.

CAPITULO 3.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD

1989 - 1991

CAPITULO 3.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD 1985 - 1991.

El presente capítulo pretende mostrar el estado que guardan las actividades de Fomento de la Salud del IMSS en sus Delegaciones, debido a que de acuerdo con lo expuesto hasta ahora, se nota un perceptible proceso del Programa, principalmente en su conceptualización, a partir de los cambios administrativos de que ha sido objeto de 1985 a 1991.

En las tres etapas de análisis queda clara la estrategia de formar una estructura comunitaria para el desarrollo de las líneas de acción que ayuden a atender las necesidades de salud de la población derechohabiente.

Por tal motivo, se seleccionó a la estructura comunitaria y a las líneas de acción como indicadores para determinar la influencia que han tenido estos cambios administrativos (cambios que ya fueron analizados en el capítulo 2) en la productividad del Fomento de la Salud en las Delegaciones, durante el periodo de estudio.

A continuación se analiza la evolución de la estructura comunitaria, así como la productividad de las líneas de acción por comunidad.

3.1 Estructura Comunitaria.

Para fines de este trabajo, se entenderá como estructura comunitaria a: la formación de un comité local (27) por Unidad

(27) El comité local es entendido como un grupo de coordinación integrado por los representantes de las áreas institucionales a nivel de Unidad de Medicina Familiar y representantes de las comunidades en las que se está trabajando (Véase anexo 1.1.)

de Medicina Familiar; la constitución de por lo menos un comité comunitario por comunidad donde se esté aplicando el Programa; la habilitación de un promotor voluntario por cada 50 personas y el contar con monitores voluntarios que apoyen las actividades de Fomento de la Salud.

Antes de iniciar la descripción de los cuadros, es conveniente reiterar que las fuentes primarias que sirvieron de base para la elaboración de los cuadros, mostraron inconsistencias en la información, en lo que se refiere a periodicidad y a las cantidades reportadas; no obstante, se procedió a hacer el análisis respectivo.

En los programas de estudio se establece que cuando una Unidad de Medicina Familiar tiene formado un comité local, ésta participa en Fomento de la Salud; en este sentido (28), se observa que del total de Unidades de Medicina Familiar con que cuenta el IMSS (1113), en 1989 participaban el 69%, no así en 1990, que representó el 60%, para incrementarse al 67% en 1991.

También el cuadro muestra que en 1989, solo 4 Delegaciones reportaron que el 100% de sus Unidades de Medicina Familiar tenían formado el comité local y 4 Delegaciones reportaron más del 100%.

En 1990, también fueron 4 las Delegaciones que reportaron que el 100% de sus Unidades tenía formado un comité local y 1 Delegación informó más del 100%.

(28) Véase cuadro 7.

Para 1991, fueron 6 las Delegaciones en donde el 100% de las Unidades tenían comités locales y 5 reportaron más del 100%, lo cual muestra un ligero aumento en la constitución de comités locales y que los cambios administrativos mencionados en el capítulo 2, aún no se ven reflejados en este rubro.

Otro elemento importante de la estructura comunitaria es la formación de por lo menos un comité comunitario por comunidad. El promedio nacional observado en este rubro fue en 1989, de 2.0 comités comunitarios por comunidad. En 1990 de 1.7 y para 1991 no se obtuvo esta información (recordemos que a mediados de este año se dió el tercer cambio administrativo) (29).

En otro nivel de análisis se observó que en 1989, sólo 2 Delegaciones informaron tener en promedio menos de un comité comunitario por comunidad, en 1990 fueron 16 y en 1991, no se pudo obtener el promedio por falta de información; también en el cuadro 8, se observa que 9 de las 36 delegaciones no reportan contar con comités comunitarios.

En resumen, diremos que cada delegación asumió la responsabilidad de formar comités comunitarios, de tal suerte, que son pocas las delegaciones que informaron no contar con ellos.

La habilitación de promotores, es otro elemento importante para la estructura comunitaria, en el sentido de que son personas de la propia comunidad que ayudan al personal institucional a identificar necesidades de salud, líderes formales o informales

(29) Véase cuadro 8.

y recursos comunitarios, entre otros.

En el período de 1990, se pretendió establecer el indicador de un promotor voluntario por cada 50 personas; con el propósito de medir la cobertura de Fomento de la Salud en una comunidad, esto, es, responsabilizando a un promotor de la salud de éstas 50 personas o de la población que comprende una manzana.

En este orden de ideas, (30) se observa que en 1989 sólo Colima y Jalisco cumplen con el indicador mencionado. A nivel nacional el promedio de atención fue de 856 personas por promotor voluntario. Para 1990, las Delegaciones de Michoacán, Puebla, Tamaulipas y Zacatecas informaron menos de 50 personas por promotor y en este año el promedio nacional fue de 895 personas por promotor. En 1991 fueron las Delegaciones de Guanajuato, Jalisco y Puebla quienes reportaron menos de 50 personas por promotor y en este período a nivel nacional disminuyó el número de personas por promotor voluntario a 312, es decir, que la tendencia ha sido la de ir reduciendo el número de personas por promotor, hasta llegar en el futuro al indicador mencionado.

Un aspecto importante de concluir en este punto es que en el IMSS, las actividades de Fomento de la Salud, se efectúan con la participación comunitaria, debido a que no cuenta con recursos humanos ni materiales para resolver problemas sociales de salud, por ello se promueve en las comunidades el desarrollo de su capacidad autogestiva para el logro de concertaciones que les permita resolver sus problemas, además de que considerando

(30) Véase cuadro 9.

el trabajo comunitario como un proceso social es comprensible que aún no se encuentre consolidada la estructura comunitaria.

3.2 Productividad por línea de acción (31).

Dentro de los componentes de los programas analizados anteriormente, se encuentran las actividades que ayudan a modificar los factores de riesgo para la salud de la población, estos factores de riesgo se encuentran estrechamente ligados a los indicadores del nivel de vida que son: salud, consumo de alimentos y nutrición, educación, empleo y condiciones de trabajo, vivienda, acceso a la seguridad social, vestido, recreación y entretenimientos.

Para incidir en los factores de riesgo, el IMSS, adaptó las veintidos recomendaciones efectuadas en la Declaración de Alma Ata, URSS (1978) sobre Atención Primaria de la Salud, quedando sintetizadas en 8 líneas de acción que son : 1). Organización y participación comunitaria; 2). Difusión y capacitación; 3).

Detección y prevención de los factores de riesgo para la salud; 4). Mejoramiento de la alimentación; 5). Protección y

(31) Para la conceptualización de cada línea de acción, se tomó como referencia lo descrito en el documento Apoyo Técnico para la operación de las líneas de acción, contenido en el Programa Institucional de Fomento de la Salud de Mayo de 1992, el cual las define como una serie de acciones y actividades encaminadas a impulsar la cultura de la salud, y por ende, el mejoramiento de la calidad de vida de los derechohabientes y de la población en general.

mejoramiento del ingreso familiar; 6). Mejoramiento ambiental (familiar y comunitario); 7). Salud en el trabajo, hogar, escuela y vía pública; 8). Salud mental y adecuado uso del tiempo libre.

El desarrollo de cada una de las líneas de acción, está determinado por los resultados del diagnóstico de factores de riesgo a la salud, el cual se elabora junto con la comunidad. También las actividades establecidas en las líneas de acción deben efectuarse con participación comunitaria, luego entonces empezaremos por analizar la primera línea de acción.

1. Organización y Participación Comunitaria.

Su propósito es impulsar la participación comunitaria para favorecer el éxito de los programas de salud a través de la constitución de comités comunitarios, habilitación de monitores y promotores voluntarios, quienes con asesoría del personal institucional desarrollan y apoyan las actividades en la comunidad.

En este tenor de ideas, el cuadro No. 10 (32) refleja que en 1989, sólo el 12% de las comunidades reportadas a nivel Nacional, desarrollaba ésta línea de acción, así mismo se observa que las Delegaciones que no reportan el desarrollo de esta línea de acción son Campeche, Colima, Chiapas, Durango, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo y la Delegación 3 del Distrito Federal, por lo que se infiere que excepto las Delegaciones 3, Durango y Quintana Roo (en ninguna línea de acción reportan información), el resto de las delegaciones

(32) Véase cuadro 10.

cuentan con población de bajo nivel de vida y con gran necesidad de programas de bienestar social, por lo que no se explica la falta de información sobre el desarrollo de estas actividades.

Por otro lado, los porcentajes de comunidades desarrollando esta línea de acción, se encuentran por abajo del 50 % para 1990. Para 1991 (33) no se captó esta información lo cual hace suponer que se encuentra en proceso la organización comunitaria, o bien que no se considera como parte fundamental para la operación del resto de las líneas de acción."

2. Difusión y Capacitación.

Esta línea de acción es considerada como elemento de comunicación que en esencia se orienta a influir en la conducta humana, con el fin de obtener comprensión, aceptación y lograr un cambio de actitud que facilite la modificación del comportamiento de las personas, además que debe apoyar la formación de promotores y monitores para la realización de acciones en materia de salud, ya sea como multiplicadores de información, como integradores de grupos de autoayuda o para realizar acciones específicas como: Pláticas, cursos, perifoneo, etc. En este sentido vemos que en 1989, el 53% de comunidades llevaban a cabo actividades de ésta índole. En 1990, representaron el 42%, las comunidades que la realizaban.

(33) Para 1991 no se tiene información en ninguna de las 8 líneas de acción, por lo tanto omitimos en este caso este período.

Esto muestra un ligero descenso en el desarrollo de dichas acciones, debido a como ya se mencionó en el capítulo anterior en 1989, existía coordinación con otras áreas del IMSS, constituidas en "Comité Institucional" y apoyaban las actividades, con sus recursos. En 1990, este comité se debilitó por los cambios administrativos ya referidos y en consecuencia el apoyo también.

3. Detección y prevención de los factores de riesgo para la salud.

Identificada como conjunto de acciones dirigidas a modificar los factores de riesgo predisponentes y/o condicionantes que producen alteraciones en la salud individual, familiar y colectiva, detectados en el diagnóstico de factores de riesgo, al respecto sólo se tiene información para 1989, cuando el 35% de las comunidades realizaban esta actividad, se infiere que en este período se reportaron actividades de este tipo, debido a que se consideraban las realizadas por el área de Medicina Preventiva, ya que son más fáciles de realizar e identificar.

4. Mejoramiento de la Alimentación.

Su propósito es coadyuvar a mejorar el estado nutricional del individuo, la familia y la comunidad, al modificar sus hábitos alimentarios desfavorables con sus características socioculturales y económicas, se observa en el cuadro 10, que en 1989, solo el .9% de comunidades desarrollaban esta línea de acción, en 1990 subió al 21% la productividad, lo que puede significar una tendencia hacia la modificación de los hábitos alimentarios.

5. Protección y mejoramiento del ingreso familiar.

Tiene el propósito de orientar a las familias de la comunidad en la protección del ingreso familiar, mediante la asesoría para la adecuada distribución del mismo, las compras en común, la formación de cooperativas de consumo y producción, así como la realización de actividades que incrementen el ingreso familiar.

La productividad observada para 1989 fue de 12% y para 1990 bajó a 8%. En esta línea de acción también como en la de difusión y capacitación, se infiere que por la falta de participación de las otras áreas se dió el descenso, ya que fundamentalmente el área de prestaciones sociales, es quién imparte este tipo de actividades en sus Unidades Operativas.

6. Mejoramiento ambiental.

Es el conjunto de acciones dirigidas hacia el micro y macro ambiente del individuo, familia y comunidad, tendientes a mejorar su habitat, a través del mejoramiento de las condiciones de la vivienda; tratamiento y aprovechamiento óptimo del agua para consumo humano; eliminación adecuada de las excretas y basura; procesamiento de los desechos orgánicos e inorgánicos por medio de su selección y aprovechamiento; control y erradicación de la fauna nociva, además de forestación y reforestación.

De acuerdo al cuadro 10, para 1989 el comportamiento observado en esta línea de acción fue que el 75% de las comunidades la desarrollaban y, en 1990, representó sólo el 35%. En este sentido se infiere que al inicio del programa ésta actividad tuvo gran impulso, además, de que por la naturaleza de las actividades, no se requiere de mucha inversión, pero si de la participación de la comunidad y de la de otras áreas, tanto institucionales como extra institucionales, y como ambas se debilitaron con los cambios administrativos ya mencionados, hace suponer que por este motivo bajo el rendimiento de esta línea de acción.

7. Salud en el trabajo, hogar, escuela y vía pública.

Consiste en un conjunto de acciones y medidas dirigidas a la identificación, prevención y modificación de los factores de riesgo en estos ámbitos, a través de identificar la problemática sentida y manifestada por los grupos de riesgo en cuanto a condiciones de salud, de seguridad e higiene existentes, informando a los responsables de los grupos y a la población misma sobre los factores de riesgo identificados. Para esta línea de acción el comportamiento fue para 1989, sólo el 2% de las Delegaciones reportaron estar aplicandola, para 1990 representó el 9%, lo que muestra un ligero aumento en su productividad.

Sin embargo, en este punto cabe hacer una reflexión: al hacer el análisis de las actividades por cada una de las líneas de acción se encontró que las mencionadas para esta línea de acción y la de Detección y prevención de los factores de riesgo para la salud, en esencia son las mismas y en lo que varía, es que una define universos de aplicación y la otra no, por lo que se infiere que al momento de informar al nivel central existe la misma confusión, de ahí que varíe el porcentaje de productividad.

8. Salud mental y adecuado uso del tiempo libre.

De esta línea de acción podemos mencionar que la "salud mental" fue definida como la manifestación de la manera en que el individuo, la familia y la comunidad responden y se adaptan a los desafíos que les plantea la vida y su tiempo histórico y al adecuado uso del tiempo libre como el desarrollo de actividades en el tiempo que no está destinado a rutinas escolares, laborales y del hogar y que repercuten en beneficios físicos, mentales y sociales, a través de actividades de detección y modificación de factores de riesgo, promoción de actividades recreativas, deportivas y culturales y sesiones educativas principalmente.

Con respecto a la productividad de esta línea de acción se puede decir que en 1989, el 14% de las comunidades llevaban a cabo este tipo de actividades y en 1990 representó el 34%, los

porcentajes mencionados muestran un aumento en su rendimiento. Por otro lado, al analizar el comportamiento de las líneas de acción a nivel Nacional, (34) se observa que las líneas de acción con mayor productividad fueron la de detección y prevención de factores de riesgo y la de saneamiento ambiental que como ya se dijo, la primera en 1989, reportaba también las acciones que realizaba medicina preventiva y la segunda por la naturaleza de sus actividades no requiere de presupuesto y es más fácil y económico llevarlas a cabo.

En términos generales se concluye que siendo la participación comunitaria, el elemento fundamental para desarrollar las actividades de Fomento de la Salud, la productividad reportada es mínima para que efectivamente favorezca el éxito de los programas, asimismo, la falta de información para 1991 en todas las líneas de acción, hace suponer que si afectaron a la productividad los cambios administrativos que tuvo el Programa. También sobre este tema se propone:

- Agrupar las líneas de acción 3. Detección y prevención de los factores de riesgo para la salud y la 7. de salud en el trabajo, hogar, escuela y vía pública, ya que las dos comparten el mismo propósito.
- Llevar a cabo investigaciones de campo para obtener información cualitativa que permita medir realmente el impacto de éstas líneas de acción en la salud de la población, ya que

(34) Véase gráfica No. 2.

no basta con contar con información cuantitativa.

CUADRO No. 7

ESTRUCTURA COMUNITARIA
PORCENTAJE DE COMITES LOCALES POR DELEGACION
(1989 - 1990 - 1991)

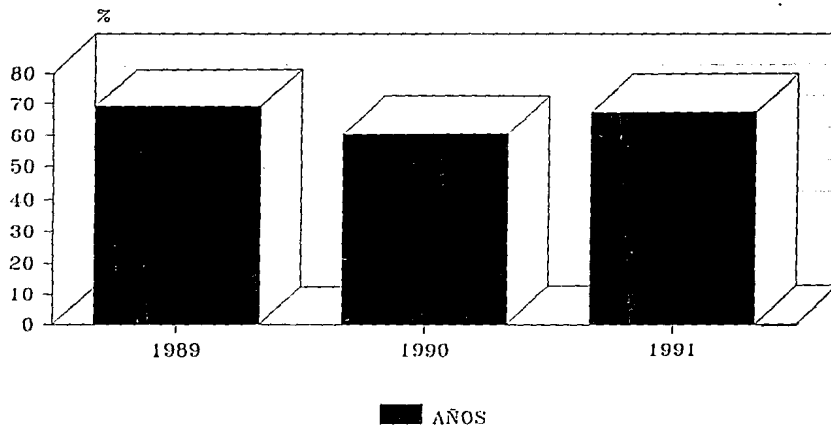
DELEGACIONES	UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR	COMITES LOCALES		
		1989	1990	1991
		PORCIENTO	PORCIENTO	PORCIENTO
AGUASCALIENTES	7	100	100	100
B.C.N.	25	32	32	48
B.C.S.	16	44	44	25
CAMPECHE	8	88	100	100
COAHUILA	46	41	48	52
COLIMA	11	27	64	82
CHIAPAS	33	94	88	-
CHIHUAHUA	37	54	30	41
DURANGO	30	30	30	67
GUANAJUATO	47	34	43	23
GUERRERO	19	58	53	53
HIDALGO	19	58	74	79
JALISCO	90	112	69	68
MEXICO	64	84	66	95
MICHOACAN	49	49	94	104
MORELOS	24	29	100	17
NAYARIT	21	105	90	100
NUEVO LEON	37	43	46	97
OAXACA	27	30	37	100
PUEBLA	38	108	108	26
QUERETARO	20	100	95	100
QUINTANA ROO	7	86	71	100
SAN LUIS POTOSI	37	73	14	14
SINALOA	36	75	83	97
SONORA	54	100	52	72
TABASCO	29	41	21	90
TAMAULIPAS	39	28	18	46
TLAXCALA	15	93	93	187
VERACRUZ NORTE	47	74	53	104
VERACRUZ SUR	55	76	53	113
YUCATAN	51	98	98	53
ZACATECAS	34	32	18	-
DELEGACION 1	12	75	83	83
DELEGACION 2	11	100	91	91
DELEGACION 3	12	92	83	-
DELEGACION 4	6	133	100	133
T O T A L E S	1,113	69	60	67

C07

FUENTE: Cédula de seguimiento de Fomento a la Salud por unidad operativa 1989, 1990 e Informe de la Productividad del Programa Institucional de Fomento de la Salud 1991.

(-) Sin información.

GRAFICA No. 1
PORCENTAJE DE COMITES LOCALES
1989 - 1990 - 1991



FUENTE: CUADRO No. 7

ESTRUCTURA COMUNITARIA
 PROMEDIO DE COMITES COMUNITARIOS POR COMUNIDAD
 (1989 - 1990 - 1991)

DELEGACIONES	COMITES COMUNITARIOS POR COMUNIDAD					
	1989			1990		
	COMUNIDADES	COMITE COMUNITARIO	PROMEDIO	COMUNIDADES	COMITE COMUNITARIO	PROMEDIO
AGUASCALIENTES	7	18	2.6	7	19	2.7
B.C.N.	9	12	1.3	10	12	1.2
B.C.S.	12	12	1.0	8	13	1.6
CAMPECHE	8	15	1.9	8	9	1.1
COAHUILA	50	59	1.2	18	55	3.1
COLIMA	3	16	5.3	14	17	1.2
CHIAPAS	32	33	1.0	28	34	1.2
CHIHUAHUA	20	20	1.0	37	7	0.2
DURANGO	11	13	1.2	17	12	0.7
GUANAJUATO	16	20	1.3	21	22	1.0
GUERRERO	12	22	1.8	32	16	0.5
HIDALGO	11	11	1.0	16	15	0.9
JALISCO	101	223	2.2	160	231	1.4
MEXICO	58	53	0.9	97	53	0.5
MICHOCAN	75	90	1.2	20	89	4.5
MORELOS	8	8	1.0	51	37	0.6
HAYARIT	20	19	1.0	64	24	0.4
NUEVO LEON	23	23	1.0	8	21	2.6
ORAXACA	10	35	3.5	13	36	2.8
PUEBLA	41	43	1.0	20	46	2.3
QUERETARO	20	24	1.2	19	21	1.1
QUINTANA ROO	5	8	1.6	12	6	0.5
SAN LUIS POTOSI	167	654	3.9	5	652	130.4
SINALOA	27	101	3.7	27	45	1.7
SONORA	28	107	3.8	31	107	3.5
TABASCO	12	12	1.0	19	6	0.3
TAMAULIPAS	15	120	8.0	11	133	12.1
TLAXCALA	15	17	1.1	31	17	0.5
VERACRUZ NORTE	39	39	1.0	23	29	1.3
VERACRUZ SUR	49	56	1.1	143	44	0.3
YUCATAN	48	45	0.9	70	45	0.6
ZACATECAS	10	17	1.7	3	51	17.0
DELEGACION 1	25	28	1.1	39	25	0.6
DELEGACION 2	11	58	5.3	42	24	0.6
DELEGACION 3	11	11	1.0	36	10	0.3
DELEGACION 4	8	10	1.3	21	7	0.3
TOTALES	1,017	2,052	2.0	1,191	1,990	1.7

COB

FUENTE: Cédula de seguimiento de Fomento a la Salud por unidad operativa 1989, 1990 e Informe de la Productividad del Programa Institucional de Fomento de la Salud 1991.
 1991 Sin información.

CUADRO No. 9

ESTRUCTURA COMUNITARIA
PROMEDIO DE PROMOTORES VOLUNTARIOS POR POBLACION
(1989 - 1990 - 1991)

DELEGACIONES	1989			1990			1991		
	POBLACION BENEFICIADA	PROMOTORES VOLUNTARIOS	PROMEDIO	POBLACION BENEFICIADA	PROMOTORES VOLUNTARIOS	PROMEDIO	POBLACION BENEFICIADA	PROMOTORES VOLUNTARIOS	PROMEDIO
AGUASCALIENTES	102,425	121	846	315,313	72	4,379	88,649	224	396
B. C.	21,065	132	235	297,247	67	4,437	21,980	156	141
B. C. S.	14,593	73	200	19,146	87	220	12,947	155	146
CAMPESIE	27,196	105	257	16,522	118	140	82,628	166	184
COAHUILA	205,581	432	476	2,004,216	410	4,888	81,250	598	136
COLIMA	687	101	7	189,495	164	1,155	15,590	40	390
CHIAPAS	507,514	67	7,575	667,627	52	12,839	-	-	-
CHIRUAHUA	1,355,291	210	6,454	41,389	232	178	92,797	331	280
DURANGO	81,438	88	925	16,035	109	147	188,161	714	264
GUANAJUATO	67,530	207	326	50,866	232	219	10,250	207	50
GUERRERO	254,204	177	1,436	220,000	145	1,517	105,262	662	159
HIDALGO	301,400	114	2,644	626,184	144	4,349	29,928	282	106
JALISCO	133,343	3,422	39	4,470,553	2,889	1,547	174,729	5,013	35
MEXICO	2,366,299	403	5,872	241,061	488	494	2,109,858	2,552	827
MICHOACAN	575,728	354	1,625	20	333	0	121,580	80	1,520
MORELOS	230,509	15	15,367	14,899	112	133	103,386	145	713
NAYARIT	105,648	125	845	45,688	98	466	118,662	573	207
NEUVO LEON	97,537	226	432	67,173	258	260	130,706	1,153	113
OAXACA	117,957	215	549	21,017	187	112	-	173	-
PUEBLA	759,605	370	2,053	204	479	0	92	58	2
QUERETARO	25,282	144	176	21,956	181	121	39,160	410	96
QUINTANA ROO	33,465	115	291	22,890	74	309	-	-	-
SAN LUIS POTOSI	1,213,106	5,106	238	793,717	5,101	156	39,453	130	303
SINALOA	251,285	169	1,487	555,334	380	1,461	981,999	924	1,063
SONORA	333,676	290	1,151	267,923	390	687	34,432	423	81
TABASCO	498,673	54	9,235	-	85	-	48,227	-	-
TAMAULIPAS	414,893	518	801	22,752	530	43	186,513	120	1,554
TLAXCALA	67,637	91	743	60,738	80	690	91,821	370	248
VERACRUZ NORTE	127,648	244	523	130,750	217	603	918,865	465	1,976
VERACRUZ SUR	618,998	453	1,366	123,699	189	654	881,000	4,526	195
YUCATAN	68,218	219	311	42,649	219	195	507,239	1,689	300
ZACATECAS	25,690	219	117	5,871	287	20	-	-	-
DELEGACION 1	221,260	134	1,651	363,260	170	2,139	123,546	913	135
DELEGACION 2	619,104	516	1,200	998,780	208	4,802	307,267	643	478
DELEGACION 3	837,539	178	4,705	738,109	173	4,267	189,166	734	258
DELEGACION 4	613,261	128	4,791	27,932	116	241	226,649	811	279
T O T A L E S	13,305,485	15,536	856	13,501,375	15,084	895	8,063,802	25,840	312

FUENTE: Cédula de seguimiento de Fomento a la Salud por unidad operativa 1989, 1990 e informe de la productividad del Programa Institucional de Fomento de la Salud 1991.

(-) Sin información.

C09

PROOCIVIDAD DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE FOMENTO DE LA SALUD
PORCENTAJE DE COMUNIDADES POR LINEA DE ACCION
(1989 - 1990 - 1991*)

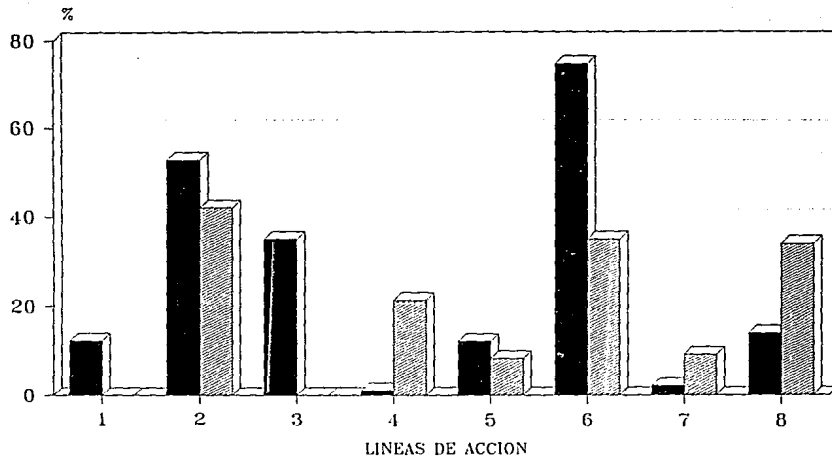
DELEGACIONES	EST	LINEAS DE ACCION**								EST	LINEAS DE ACCION**							
		COMUNIDADES									COMUNIDADES							
		1	2	3	4	5	6	7	8		1	2	3	4	5	6	7	8
AGUASCALIENTES	7	42.0	0.0	42.0	71.0	14.0	371.0	0.0	0.0	7	0.0	86.0	0.0	28.0	14.0	86.0	86.0	86.0
B.C.F.	9	22.0	166.0	0.0	0.0	11.0	89.0	0.0	22.0	10	0.0	40.0	0.0	0.0	10.0	40.0	10.0	10.0
B.C.S.	11	30.0	50.0	87.0	0.0	17.0	31.0	32.0	75.0	8	0.0	12.0	0.0	0.0	0.0	37.0	0.0	10.0
CAMPESER	8	0.0	12.0	12.0	24.0	0.0	62.0	0.0	0.0	8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	37.0	0.0	12.0
COAHUILA	50	6.0	42.0	50.0	0.0	2.0	48.0	1.0	10.0	18	0.0	100.0	0.0	39.0	11.0	94.0	5.0	11.0
COLIMA	3	0.0	200.0	233.0	33.0	0.0	100.0	0.0	0.0	14	0.0	71.0	0.0	0.0	7.0	71.0	0.0	21.0
CHIAPAS	32	0.0	6.0	0.0	0.0	0.0	44.0	0.0	3.0	28	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
CHIHUAHUA	20	50.0	85.0	0.0	0.0	0.0	130.0	0.0	2.0	34	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
CHUBASCO	11	0.0	45.0	9.0	7.0	0.0	54.0	0.0	9.0	17	0.0	41.0	0.0	17.0	12.0	23.0	23.0	47.0
CHUQUILTANGO	16	25.0	112.0	19.0	0.0	21.0	75.0	0.0	21.0	21	0.0	57.0	0.0	5.0	9.0	9.0	0.0	14.0
CHVERO	12	17.0	41.0	25.0	25.0	17.0	258.0	0.0	50.0	32	0.0	75.0	0.0	6.0	0.0	9.0	6.0	47.0
CHIDAGO	11	9.0	54.0	45.0	72.0	18.0	72.0	0.0	43.0	16	0.0	18.0	0.0	18.0	12.0	18.0	0.0	16.0
CHILE	101	3.0	76.0	130.0	26.0	10.0	57.0	4.0	4.0	160	0.0	6.0	0.0	46.0	21.0	55.0	21.0	50.0
CHICO	58	1.0	81.0	22.0	15.0	20.0	84.0	0.0	29.0	97	0.0	81.0	0.0	26.0	9.0	16.0	13.0	33.0
CHONCALAN	75	0.0	24.0	4.0	12.0	1.0	57.0	1.0	13.0	20	0.0	45.0	0.0	33.0	0.0	25.0	0.0	5.0
CHORELOS	8	0.0	112.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	61	0.0	65.0	0.0	6.0	0.0	20.0	6.0	70.0
CHOTARIT	20	25.0	40.0	95.0	0.0	10.0	355.0	5.0	25.0	64	0.0	36.0	0.0	8.0	0.0	56.0	0.0	0.0
CHUVO LEON	23	87.0	86.0	108.0	26.0	43.0	104.0	0.0	17.0	8	0.0	37.0	0.0	25.0	12.0	37.0	12.0	62.0
CHIXACA	10	0.0	30.0	0.0	30.0	0.0	90.0	0.0	0.0	13	0.0	38.0	0.0	0.0	0.0	31.0	3.0	100.0
CHUELA	41	17.0	43.0	10.0	14.0	36.0	148.0	2.0	9.0	20	0.0	50.0	0.0	20.0	0.0	10.0	0.0	5.0
CHUETIAGO	20	1.0	65.0	1.8	0.0	35.0	90.0	0.0	1.0	19	0.0	58.0	0.0	37.0	5.0	31.0	47.0	5.0
CHUETIARA ROO	5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12	0.0	50.0	0.0	25.0	33.0	50.0	25.0	41.0
CHU LUIS POTOSI	157	0.4	1.0	0.0	1.0	0.0	6.0	3.0	0.0	6	0.0	5.0	0.0	60.0	0.0	40.0	20.0	80.0
CHUALA	27	11.0	59.0	22.0	21.0	21.0	137.0	0.0	23.0	4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
CHONGRA	28	43.0	89.0	85.0	14.0	21.0	89.0	3.0	18.0	31	0.0	74.0	0.0	22.0	19.0	51.0	0.0	0.0
CHONTO	12	25.0	66.0	75.0	0.0	66.0	58.0	0.0	58.0	19	0.0	31.0	0.0	21.0	0.0	31.0	5.0	57.0
CHONGUILPAS	15	33.0	26.0	6.0	46.0	0.0	146.0	0.0	33.0	11	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
CHUALCALA	13	7.0	53.0	0.0	46.0	20.0	280.0	13.0	13.0	31	0.0	61.0	0.0	46.0	9.0	48.0	6.0	100.0
CHUACRU NORTE	39	5.0	59.0	58.0	3.0	23.0	84.0	0.0	30.0	23	0.0	52.0	0.0	43.0	4.0	26.0	8.0	26.0
CHUACRU SUR	49	2.0	16.0	8.0	4.0	0.0	94.0	0.0	0.0	143	0.0	36.0	0.0	8.0	0.0	69.0	6.0	20.0
CHUATAN	48	4.0	143.0	14.0	6.0	6.0	38.0	0.0	10.0	70	0.0	66.0	0.0	16.0	4.0	24.0	3.0	57.0
CHUATECAS	10	20.0	100.0	100.0	10.0	0.0	50.0	20.0	100.0	3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
DELEGACION 1	25	16.0	0.0	8.0	12.0	8.0	16.0	0.0	4.0	39	0.0	61.0	0.0	26.0	5.0	20.0	10.0	46.0
DELEGACION 2	11	36.0	200.0	0.0	9.0	63.0	263.0	63.0	9.0	42	0.0	40.0	0.0	26.0	5.0	19.0	14.0	33.0
DELEGACION 3	11	0.0	54.0	9.0	0.0	18.0	9.0	0.0	0.0	36	0.0	89.0	0.0	61.0	25.0	36.0	22.0	52.0
DELEGACION 4	8	112.0	100.0	50.0	0.0	25.0	50.0	0.0	75.0	21	0.0	76.0	0.0	38.0	0.0	38.0	0.0	95.0
TOTALES	1,017	12.0	53.0	35.0	0.98	12.0	79.0	2.0	14.0	1,161	0.0	42.0	0.0	21.0	8.0	35.0	9.0	34.0

FUENTE: Cedula de seguimiento de Fomento a la Salud por unidad operativa 1989, 1990.

* No se cuenta con informacion para 1991.

** 1) Organizacion y participacion comunitaria 2) Difusion y Capacitacion 3) Deteccion y prevencion de los factores de riesgo para la salud 4) Mejoramiento de la alimentacion 5) Proteccion y mejoramiento del ingreso familiar 6) Mejoramiento ambiental 7) Salud en el trabajo, hogar, escuela y via publica 8) Salud mental y adecuado uso del tiempo libre.

GRAFICA No. 2
 PORCENTAJE DE COMUNIDADES POR LINEA DE ACCION
 1989 - 1990



■ 1989 ▨ 1990

* 1) ORGANIZACION Y PARTICIPACION COMUNITARIA 2) DIFUSION Y CAPACITACION 3) DETECCION Y PREVENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD 4) MEJORAMIENTO DE LA ALIMENTACION 5) PROTECCION Y MEJORAMIENTO DEL INGRESO FAMILIAR 6) MEJORAMIENTO AMBIENTAL 7) SALUD EN EL TRABAJO, HOGAR, ESCUELA Y VIA PUBLICA 8) SALUD MENTAL Y ADECUADO USO DEL TIEMPO LIBRE.

FUENTE: CUADRO N° 10



CAPITULO 4.

EL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD DENTRO DE LA
POLITICA NEOLIBERAL

CAPITULO 4.

EL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD DENTRO DE LA POLITICA NEOLIBERAL.

En el presente capítulo se analiza el Programa de Fomento de la salud, dentro del modelo económico neoliberal, asimismo se hacen algunas consideraciones acerca del impacto de este modelo en América Latina y España.

El análisis se hará correlacionando las políticas y estrategias del Programa con las características del modelo neoliberal.

El Programa de Fomento de la Salud, surge durante el régimen de Miguel de la Madrid, el cual se caracterizó por ser el período en el que el Estado entra en una crisis fiscal y administrativa que afecta las finanzas del país, esto ocurrió dos años después de 1980, cuando se hablaba todavía de la "administración de la abundancia".

Como consecuencia de esta crisis, se buscaron estrategias y alternativas para superarla y se propusieron iniciativas que incluyeron desde reformas constitucionales, con el propósito de precisar y reordenar la relación entre sociedad y gobierno; hasta reformas económicas, como el Programa Inmediato de Reordenación Económica (PIRE) propuesto en 1983.

Los métodos y prácticas populistas, que tradicionalmente había postulado el Estado y el sistema de dominación de nuestro país, resultaron ya inoperantes en el contexto mencionado. Se reorientan como se puede constatar en las políticas

de "austeridad", de "realismo" y "eficiencia". contenidas básicamente en el PIRE y en el Plan Nacional de Desarrollo que a su vez fueron plasmadas en la estrategia de recuperación económico-social del régimen de Miguel de la Madrid. Esta estrategia es considerada como la más impopular por sus efectos reales en la población. (35)

En algunos países de Europa y América Latina, este modelo neoliberal ha causado más problemas sociales de los que intenta resolver. Por ejemplo, en Venezuela, se dice que "como resultado de la política de salud del estado venezolano, se aprecia hoy, por una parte la persistencia y reciente recrudecimiento de las patologías creadas por una situación de atraso económico y social que nunca llegamos a superar con amplitud... por otra parte, somos víctimas de las enfermedades generadas por el desarrollo capitalista con su cohorte de consumismo, stress y violencia..." (36)

De igual forma Ecuador y Bolivia cuestionan el modelo económico neoliberal que ha originado en estos países bajos ingresos y despidos masivos, entre otros: "en ambos países la opción de redimensionar el Estado, sumada a las disposiciones económicas del modelo neoliberal, ha generado consecuencias perceptibles también en otras naciones del continente que han adoptado dicho modelo, elevados índices de desempleo, acentuación de la

(35) González Casanova Pablo et. al. México ante la Crisis el Contexto Internacional y la Crisis económica, p. 23

(36) León U.J.R. et. al. p.2

endémica tendencia latinoamericana a la concentración del capital y un malestar social generalizado, cuyas consecuencias son "imprevisibles" (37)

"El clásico estado asistencial" vituperado por los gobiernos neoliberales, ha dejado paso a un aparato estatal que reduce al máximo su planta laboral, elimina recursos que en otras épocas estuvieron destinados al bienestar social, fomenta las industrias y afina cuidadosamente sus instrumentos de control y captación fiscal". (38)

Sobre la situación de España diremos que en el IV Seminario de Atención Primaria de Salud, efectuado en la Habana Cuba en marzo de 1993, se concluyó que las tendencias neoliberales en las políticas de salud, muestran objetivos privatizadores y que todo este proceso, ha traído como consecuencia principalmente un empeoramiento de las condiciones de vida para amplios sectores de población con los siguientes resultados:

- . Aumento del desempleo.
- . Cambios en los niveles de estabilidad y seguridad en el empleo con aumento importante de la precariedad del mismo.
- . Pérdidas de rentas salariales y del volúmen y variedad de ayudas sociales.
- . Crecimiento de la pobreza y de las bolsas de marginación social.

(37) Editorial de La Jornada "El neoliberalismo cuestionado", 16 de noviembre 1993. p.1

(38) Ibidem

- . Aparición de trabajo sumergido, con acentuados riesgos de inseguridad y patología laboral.
- . Deterioro en los aportes nutricionales esenciales.
- . Aumento de la adicción a drogas como alcohol o las ilegales.
- . Dificultades para la adquisición de viviendas. (39)

En México, este tipo de problemas se dejan ver, a mediados de la década de los ochentas y se inician con la reducción en el gasto público, consecuencia de la política de austeridad impuesta por el gobierno, para salir de la crisis. También en esta década (durante el régimen de Miguel de la Madrid y el de Salinas), el Estado Mexicano adopta el modelo económico neoliberal, recomendado por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial como una supuesta salida a la crisis, trayendo como consecuencia un mayor endeudamiento, esto implica nuevamente la reducción del gasto público que afecta directamente el rubro de la Salud y Seguridad Social, aún cuando en los discursos políticos se diga que para este rubro se aumentará en un 10.5% el presupuesto destinado a bienestar social y desarrollo social. (40)

Algunas de las características de este modelo en México son:

- Saneamiento de las finanzas públicas.
- Restricción de la intervención estatal.
- Liquidación y venta de empresas públicas.

(39) Ibid.

(40) La Jornada, "El progreso no se mide en cifras".

- Cancelación de algunos programas de bienestar social.
- Reducción del gasto público.
- Introducción de estrategias alternativas de atención a los agravados problemas sociales, esto es, cómo se abordarán los rubros de educación y salud, principalmente.

En lo que se refiere al impacto del modelo neoliberal en México, en especial en el IMSS, se hace referencia a algunas consideraciones de esta política en las Instituciones de Seguridad Social.

Se pondrá de manifiesto el replanteamiento del papel del Estado respecto a su "responsabilidad" ante la seguridad social. Las políticas sociales en este sentido se verán modificadas, sobre todo para que estas "responsabilidades" recaigan cada vez más en los individuos. Para ello, se exponen algunos fragmentos de la conferencia magistral de Genaro Borrego Estrada, Director General del IMSS presentada en la XXXVII Reunión Ordinaria del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. (41)

"En el período marcado por la crisis hay una tendencia a la revisión de las políticas sociales. Al acentuarse el enfoque individualista, en algunos países disminuyeron las responsabilidades cotidianas y se buscaron nuevos modelos que devolvieran al mercado la cobertura de las contingencias sociales y que dejaran cada vez más a cargo de los individuos,

(41) CISS, Conferencia magistral dictada en la XXXVII Reunión Ordinaria del Comité Permanente Internacional de Seguridad Social. p.3

la satisfacción de sus necesidades y la protección ante los riesgos". (42)

"En formulaciones recientes de políticas y hombres de Gobierno, han vuelto a aparecer con alguna frecuencia temas y planteamientos que habían perdido énfasis; el Estado no puede renunciar a la responsabilidad fundamental de otorgar protección a individuos y grupos que integran las capas más desfavorecidas". (43)

Como se puede ver la Seguridad Social, al incorporar la gestión gubernamental e incluir las demandas más sentidas de la población, tendría que exigir la intervención estatal. El programa de modernización de estos últimos cinco años en México, se caracteriza principalmente en términos de un programa político social que considera la supuesta solidaridad, redistribución y cohesión social.

En el campo de la salud, las políticas del Estado Mexicano habían sido de carácter populista y se tenía la concepción de estado benefactor, lo cual tiende a desaparecer con las estrategias adoptadas para enfrentar la crisis. En este sentido el Programa Institucional de Fomento de la Salud, forma parte de estas estrategias dominantes, ya que constituyen paleativos en vez de soluciones a los problemas reales de salud.

Con respecto a la relación de las políticas neoliberales y el Programa de Fomento de la salud, podemos decir que sus

(42) Ibidem p.4

(43) Ibid. p. 6

componentes expuestos en el capítulo 2, responden a las políticas dictadas en los regímenes de Miguel de la Madrid y de Salinas de Gortari. Este último señaló en marzo de 1992 que, "para el liberalismo social: en la alimentación como en la vivienda, en la salud y en la calidad de vida, el Estado está plenamente comprometido, pero entiende la corresponsabilidad en la resolución de las carencias; promueve nuevos esquemas para que haya una más amplia participación en la solución de los problemas y respuesta más eficaz en la prestación de los servicios con transparencia y equidad". (44)

Este esquema reforzó los programas económicos que desde 1982 conforman la política de austeridad, la cual se evidenció con la reducción del gasto público para programas de bienestar social como se puede apreciar en las políticas y estrategias de los programas analizados.

En las estrategias de 1985 y 1989, se habla de optimización de recursos financieros, reordenamiento financiero y de actividades o sea desarrollar el Programa de Fomento de la Salud, sin presupuesto específico, lo que muestra que éstos estuvieron más apegados a las políticas del Estado. Las estrategias del programa de 1992 no mencionan nada con relación a este tema, pero tampoco se demuestra que tenga asignación financiera. Una consecuencia de la reordenación financiera y del cumplimiento de las políticas neoliberales, es asignar a la comunidad responsabilidades que le corresponden al Estado. Un

(44) INS. El liberalismo Social p.6

claro ejemplo de ello es el énfasis que hacen los programas, en las "estructuras comunitarias". Otro aspecto, de la relación de los programas con las políticas neoliberales es la "concertación" o sea el "concenso" entre la comunidad y los organismos públicos en apoyo a la "organización comunitaria". En resumen, este modelo económico neoliberal adoptado a principios de los ochentas, cobra fuerza, en el período de Carlos Salinas de Gortari, con el Programa Nacional de Solidaridad, el cual funciona bajo los preceptos del neoliberalismo social. El modelo de este programa, ha sido la punta de la lanza para la orientación de casi todos los programas en base a determinadas redes sociales, (45) llamése comités comunitarios, mujeres en solidaridad, niños en solidaridad. et. seq.

Por otro lado, el Programa de Fomento de la Salud cuyas actividades también tienden a mejorar la calidad de vida de la población y en especial de sus derechohabientes, a diferencia del Programa Nacional de Solidaridad, lo hace sin presupuesto específico, luego entonces, la incidencia que tienen las acciones del Programa en la calidad de vida de su población derechohabiente es relativamente poca, ya que si contara con recursos específicos tendrían permanencia y continuidad, ya

(45) Entendidas como la relación que se da entre personas que buscan "ayuda" para la solución de sus problemas, concepto abordado desde una perspectiva sociológica y antropológica basada en la "teoría de la búsqueda de ayuda", "el intercambio simbólico" y la "teoría del intercambio" (Infante C. et. al., Redes sociales y embarazo, 1993)

que sus componentes muestran que sus actividades están estructuradas de tal manera que se orientan a la atención de los indicadores de mejoramiento del nivel de vida.

CONCLUSIONES

Aún cuando las políticas en salud, hacen referencia a que el interés del Estado es el "bienestar físico, mental y social del hombre", así como el "mejoramiento de la calidad de vida, protección, promoción y conservación de las condiciones de salud". El Estado generalmente adopta el modelo médico hegemónico que se orienta principalmente hacia la atención médica en términos curativos y no preventivos y menos anticipatorios, esto se ve acentuado en los últimos años por la tendencia de agrupar a las instituciones que proporcionan servicios médicos, sin contar con los recursos ni infraestructura que les permita incidir en las necesidades sociales que impactan la salud de la población, entendida ésta desde un punto de vista integral. Por esta razón creemos que es necesario promover cambios estructurales en el sistema para que exijan la participación de los sectores públicos y privados o bien que específicamente el Sistema Nacional de Salud considere la incorporación real de otras instituciones oficiales que verdaderamente puedan apoyar programas que contemplen no sólo el bienestar físico sino mental y social, para entonces hablar de una atención integral de la salud y que esto no quede sólo en el discurso político.

También es conveniente que el Estado Mexicano reconsidere las recomendaciones emanadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de Salud (OPS), mismas

que proponen la interrelación de los ocho componentes de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, los cuales son: 1). La formación y utilización de recursos humanos; 2). Organización y participación comunitaria; 3). Desarrollo de la investigación y tecnologías apropiadas; 4). Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente; 5). Disponibilidad de insumos y equipos; 6). Financiamiento; 7). Cooperación Internacional y 8). Desarrollo de la articulación intersectorial.

Otro aspecto que se encontró durante la investigación es la confusión que existe entre las actividades de Fomento de la Salud, con los de Medicina Preventiva, ya que las primeras se refieren a la promoción y educación para la salud, las que por su naturaleza son anticipatorias a los riesgos y en consecuencia retardan o disminuyen uno o varios daños antes de su aparición.

Además las actividades de Fomento de la Salud permiten tener una mayor cobertura, ya que la atención es colectivizada y no personalizada. En cambio, las actividades de medicina preventiva se centran únicamente en la protección personal específica, como por ejemplo las vacunas.

Por otro lado, en lo que se refiere al Programa de Fomento de la Salud y los cambios administrativos que ha tenido a lo largo de estos años, consideramos que éstos le han sido favorables, principalmente en lo que respecta a su

conceptualización, definición y aplicación de una metodología para la identificación de factores de riesgo físicos, sociales y ambientales, aunque, le falta lo correspondiente a los riesgos psíquicos, para tener un diagnóstico integral ya que de acuerdo al concepto de salud referido anteriormente, deberían ser considerados tanto los aspectos físicos, como los mentales y sociales y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En ese sentido, a partir de este trabajo, se sugiere efectuar una reestructuración de los componentes de cada uno de los programas, a fin de complementarlos, ya que cada uno de ellos contempla aspectos importantes, tanto en sus objetivos, sus políticas y sus estrategias, como en las actividades y recursos propuestos para su aplicación; también se recomienda revisar la metodología utilizada para el diagnóstico de factores de riesgo, para hacerlo congruente con las necesidades reales de la población.

Asimismo, el haber considerado en este trabajo la elaboración de un diagnóstico situacional de las actividades de Fomento de la Salud, a nivel delegacional y confrontarlo con los cambios administrativos para ver como han influido en la productividad, demuestra que efectivamente las actividades que se desarrollan en las comunidades, se ven influenciadas por los cambios que se llevan a cabo a nivel central, debido a que reciben indicaciones de diversa índole, creando confusión en lo que deben hacer, esto se puede corroborar a partir de la

información que reportan las delegaciones, pues resulta ser muy variada e inconsistente, dificultando el reconocimiento del grado de avance de dichas actividades, por lo que es imprescindible tener continuidad en la información respecto a su periodicidad y a los formatos utilizados para su captura. Además que, de acuerdo a lo encontrado durante el análisis en cuanto a la productividad por línea de acción, puede concluirse que este tipo de actividades no han sido comprendidas ni en su concepto ni en sus objetivos; por lo tanto, recomendamos incrementar la capacitación y asesoría, así como los apoyos que permitan entender y desarrollar cada una de las líneas de acción y en específico agrupar la línea de acción "detección y prevención de los factores de riesgo para la salud" y la de "salud en el trabajo, hogar, escuela y vía pública", en el sentido de que en términos generales se llevan a cabo las mismas actividades.

Por último, a pesar de que hay intentos por parte del Estado Mexicano por atender las necesidades de bienestar social, incluida la salud; los programas que generalmente se proponen no son otra cosa más que medidas paliativas a la problemática real que vive la mayoría de la población y que además responden a intereses de la economía internacional como por ejemplo las condiciones que establece el Banco Mundial para el desarrollo económico de los países deudores, que implican medidas que lejos de fomentar la salud y la calidad de vida de la población, las han venido empobreciendo.

Bibliografía

Baena Paz, Guillermina, Instrumentos de investigación (Tesis profesionales y trabajos académicos), 12a. reimpresión, México, Editores Mexicanos Unidos, S.A. enero 1993, 134 pp.

B. Levine, Barry (Compilador), El desafío neoliberal, el fin del tercermundismo en América Latina, Santa Fe de Bogotá, Colombia, grupo Editorial Norma, 1992, 518 pp.

Carranco Malpica, Ma. Elena, La sociología de la seguridad social en las clases marginadas de México, Tesis UAM, México, 1987.

González Casanova, Pablo, Héctor Aguilar Camín (Coordinadores), México ante la crisis, el contexto internacional y la crisis económica, Vol. I, 2a. ed., México, Editorial S-XXI, 1986, 435 pp.

González Casanova, Pablo, Héctor Aguilar Camín (Coordinadores) México ante la crisis, el impacto social y cultural - las alternativas, Vol. II 2a. ed., México, Editorial Siglo XXI, 1986, 425 pp.

González Casanova, Pablo y Enrique Florescano
(Coordinadores), México hoy, 8a. ed., México, Editorial
Siglo XXI, 1980, 425 pp.

Guillen Romo, Héctor, Orígenes de la crisis (1940 -
1982), México, Editorial Era, 1984, 140 pp.

Hernández Zinzun, Gilberto, Desarrollo económico social
y políticas estatales de salud en México. Tesis, F.C.P.
y S. UNAM, México, 1985.

Holguín Quiñones, Fernando, Estadística descriptiva
aplicada a las ciencias sociales, 2a. ed., México,
F.C.P. y S. UNAM, 1988.

Infante Claudia, MSC y Loraine Schlaepfer PHD.- Redes
sociales y embarazo, Ponencia presentada en el Coloquio
sobre Género y Salud Femenina, en junio de 1993. MIMEO.

Laurell, Asa C. y Margarita Márquez, El desgaste obrero
en México, proceso de producción, y salud. Col.
Problemas de México, México, Ediciones Era. 1983, 118
pp.

Laurell, Asa C. y M. Noriega, "La salud en la fábrica", México, Editorial Era, 1989.

León Uzcategui, José R. y Carquez Fready, "El estado venezolano y la privatización de los servicios de salud (Resumen) Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela, Ponencia presentada en el Congreso Sobre Atención Primaria de Salud, Habana, Cuba, marzo 1993.

López Acuña, Daniel, "La salud desigual en México", 4a. ed., México, Editorial Siglo XXI, 1982. 247 pp.

Lowel, Ricardo, "Descentralización en el sector salud, ¿Una alternativa a la crisis económica?", Estudio de caso en Menéndez Eduardo y Javier García de Alba (Compiladores), "Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aporte/Antropología Médica en México", México, UAG. CIESAS, 1992, 326 pp.

Menéndez Eduardo, "Hacia una práctica médica alternativa, hegemonía y autoatención gestión en salud". México, CIESAS, Cuadernos de la casa chata No. 86, 1983.

Moreno Cueto, Enrique et. al. "Sociología histórica de las Instituciones de Salud en México", IMSS, México 1982.

Organización Panamericana de la Salud, Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil, Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, Capítulo II - III, México, 1986.

Rojas Soriano, Raúl, Crisis, salud-enfermedad y práctica médica, México, Plaza y Valdés Editores, 1990, 203 pp.

Rojas Soriano, Raúl, Capitalismo y enfermedad, 3a. ed., México, Plaza y Valdés Editores, 1988, 299 pp.

Ruiz Giménez Aguilar. Panel sobre Atención Primaria de Salud. Política Neoliberal en Salud. La situación de España, II Encuentro de Egresados de la Escuela de Salud Pública. La Habana, Cuba, 16-20 marzo 1993. MIMEO.

San Martín, Hernán, Salud y enfermedad, 3a. ed., México, Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1975.

Sayeg Helu, Jorge, En nuestra ruta socio-liberal, Editorial PAC-UNAM. ENEP Acatlán, 1991, 182 pp.

Soberón, Guillermo, et. al. Hacia un sistema nacional de salud 1933 - 1983, No. 1, UNAM, México, S/F. 444 pp.

Tecla Jiménez Alfredo. et. al. Enfermedad y clase obrera (Marco teórico) México, IPN. 1982.

Zeisel Hans, Dígalo con números, 3a. ed., Editorial F.C.E., 1990, 286 pp.

Zurroza Ceballos, Omar, Salud y enfermedad en el grupo étnico Yaqui de Sonora, Tesis INAH-SEP/México 1985.

D o c u m e n t o s

Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

XXXVII/CPISS/MX 93/4, México, 6-10 diciembre 1993.

"Conferencia Magistral dictada en la XXXVII Reunión Ordinaria del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social". Por Genaro Borrego Estrada, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Sria. General.

Comité Institucional de Fomento de la Salud

"Lineamientos Generales para la instrumentación y operación del Programa de Fomento de la Salud en delegaciones", IMSS, octubre 1985. 116 pp.

Diario Oficial de la Federación del 21 de enero de 1985.

Instituto Nacional de Solidaridad El Liberalismo Social; Solidaridad, Serie Formación No. 2 México 1983.

Instituto Mexicano del Seguro Social, "Cédulas de Seguimiento de Fomento a la Salud por Unidad operativa 36 delegaciones del IMSS", México, enero 1989 a diciembre 1991.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicios de Atención Primaria de la Salud, Subjefatura de Fomento de la Salud. "Programa de Fomento a la Salud", IMSS, México, agosto 1989.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicios de Salud Pública, Subjefatura de Fomento de la Salud, "Programa Institucional de Fomento de la Salud, Segunda Fase", México, mayo, 1992.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicios de Salud Pública "Metodología para la elaboración del Diagnóstico de Factores de Riesgo en Unidades habitacionales INFONAVIT y Población Marginada Urbana", México, mayo 1992.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica y de Prestaciones Sociales "Primera Reunión Temática de Delegaciones - Atención Primaria y Fomento a la Salud", (Programa y Talleres), México, abril 1985.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, "Historia Natural de la Enfermedad", MIMEO, México, 1990.

Ley General de Salud, Títulos Sexto, Séptimo y Octavo, México, 1984, p. 20-30.

Organización Mundial de la Salud, Atención Primaria de Salud, APS. Informe de la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata URSS, 6-12 de septiembre, 1978.

Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994 "Salud, Asistencia y Seguridad Social". México, p. 104 - 107.

Hemerografía

Bryant, John, "A los diez años de Alma Ata" "Salud Mundial", agosto - septiembre 1988.

Editorial, "El neoliberalismo cuestionado" La Jornada, México, Año diez No. 3301, martes 16 de noviembre 1993, Editorial.

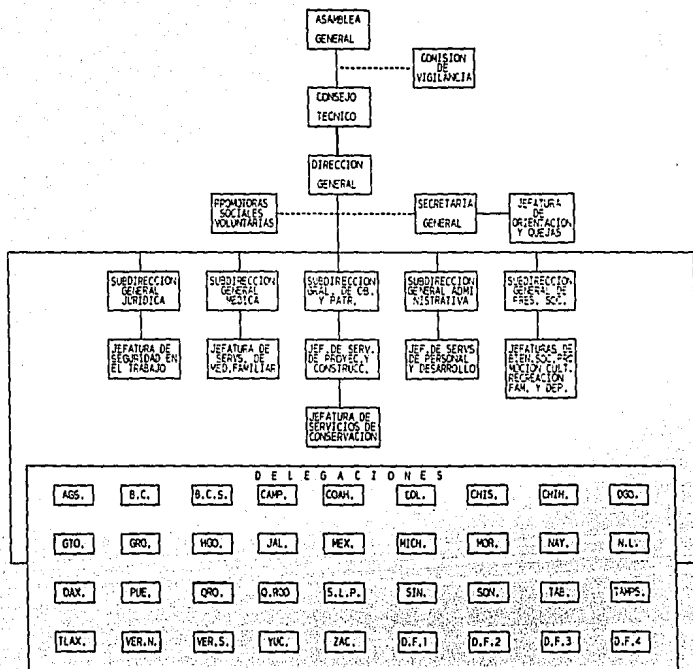
"El progreso no se mide en cifras sino en bienestar social, Aspe, crecimiento del 3 %, meta en 94". La Jornada, México D.F., Año diez No. 3301, martes 16 de noviembre 1993; p. 1.

Gutierrez Trujillo, Gonzalo et al, " El desarrollo de las jurisdicciones sanitarias proyecto estratégico para desarrollar los sistemas locales de salud (SILOS), en México y la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS)". Higiene, Sociedad Médica de la Salud Pública, Vol. 1 No. 1 enero - marzo - 1993.

"La reforma de la revolución" propone Salinas la doctrina del libreratismo social", Epoca, México 9 de marzo 1992.

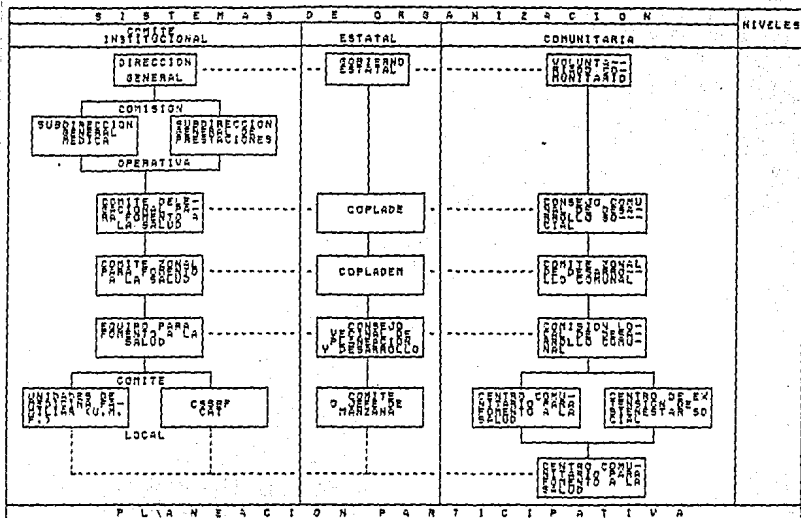
A N E X O S

ANEXO I
ORGANIGRAMA DEL I.M.S.S.
1985



ANEXO 1
PROGRAMA DE FOMENTO A LA SALUD

SISTEMA PARA EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE ORGANIZACION

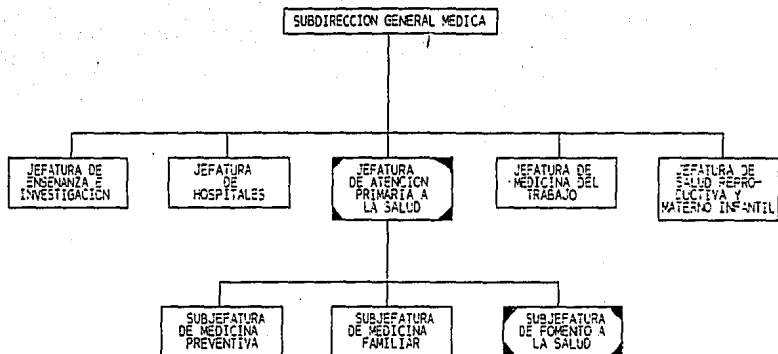


- ESTABLECIMIENTOS VINCULADOS ENTRE LOS ORGANISMOS INSTITUCIONAL, ESTATAL Y COMUNITARIO**
- UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR (UMF)
 - CENTROS DE SEGURIDAD SOCIAL PARA EL BIENESTAR FAMILIAR (CSEBFP)
 - CENTRO DE ADIESTRAMIENTO TECNICO (CAT)
 - GUARDERIA I.M.S.S.
 - GUARDERIA PARTICIPATIVA
 - CENTRO COMUNITARIO
 - VOLUNTARIADO I.M.S.S.
 - VOLUNTARIADO DE LA COMUNIDAD
 - BRIGADAS
 - CENTRO DE EXTENSION DE BIENESTAR SOCIAL

ANEXO 2

ORGANIGRAMA 1989

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 3
ORGANIGRAMA 1992

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

UNIDAD DE PLANEACION E INFORMACION MEDICA

COMISION DE CUADROS BASICOS

JEFATURA DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

JEFATURA DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA

JEFATURA DE SERVICIOS DE EDUCACION MEDICA

JEFATURA DE SERVICIOS DE INVESTIGACION MEDICA

JEFATURA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO

JEFATURA DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL

SECRETARIA PARTICULAR

SUBJEFATURA DE EPIDEMIOLOGIA

SUBJEFATURA DE FOMENTO DE LA SALUD

SUBJEFATURA DE MEDICINA PREVENTIVA

DIVISION ADMINISTRATIVA

DIVISION DE EVALUACION

COORDINACION HORARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

COORDINACION HORARIA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA.

COORDINACION HORARIA DE EDUCACION PARA LA SALUD.

COORDINACION HORARIA DE PARTICIPACION SOCIAL.

COORDINACION HORARIA DE FOMENTO A LA SALUD PARA LOS TRABAJADORES.

COORDINACION HORARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

COORDINACION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

COORDINACION HORARIA DE PROGRAMAS ESPECIALES.

ANEXO 4

CEDULA DE SEGUIMIENTO

FOMENTO A LA SALUD	-- DELEGACION	
CEDULA DE SEGUIMIENTO	FECHA	
1	2	3
UNIDAD OPERATIVA	UNIDAD OPERATIVA	UNIDAD OPERATIVA
1) COMITE LOCAL	1) COMITE LOCAL	1) COMITE LOCAL
2) UHF NO.	2) UHF NO.	2) UHF NO.
3) C.E.S.	3) C.E.S.	3) C.E.S.
4) C.E.C.	4) C.E.C.	4) C.E.C.
5) Total del personal institucional	5) Total del personal institucional	5) Total del personal institucional
6) Pob. Derechohabiente (X)	6) Pob. Derechohabiente (X)	6) Pob. Derechohabiente (X)
7) Total poblacion	7) Total poblacion	7) Total poblacion
ORGANIZACION	ORGANIZACION	ORGANIZACION
1) No. total de Comites Comunitarios	1) No. total de Comites Comunitarios	1) No. total de Comites Comunitarios
2) No. total de brigadas de F. a la S.	2) No. total de brigadas de F. a la S.	2) No. total de brigadas de F. a la S.
3) No. total de Promotores Comunitarios	3) No. total de Promotores Comunitarios	3) No. total de Promotores Comunitarios
LINEAS DE ACCION	LINEAS DE ACCION	LINEAS DE ACCION
Identificacion Inst/Comun	Identificacion Inst/Comun	Identificacion Inst/Comun
1)	1)	1)
2)	2)	2)
3)	3)	3)
4)	4)	4)
5)	5)	5)
CONCERTACIONES	CONCERTACIONES	CONCERTACIONES
Organismos	Organismos	Organismos
1)	1)	1)
2)	2)	2)
3)	3)	3)
4)	4)	4)
5)	5)	5)
LOGROS	LOGROS	LOGROS
1)	1)	1)
2)	2)	2)
3)	3)	3)
4)	4)	4)
5)	5)	5)
6)	6)	6)
7)	7)	7)
8)	8)	8)

INSTRUCTIVO DE LLENADO
CEDULA DE SEGUIMIENTO

UNIDAD OPERATIVA

1) Comité Local _____

Anotar el nombre de la comunidad a la que pertenece el Comité Local.

2) U.M.F. _____

Anotar el número de identificación de la Unidad de Medicina Familiar en la Delegación a la que corresponde el Comité Local.

3) C.S.S. _____

Anotar el sitio de la sede del Centro de Seguridad Social en el que se apoyen.

4) C.E.C. _____

Anotar el número total de Centros de Extensión de Conocimientos con que cuenta esa Unidad operativa.

5) Total de personal Institucional participante en Fomento a la Salud _____

Anotar el número de trabajadores del Instituto que participan en Fomento a la Salud.

6) Total de población derechohabiente _____

Anotar el número total de población derechohabiente de la Unidad operativa al último día del mes anterior a la visita que participa en Fomento a la Salud y el porcentaje que representa en relación derechohabiente de la Unidad.

7) Población total _____

Anotar el total de la población susceptible de incluirse en Fomento a la Salud en esa Unidad operativa (derechohabientes y no derechohabientes).

Si no tiene el apoyo de un Centro de Seguridad Social, dejese el espacio en blanco.

ORGANIZACION

1) Número total de Comités Comunitarios _____

Anotar el número de Comités Comunitarios que existen en esa Unidad operativa.

2) Número total de brigadas de Fomento a la Salud _____

Anotar el número total de brigadas conformadas que existen en la Unidad operativa.

3) Número total de promotores comunitarios _____

Anotar el total de promotores comunitarios integrados en la Unidad operativa.

LINEAS DE ACCION

Identificación	Inst/Común.
----------------	-------------

1) Prevención del daño	Común *
------------------------	---------

2) Saneamiento Ambiental	Inst. *
--------------------------	---------

3)

4)

5)

Anotar las líneas de acción que se han incluido en la programación de actividades de Fomento a la Salud.

Se identificarán además, si las acciones son realizadas por personal Institucional (instit.) 5, por la comunidad (comun)

Las líneas de acción son:

- 1.- Organización y participación comunitaria **
- 2.- Difusión y capacitación
- 3.- Prevención y Limitación del Daño
- 4.- Mejoramiento de la alimentación
- 5.- Protección y Mejoramiento del Ingreso Familiar
- 6.- Mejoramiento Ambiental
- 7.- Salud y Seguridad en el Trabajo
- 8.- Salud Mental y Adecuado Uso del Tiempo Libre

** Esta línea de acción no será anotada pues se identifica en el rubro de organización.

CONCERTACIONES

Organismos

- 1).-S.E.P. *
- 2).-SEDUE *
- 3).-Industrias Resistol *
- 4).-
- 5).-

Anotar el nombre de los organismos públicos y privados, con los que la comunidad y/o el Instituto han establecido las concertaciones.

* Ejemplos

Logros.

- 1) .-12 cursos de Promotores Comunitarios
- 2) .-Pavimentación de 10 calles
- 3) .-
- 4) .-
- 5) .-

Anotar los logros obtenidos en aspectos materiales y/o conductuales observados por la comunidad.

* Ejemplos

Se identificará lo señalado en tantas columnas como Unidades operativas existan en la delegación.

ANEXO 5
 SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
 JEFATURA DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA
 SUBJEFATURA DE FOMENTO A LA SALUD

INFORME DE LA PRODUCTIVIDAD EN FOMENTO A LA SALUD 1991

DELEGACION: _____

ESTRUCTURA	TOTALES
No. DE COMITES LOCALES.	
No. DE COMITES COMUNITARIOS.	
No. DE PROMOTORES COMUNITARIOS VOLUNTARIOS.	
No. DE CENTROS DE EXTENSION DE C.	
No. DE POBLACION BENEFICIADA.	
No. DE COMUNIDADES EN QUE PARTICIPAN LAS P.S.V.	

UNIVERSOS TRABAJADOS POR FOMENTO A LA SALUD		TOTALES
ESCUELAS.		
UNIDADES HABITACIONALES.		
EMPRESAS	RAZONADORAS.	
	MINERAS.	
	TURISTICAS.	
	OTRAS.	
CENTROS LABORALES I. H. S. S.		
COMUNIDADES.		

LINEAS DE ACCION	TOTALES
ORGANIZACION Y PARTICIPACION COMUNITARIA.	
DIFUSION Y CAPACITACION.	
PREVENCION Y LIMITACION DEL RIESGO.	
MEJORAMIENTO DE LA ALIMENTACION.	
PROTECCION DEL INGRESO FAMILIAR.	
MEJORAMIENTO DE LA VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE.	
SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, VIA PUBLICA Y ESCUELA.	
SALUD MENTAL Y ADECUADO USO DEL TIEMPO LIBRE.	

EVENTOS ESPECIALES	TOTALES	
	No.	POC. BENEF.
SEMANAS DE SOLIDARIDAD.		
PROGRAMA VACACIONAL.		
FERIAS DE LA SALUD.		
DIA MUNDIAL SIN FUMAR.		
DIA MUNDIAL DE LA ALIMENTACION.		
OTROS.		