



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

División de Ciencias Políticas y Humanidades

“MEMORIA DE EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO JEFE DE GRUPO DE ESTADISTICA EN EL AREA DE INFORMATICA MEDICA Y ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 3, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, CANCUN, Q. R. 2002-2008”.

MONOGRAFÍA

Para obtener el grado de
Licenciada en Relaciones Internacionales

La Estadística Médica como un recurso para conocer la morbi-
mortalidad de la población derechohabiente en Quintana Roo.

Presenta
Guadalupe González López

Comité de Monografía

M.C. Lázaro Marín Marín
M.C. Jazmín Benitez López
M.C. Eleazar Santiago Galván Saavedra

Chetumal, Quintana Roo, México, Junio del 2009.

Ø 59659

UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

División de Ciencias Políticas y Humanidades.



Monografía elaborada bajo la supervisión del comité de monografía del programa de Licenciatura y aprobada como requisito para obtener el grado de:

LICENCIADA EN RELACIONES INTERNACIONALES

COMITÉ DE MONOGRAFÍA

M.C. Lázaro Marín Marín

M.C. Jazmín Benítez López

M.C. Eleazar Santiago Galván Saavedra

Chetumal, Quintana Roo, México, Junio del 2009.

A "DIOS" PADRE TODOPODEROSO POR PERMITIRME CUMPLIR MIS METAS

EN MEMORIA DE MIS ABUELOS JOSE LOPEZ Y GRACIANA HIDALGO.

A MI MADRE POR SU SACRIFICIO Y DESVELOS DE AQUELLOS AÑOS.

A L AMOR Y APOYO DE MI ESPOSO.

A MIS SUEGROS CON TODO CARÍÑO Y RESPETO.

A MIS HIJOS, ELVIA, LUIS RENE, RODRIGO, ERICK RAMSES Y EDGAR,
AGRADECIENDO POR EL TIEMPO QUE ME DIERON PARA LOGRAR ESTE
FIN.

A MI HERMANA QUE CON SACRIFICIOS Y PRIVACIONES VIVIO CONMIGO,
PERO SIEMPRE CON EL IDEAL DE ALCANZAR UNA META.

A MI CUÑADO OLEGARIO ANAYA MORA, POR EL EJEMPLO QUE ME DIO A
SEGUIR.

A MIS CUÑADOS CON CARÍÑO.

A MIS SOBRINOS POR ALEGRAR MI VIDA.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS DE TODA LA VIDA Y

CON TODA MI GRATITUD Y RESPETO A MIS PROFESORES.

Introducción		Pág. I
Capítulo 1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).		
1.1	Historia, organización, funciones y actividades	1
1.2	La Organización Mundial de la Salud (OMS).	15
1.3	Importancia de la Información Estadística en el marco de la OMS.	24
1.4	El Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC).	26
1.4.1	Misión y Visión	27
1.4.2	Organigrama.	28
1.4.3	Descripción, funciones, actividades.	29
Capítulo 2 Experiencia profesional en el ARIMAC		
2.1	Vinculación de la carrera de Relaciones Internacionales con mi experiencia laboral	33
2.1.1	Funciones del Jefe de Grupo de Estadística	35
2.1.2	Mejora del Sistema de recopilación estadística.	37
2.1.3	Actividades en el Sistema de mortalidad (SISMOR).	38
2.1.4	Actividades en el Sistema de Nacimientos (SINAC).	51
Capítulo 3. Recomendaciones para el mejor desempeño laboral en el ARIMAC		
3.1	Deficiencias profesionales del personal del ARIMAC.	64
3.2	Desconocimiento de la CIE-10 del personal médico.	66
3.3	Propuesta: Vigilancia por parte del Sindicato Nacional de trabajadores del Seguro Social (SNTSS), para que los empleados cumplan con sus obligaciones de acuerdo al Contrato Colectivo de Trabajo, para fortalecer a la Institución.	69
Conclusiones		72
Fuentes		74
Anexos		75

Introducción.

El objetivo del presente trabajo monográfico es explicar el proceso actual de integración de la estadística médica en el Hospital General de Zona No. 3 de Cancún, Q. Roo y cuáles han sido mis principales contribuciones para mejorar esos procesos y que la información estuviera disponible en los primeros tres días hábiles de cada mes, para la toma de decisiones pertinentes.

Ingresé al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 30 de noviembre de 1979, en 1993, entré a la Universidad de Quintana Roo a cursar la carrera de Relaciones Internacionales con validez de licenciatura, a lo largo de ese periodo he visto transformar los procesos manuales de captura, integración y validación de los datos médicos que realizábamos a otros automatizados, como estrategia prioritaria para satisfacer las necesidades de los usuarios de las diferentes áreas e instancias estructurales, creándose dos sistemas automatizados: el Sistema Único de Información (SUI) y el Sistema de Información Médico Operativo (SIMO).

Para cumplir con estas funciones, las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Sindicato, plantearon la necesidad de que los profesiogramas vigentes ya no correspondían a la realidad y que era necesario mejorar las condiciones de trabajo e incrementar el ingreso tabular de los trabajadores, a través de una compactación de las categorías escalafonarias que garantizarían la simplificación de las normas de ascenso, al desarrollo institucional de trabajadores para que tuvieran acceso a un verdadero servicio civil de carrera y extendiera y reforzara los derechos de cambio de rama, firmándose el convenio de reestructuración de la rama administrativa el 16 de julio de 1990, entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

En los primeros años de servicio mi trabajo era prácticamente manual, ya que contribuía a realizar la captura de datos estadísticos en formatos rudimentarios y poco comprensibles ya que no contábamos con las herramientas informáticas ni computadoras que facilitaran el procesamiento de datos.

A partir del 2002, tres años después de concluir mis estudios como licenciada en Relaciones Internacionales, ocupé el cargo de jefe de Grupo de Estadística, en el ARIMAC, área que me dio la oportunidad de emplear los conocimientos obtenidos con mis estudios profesionales, en este departamento nos encargamos de generar toda la estadística médica de la Unidad, utilizando los sistemas de información médica mencionados anteriormente, que nos permite captar y producir la información necesaria para el proceso de planeación, programación, control y de presupuesto que establece el Sistema Nacional de Salud de conformidad con la Ley de Información Estadística y Geografía, así como los criterios emitidos por la Secretaría de Hacienda, asimismo, nos permite cumplir con la normatividad de la Secretaría de Salud, para la integración de la información nacional referida a la evolución de la salud pública y la atención médica, con su posterior integración al Sistema Nacional de Planeación.

Es para mí muy satisfactorio conocer cómo ha evolucionado esta institución en cuanto a innovación tecnológica así como la transformación de sus procesos en el ARIMAC, en la que he aportado mis conocimientos y de la que he aprendido grandes cosas, así como, en todas las áreas que la conforman, a mi ingreso a ella prácticamente no existían recursos informáticos, hoy día se cuenta con una infraestructura acorde a las necesidades del Estado y de la sociedad quintanarroense, no olvidemos que nuestra labor impacta directamente al desarrollo de nuestro estado, ya que la salud es uno de los pilares que propicia el mejoramiento de las condiciones de vida de los trabajadores coadyuvando a mantener y acrecentar la capacidad productiva nacional.

CAPITULO I

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

En el presente capítulo se abordará la historia y origen de una de las instituciones más grandes de América Latina, que proporciona servicios obligatorios de seguridad social a nivel nacional a todas aquellas personas que están vinculadas a otras por un contrato de trabajo.

1.1 Historia, Organización, funciones y actividades.

Con el estallido de la Revolución Mexicana, surgieron algunos servicios médicos como la Cruz Blanca y la Cruz Roja, en la segunda década de este siglo, tanto las instalaciones hospitalarias como los servicios de asistencia médica eran tan precarios y deficientes. La Revolución mexicana fue un clamor popular que exigía la reivindicación de las clases desprotegidas, principalmente campesinos y obreros.

Los únicos antecedentes verdaderos de la legislación moderna sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares, se encuentran a principios de este siglo, en los últimos años de la época porfiriana.

Cabe mencionar que el IMSS en sus antecedentes solo reconoce dos legislaciones; la del Estado de México de 1904 y la de Nuevo León de 1906, se reconocía por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de Ley de Accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.

La base constitucional del seguro social en México, se encuentra en el artículo 123 de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917, ahí se declara “de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares”¹

La Seguridad Social nos concierne a todos. Afecta nuestra vida diaria, protege la salud, la familia, la vejez, el trabajo. Universalmente reconocida como una necesidad fundamental de la humanidad, brinda una contribución determinante para la instauración de una mayor justicia social, sin la cual no puede existir una paz duradera.

Por lo que en el ámbito internacional en este mismo año 1927, se funda la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), que es el interlocutor reconocido por todos aquellos que se preocupan por el correcto desarrollo de una protección social adaptada a las verdaderas necesidades de los pueblos, transformándose en una organización universal y en un actor imprescindible de la red que representa²

¹<http://www.monografias.com/trabajos13/derdeseg/derdeseg.shtml#ramos>.

² La Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), es una organización internacional que agrupa esencialmente a organizaciones e instituciones encargadas de administrar cualquiera de los aspectos de la Seguridad Social en los diferentes países, es decir todas las formas de protección social obligatoria que, en virtud de las legislaciones o de las prácticas nacionales, forman parte integrante de los regímenes de Seguridad Social de dichos países.

La Asociación fue fundada en 4 de octubre de 1927, se llamó hasta 1947 “Conferencia Internacional de la Mutualidad y de los Seguros Sociales” (Conference Internationale de la Mutualité et des assurances sociales-CIMAS), la iniciativa de su creación está vinculada directamente con las gestiones iniciadas por la Organización Internacional de Trabajo (OIT), para establecer una reglamentación internacional en materia de protección económica y sanitaria de los trabajadores mediante regímenes de seguros sociales.

En efecto fue gracias a la influencia de los debates de la 10ª Conferencia Internacional de Trabajo, que se celebró en Ginebra en los meses de mayo y junio de 1927, que cierto número de personalidades procedentes de diferentes organizaciones mutualistas decidieron crear una organización internacional cuyo objetivo era extender y fortalecer el seguro de enfermedades en el mundo.

La CIMAS, que se transformó luego en la AISS, tenía una vocación europea, pero rápidamente amplió su campo de acción a otras regiones del mundo así como a otros riesgos sociales. Dos hechos principales explican el desarrollo considerable de la AISS durante los decenios de la posguerra.

-El nuevo concepto de Seguridad Social cuyos inicios datan de fines de los años 30 para desarrollarse luego, particularmente gracias al informe de Lord Beveridge de 1942.

- La Conferencia Internacional de Trabajo celebrada en 1944 en Filadelfia, evento histórico, cuyas recomendaciones constituyen los verdaderos hitos de este nuevo concepto; y en la cual una importante resolución constituyó en realidad un verdadero programa de acción para el AISS, el objetivo declarado de dicha resolución era promover, a nivel internacional o regional, la colaboración metódica y directa entre las instituciones de Seguridad Social, favorecer el intercambio regular de información y el estudio de problemas comunes en cuestiones de administración de la Seguridad Social.

En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de Ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporarían a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas.³

A partir de 1939 la situación de guerra motivó muchas inquietudes por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social. Uno de los puntos de acuerdo de los firmantes de la Carta del Atlántico fue que, una vez derrotadas las potencias nazi fascistas había que lanzarse a la búsqueda de instituciones tanto nacionales como internacionales que procuraran, aparte de la paz y la tranquilidad mundiales “la seguridad de que todos los hombres de todos los países pudieran vivir libres tanto de temores como de necesidades”.⁴

Por lo anteriormente mencionado para 1942 se establece en México el Seguro Social, que tiene como finalidad el garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico de la seguridad social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

A partir de 1947 la AISS pudo pues evolucionar en el sentido de la universalidad desde el punto de vista de su composición como el de sus competencias, que incluyen todos los problemas administrativos y financieros de la seguridad social.

La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), tiene como objetivo cooperar, a nivel internacional, en la promoción y desarrollo de la seguridad social en el mundo entero, en particular mediante su perfeccionamiento técnico y administrativo, para mejorarla mediante su perfeccionamiento técnico y administrativo, para mejorar la situación actual y económica de las poblaciones basándose en la justicia social.

³ El principal autor fue el Titular de la Secretaría de Gobernación, licenciado Ignacio García Téllez, abogado de cuarenta años de edad, quien para esa fecha ya había sido diputado federal, gobernador interino de Guanajuato, Rector de la Universidad Nacional Autónoma y, durante el régimen cardenista, Secretario de Educación, presidente del PNR, secretario particular del Jefe del ejecutivo, el proyecto de García Téllez, se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que “cubriría o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria”.

⁴ <http://www.un.org/spanish/aboutun/history>

Durante los primeros años, el Instituto tuvo que afrontar oposición por parte de industriales y comerciantes, descontentos por el pago de las cotizaciones, así como por uniones médicas que veían perdida buena parte de sus honorarios. Estas campañas antagónicas en contra de la seguridad social llevaron a grupos de manifestantes a apedrear las clínicas, argumentando incompetencia y negligencia de los médicos. No obstante, el Instituto, por la vía legal, prosiguió buscando los procedimientos más idóneos y los servicios adecuados para brindar más y mejores beneficios a la clase trabajadora.

Al sexenio siguiente de su creación, durante la presidencia de Miguel Alemán, el Instituto introduce cambios operativos que modifican los avisos y los números de registro patronal y de asegurado, lo cual facilita y controla el pago de cuotas y la vigencia de derechos de los asegurados.

Al asumir la presidencia Adolfo Ruiz Cortines, y con el afán de procurar mayor estabilidad financiera en el Instituto, se aumentó el número de grupos de cotización, se eleva el subsidio por incapacidad, se establecen casas de recuperación y de reposo, escuelas de adaptación y se inicia la extensión del seguro social al campo.

En 1956 se creó "La Casa de la Asegurada", en donde se impartían cursos y artes menores que permitían a las asistentes aprender actividades económicamente redituables. Estos centros venían a sustituir a los de alfabetización, creados en 1945, y que en 1950 recibieron el nombre de Centros de Educación Popular y de Seguridad Social.

Al llegar a la primera magistratura el Licenciado Adolfo López Mateos, se intensificó la extensión del régimen a otros estados de la República y se introducen mejoras en el otorgamiento para los productores de azúcar y sus trabajadores. Ya en

1960 las Casas de la asegurada se transforman en Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar.

El mandato del presidente Gustavo Díaz Ordaz se caracterizó por el fortalecimiento del régimen del seguro social en el campo, en este mismo sexenio, el 3 de julio de 1966, se abre al público el Centro Vacacional Oaxtepec con el propósito de fomentar la salud integral de los trabajadores asegurados, elevar la calidad de vida, desarrollar la convivencia social y fortalecer el núcleo familiar. Tiempo después, esta acción se complementaría con la apertura de otros dos centros más, ante el incremento de la demanda de este tipo de fortalecimientos.

A partir de 1970 hay un giro importante en la manera de entender la realidad nacional; se percibe la necesidad de hacer extensivos a toda la población los frutos del desarrollo económico logrado en el país, el Seguro Social se entiende como una de las instituciones más eficaces para construir la justicia social entre los mexicanos y se busca favorecer su expansión y consolidar su funcionamiento.

Durante 1972 se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social extendiéndola a los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la república.

Para 1995 surge la iniciativa de una Nueva Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial de la Federación en diciembre del mismo año, la Nueva Ley entre otras cosas modifica radicalmente el sistema de pensiones para asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazo. También se crea el Seguro de Salud para la Familia, que permite a los trabajadores no asalariados, que laboran por su cuenta, disfrutar junto con su familia, de la atención médica integral del IMSS. La nueva Ley extiende el régimen obligatorio a los jornaleros agrícolas y posibilita así la creación de guarderías para los hijos de las

madres trabajadoras del campo. Con ello se dio un paso trascendental en la extensión de la seguridad social al medio rural.

Con las Reformas a la Ley del 2001 y 2004, se sentaron las bases para la modernización tecnológica, crear un fondo para el cumplimiento de las obligaciones laborales a favor de los trabajadores del Instituto, dotar al Instituto de mayores facultades presupuestarias, fortaleciendo la transparencia y la rendición de cuentas, perfeccionando la autonomía fiscal del mismo y otorgando beneficios tanto a las empresas como a los trabajadores. También se estableció un nuevo régimen de reservas para el Instituto en su carácter de entidad administradora de seguros.

En cuanto a las pensiones el Ejecutivo y el Legislativo, juntos lograron un acto de justicia y responsabilidad, ya que 1.2 millones de pensionados reciben incrementos a sus pensiones, particularmente aquellos con menores percepciones. Ahora ningún pensionado por vejez tiene una pensión inferior a un salario mínimo; además, las viudas con pensiones de hasta 1.5 salarios mínimos reciben un incremento de 11 por ciento; igualmente, todos los jubilados de 60 años o más por cesantía y vejez obtienen un incremento de diez por ciento. Más todavía, las reformas indexan todas las pensiones al Índice Nacional de Precios al Consumidor. Con ello se garantiza su poder de compra, protegiendo así no solo a los pensionados actuales, sino también a los trabajadores actuales que serán los jubilados de mañana.

Las reformas a los artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social establecen que el Instituto no podrá destinar recursos de las cuotas obrero patronales o de las aportaciones de seguridad social del Gobierno Federal al financiamiento del Fondo para el cumplimiento de obligaciones laborales de carácter legal o contractual, correspondiente a las nuevas plazas o sustituciones que se autoricen a partir de la entrada en vigor de estas reformas.

Debe señalarse que con estas reformas no queda resuelto en su totalidad el problema financiero del Instituto. Sin embargo, si representan un paso decisivo y firme para construir un nuevo marco legal que sirva de base para generar acuerdos y consensos que permitan resolver otros problemas aún pendientes en la agenda del Instituto.

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental de bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México; es sin duda, una de las instituciones más querida por los mexicanos,⁵ su organización se puede observar en el (Anexo No. 1).

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, que sustenta su existencia en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley Federal de Trabajo, en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y en la Ley del Seguro Social.

Estas bases legales, al asignarle la responsabilidad de la organización y administración del seguro social en todo el país, le confieren asimismo amplias atribuciones para su ejercicio entre las cuales pueden señalarse como las más importantes.⁶

- Administrar los diversos ramos del seguro social y prestar los servicios de beneficio que señala la ley.
- Recaudar las cuotas y percibir los demás recursos del Instituto.

⁵ Los avances logrados se deben al esfuerzo y compromiso permanente de más de 370 mil trabajadores ejemplares del IMSS en todo el país. Su trabajo se ha desarrollado en un contexto macroeconómico difícil, y ha descansado en gran medida en esfuerzos de austeridad y de combate a la evasión y la elusión. Esta ruta, sin embargo, tiene claros límites; nos ha ayudado a sortear la coyuntura, pero no es una solución permanente a nuestra problemática. Afortunadamente, la situación económica parece más promisorio para el resto de este y los próximos años. El IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México; es sin duda, una de las instituciones más querida por los MEXICANOS.

⁶ <http://www.imss.gob.mx/instituto>

- Satisfacer las prestaciones que establece la ley.
- Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones legales específicas.
- Realizar los actos jurídicos necesarios para cumplir con sus finalidades.
- Adquirir bienes muebles e inmuebles dentro de los límites legales.
- Establecer clínicas, hospitales, guarderías infantiles, farmacias, centros de convalecencia y vacacionales, así como escuelas de capacitación y otros servicios para cumplir con los fines que le son propios, sin sujetarse a condiciones, salvo las sanitarias, que fijen las leyes y los reglamentos respectivos para empresas privadas con finalidades similares.
- Organizar sus dependencias.
- Difundir conocimientos y prácticas de previsión y seguridad social.
- Expedir reglamentos interiores.
- Las demás que le confieren la ley y sus reglamentos.⁷

El funcionamiento institucional se organiza dividiendo las acciones en tres niveles de administración, como a continuación se señala:

- Nivel central o normativo.
- Nivel delegacional o representativo.
- Nivel operativo o de servicios.

Los dos primeros niveles se conforman respectivamente por una administración superior a la que compete la planeación estratégica, la normatividad y la evaluación del desempeño global, y por una administración funcional responsable de la aplicación y supervisión adecuadas de los lineamientos establecidos por el nivel superior.⁸

Como administración superior en este nivel se encuentra:

- La Asamblea General
- El Consejo Técnico

⁷ Elaboración propia con base en: <http://www.imss.gob.mx/instituto>

⁸ Idem.

- La Comisión de Vigilancia y
- La Dirección General

Asamblea General.

Es la autoridad suprema del Instituto y está integrada por 30 miembros que son designados en la siguiente forma:

- Diez por el Ejecutivo Federal
- Diez por las organizaciones patronales
- Diez por las organizaciones de los trabajadores.

Dichos miembros durarán en su cargo seis años, pudiendo ser reelectos, y sus designaciones son acordes con las bases que fija el Ejecutivo Federal.

Sus principales funciones son:

- Reunirse ordinariamente una o dos veces al año y extraordinariamente cuantas veces sea necesario, debiendo estar presididas estas reuniones por el Director General.
- Discutir anualmente para su aprobación o modificación, el estado de ingresos y gastos, el balance contable, el informe de actividades presentado por el Director General, el programa de actividades y el presupuesto de ingresos y egresos para el año siguiente, así como el informe de la Comisión de Vigilancia.
- Conocer, para su aprobación o modificación, el balance actuarial que presente el Consejo Técnico cada tres años.⁹

⁹ Elaboración propia con base en: <http://www.imss.gob.mx/instituto>

Consejo Técnico.

Es el representante legal y administrador del Instituto, está integrado por doce miembros que son designados en la siguiente forma:

- Cuatro por los representantes del Estado.
- Cuatro por los representantes patronales de la Asamblea General, y
- Cuatro por los representantes de los trabajadores.

Los Consejeros electos durarán en su cargo seis años, pudiendo ser reelectos:

Las atribuciones del Consejo Técnico son:

- Decidir las inversiones de los fondos del Instituto.
- Resolver las operaciones del Instituto, excepto aquellas que por su importancia requieran de acuerdo expreso de la Asamblea General.
- Establecer y clausurar delegaciones del Instituto.
- Convocar a Asamblea General ordinaria o extraordinaria.
- Discutir, y en su caso aprobar, el presupuesto de ingresos y egresos, así como el programa de actividades que elabore la Dirección General.
- Expedir los reglamentos interiores del Instituto.
- Conceder, rechazar y modificar pensiones, pudiendo delegar estas funciones en los órganos competentes.
- Designar y sustituir al Secretario General, a los subdirectores, jefes de servicios y delegados.
- Extender el Régimen obligatorio del Seguro Social.
- Proponer al Ejecutivo Federal las modalidades del Régimen Obligatorio.
- Autorizar la celebración de convenios relativos al pago de cuotas.
- Conceder a los derechohabientes del régimen, en casos excepcionales, el disfrute de prestaciones médicas y económicas.
- Autorizar a los Consejos Consultivos Delegacionales.¹⁰

¹⁰ Idem

Comisión de Vigilancia.

Es designada por la Asamblea General y está compuesta por seis miembros, dos propietarios y dos suplentes, propuestos por cada uno de los sectores representativos que constituyen la Asamblea General y quienes durarán en su cargo seis años, pudiendo ser reelectos.

Las atribuciones de la Comisión de Vigilancia son:

- Vigilar que las inversiones se hagan de acuerdo con las disposiciones de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos.
- Practicar la auditoria de los balances contables y comprobar los avalúos de los bienes materia de operación del Instituto.
- Sugerir a la Asamblea General y al Consejo Técnico, en su caso, las medidas que se juzguen convenientes para mejorar el funcionamiento del Instituto.
- Someter a la Asamblea General un dictamen sobre el informe de actividades y los estados financieros que presente el Consejo Técnico.
- Citar a Asamblea General extraordinaria en casos graves, y bajo su responsabilidad.

Dirección General.

El Director General deberá ser mexicano por nacimiento y será nombrado por el Presidente de la República.

Sus principales atribuciones son:

- Presidir las sesiones de la Asamblea General y del Consejo Técnico.
- Ejecutar los acuerdos del Consejo Técnico.
- Representar al Instituto ante las autoridades, los organismos y las personas.
- Presentar anualmente al Consejo Técnico, el informe de actividades, el programa de labores y el presupuesto de ingresos y egresos.
- Presentar anualmente al Consejo Técnico el balance contable y estado de ingresos y gastos.
- Presentar cada tres años al Consejo Técnico el balance actuarial.

- Proponer al Consejo Técnico la designación o destitución del Secretario General, los subdirectores, los jefes de servicio y los delegados, y
- Nombrar y remover a los demás funcionarios y trabajadores del Instituto.

En el nivel central o normativo, la administración funcional está representada por:

- Dirección de Prestaciones Médicas.
- Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
- Dirección de Incorporación y Recaudación
- Dirección Jurídica
- Secretaría General
- Dirección de Finanzas
- Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones
- Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico
- Unidad de Vinculación
- Órgano Interno de Control.
- Coordinación de Comunicación Social.

El Nivel Delegacional o Representativo.

En la República Mexicana existen 38 delegaciones foráneas denominadas estatales o regionales y 2 delegaciones en el Valle de México.

En cuanto a la administración superior en este nivel se identifican: El Consejo Consultivo y el Delegado.¹¹

El Consejo Consultivo resuelve:

- Las peticiones de los representantes de los patrones y trabajadores.
- Las ratificaciones de convenios de reconocimiento de adeudo y tipo de pagos.
- La cancelación de créditos a cargo de patrones o personas no localizadas.

¹¹ <http://www.imss.gob.mx/instituto>

- Las adquisiciones, el recurso de inconformidad, el reintegro de gastos por atención médica particular, las incapacidades, la continuación voluntaria en el régimen obligatorio, la inscripción de los padres como beneficiarios, la reposición de aparatos de prótesis, ortopedia y la vigilancia.

Al Delegado Estatal o Regional corresponde:

- Presidir las sesiones del Consejo Consultivo.
- Ejecutar los acuerdos del Consejo Técnico y la Dirección General
- Autorizar el pago provisional de prestaciones del seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.
- Ejercer el control administrativo y la dirección de los servicios en la jurisdicción correspondiente.

Nivel Operativo o de Servicios.

Las unidades de servicio constituyen la parte medular de la organización en este nivel de servicios en el que se cumplen los objetivos institucionales.

Las unidades de servicio se conforman por dos áreas funcionales: la responsable de la operación de los servicios y la que coordina y controla los recursos humanos, materiales, financieros, así como los servicios de tipo general, mantenimiento, intendencia y vigilancia.

Las unidades de servicios se agrupan en seis tipos: unidades de servicios técnicos y tesorería, unidades médicas, guarderías, unidades de prestaciones sociales, unidades de servicios sociales de ingreso y unidades auxiliares de apoyo.

Dentro de las unidades de servicios técnicos y tesorería se encuentran las agencias administrativas, oficinas para cobros del Seguro Social, oficinas administrativas. Las funciones que desempeñan las unidades de servicios técnicos y la tesorería son: afiliación, vigencia de derechos, prestaciones en dinero y cobranza.

La institución tiene unidades médicas distribuidas en todo el territorio nacional, integradas por tres niveles de atención e identificadas como unidades de medicina familiar, hospitales generales de zona y hospitales de alta especialidad.

Para cumplir con los fines que le fueron encomendados, el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con diversos recursos en todo el país éstos son:

Recursos Humanos.

Actualmente el IMSS cuenta con más de 370 mil trabajadores que prestan sus servicios a la población derechohabiente en las diversas unidades del Instituto.

Recursos Financieros.

El Instituto para cubrir las funciones que se le tienen asignadas requiere del cuidado y fortalecimiento de su equilibrio financiero y así garantizar la eficacia de las prestaciones a otorgar, incrementar su capacidad instalada y consecuentemente absorber el crecimiento constante de la población amparada.

Los recursos financieros están constituidos por las cuotas a cargo de los patrones, trabajadores y contribución del Estado, así como los intereses, alquileres, rentas, rendimientos, utilidades y frutos de cualquier clase que produzcan sus bienes, las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan a su favor.

Estos ingresos se canalizan de manera prioritaria a cubrir los gastos que por concepto de prestaciones en especie o en dinero, gastos de administración, incobrabilidades, depreciaciones, intereses actuales, gastos de provisiones y ajustes a resultados de ejercicios anteriores realizada para cumplir los objetivos de la seguridad y solidaridad social.

Además, el IMSS cuenta con otro tipo de unidades necesarias para cumplir con su propósito, como son:

- Los módulos de orientación e información que atienden las peticiones de los derechohabientes.
- Las unidades de servicios sociales de ingreso que proporcionan a la población en general ciertos servicios de prestaciones sociales.
- Las unidades de medicina rural y los hospitales rurales.
- Las unidades auxiliares de apoyo, que comprenden las plantas de lavado de ropa los almacenes y los talleres de recuperación.
- 1562 guarderías
- 115 centros de seguridad social
- 27 unidades deportivas
- 630 instalaciones deportivas, y
- 4 centros vacacionales ¹²

1.2 La Organización Mundial de la Salud.

Antes de abordar el tema de la OMS, es necesario dar a conocer que el organismo internacional de salud pública más antiguo del mundo es la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde su fundación como Oficina Panamericana, en diciembre de 1902, con la participación de 11 países miembros entre los que se encontraba México, trabajaba para mejorar la salud y los niveles de vida de los pueblos de América.

Las primeras funciones de la oficina fueron recopilar datos sobre las condiciones sanitarias del Continente e investigar los brotes de enfermedades epidémicas. En 1924

¹² Entrevista telefónica sostenida con el Ing. Eligio Hernández Bautista del Área de Bienestar Social.

se ampliaron las funciones y responsabilidades, gracias a la firma de 18 países del Código Sanitario Panamericano.¹³

En 1948, se convierte en la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, y se integra en el Sistema de Naciones Unidas. En 1950, mediante el convenio firmado con la Organización de los Estados Americanos, pasó a ser la organización especializada para la salud del Sistema Interamericano. En 1958 cambió su nombre por el actual de Organización Panamericana de la Salud.

El 22 de julio de 1946, en una convención firmada en Nueva York, se establece la Organización Mundial de la Salud, organismo especializado en salud, entrando en función tal como lo establece su Constitución el 7 de abril de 1948, cuyo objetivo es el lograr que todos los pueblos alcancen el máximo nivel posible de salud,¹⁴ para el 1º de septiembre del mismo año, la Organización Mundial de la Salud, tomó las funciones de Oficina Internacional de Higiene Pública, de la Liga de la Organización de Naciones Unidas para la Salud.¹⁵

El órgano que dirige las actividades de la OMS, es la Asamblea Mundial en Salud¹⁶ y está compuesta por Delegaciones representantes de todos los países miembros, con el Consejo Ejecutivo y Secretarial en Génova y Oficinas Regionales en Alejandria, Brazzaville, Copenhague, Manila, Nueva Delhi y Washington D.C. (Buro Panamericano de Sanidad).

¹³ "El Código Sanitario Panamericano fue firmado *ad referendum* por 18 países de las Américas en el Salón de Actos de la antigua Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales —actual Museo de

Historia de las Ciencias Dr. Carlos J. Finlay en La Habana, Cuba, el 14 de noviembre de 1924 durante la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana. Posteriormente ratificado por todas las repúblicas americanas, y aún vigente hoy en día, el Código representa el mayor logro de la normalización de la salubridad en el continente americano y la culminación de décadas de iniciativas internacionales dirigidas a prolongar la vida y a lograr la felicidad humana".

¹⁴ [Ttp://www.who.int/about/es](http://www.who.int/about/es)

¹⁵ México es miembro de la OMS, desde el 7 de abril de 1948.

¹⁶ <http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/organismos/oms.htm>

El objetivo de la OMS es que todos los pueblos de la tierra puedan gozar del grado máximo de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”¹⁷ y no solamente como la ausencia de afecciones y enfermedades y se basa en tres principios que orientan sus actividades:

1. La OMS colabora con cada país para ayudarlo a desarrollarse y a elaborar un conjunto más completo de objetivos de salud pertinentes para sus circunstancias específicas.
2. La OMS se interesa por la equidad y ayuda prioritariamente a los países a desarrollar objetivos y planes para velar por que los grupos desfavorecidos se beneficien plenamente de los progresos que se realicen hacia los objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.
3. La OMS, a nivel mundial y regional, aboga porque los países desarrollados desempeñen la función que les corresponde en el pacto, especialmente en relación con los elementos del objetivo 8 del Desarrollo del Milenio.¹⁸

La OMS proporciona datos, directrices, normas y asistencia técnica para ayudar a los países a identificar y afrontar sus retos prioritarios de salud. Las prioridades de los países dependen de los perfiles epidemiológicos, pero también de decisiones políticas.

La lucha contra las infecciones más mortíferas –VIH-SIDA, tuberculosis y malaria, son una de las principales prioridades de la OMS, no solo por la proporción de la carga mundial de morbilidad que representan tales enfermedades, sino también porque estas castigan sobre todo a los pobres. Otro de los objetivos es la salud reproductiva que se encuentra basada en la planificación familiar, la protección materna, la protección infantil y el control de enfermedades transmisibles.¹⁹

¹⁷ Idem.

¹⁸ <http://www.who.int/mdg/achieving/es/>

¹⁹ <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala/noticias7comunicados/2002-05-13-075-PROMOVER LA SALUD.htm>

Las Oficinas Corporativas de la OMS están en Génova pero las actividades de la organización han sido ampliamente descentralizadas en seis oficinas regionales, con autonomía propia contando con un comité regional que aparte de elegir al director general, fija las pautas para la puesta en práctica de todas las políticas sanitarias y las otras políticas adoptadas por la Asamblea Mundial dentro de su región.

El Comité Regional también sirve como un comité examinador del progreso de las acciones de la OMS dentro de la región y el director regional es la cabeza de la OMS para su región particular, maneja o supervisa al personal sanitario y a los otros expertos, en las jefaturas regionales y en los centros especializados, también ejerce la autoridad de supervisión directa conjuntamente con el Director General de la OMS, de todos los jefes de las oficinas de los países que componen su región, conocidos como representantes de la OMS.

Las 6 oficinas regionales son:

- 1.- Oficina Regional para África (AFRO)
- 2.- Oficina Regional para Europa (EURO)
- 3.- Oficina Regional para Asia Sur-Oriental (SEARO)
- 4.- Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (EMRO)
- 5.- Oficina Regional para el Pacífico Occidental (WPRO)
- 6.- Oficina Regional para las Américas (AMOR)²⁰

La posibilidad de ser miembro de la OMS está abierta para todos los países cuando la Asamblea General de Salud aprueba la solicitud por simple mayoría de votos y en el caso de los territorios que no son responsables de sus Relaciones Internacionales pueden convertirse en miembros asociados a solicitud hecha en su nombre por uno de los Miembros o autoridad ya reconocidos.

²⁰ <http://www.who.int/about/regions/es/>

En 1967 la OMS empezó una campaña global para radicar la viruela en diez años. Ese año fueron reportados 131,418 casos en 43 países; en 1984 la plaga de viruela de acuerdo a la OMS ya no existía más. Otro programa a largo plazo para inmunizar niños en países en desarrollo contra seis enfermedades de la niñez –difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis – fue desarrollado durante 1975 y 1976.

En 1977 la Asamblea General declaró como objetivo de la OMS y sus Naciones miembros lograr para todas las personas, un nivel de salud que les permitirá conducirse a una vida social y económicamente productiva, elaborando un modelo en salud para todos.²¹

La OMS provee por todo el mundo servicios para promover la salud, coopera con los países miembros en sus esfuerzos en salud y coordina investigación biomédica, sus servicios que benefician a todos los países, incluye un servicio de información cotidiano sobre la ocurrencia de importantes enfermedades internacionales, publicación de la lista internacional de causas de enfermedades (CIE-10), lesiones y muertes difundiendo información del efecto en la salud humana de agentes contaminantes ambientales y definiendo estándares globales para antibióticos, vacunas, etc., así como asistencia a países individuales a su solicitud que incluye soporte para programas nacionales para atacar enfermedades, entrenamiento a trabajadores de la salud y consolidación y consolidación de servicios de salud.²²

La OMS apoyó programas nacionales de control de la tuberculosis por medio de seminarios y cursos de entrenamiento regionales y nacionales para trabajadores especializados y maestros del personal de salud auxiliar.

²¹ Surge de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en septiembre del 2000, con metas cuantificables para 2015, redactado con especial énfasis para mitigar la pobreza en donde la Salud ocupa un lugar central en la agenda del milenio y los países se comprometen a alcanzar puntos de referencia en materia de la nutrición, fuentes de agua segura, comunicación sobre el control de las enfermedades y la investigación en la aplicación del conocimiento existente a los problemas de salud en los países en desarrollo.

²² Al 1º. De Enero de 1985, tenía 162 países miembros y dos asociados, en la actualidad son 193 los Estados Miembros, excepto Liechtenstein y Niue y las Islas Cook.

Durante 1975 y 1976 se desarrolló un programa a largo plazo para inmunizar niños en países en desarrollo contra seis enfermedades de la niñez –difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis –. Así mismo la OMS apoyó programas nacionales de control de la tuberculosis ya que todavía es extensa en países en desarrollo, existiendo una incidencia anual de 200-300 casos por cada 100,000 habitantes, por medio de seminarios y cursos de entrenamiento regionales y nacionales para trabajadores especializados y maestros del personal de salud auxiliar.

El cólera continúa extendiéndose hacia el oeste desde el lejano oriente y en 1969 llegó a África donde no se había reportado ningún caso por casi un siglo. La técnica del tratamiento a la deshidratación en cólera y otras enfermedades diarreicas agudas es dándole a beber al paciente una solución salina preparada fácilmente siendo un gran avance para el tratamiento.

La OMS y la UNICEF lanzaron campañas para popularizar el nuevo método de tratamientos en invirtieron en apoyos para la investigación dirigidos a improvisar una vacuna contra el cólera.

Muchos de los programas de investigación de la OMS consisten en la coordinación e investigación coordinada incluyendo investigadores de los países miembros e instituciones nacionales, sobre 500 de las cuales la OMS tiene diseñados centros de colaboración. En 1975-1984 fue iniciado un programa especial de investigación y entrenamiento en enfermedades tropicales. Este buscaba desarrollar a través de la investigación biomédica nuevas técnicas efectivas para atacar seis enfermedades tropicales extendidas como la Malaria, Lepra y Leishmaniasis entre otras.

Para el cáncer la OMS se concentró en investigación clínica básica y en una estandarización de la terminología y servicios de control del mismo, para evitar y prevenir ocho millones de muertes por cáncer, debido a las rápidas transformaciones del entorno mundial, consecuencia de la globalización de los mercados y de la urbanización, que están propiciando un aumento del consumo de alimentos elaborados ricos en grasas, azúcar y sal, así como de productos de tabaco; un menor consumo de

frutas y verduras; y un estilo de vida más sedentario. El resultado es que la incidencia de cáncer y de otras enfermedades crónicas está aumentando. Otros factores de riesgo prevenibles son muchos carcinógenos ambientales y las infecciones que causan el virus de la hepatitis B y el virus de papiloma humano.

La OMS cuenta con 32 expertos de salud, el trabajo cotidiano es realizado por la Secretaria, que está provista de un personal de 3,500 sanitarios y otros expertos y personal de ayuda, trabajando en las jefaturas, en las seis oficinas regionales y en todos los países, sin embargo la salud humana ha experimentado una transformación sin precedentes y a pesar de los notables logros de los últimos decenios, más de 1000 millones de personas han quedado excluidas de los beneficios del desarrollo económico y de los adelantos científicos, que han aumentado la duración y la calidad de la vida de tantas otras en el mundo entero.

Actualmente la OMS es dirigida por la Dra. Margaret Chan, quien fue nombrada por la Asamblea Mundial de la Salud el 9 de noviembre del 2006,²³ antes de incorporarse a la OMS, ejerció durante 9 años el cargo de Directora de Salud en Hong Kong, y en ese tiempo afrontó el primer brote en seres humanos de gripe aviar por el virus H5N1, surgido en 1997, además de combatir con éxito el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) en Hong Kong en 2003.

Aunque la salud es un derecho humano fundamental, que aún se deniega a más de la quinta parte de la humanidad habrá que buscar nuevas maneras de trabajar para que la OMS pueda responder con eficacia al cambiante contexto internacional, buscando un enfoque más amplio en materia de salud, en el contexto del desarrollo humano, la acción humanitaria, la equidad entre hombres y mujeres y los derechos humanos, prestando particular atención a los vínculos existentes entre la salud y la reducción de la pobreza.

²³ <http://www.who.int/dg/es/index.html>

Entre las orientaciones estratégicas de la OMS está el de promover poblaciones y comunidades sanas y combatir la mala salud, utilizando cuatro orientaciones estratégicas para centrar la labor técnica de la OMS consistentes en:

1. Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en las poblaciones pobres y marginadas;
2. Promover modos de vida sanos y reducir los factores de riesgo para la salud humana de origen ambiental, económico, social y comportamental;
3. Desarrollar sistemas de salud que mejoren los resultados sanitarios que respondan a las demandas legítimas de la población y sean financieramente justos.
4. Configurar una política propicia y crear un entorno institucional para el sector de la salud y promover una dimensión sanitaria eficaz para la política social, económica, ambiental y de desarrollo.

En la realización de sus actividades, la Secretaría de la OMS se centrará en seis funciones básicas:

1. Articular posiciones de política y promoción coherentes, éticas y basadas en pruebas científicas;
2. Gestionar la información evaluando las tendencias y comparando los resultados; establecer el programa de acción en pro de la investigación y del desarrollo y estimularlo;

3. Catalizar el cambio mediante apoyo técnico y normativo, por medios que estimulen la cooperación y la acción y ayuden a crear capacidad sostenible a nivel nacional y entre los países;
4. Negociar y sostener fórmulas de asociación nacionales y mundiales;
5. Establecer, validar y vigilar normas y criterios y proseguir su adecuada aplicación;
6. Estimular el desarrollo y la experimentación de tecnologías, instrumentos y directrices nuevos para la lucha contra las enfermedades, la reducción de riesgos, la gestión de la atención sanitaria y la prestación de servicios.

En México, diversos convenios de Cooperación Técnica ha celebrado el IMSS, con la OPS/OMS donde establecen las bases para la cooperación de actividades y programas de mutuo interés, así como determinar el marco y fundamento jurídico para convenios específicos de cooperación técnica, la cual tendrá lugar dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, el cual abarcará entre otras cosas, la calificación de hospitales, programa de epidemiología hospitalaria, programa de calidad en la atención, programa de atención primaria a través del MSS-Solidaridad y programa de Medicina Familia.

Los programas de cooperación se formalizarán mediante un convenio específico que deberá incluir el Plan de Trabajo, comprometiéndose el IMSS a destinar fondos para el desarrollo de los programas, espacios físicos, recursos humanos y apoyo logístico para cumplir con los compromisos específicos.

Por otra parte la OPS/OMS, se compromete dentro del marco de sus normas, políticas y reglamentos a destinar fondos de acuerdo a sus disponibilidades presupuestales y a apoyar al IMSS con la participación de profesionales y técnicos del país o regionales para el desarrollo de estudios, investigaciones, y cursos de capacitación en materias específicas.

Las partes pueden modificar las estipulaciones del contrato mediante convenio expreso y por escrito y las diferencias que surjan con motivo de la interpretación y cumplimiento del convenio se resolverán en común acuerdo o recurrir al procedimiento de resolución de controversias.²⁴

1.3 Importancia de la Información Estadística en el marco de la OMS.

Con la creación de las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y el desarrollo de la Secretaría de Salud, la codificación de las causas de defunción y de la morbilidad se extendió a los hospitales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, durante esos primeros años, la formación de codificadores estuvo a cargo de la OPS/OMS y del Centro Venezolano para la Clasificación de Enfermedades (CEVECE), uno de los centros colaboradores de la OMS más antiguos.

Debido a que la CIE se actualizaba cada 10 años, el CEVECE, junto con la OPS/OMS y la OMS tenía la encomienda de impartir la capacitación para codificar con la nueva revisión aprobada a los países de habla hispana. Los instructores mexicanos formados en México y en el CEVECE formaron también codificadores en las diversas instituciones de salud.

Además de los centros colaborados existen varios centros nacionales de referencia, cuando los usuarios detecten problemas deberá primero consultar a estos centros o a sus oficinas nacionales respectivas, en México contamos con el Centro Mexicano de Clasificación de Enfermedades (CEMECE),²⁵ ubicado en la Ciudad de México.

Una de las políticas con las que cuenta el ARIMAC, es el de brindar capacitación continua ya que la codificación médica es una actividad técnica muy importante, ya que

²⁴ http://www.imss.gob.mx/rdonlyres/5688755D-7FCA-4DDA-9B17-36AC41BB89A1/0/convenio_cooperacion.pdf

²⁵ <http://www.cemece.salud.gob.mx/información/index.htm/>

a través de ella se traduce el lenguaje médico en códigos que permiten el fácil almacenamiento y recuperación de la información diagnóstica que el médico asienta en los formatos fuente.

Esto se logra mediante el empleo apropiado de la Clasificación Estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), que es el instrumento que los países miembros de la OMS, utilizan para conformar sus estadísticas médicas, nuestro país es pionero en este aspecto.

La CIE-10 permite, a través de un número limitado de códigos, recabar la información sobre todas las enfermedades o motivos de atención que el personal médico y paramédico registra.

Las estadísticas médicas de morbilidad (enfermedades) y mortalidad (causas de defunción) generadas, permiten establecer el análisis de la situación de salud y por lo tanto, establecer las políticas, programas y acciones encaminadas a su atención.

Además, esta información hace posible la evaluación de dichas políticas, programas y acciones mediante el análisis del comportamiento que a través del tiempo y el espacio, van presentando los diversos problemas de salud.

La OMS promueve el desarrollo de adaptaciones que extiende tanto la utilidad de la CIE como la comparabilidad de las estadísticas de salud. El papel de la OMS en el desarrollo de nuevas clasificaciones, adaptaciones y glosarios, es el de proveer un liderazgo cooperativo y el de actuar como una entidad que da orientación técnica y apoyo donde sea necesario. Los interesados en preparar adaptaciones de la CIE-10 deben consultar con la OMS tan pronto se tengan claros los objetivos de la adaptación. De esta manera se evitarán duplicaciones innecesarias, mediante un enfoque coordinado para el desarrollo de los varios componentes de la familia de clasificaciones.

Ø59659

Por lo tanto, la labor del personal del ÁRIMAC, que realiza labores de codificación médica, es fundamental para la obtención de estadísticas médicas de calidad, sin dejar de reconocer la importancia del adecuado requisitado de los formatos fuente por parte del personal médico y paramédico, con el fin de lograr este propósito, que posibilita la adecuada toma de decisiones para la atención de los problemas de salud.

La codificación médica es más que una actividad monótona de asignación de códigos a las afecciones o motivos de atención registrados, implica principalmente una gran responsabilidad para quien la efectúa a fin de traducir fielmente la información diagnóstica conforme a los lineamientos de la Clasificación, necesita también el dominio de la terminología médica, la anatomía y fisiología humanas y los principios de la bioestadística entre otros conocimientos.²⁶

1.4 El Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC).

La Coordinación de Atención Médica ha considerado la responsabilidad de proporcionar al personal del ARIMAC, todos los elementos técnico acordes con los avances tecnológicos y la realidad operativa para incrementar la simplificación del trabajo y la optimización de los recursos en beneficio de los usuarios, con la finalidad bien establecida de otorgar atención médica con oportunidad, calidad y con alto sentido humanitario.

²⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social, (2002). Material didáctico para aspirantes a Oficial de Estadística/clave C.P. 01-2002.

Por lo tanto, la labor del personal del ÁRIMAC, que realiza labores de codificación médica, es fundamental para la obtención de estadísticas médicas de calidad, sin dejar de reconocer la importancia del adecuado requisitado de los formatos fuente por parte del personal médico y paramédico, con el fin de lograr este propósito, que posibilita la adecuada toma de decisiones para la atención de los problemas de salud.

La codificación médica es más que una actividad monótona de asignación de códigos a las afecciones o motivos de atención registrados, implica principalmente una gran responsabilidad para quien la efectúa a fin de traducir fielmente la información diagnóstica conforme a los lineamientos de la Clasificación, necesita también el dominio de la terminología médica, la anatomía y fisiología humanas y los principios de la bioestadística entre otros conocimientos.²⁶

1.4 El Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC).

La Coordinación de Atención Médica ha considerado la responsabilidad de proporcionar al personal del ARIMAC, todos los elementos técnico acordes con los avances tecnológicos y la realidad operativa para incrementar la simplificación del trabajo y la optimización de los recursos en beneficio de los usuarios, con la finalidad bien establecida de otorgar atención médica con oportunidad, calidad y con alto sentido humanitario.

²⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social, (2002). Material didáctico para aspirantes a Oficial de Estadística/clave C.P. 01-2002.

1.4.1 Misión y Visión.

Esta área, se dirige por principios altamente éticos y constructivos, toma en cuenta y promueve los principales valores que respetan la integridad física y moral de las personas, su misión, visión y valores se conforma de la siguiente manera:

Figura 2: Identidad del ARIMAC

Misión	Visión	Valores
"Lograr que la información médica tenga como atributos básicos la calidad y oportunidad para la toma de decisiones, así como la racionalidad y la optimización en la aplicación de los procedimientos y el uso de los recursos y equipos."	El personal del ARIMAC, ofrece una atención oportuna y de calidad que satisface las expectativas de los usuarios tanto internos como externos, contribuyendo al mejoramiento de las prestaciones médicas otorgadas.	<ul style="list-style-type: none">• Lealtad• Solidaridad• Respeto• Responsabilidad• Superación• Humildad• Perseverancia• Tolerancia• Honestidad• Calidad

Fuente: Programa de Trabajo del ARIMAC 2008.

1.4.2 Organigrama del Hospital General de Zona No. 3 de Cancún, Q. Roo.

Figura 3:



Fuente: Programa de Trabajo del ARIMAC 2008.

1.4.3 Descripción, funciones, actividades.

A la firma del Contrato Colectivo de Trabajo 1991-1993, donde se conjugaron los sectores de Archivo Clínico y Codificación en una sola rama: la de estadística quedó integrada en el Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC), con dependencia jerárquica operativa de la Dirección de la Unidad; en los aspectos técnicos normativos, esta área depende de la Coordinación Delegacional de Información en Salud (CODEIS) que a su vez depende de la Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas de la Delegación correspondiente.

La función sustantiva del área, es brindar una atención esmerada y de alta calidad a la población derechohabiente, por medio de la actualización de archivos y catálogos que permita otorgar en forma eficiente, clara y precisa las prestaciones en especie que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social y el estricto control y manejo de la documentación clínica confiada a su custodia, así como garantizar que la información estadística de la unidad sea oportuna, suficiente y de calidad, para sustentar la toma de decisiones, la planeación y la administración de los procesos.

Para lo anterior el personal del área de Informática Médica y Archivo Clínico:

1. Se capacitará ampliamente en cuanto al desarrollo de las funciones propias del área.
2. Conocerá los procedimientos de las áreas con las que se interrelacionan, como pueden ser Afiliación Vigencia, Prestaciones Económicas, Traslado de Pacientes, etcétera.
3. Mantendrá constantemente actualizados los catálogos, minutarios y secciones del archivo clínico.

4. Vigilará permanentemente la calidad en el registro de la información médica en los formatos fuente.
5. Codificará las enfermedades y motivos de atención de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Décima revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.
6. Utilizará apropiadamente el "Sistema de información médico operativo" (SIMO) para la integración de la información médica.
7. Participará de manera firme y decidida en el trabajo en equipo con el personal de la unidad, de acuerdo con los lineamientos de la "Mejora continua de la atención médica".
8. Propondrá por escrito a la Coordinación de Atención Médica, las posibles mejoras a los procedimientos, que puedan agilizar los servicios y brindar una mejor atención a la población usuaria.²⁷

Las actividades diarias del servicio son:

- Codificar diariamente con base en la información contenida en el expediente clínico, los motivos de consulta, diagnósticos, ingresos, motivos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, nacimientos, causas básicas de morbilidad y mortalidad, altas, servicios auxiliares de diagnóstico e incapacidades expedidas y su clasificación, así como obtener la estadística por cada concepto.
- Actualizar diariamente los registros de pacientes hospitalizados.

²⁷ Manual de Procedimientos de las Áreas de Informática Médica y Archivo Clínico. Julio. 1999.

- Procesar diariamente la información recibida de los diferentes servicios de atención médica de la unidad, para conformar el diagnóstico de salud y el informe de estadísticas médicas de la zona.

- Integrar el informe estadístico mensual por grupos de edad y sexo, de los principales motivos de consulta, diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y causas básicas de defunción.

- Confirmar la vigencia de derechos para servicio médico y elaborar el expediente clínico correspondiente para los derechohabientes citados por primera vez.

- Distribuir los expedientes clínicos a los servicios solicitantes, invariablemente a través de relación o vales de préstamo.

- Comprobar el número de afiliación del expediente clínico con los documentos dispuestos para la glosa correspondiente.

- Efectuar depuraciones periódicas de expedientes clínicos de conformidad con los procedimientos correspondientes, a efecto de conservar el espacio adecuado para el resguardo de expedientes vigentes.

- Mantener sistemáticamente la correcta integración y presentación de los expedientes clínicos.²⁸

²⁸ Idem.

2. Experiencia Profesional en el ARIMAC.

Los primeros retos al empezar a trabajar en el ARIMAC, fueron identificar los procedimientos para llevar a cabo las actividades del área, evaluarlos y reorganizar al personal que ahí estaba ubicado.

El resultado de esta reorganización fue que encontré personas muy antiguas en el área con poca motivación y compromiso con la Institución, ya que laboraban en otro lugar donde no tienen todas las facilidades que el Instituto les otorga y solo tres personas dominaban la codificación médica pero sin ninguna experiencia en el análisis de la información y poco o nulo conocimiento en el uso de computadoras, había un clima de desmotivación, la cantidad de expedientes ya rebasaba el espacio destinado para su resguardo provocando que el área se viera saturada, sucia y el personal perdiera tiempo al tratar de localizar algún expediente que se nos solicitara tanto en la consulta externa, hospitalización o cuerpo de gobierno.

Propuse implementar una depuración masiva de los expedientes que habían cumplido con el tiempo estipulado en la Norma Oficial Mexicana del expediente Clínico,²⁹ revisando cada uno de ellos bajo el criterio establecido, dejando en el servicio los expedientes de los pacientes que seguirán consultando por presentar algún padecimiento crónico, capital constitutivo,³⁰ o estar involucrados en algún delito o investigación docente, los otros expedientes se relacionaron y guardaron en cajas debidamente identificadas en el área designada por el director de la unidad por otros cinco años más.

²⁹ Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

³⁰ De Acuerdo al artículo 79 de la Ley de Seguro Social los capitales se integran con el importe de las prestaciones siguientes: asistencia médica; hospitalización; medicamentos y material de curación; servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; intervenciones quirúrgicas; aparatos de prótesis y ortopedia; gastos de traslado o pago de viáticos del trabajador accidentado; subsidios pagados; gastos de funeral e indemnizaciones globales en sustitución de la pensión.

Se revisaron 78,000 expedientes en tan solo 8 meses sin dejar de realizar las actividades diarias, se implementaron cursos de capacitación en el manejo de software y estadística, la respuesta del personal fue mínima ya que contractualmente los cursos tienen que ser en el horario en que labora el personal y no es posible dejar la atención del derechohabiente descubierta.

En este caso al personal renuente a los cambios no se le puede reubicar, ya que es sindicalizado y tienen asignada su plaza, lugar y horario para desarrollar sus actividades de acuerdo al perfil de la categoría, por lo que se tuvo que trabajar con cada uno de ellos para lograr que aceptaran los cambios realizados y la capacitación que se les ofrecía.

2.1 Vinculación de la carrera de RI con mi experiencia laboral.

Presentar este trabajo de titulación me permite dar a conocer la conformación de una institución de gran trascendencia como es el IMSS, 16 años de servicio en el ARIMAC, me han permitido conocer prácticamente todo el funcionamiento de los archivos, sus aciertos y desaciertos, pero como en todas las instituciones el personal comprometido y capacitado junto a la planeación que se dé a las cargas de trabajo, marca el rumbo del éxito o fracaso de la misma.

Al conjugar estos conocimientos con la formación académica en el área de relaciones Internacionales me ha permitido tener una visión global de la problemática que en salud presenta el país, identificando los padecimientos que más afectan a la población mexicana ya que la cobertura en este rubro es solamente del 47.4% de la población económicamente activa, incorporar innovaciones tecnológicas, análisis de datos para detectar algún foco de infección o epidemia, enfocar el rumbo del Estado sin olvidar los temas actuales que competen a la humanidad entera como son la pobreza, desnutrición, equidad de género, etc., sabemos que hoy día urge aportar algo desde nuestro ámbito de acción para contribuir a alcanzar las ya establecidas metas del

milenio, que en uno de sus objetivos enmarca "combatir el VIH/SIDA universal para el año 2015"³¹.

Con este trabajo quiero describir mi desempeño laboral a partir de que he estado al frente del ARIMAC, como funcionario público, asimismo evaluar lo logrado y los nuevos desafíos que pueden transformar procesos claves en la obtención de información, utilizando los diversos sistemas implementados que nos permiten obtener la información requerida haciendo uso las herramientas tecnológicas y métodos de análisis que conlleven a una mejor planeación de la impartición de la salud en nuestro Estado.

El trabajo que realicé durante los últimos años fue vigilar el proceso de la codificación médica, de los catálogos, la prestación de los servicios otorgados, generar la estadística médica de la unidad, de los indicadores establecidos para la medición de metas, la verificación de la vigencia de derechos para otorgar las prestaciones en especie que otorga el IMSS a la población derechohabiente, el manejo y control interno y externo del expediente clínico y la documentación del mismo, mediante la aplicación de las normas institucionales, de las Ordenes de Atención Médica y Capitales Constitutivos, entre otros.

El haber cursado la carrera de Relaciones Internacionales, me permitió en el ámbito laboral, tener amplia visión sobre los problemas de salud por los que atraviesa el Estado y el País, derivada de la mala distribución del ingreso,³² hacer comparativos con

³¹ "Los ocho objetivos de desarrollo del Milenio, que abarcan desde la reducción a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para el año 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial. Los objetivos han galvanizado esfuerzos sin precedentes para ayudar a los más pobres del mundo". Página oficial de Naciones Unidas <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.

³² El 40% de la población es pobre y el 23% se encuentra en pobreza extrema. Casi la mitad de la población viven en ciudades de más de 100 mil habitantes (47%) y la mayoría vive en pequeñas urbes o en el campo. Es enorme la proporción de mexicanos que no tienen agua potable y drenaje. Educación, salud y una cantidad grande de problemas, emanan de la pobreza, que ahí está, no obstante todos los esfuerzos de los gobiernos federales. www.elporvenir.com.mx

otros estados e instituciones del sector salud, nacionales e internacionales, esta visión me permitió llegar a la conclusión que es difícil hoy día separar la estadística de la geografía.

2.1.1 Funciones del Jefe de Grupo de Estadística.

De manera general las funciones que me corresponden son:

- I. Realizar análisis sobre información interna y externa del Instituto con el fin de determinar e informar los fenómenos de tipo demográfico, económico, social y de salud;
- II. Aplicar la metodología estadística en la determinación de indicadores e índices estadísticos para obtener tendencias, correlaciones y desviaciones;
- III. Participar en la reuniones de trabajo proponiendo soluciones y/o acciones de mejora;
- IV. Realizar interpolaciones, extrapolaciones e inferencia estadística de la información analizada;
- V. Realizar análisis de fenómenos cíclicos y estacionales, decidir la manera adecuada de establecer presentaciones gráficas;
- VI. Establecer conclusiones de aspectos socioeconómicos con base en el análisis de los fenómenos observados;
- VII. Participar a nivel directivo en la planeación, ejecución y evaluación de programas específicos o generales de las actividades encomendadas a dicho nivel;
- VIII. Dirigir el funcionamiento de archivos, catálogos y sistemas de información documentales y electrónicos y verificar su correcta integración y actualización;
- IX. Registrar, operar y producir información estadística mediante equipos electrónicos de acuerdo a los procedimientos establecidos;
- X. Revisar y controlar informes, correspondencia y documentos de carácter especializado de su área;

- XI. Informar a mi jefe inmediato las necesidades de capacitación y desarrollo del personal subalterno;
- XII. Supervisar las actividades de recepción y envío de cintas magnéticas, casetes y diskettes;
- XIII. Solicitar la dotación de equipo, mobiliario y material de trabajo, requerido para el desarrollo de las actividades encomendadas al personal a su cargo;
- XIV. Proporcionar la información estadística de acuerdo a los plazos y conductos establecidos;
- XV. Reportar al jefe inmediato fallas y descomposturas del mobiliario y equipo del área de trabajo;
- XVI. Participar en el diseño de programas y en la implantación de sistemas, métodos y procedimientos de trabajo, establecidos por el Instituto;
- XVII. Atender, orientar e informar sobre aspectos relacionados con la información estadística a otras áreas del Instituto;
- XVIII. Analizar, difundir, aplicar y promover normas o indicaciones contenidas en oficios, instructivos y manuales, de llenado, de procedimientos y de operación que me turna el área normativa correspondiente y en su caso, propone modificaciones;
- XIX. Coordinar y supervisar en forma sistemática, la ejecución del trabajo realizado por el personal subalterno, resolviendo casos y problemas;
- XX. Coordinar con el jefe inmediato la realización de cursos de capacitación para el personal subalterno;
- XXI. Supervisar que la codificación se realice de acuerdo a los criterios y lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud;
- XXII. Asistir a cursos de capacitación que el instituto determine de acuerdo a programas;
- XXIII. Elaborar el Programa de Trabajo Anual del área.
- XXIV. Las demás que le confieran otras disposiciones legales o encomiende expresamente el Director de la Unidad.

2.1.2 Mejora del Sistema de recopilación estadística.

La estadística médica es el elemento fundamental para medir, evaluar, prever y planear la Salud en nuestro estado ya que se obtienen datos de morbi-mortalidad de todas las unidades médicas que conforman el sector Salud, en todos sus niveles de atención, siendo la de mortalidad una de las principales fuentes de información sobre daños a la salud, y en muchos países constituyen el tipo de datos de salud más confiable.

A partir de mi ingreso al ARIMAC en 1992, me di a la tarea de identificar los principales problemas para la integración de la Estadística médica, una prioridad fue hacer uso de tecnologías de información, capacitar al personal y solicitar los equipos informáticos necesarios para el procesamiento de datos y lo más importante rediseñar el calendario anual de actividades para regular los tiempos de cada una de las partes involucradas en los procesos de los diferentes niveles de operación, (unidad médica, delegación y nivel central) para obtener información ágil y oportuna. Para lo anterior implementamos las siguientes estrategias:

- Selección del personal adscrito al área que puede ser capacitado de acuerdo a la categoría y profesiograma.
- Capacitación en el uso de herramientas informáticas.
- Capacitación en los sistemas de información del área medica
- Capacitación en los sistemas de mortalidad y nacimientos.

Actualmente las unidades médicas del sistema, inician su ciclo informático del 26 del mes anterior al 25 del mes en curso. Diariamente registran, concentran y procesan los datos generados de la atención médica proporcionada a los derechohabientes, durante este período.

- Procesar diariamente la información recibida de los diferentes servicios de atención médica de la unidad, para conformar el diagnóstico de salud y el informe de estadísticas médicas de la zona.
- Integrar el informe estadístico mensual por grupos de edad y sexo, de los principales motivos de consulta, diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y causas básicas de defunción.
- Confirmar la vigencia de derechos para servicio médico y elaborar el expediente clínico correspondiente para los derechohabientes citados por primera vez.
- Distribuir los expedientes clínicos a los servicios solicitantes, invariablemente a través de relación o vales de préstamo.
- Comprobar el número de afiliación del expediente clínico con los documentos dispuestos para la glosa correspondiente.
- Efectuar depuraciones periódicas de expedientes clínicos de conformidad con los procedimientos correspondientes, a efecto de conservar el espacio adecuado para el resguardo de expedientes vigentes.
- Mantener sistemáticamente la correcta integración y presentación de los expedientes clínicos.²⁸

²⁸ Idem

2. Experiencia Profesional en el ARIMAC.

Los primeros retos al empezar a trabajar en el ARIMAC, fueron identificar los procedimientos para llevar a cabo las actividades del área, evaluarlos y reorganizar al personal que ahí estaba ubicado.

El resultado de esta reorganización fue que encontré personas muy antiguas en el área con poca motivación y compromiso con la Institución, ya que laboraban en otro lugar donde no tienen todas las facilidades que el Instituto les otorga y solo tres personas dominaban la codificación médica pero sin ninguna experiencia en el análisis de la información y poco o nulo conocimiento en el uso de computadoras, había un clima de desmotivación, la cantidad de expedientes ya rebasaba el espacio destinado para su resguardo provocando que el área se viera saturada, sucia y el personal perdiera tiempo al tratar de localizar algún expediente que se nos solicitara tanto en la consulta externa, hospitalización o cuerpo de gobierno.

Propuse implementar una depuración masiva de los expedientes que habían cumplido con el tiempo estipulado en la Norma Oficial Mexicana del expediente Clínico,²⁹ revisando cada uno de ellos bajo el criterio establecido, dejando en el servicio los expedientes de los pacientes que seguirán consultando por presentar algún padecimiento crónico, capital constitutivo,³⁰ o estar involucrados en algún delito o investigación docente, los otros expedientes se relacionaron y guardaron en cajas debidamente identificadas en el área designada por el director de la unidad por otros cinco años más.

²⁹ Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

³⁰ De Acuerdo al artículo 79 de la Ley de Seguro Social los capitales se integran con el importe de las prestaciones siguientes: asistencia médica; hospitalización; medicamentos y material de curación; servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; intervenciones quirúrgicas; aparatos de prótesis y ortopedia; gastos de traslado o pago de viáticos del trabajador accidentado; subsidios pagados; gastos de funeral e indemnizaciones globales en sustitución de la pensión.

Se revisaron 78,000 expedientes en tan solo 8 meses sin dejar de realizar las actividades diarias, se implementaron cursos de capacitación en el manejo de software y estadística, la respuesta del personal fue mínima ya que contractualmente los cursos tienen que ser en el horario en que labora el personal y no es posible dejar la atención del derechohabiente descubierta.

En este caso al personal renuente a los cambios no se le puede reubicar, ya que es sindicalizado y tienen asignada su plaza, lugar y horario para desarrollar sus actividades de acuerdo al perfil de la categoría, por lo que se tuvo que trabajar con cada uno de ellos para lograr que aceptaran los cambios realizados y la capacitación que se les ofrecía.

2.1 Vinculación de la carrera de RI con mi experiencia laboral.

Presentar este trabajo de titulación me permite dar a conocer la conformación de una institución de gran trascendencia como es el IMSS, 16 años de servicio en el ARIMAC, me han permitido conocer prácticamente todo el funcionamiento de los archivos, sus aciertos y desaciertos, pero como en todas las instituciones el personal comprometido y capacitado junto a la planeación que se dé a las cargas de trabajo, marca el rumbo del éxito o fracaso de la misma.

Al conjugar estos conocimientos con la formación académica en el área de relaciones Internacionales me ha permitido tener una visión global de la problemática que en salud presenta el país, identificando los padecimientos que más afectan a la población mexicana ya que la cobertura en este rubro es solamente del 47.4% de la población económicamente activa, incorporar innovaciones tecnológicas, análisis de datos para detectar algún foco de infección o epidemia, enfocar el rumbo del Estado sin olvidar los temas actuales que competen a la humanidad entera como son la pobreza, desnutrición, equidad de género, etc., sabemos que hoy día urge aportar algo desde nuestro ámbito de acción para contribuir a alcanzar las ya establecidas metas del

milenio, que en uno de sus objetivos enmarca “combatir el VIH/SIDA universal para el año 2015”³¹.

Con este trabajo quiero describir mi desempeño laboral a partir de que he estado al frente del ARIMAC, como funcionario público, asimismo evaluar lo logrado y los nuevos desafíos que pueden transformar procesos claves en la obtención de información, utilizando los diversos sistemas implementados que nos permiten obtener la información requerida haciendo uso las herramientas tecnológicas y métodos de análisis que conlleven a una mejor planeación de la impartición de la salud en nuestro Estado.

El trabajo que realicé durante los últimos años fue vigilar el proceso de la codificación médica, de los catálogos, la prestación de los servicios otorgados, generar la estadística médica de la unidad, de los indicadores establecidos para la medición de metas, la verificación de la vigencia de derechos para otorgar las prestaciones en especie que otorga el IMSS a la población derechohabiente, el manejo y control interno y externo del expediente clínico y la documentación del mismo, mediante la aplicación de las normas institucionales, de las Ordenes de Atención Médica y Capitales Constitutivos, entre otros.

El haber cursado la carrera de Relaciones Internacionales, me permitió en el ámbito laboral, tener amplia visión sobre los problemas de salud por los que atraviesa el Estado y el País, derivada de la mala distribución del ingreso,³² hacer comparativos con

³¹ “Los ocho objetivos de desarrollo del Milenio, que abarcan desde la reducción a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para el año 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial. Los objetivos han galvanizado esfuerzos sin precedentes para ayudar a los más pobres del mundo”. Página oficial de Naciones Unidas <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.

³² El 40% de la población es pobre y el 23% se encuentra en pobreza extrema. Casi la mitad de la población viven en ciudades de más de 100 mil habitantes (47%) y la mayoría vive en pequeñas urbes o en el campo. Es enorme la proporción de mexicanos que no tienen agua potable y drenaje. Educación, salud y una cantidad grande de problemas, emanan de la pobreza, que ahí está, no obstante todos los esfuerzos de los gobiernos federales. www.elporvenir.com.mx

otros estados e instituciones del sector salud, nacionales e internacionales, esta visión me permitió llegar a la conclusión que es difícil hoy día separar la estadística de la geografía.

2.1.1 Funciones del Jefe de Grupo de Estadística.

De manera general las funciones que me corresponden son:

- I. Realizar análisis sobre información interna y externa del Instituto con el fin de determinar e informar los fenómenos de tipo demográfico, económico, social y de salud;
- II. Aplicar la metodología estadística en la determinación de indicadores e índices estadísticos para obtener tendencias, correlaciones y desviaciones;
- III. Participar en la reuniones de trabajo proponiendo soluciones y/o acciones de mejora;
- IV. Realizar interpolaciones, extrapolaciones e inferencia estadística de la información analizada;
- V. Realizar análisis de fenómenos cíclicos y estacionales, decidir la manera adecuada de establecer presentaciones gráficas;
- VI. Establecer conclusiones de aspectos socioeconómicos con base en el análisis de los fenómenos observados;
- VII. Participar a nivel directivo en la planeación, ejecución y evaluación de programas específicos o generales de las actividades encomendadas a dicho nivel;
- VIII. Dirigir el funcionamiento de archivos, catálogos y sistemas de información documentales y electrónicos y verificar su correcta integración y actualización;
- IX. Registrar, operar y producir información estadística mediante equipos electrónicos de acuerdo a los procedimientos establecidos;
- X. Revisar y controlar informes, correspondencia y documentos de carácter especializado de su área;

- XI. Informar a mi jefe inmediato las necesidades de capacitación y desarrollo del personal subalterno;
- XII. Supervisar las actividades de recepción y envío de cintas magnéticas, casetes y diskettes;
- XIII. Solicitar la dotación de equipo, mobiliario y material de trabajo, requerido para el desarrollo de las actividades encomendadas al personal a su cargo;
- XIV. Proporcionar la información estadística de acuerdo a los plazos y conductos establecidos;
- XV. Reportar al jefe inmediato fallas y descomposturas del mobiliario y equipo del área de trabajo;
- XVI. Participar en el diseño de programas y en la implantación de sistemas, métodos y procedimientos de trabajo, establecidos por el Instituto;
- XVII. Atender, orientar e informar sobre aspectos relacionados con la información estadística a otras áreas del Instituto;
- XVIII. Analizar, difundir, aplicar y promover normas o indicaciones contenidas en oficios, instructivos y manuales, de llenado, de procedimientos y de operación que me turna el área normativa correspondiente y en su caso, propone modificaciones;
- XIX. Coordinar y supervisar en forma sistemática, la ejecución del trabajo realizado por el personal subalterno, resolviendo casos y problemas;
- XX. Coordinar con el jefe inmediato la realización de cursos de capacitación para el personal subalterno;
- XXI. Supervisar que la codificación se realice de acuerdo a los criterios y lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud;
- XXII. Asistir a cursos de capacitación que el instituto determine de acuerdo a programas;
- XXIII. Elaborar el Programa de Trabajo Anual del área.
- XXIV. Las demás que le confieran otras disposiciones legales o encomiende expresamente el Director de la Unidad.

2.1.2 Mejora del Sistema de recopilación estadística.

La estadística médica es el elemento fundamental para medir, evaluar, prever y planear la Salud en nuestro estado ya que se obtienen datos de morbi-mortalidad de todas las unidades médicas que conforman el sector Salud, en todos sus niveles de atención, siendo la de mortalidad una de las principales fuentes de información sobre daños a la salud, y en muchos países constituyen el tipo de datos de salud más confiable.

A partir de mi ingreso al ARIMAC en 1992, me di a la tarea de identificar los principales problemas para la integración de la Estadística médica, una prioridad fue hacer uso de tecnologías de información, capacitar al personal y solicitar los equipos informáticos necesarios para el procesamiento de datos y lo más importante rediseñar el calendario anual de actividades para regular los tiempos de cada una de las partes involucradas en los procesos de los diferentes niveles de operación, (unidad médica, delegación y nivel central) para obtener información ágil y oportuna. Para lo anterior implementamos las siguientes estrategias:

- Selección del personal adscrito al área que puede ser capacitado de acuerdo a la categoría y profesiograma.
- Capacitación en el uso de herramientas informáticas.
- Capacitación en los sistemas de información del área médica
- Capacitación en los sistemas de mortalidad y nacimientos.

Actualmente las unidades médicas del sistema, inician su ciclo informático del 26 del mes anterior al 25 del mes en curso. Diariamente registran, concentran y procesan los datos generados de la atención médica proporcionada a los derechohabientes, durante este período.

Concluida esta etapa, disponen de cinco días hábiles para procesar la información y elaborar los reportes e informes normados por el área médica y posteriormente hacer la validación e integración de la información y finalizarlo con la entrega del diskette de enlace con el SUI, a la Coordinación de Información en Salud (CoDeIS), vía electrónica, eliminando con esto el uso excesivo de papelería, el tiempo para conformar las carpetas mensuales y el costo por mensajería, lo que a su vez nos permitió dedicar más tiempo a las labores de atención al derechohabiente, supervisión, análisis y actualización del SISMOR Y SINAC.

Para la toma de decisiones, la información se brinda de manera oportuna a nuestras autoridades tanto de la unidad como delegacionales, así como a otros servicios lo que permite medir con efectividad las acciones de salud, determinar la eficiencia en el uso de los recursos, así como facilitar la investigación y la planeación.

En materia geográfica, con estas actividades actualizamos las estadísticas del Estado y disponemos a la vez de toda la información a nivel nacional de todas las actividades y servicios que presta la institución y que está disponible en la página <http://www.imss.gob.mx/>, lo que permite conocer con exactitud desde nuestro ámbito de oficina el entorno físico de cada unidad médica y hospitalaria en el país.

2.1.3 Actividades en el Sistema de Mortalidad (SISMOR).

En particular, en el IMSS las estadísticas de mortalidad permiten determinar, planear y evaluar las acciones de salud tendientes a la prevención y atención de los daños a la salud de los derechohabientes y se conforman a partir del certificado de defunción que en nuestro país cumple con tres funciones básicas: legal, epidemiológica y estadística e incluye variables útiles para la integración y análisis de las mismas.

En México se usan dos tipos de certificados, uno de defunción para los que nacen vivos y mueren en cualquier momento después del nacimiento y otro de muerte fetal, para los productos de la concepción que nacen sin vida; debiendo emplearse el certificado apropiado según el caso.

El universo de operación del Sistema de Mortalidad del Instituto Mexicano del Seguro Social comprende el total de defunciones certificadas por médicos institucionales de las unidades médicas en las que se registran fallecimientos de derechohabientes, ya sea que éstas ocurran en cualquiera de las áreas de servicio de la propia unidad o bien las que ocurran en domicilio. Así mismo se deben incorporar las defunciones que son certificadas por médicos legistas y las que ocurren en otras instituciones de salud, públicas o privadas, pero que afecten a la población derechohabiente.

Para contar con esta información fue creado el Sistema de Mortalidad (SISMOR), que nos permite capturar cada uno de los eventos y contabilizarlos por cada una de las unidades médicas que conforman el Sistema de Salud en el país.

Describiré brevemente la forma de operar el SISMOR, lo primero que tenemos que hacer es identificar la Delegación que va a procesar la información de defunciones, para ello en el **Módulo 3** entramos a **Catálogos Básicos**.

La pantalla principal del SISMOR presenta tres módulos principales:

- 1) **Módulo 1:** Captura de Certificados, Carga por Disco y Generar Archivo de Enlace
- 2) **Módulo 2:** Consulta de Defunciones (Por Concepto, Por Unidad Médica, Especiales, Boletines)

3) **Módulo 3:** Catálogos (Básicos, CIE-10, Complementarios, Población) y Utilerías (Información, Ayuda, Correo, Buscar), tal como se aprecia en el (Anexo No. 2).

Contamos con una pantalla que nos da acceso al año que deseamos consultar o procesar.

Figura 4:



Constante Tasa	El sistema da la opción de elegir la constante que se empleará para calcular las tasas de mortalidad (1,000, 10,000 ó 100,000).
-----------------------	---

Para grabar esta información tenemos el botón **Aplicar**, esto permite que automáticamente se cargue el catálogo de unidades médicas de la Delegación que se seleccionó, para salir buscamos la tecla de opción **Salir**. Al hacer esto se regresa a la pantalla principal de SISMOR.

En el apartado **Zonas**, se deben dar de alta las zonas médicas de la Delegación conforme se muestra en el ejemplo. El número de zona se debe detallar a dos dígitos, por ejemplo: "01", "02", etc. (Ver anexo No. 3)

El desplazamiento de una columna a otra se puede realizar con el cursor o con la tecla de tabulador. Para que la información quede grabada en el sistema es suficiente con ubicarse en el renglón donde se localiza el asterisco (*).

En el apartado **Unidades** automáticamente se presentan las unidades médicas que conforman la Delegación de acuerdo al catálogo normativo.

Para asignar la zona a la que pertenece cada una de ellas, ubíquese con el cursor en la columna "Zona" y digite el número que corresponda conforme al ejemplo, tal y como se aprecia en el (Anexo No.3).

Para que la información quede grabada en el sistema es suficiente con ubicarse en el renglón donde se localiza el asterisco (*).

Al concluir la asignación de zonas a todas las unidades médicas, el sistema queda completamente personalizado y listo para su funcionamiento. El hecho de asignar zonas permite al sistema la generación de reportes por zona médica.

El catálogo de unidades médicas es normado por la División Técnica de información Estadística en Salud (DTIES), por tanto no debe efectuarse ninguna modificación al mismo. En caso de que se requiera una actualización esta será realizada desde Nivel Central.

Para iniciar la captura de un certificado de defunción o de muerte fetal es necesario dar clic en el siguiente botón, localizado en el **Módulo 1** de la pantalla principal del sistema:

Cuando se ingresa a esta opción se observan 6 apartados, cada uno de ellos relacionado con diferentes secciones que conforman el certificado de defunción:

- 1) Datos del fallecido
- 2) Datos de la defunción
- 3) Muerte materna/Muerte accidental o violenta

4) Datos del certificante

5) Datos del informante

6) Datos del Registro Civil

Las variables marcadas en negritas son obligatorias y el sistema exigirá su requisitado. El paso de una variable a otra se realiza automáticamente cuando se ha completado un dato, a través de la tecla de Tabulador o posicionándose con el cursor.

1. Datos del fallecido

En esta ventana se anotaran todos los datos del fallecido tal y como lo solicita la pantalla. (Véase anexo No. 4).

Unidad de atención, número de seguridad social, folio, nombre, fecha de nacimiento, edad, peso, estado civil, escolaridad, derechohabiencia, residencia habitual, ocupación, unidad de adscripción, CURP y servicio.

2. Datos de la defunción

Aquí se requiere lugar, sitio, hora, fecha y causa básica de la defunción. (Anexo No. 4)

3. De la mujer/Violencias

Aunque el título de este apartado hace referencia a las muertes maternas y a las muertes accidentales o violentas, se incluyen en primera instancia dos variables que son relativas al apartado de Datos de la Defunción.

- Si Tuvo atención médica antes de la muerte

- Si se practicó necropsia.

Muertes violentas o accidentales

En esta sección se registran datos complementarios cuando la muerte es accidental o violenta.

Si la defunción corresponde a una mujer en edad fértil especifique, el sistema habilitará esta sección sólo cuando la muerte corresponda a una mujer en edad fértil (10 a 54 años). Da la opción de marcar si ocurrió durante el embarazo o puerperio y si las causas fueron complicaciones del mismo.

4. Del certificante

En este apartado se indica que persona certifica la defunción, cédula, nombre y domicilio del mismo.

5. Del informante

En este rubro se anota el nombre, apellido paterno y materno de la persona que proporciona los datos generales del fallecido y su parentesco.

6. Del Registro Civil

Estos datos se toman del acta respectiva anotando: número del Registro Civil, libro, acta, lugar y fecha del Registro.

Buscar un registro

Para buscar un registro se abre una ventana que permite el uso de un Filtro de búsqueda.

En el espacio en blanco anote el nombre, folio, número de seguridad social/agregado o causa de conformidad con el criterio de búsqueda que haya seleccionado. (Véase anexo No. 5).

La pantalla se actualizará y presentará los registros que cumplan con el criterio de búsqueda establecido.

Cuando un registro cumple de manera exacta con el criterio de búsqueda queda marcado y para acceder a él, aplicamos el botón **OK**. De otra forma marque con el cursor el registro deseado y enseguida de clic al botón **OK**.

Con este programa también tenemos la opción de imprimir algún registro y el reporte general que contiene la relación de certificados capturados en el sistema, presenta los datos del folio, Número de Seguridad Social/Aggregado, Nombre, Sexo, edad, fecha de la defunción, Código CIE de la Causa Básica, Código CIE de la Causa del inciso a), Código CIE de la Causa del Inciso b), Código CIE de la Causa del inciso c), Código CIE de la Causa del inciso d), Clave de Servicio, Mes, Clave Presupuestal de la Unidad de Atención y Clave Presupuestal de la Unidad de Adscripción. (Ver anexo No. 5).

Se marca con el cursor el nivel de agregación para integrar el reporte, ya sea por total delegacional o por unidad médica. Por sistema, las características de este formato son para imprimir en papel stock continuo. Es factible seleccionar además el modelo de impresora que se utilizará.

Carga por Disco

Esta función se utiliza para:

- 1) Agregar a la base de datos delegacional, los registros de certificados de defunción capturados en las unidades hospitalarias cuando el SISMOR está descentralizado.
- 2) Agregar a la base de datos delegacional, los registros de certificados de defunción de derechohabientes que fueron expedidos y capturados en otras delegaciones.
- 3) Agregar a la base de datos nacional, los registros de certificados de defunción capturados en las delegaciones (Sólo aplica a Nivel Central). Cómo se aprecia en el (Anexo No.6).

El sustento para esta actividad es la utilización de la base de datos que genera el SISMOR contenida en el archivo ENLACE.DBF

Generar Archivo de Enlace.

Esta opción se utiliza para:

- 1) Generar el archivo que contiene la base de datos de los registros de certificados de defunción capturados y se pueda hacer su envío a la delegación o a Nivel Central.

Consultas de Defunciones

Esta opción permite:

- 1) La consulta en pantalla de diferentes reportes preestablecidos que genera el SISMOR.
- 2) La impresión de estos reportes
- 3) La exportación de estos reportes para su manejo a través de otra aplicación (por ejemplo, Excel)

Con este programa se pueden consultar las Defunciones, generándose los reportes que pueden visualizarse para su consulta, impresión y/o exportación, quedando de la siguiente manera:

Figura 5:

		Dirección de Prestaciones Médicas Coordinación de Información en Salud IMSS Delegación Baja California Sur		Reporte Básico de Defunciones 2004																	
Frecuencia: <input type="text" value="Anual"/>				Criterio: [Delegación]Anual[A0002999]																	
No.	Clave	Concepto	Fetal	Grupos de Edad																	
				Total		11		144		5 a 9		10 a 19		20 a 59		60 y más		Ignor.			
			T	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
1	E14	Diabetes mellitus en mujeres.	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
2	045	Discrepancia pronóstico de la vida	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
3	098	Inf. del sistema y parásitos de la orina	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
4	P07	Inf. del sistema respiratorio	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	P24	Lesiones de intoxicación por alcohol	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	W10	Causa en órbita de enfermedad y/o	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Fuente: Manual de Operación del Sistema de Mortalidad, 2004.

En el extremo superior izquierdo se presenta el logotipo del IMSS y la identificación de la Delegación a la que corresponde la información.

En el extremo superior derecho se presenta el nombre del reporte, si se posiciona con el ratón en el título del reporte aparecerá un mensaje que le informa la orientación del papel que se requiere para ser impreso el reporte (modifíquelo en el menú Sismor\Configurar Impresora cuando vaya a imprimirlo. (Ver Anexo No. 6)

Exportación:

La exportación del reporte se efectúa a través de la cuarta opción: **Exportar a Dbf.**

Al dar clic en esta cuarta opción, permite la exportación del reporte generando un archivo tipo DBF el cual puede ser leído y editado mediante una aplicación como Excel.

Este programa también nos permite consultar defunciones por concepto, por unidad médica, especiales, boletines, catálogos de la CIE-10, complementarios, de población, utilerías, de ayuda, correo y de búsqueda. (Ver Anexo No. 7).

Contiene la información de la Población Adscrita a Médico Familiar al 30 de junio del año para cada una de las unidades médicas que tienen población adscrita, así como la población adscrita a Médico Familiar de la Delegación. **Estas cifras No deben modificarse. Su actualización depende de la DTIES.**

Figura 6:



Catálogo de Población



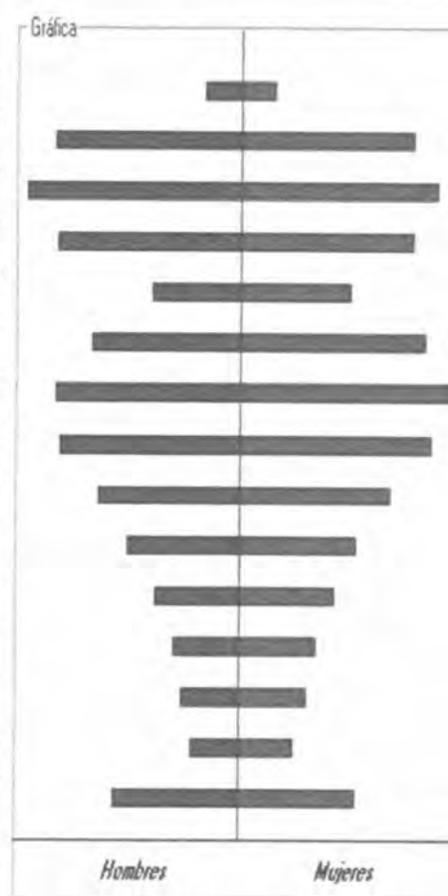
Nivel

Unidad Médica

Delegacional

Clave Presupuestal:

Grupo Edad	Masculino	Femenino	Total
< 1 año	1,940	1,839	3,779
1 a 4	9,580	9,174	18,754
5 a 9	11,002	10,434	21,436
10 a 14	9,409	9,108	18,517
15 a 19	4,607	5,831	10,438
20 a 24	7,670	9,762	17,432
25 a 29	9,496	11,322	20,818
30 a 34	9,326	10,130	19,456
35 a 39	7,294	7,957	15,251
40 a 44	5,775	6,220	11,995
45 a 49	4,381	5,074	9,455
50 a 54	3,435	4,054	7,489
55 a 59	3,028	3,591	6,619
60 a 64	2,512	2,883	5,395
65 y más	6,467	6,168	12,635
Total	95,922	103,547	199,469



Una vez realizados todos los pasos que anteriormente se describieron, el producto final es contar con información confiable en salud, por mes, por año y un histórico, en la siguiente figura tenemos la información del 2007 de Mortalidad Hospitalaria y en forma General.

Figura 7:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS CONCENTRADO DELEGACIONAL 20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA 2007											
CAUSA BAS	DIAGNOS	GRUPO ETAREO							TOTAL	TASA	
		00-04	05-14	15-24	25-44	45-64	65 Y MAS				
E11	Diabetes mellitus no insulinod	0	0	0	0	4	47	35	86	0,40	
K74	Fibrosis y cirrosis del higado	0	0	0	0	2	14	10	26	0,12	
N18	Insuficiencia renal cronica	0	0	0	0	5	8	6	19	0,09	
B20	Enfer.p/VH,result.enf.infecc.	0	0	0	2	13	1	0	16	0,07	
J44	Otr.enf.pulmonares obstructiva	0	0	0	0	0	2	13	15	0,07	
K70	Enfermedad alcohólica del higa	0	0	0	0	2	7	5	14	0,06	
B24	Enfer.p/VH,sin otra especific	0	0	0	1	9	3	0	13	0,06	
I63	Infarto cerebral	0	0	0	0	0	1	11	12	0,06	
J18	Neumonía, organismo no especif	2	0	0	0	1	4	5	12	0,06	
P36	Sepsis bacteriana del recién n	12	0	0	0	0	0	0	12	0,06	
P07	Trast.rel.durac.corta gast.y b	11	0	0	0	0	0	0	11	0,05	
C53	Tumor maligno del cuello del u	0	0	0	0	1	3	5	9	0,04	
I21	Infarto agudo del miocardio	0	0	0	0	2	3	4	9	0,04	
I25	Enfermedad isquémica crónica d	0	0	0	0	1	1	7	9	0,04	
I67	Otras enfermedades cerebrovasc	0	0	0	0	0	1	8	9	0,04	
J84	Otr.enf.pulmonares intersticia	0	0	0	0	2	2	5	9	0,04	
P22	Dificultad respiratoria del re	8	0	0	0	0	0	0	8	0,04	
K72	Insuficiencia hepática, no cla	0	0	0	0	0	5	2	7	0,03	
C34	Tumor maligno bronquios y pulm	0	0	0	0	0	1	5	6	0,03	
Q24	Otras malform.congenitas del c	5	1	0	0	0	0	0	6	0,03	
A41	Subtotal	38	1	0	3	42	103	121	308	1,43	
	Todos los Demás	41	2	4	6	28	40	66	187	0,87	
	TOTAL	79	3	4	9	70	143	187	495	2,30	

32 Tasa por 100 Egresos (21,556)

33 Fuente: SISMORH SUI Subsistema 10

34

Figura 8:

20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 2007										
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
CONCENTRADO DELEGACIONAL										
20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 2007										
CAUSA_B AS	DIAGNOS	GRUPO ETAREO							TOTAL	TASA
		00_01	01_04	05_14	15_24	25_44	45_64	65_YMAS		
E11	Diabetes mellitus no insulinad	0	0	0	0	7	58	72	137	31,46
K74	Fibrosis y cirrosis del higado	0	0	0	0	3	17	15	35	8,04
I113	Insuficiencia renal cronica	0	0	0	0	9	11	15	35	8,04
K70	Enfermedad alcoholica del higa	0	0	0	0	4	14	10	28	6,43
J44	Otr enf pulmonares obstructiva	0	0	0	0	0	3	23	26	5,97
I21	Infarto agudo del miocardio	0	0	0	0	2	8	12	22	5,05
B24	Enfer p/VIH sin otra especifico	0	0	1	1	14	3	0	21	4,82
B20	Enfer p/VIH result enf infecc	0	0	0	2	17	1	0	20	4,59
I67	Otras enfermedades cerebrovasc	0	0	0	0	0	3	17	20	4,59
C53	Tumor maligno del cuello del u	0	0	0	0	6	5	8	16	3,67
I63	Infarto cerebral	0	0	0	0	0	1	15	16	3,67
J18	Neumonia organismo no especif	2	0	0	0	1	4	6	13	2,99
C34	Tumor maligno bronquios y pulm	0	0	0	0	0	3	9	12	2,76
I25	Enfermedad isquemica cronica d	0	0	0	0	1	2	9	12	2,76
P07	Trast del durac corta gast y b	12	0	0	0	0	0	0	12	2,76
P36	Sepsis bacteriana del recien n	12	0	0	0	0	0	0	12	2,76
I10	Hipertension esencial (primari	0	0	0	0	0	3	8	11	2,53
J84	Otr enf pulmonares intersticia	0	0	0	0	2	2	7	11	2,53
C91	Leucemia linfocide	0	0	3	3	0	2	0	8	1,84
I61	Hemorragia intraencefalica	0	0	0	0	1	1	6	8	1,84
	Subtotal	26	0	4	6	66	143	230	475	109,08
	Todos los Demás	60	4	6	9	40	66	104	289	66,36
	TOTAL	86	4	10	15	106	209	334	764	175,44

Tasa por 100.000 DHU (435.479)
Fuente: SISMOR/ SUI Subsistema 10
deleg gral 2007 deleg hosp 2007

Con esta información detectamos que entre las principales causas de mortalidad está la Diabetes Mellitus que económicamente, implica un gasto público muy importante para los países desarrollados. Los pacientes diabéticos consumen de 2-5 veces más recursos sanitarios en proporción a la población no diabética.³³

³³ Se realizó un estudio descriptivo en la provincia Ciudad de La Habana entre 1988 y 1996. Se cuantificó el total de los certificados médicos de defunción emitidos en dicho período, en los que la diabetes fue declarada y codificada como causa básica de muerte y el fallecido era residente de la mencionada provincia. Se calcularon tasas de mortalidad brutas, específicas y ajustadas por grupo etario y sexo. Se calculó la razón estandarizada de mortalidad (REM), los años de vida potencial perdidos (AVPP) y la razón de AVPP (RAVPP). La tasa bruta promedio de mortalidad por diabetes mellitus (DM) fue de 32,4 x 100 000. La tasa de mortalidad estandarizada por edad y sexo fue superior en el sexo femenino con un rango que fluctuó entre 35,1 y 43,6 x 100 000. La mayor diferencia entre sexos se observó en el grupo de 65 años y más de edad. En general, durante todo el período no hubo mortalidad por DM en menores de 15 años de edad. La tasa anual promedio de AVPP fue de 1,25 x 1 000. La REM resultó ser 119 en el sexo femenino y 85 en el masculino. En conclusión, la mortalidad por DM en la provincia Ciudad de La Habana es superior a la reportada para el país. El impacto que causa la DM, en términos de muertes prematuras, es superior en dicha provincia a su repercusión promedio en el país. La atención médica y el cuidado al paciente diabético menor de 15 años de edad es adecuada en cuanto a prevenir muertes en dicha etapa de la vida. Sin embargo, todavía ocurren muertes tempranas en adultos jóvenes que podrían ser evitadas o postergadas.

2.1.4 Actividades en el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).

Otros de los subsistemas de gran relevancia en el servicio es el SINAC, quien maneja el Certificado de Nacimiento, el cual se define como un documento legal de carácter individual e intransferible que certifica el nacimiento en el momento mismo de su ocurrencia, garantizando la identidad del niño y proporcionando a la madre los elementos probatorios de su maternidad.

Por la importancia y trascendencia de esta información se planteó la necesidad de contar con un formato único de registro de nacimientos que fuera de uso obligatorio en todas las entidades federativas e instituciones de salud del país.

Para ello, en 2003 la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) elaboró un formato de registro de nacimientos consensuado con varias instituciones del Sector Salud en el que se recaba información de la madre, del recién nacido y del nacimiento, así como de la persona que lo certifica.

Ante la necesidad de promover el uso del Certificado de Nacimiento en todo el país, se estableció como acuerdo de la X Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud, IV Época, el compromiso de desarrollar estrategias para extender el certificado de nacido vivo en todas las entidades federativas. Con base en ello algunos estados como Guanajuato, Hidalgo, Durango y Oaxaca, entre otros, comenzaron con la implementación del Certificado.

En seguimiento a dicho acuerdo, a principios de 2007 se concertó con la Secretaría de Gobernación la firma de las Bases de Colaboración para el uso del Certificado de Nacimiento, en donde se establece como obligatorio el uso de dicho formato para la obtención del Acta de Nacimiento.

De esta forma, el Certificado de Nacimiento quedará suscrito como un documento oficial y gratuito cuyo objetivo será promover el registro oportuno, veraz e íntegro de los nacidos vivos ocurridos en el país, a fin de contar con un marco confiable para fines legales y estadísticos, que apoye, por una parte, la protección de los derechos de los niños y por otra la planeación, asignación de recursos y evaluación de los servicios de salud.

En primer lugar se presenta un apartado de antecedentes sobre el uso de las estadísticas vitales en general y sobre las estadísticas de nacimientos en particular; posteriormente se presenta el Marco Jurídico sobre el que se establecen las bases de la operación del Certificado de Nacimiento; en seguida se presenta la estructura del Certificado y sus reglas de operación, control y distribución.

Estadísticas Vitales

El objetivo principal que se persigue con las estadísticas vitales es el de poder analizar el comportamiento y las tendencias del crecimiento de la población. Las estadísticas vitales se consideran elementos básicos para conocer la situación demográfica de un país, así como elementos indispensables para la planeación económica y social, identificando a los grupos demandantes de servicios médicos, de educación, vivienda, etc.

Las estadísticas vitales están compuestas por los registros de nacimientos, defunciones, muertes fetales, matrimonios y divorcios. Con esta información se espera contar con herramientas para la detección de necesidades, la elaboración y evaluación de programas, la caracterización de los actores involucrados, la planeación de servicios y la distribución de recursos.

Al registrar las características de los nacimientos se espera conocer la frecuencia con que ocurren estos hechos en el país; al registrar las defunciones se espera producir

información que permita conocer y comparar su volumen, sus tendencias y sus características en los diferentes ámbitos geográficos; con las estadísticas de muertes fetales se espera conocer su frecuencia y las causas que las originan; con el registro de los matrimonios se espera conocer su volumen y las características demográficas y socioeconómicas de la población involucrada; por último, con las estadísticas de divorcios se espera conocer su frecuencia, sus causas y los factores que influyen para que esto ocurra.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) las variables que se utilizan en dichas estadísticas guardan una estrecha relación con dos aspectos principales: el hecho en particular y la persona relacionada o involucrada. Por ejemplo, las variables que se captan de los nacimientos son las relacionadas con el hecho del nacimiento, con las características del recién nacido y las de los padres.

En México, los hechos vitales se registran a través de los formatos de captación, que pueden ser: actas, cuadernos estadísticos y certificados. Desde su creación dichos formatos han sufrido diversas modificaciones que han dificultado uniformar su uso en todo el país. Esta situación ha provocado tener una diversidad de formatos de captación de cada estadística que limita la posibilidad de aprovechar en su totalidad la información contenida e imposibilita el análisis comparativo.

Estadísticas de Nacimientos

Como se mencionó anteriormente, entre los hechos vitales se encuentran las estadísticas sobre nacimientos que permiten conocer la frecuencia con que ocurren estos hechos en el país y las condiciones sociales y económicas en que se desarrollan, además, una vez obtenido su volumen y desglose es posible conocer, entre otros aspectos, la efectividad de los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar, así como detectar las necesidades de servicios y recursos médicos.

El INEGI lleva el control de los nacimientos que se registran cuando los padres acuden a tramitar el acta de nacimiento de sus hijos a las oficinas del Registro Civil, sin embargo, esta información carece de integridad y de oportunidad debido a que el subregistro y el registro extemporáneo son muy altos, principalmente porque la población carece de información que le permita reconocer la importancia que tiene registrar este hecho y solicitar de manera inmediata el acta de nacimiento de sus hijos, por lo que con frecuencia lo hacen hasta el momento en que requieren dicho documento para realizar algún otro trámite administrativo como la inscripción a la educación primaria o el alta a algún servicio de salud.

Esto se traduce en una falta de control sobre la información de los niños que nacen en el país, lo que conlleva a problemas de diversa índole que van desde aspectos legales como el traslado ilícito de menores (robo de infantes), pasando por la falta de garantías y derechos de los propios niños, hasta la ausencia de información que hace constar el hecho del nacimiento y que incide directamente en el cálculo de indicadores tan relevantes como la tasa de mortalidad infantil, las tasas de natalidad y de fecundidad.

Por ello es que se requiere de una estadística confiable, completa y oportuna sobre los nacimientos ocurridos en el país que nos permita contar con datos de la madre, del recién nacido, del lugar de ocurrencia, de la persona que atiende el parto y de quien lo certifica. En este sentido surge la iniciativa de establecer un Certificado de Nacimiento, para contar con un documento que permita dejar constancia de los nacimientos en el mismo momento en que sucede el evento y preferiblemente por la persona que atiende el parto y/o al recién nacido, asegurando una mejor calidad de los datos recogidos, así como una mayor integridad y oportunidad de los mismos.

Marco Jurídico.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 4º.)
- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Presidencia de la República.

- Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en Materia de Información en Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (DOF 29 de noviembre del 2006).

Estructura del Certificado de Nacimiento.

El Certificado de Nacimiento está dividido en tres apartados, los cuales nos proporcionan información de la madre, del recién nacido y del nacimiento, así como de la persona que lo certifica:

Datos de la Madre:

Nombre, lugar y fecha de nacimiento, estado civil, residencia habitual, número de embarazos, número de hijos nacidos vivos y muertos, supervivencia del hijo previo, orden del nacimiento, atención prenatal, supervivencia al parto, derechohabencia, escolaridad, ocupación.

Datos del Nacido Vivo y del Nacimiento:

Fecha y hora de nacimiento, sexo, edad gestacional, talla y peso al nacer, prueba de APGAR y Silverman-Andersen, aplicación de vacunas, producto de un embarazo (único, gemelar, tres o más), anomalías congénitas, enfermedades o lesiones, procedimiento utilizado en el nacimiento, lugar de nacimiento, persona que atendió el parto y domicilio del lugar donde ocurrió el nacimiento.

Datos del Certificante:

Nombre, certificado por (persona que llenó el certificado), cédula profesional, domicilio y teléfono, firma y fecha de certificación.

Datos Adicionales:

Huella digital del pie derecho del recién nacido, huella digital del dedo pulgar derecho de la madre, firma de la madre y sello oficial de la institución que certificó.

Normas de operación del Certificado de Nacimiento.

Conforme a lo establecido en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (DOF 29 de noviembre de 2006) en su artículo 24, fracción VIII, la Dirección General de Información en Salud es el área responsable de establecer el diseño y contenido de los certificados de estadísticas vitales, así como de controlar y supervisar, en colaboración con los Servicios Estatales de Salud el manejo de los mismos.

La DGIS pone a disposición de cada entidad federativa e institución de salud el Certificado de Nacimiento, documento a través del cual se certifica el nacimiento en el momento mismo de su ocurrencia, garantizando la identidad del niño y proporcionando a la madre los elementos probatorios de su maternidad. El contenido del Certificado de Nacimiento, así como los mecanismos para su impresión, distribución y uso fueron acordados interinstitucionalmente, siendo la DGIS la única instancia autorizada para modificarlo, en cuyo caso debe informar por escrito a los titulares de los Servicios Estatales e instituciones involucradas.

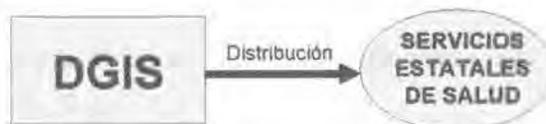
Figura 9:



La Secretaría de Salud Federal, a través de la DGIS, será la responsable de la impresión y distribución gratuita del Certificado de Nacimiento.

La DGIS, de acuerdo con el número de nacimientos estimados a partir de las fuentes oficiales (CONAPO) y de la información registrada en el Sistema Nacional de Información en Salud, enviará semestralmente a los Servicios Estatales los formatos del Certificado de Nacimiento previamente foliados para el registro de los nacidos vivos en la entidad.

Figura 10:



Para efectos de planeación, distribución y operación del Certificado los Servicios Estatales, en coordinación con las jurisdicciones sanitarias y con el apoyo de todas las instituciones del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, privados, etc.), tendrán la responsabilidad de:

- a) Mantener actualizada la relación de unidades de atención médica mediante el directorio de establecimientos con Clave Única de Establecimientos de Salud

(CLUES), médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y auxiliares de salud de unidades móviles, así como de parteras tradicionales.

- b) Conocer las estimaciones de nacidos vivos a nivel estatal y municipal.
- c) Identificar el promedio de partos atendidos en las unidades hospitalarias a través de los registros oficiales de egresos de cada institución.
- d) Estimar el promedio de partos atendidos fuera de unidades médicas.

Con base en lo anterior, los Servicios Estatales de Salud deben realizar su programa de distribución de los formatos del Certificado de Nacimiento a las unidades hospitalarias de todas las instituciones públicas y privadas del Sector Salud.

En dicho programa de distribución se deben incluir a:

- a) las parteras tradicionales (registradas por alguna institución del Sector Salud) quienes se harán cargo de certificar los nacimientos que ellas mismas atiendan.
- b) a los médicos, enfermeras y auxiliares de salud de las unidades móviles para que certifiquen los nacimientos ocurridos en los municipios y localidades que no cuenten con otros servicios de salud.
- c) a unidades de consulta externa de instituciones públicas del Sector Salud de los municipios o localidades que no cuenten con unidades hospitalarias, a fin de que los médicos de dichas unidades certifiquen los nacimientos de su área de responsabilidad ocurridos fuera de una unidad de salud. Estas unidades de consulta externa deberán identificarse a través del directorio de establecimientos de salud con CLUES a fin de distribuirles los formatos de Certificado de Nacimiento.

Figura 11:

DISTRIBUCIÓN



La distribución de los Certificados de Nacimiento se debe realizar bajo un estricto control de folios, asegurando que tanto las unidades médicas como las parteras tradicionales registradas y las unidades móviles dispongan de formatos suficientes para garantizar la certificación de los nacimientos de su área de responsabilidad.

Los Servicios Estatales de Salud serán los responsables del uso que los involucrados realicen de los Certificados de Nacimiento, por lo tanto, deben asegurarse que las entregas subsecuentes de formatos se realicen en contra recibo de los certificados utilizados ya sea recibiendo las bases de datos o las copias requisitadas para su captura, incluyendo los formatos cancelados.

En caso de extravío o robo de formatos, el área responsable de su manejo deberá levantar un acta circunstanciada de hechos ante el departamento jurídico correspondiente indicando el número de folio faltante, así mismo deberá dar aviso a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud.

Los certificados cancelados deben ser devueltos, mediante oficio especificando el número de folio y el motivo de la cancelación, a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud responsables de la distribución, quienes procederán a su destrucción mediante acta administrativa.

Las autoridades responsables de la distribución deben vigilar que el monto de formatos desperdiciados no exceda el 25% del total de certificados entregados, llevando un registro de las cancelaciones y presentando reportes periódicos a la instancia correspondiente a fin de mejorar la calidad en el llenado y asegurar el buen uso de los formatos.

Certificación

Para los nacimientos que ocurran en una unidad hospitalaria, el Certificado de Nacimiento debe ser llenado por el médico tratante o la persona que atienda al recién nacido durante el parto, inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el evento.

Para los nacimientos que ocurran fuera de una unidad hospitalaria el Certificado puede ser llenado por la partera que atendió a la madre, siempre y cuando este registrada ante una institución del Sector Salud y por lo tanto haya sido contemplada en la distribución de certificados.

En caso de que ninguna persona autorizada para la certificación asista a la madre en el parto, el Certificado debe ser llenado por el médico de la unidad de salud (hospital o unidad de consulta externa autorizados para expedir certificados) más cercana a la localidad en la que ocurrió el nacimiento, o bien por el médico, enfermera o auxiliar de salud de la unidad móvil que asiste a la comunidad. En estos casos, para que se pueda expedir el Certificado de Nacimiento, la madre deberá presentar al menor. En caso de fallecimiento materno los familiares deben presentar al menor y el certificado o acta de defunción de la madre.

La persona que expide el Certificado debe requisitarlo en su totalidad, la **primera copia** se anexará al expediente de la madre en la unidad de salud o bien, en caso de que el nacimiento haya ocurrido fuera de la unidad la copia será entregada al área responsable de la distribución. La **segunda copia** será utilizada para la captura de la información en el sistema correspondiente (SINAC) y será archivada por el área responsable de la misma.

El Certificado de Nacimiento tiene una vigencia de 6 meses a partir de su expedición para ser canjeado por la respectiva Acta de Nacimiento en las Oficinas del Registro Civil en caso de no realizar dicho trámite en el tiempo establecido los familiares del recién nacido deberán acatar los lineamientos establecidos en esta materia por la Oficina del Registro Civil correspondiente.

En caso de que se extravíe el Certificado de Nacimiento, se deberá solicitar una Constancia de Hechos ante el Ministerio Público y presentar una copia en la unidad de salud que le proporcionó el Certificado original para que ésta entregue una copia certificada a la madre o familiar solicitante, o bien, en caso de que el nacimiento haya ocurrido fuera de una unidad médica se deberá acudir a la instancia responsable de la distribución para que se expida la copia certificada.

El Certificado de Nacimiento se utilizará sólo para certificar aquellos nacimientos ocurridos a partir de la fecha en que se haga oficial su uso, por ningún motivo amparará un nacimiento ocurrido con anterioridad, en estos casos, la madre, los familiares o el propio interesado tendrá que acudir directamente a la Oficina del Registro Civil correspondiente para acatar los lineamientos establecidos por la misma.

Captura y recolección de información

La información vertida en los formatos del Certificado de Nacimiento debe capturarse en el programa desarrollado por la DGIS para este fin.

Los Servicios Estatales de Salud tendrán la responsabilidad de coordinar el trabajo de captura y recolección de información en coordinación con las jurisdicciones sanitarias, los hospitales generales, las unidades médicas privadas y las instituciones del Sector Salud con presencia en la entidad, a fin de recibir sus bases de datos los primeros cinco días hábiles de cada mes.

Los Servicios Estatales de Salud integrarán y validarán mensualmente la información de la entidad en una base de datos estatales, mismos que deberán enviar dentro de los primeros diez días hábiles de cada mes a la DGIS.

La DGIS por su parte integrará, previa validación, las bases de datos estatales a una base de datos nacional de nacimientos, misma que formará parte del Sistema Nacional de Información en Salud.

Es importante señalar que la integración de la información se hará de acuerdo a año calendario, por lo que los cortes mensuales se deben realizar el último día de cada mes. El área responsable de la expedición y captura de certificados que no cumpla con la entrega de información no podrán recibir una siguiente dotación de certificados en tanto no la entregue.

La DGIS es la única entidad autorizada para modificar el programa de captura, teniendo la obligación de informar y enviar a las entidades federativas e instituciones de salud las actualizaciones o cambios realizados al mismo.

Informes

El programa de captura desarrollado por la DGIS permite la generación automática de reportes para todos los niveles en los que se manejan las bases de datos, es decir en la unidad hospitalaria, institución, jurisdicción, estado y a nivel nacional.

De esta forma, a partir de la información procesada y validada se podrán generar diversos tabulados que permitirán obtener información actualizada sobre las características y condiciones de los nacimientos para que, entre otras cosas, las unidades hospitalarias puedan evaluar su productividad; las jurisdicciones sanitarias puedan retroalimentar a los programas de atención materno-infantil y de vacunación; y para que las autoridades estatales y federales cuenten con información confiable y oportuna que les permita conocer las características epidemiológicas de los nacimientos atendidos para la programación de sus recursos; la toma de decisiones y la planeación de servicios.

La DGIS será la instancia responsable de la publicación oficial de las estadísticas de nacimientos generadas a través del Subsistema de Información sobre Nacimientos.

Conservación

De acuerdo al Manual para la Operación de Archivos Administrativos, los certificados de nacimiento se deben conservar seis años, un año que corresponde a la etapa activa y cinco años en tiempo de conservación. La etapa activa inicia a partir de la creación o recepción del documento, en este caso comienza a partir del llenado del formato, la entrega del documento original a la madre, pasando por el proceso de captura de la información en el sistema correspondiente. Posteriormente se pasa a la etapa de conservación, en la que los documentos, si son de uso frecuente pueden permanecer en una oficina, o bien cuando el uso es esporádico se lleva a cabo una transferencia primaria para enviarlos al archivo de concentración.

Después de los seis años de almacenamiento en el área de concentración, los certificados de nacimiento, de acuerdo a la legislación vigente de cada entidad federativa, serán enviados al centro de documentación institucional para que determine su almacenamiento o destrucción.

3. Recomendaciones para el mejor desempeño laboral en el ARIMAC.

Hoy día aunque el Departamento ejerce con su platilla nominal completa, aún quedan muchas actividades que se realizan con poco entusiasmo por la falta de compromiso del personal involucrado, en el caso de la obtención de la información se logró que este grupo de personas sean capaces de ver un entorno diferente al trabajo técnico, e incorporen herramientas innovadoras que permitan evaluar los problemas de salud a partir de los datos estadísticos y desde un entorno geográfico como se explicó anteriormente.

Aunque se redujo el tiempo de integración y envío de la información, el reto es que los datos estadísticos sean proporcionados a todo el personal del Cuerpo de Gobierno de la Unidad, para que se involucren y apliquen los indicadores institucionales, con el propósito de que se constituyan en una herramienta de apoyo a la medición de avances, seguimiento y monitoreo de las líneas estratégicas de la actividad médica.³⁴

Con la finalidad de ofrecer más y mejores herramientas de control y uso de la información, en el presente propongo una capacitación continua tanto de actividades inherentes al área, así como de crecimiento profesional.

3.1 Deficiencias Profesionales del personal del ARIMAC.

El personal que labora en esta área es sindicalizado, con las categorías de: mensajero (categoría autónoma); Auxiliar Universal de Oficinas (primera categoría); Oficial de Estadística (segunda categoría); Coordinador de Estadística (tercera categoría); Jefe de Grupo (cuarta categoría) y Especialista de Estadística (quinta categoría).

A la categoría autónoma solo se le piden estudios de secundaria y tienen la opción de presentar examen promocional a la primera categoría y así sucesivamente, presentando un examen de conocimientos en las fechas que el Sindicato señale, en el

³⁴ Manual Metodológico Indicadores de Desempeño, Dirección de Prestaciones Médicas. Marzo, 2002.

caso de que la persona entre directamente como Auxiliar Universal de Oficinas, sus conocimientos serán de bachiller o carrera secretarial.

Una vez que se tiene la primera categoría está en posibilidad de concursar para obtener la segunda que ofrecen los 7 sectores que conforman el área administrativa, entre ellos está el Sector de Estadística, del que se responsabilizó administrativa y normativamente la Dirección de Prestaciones Médicas, con cuyas plazas se integró el ARIMAC, los requisitos para inscribirse a la segunda categoría que sería la de Oficial, es presentar un examen de acuerdo al Material didáctico para aspirantes³⁵, en el cual se tomará en cuenta la calificación y antigüedad del concursante para conformar el escalafón correspondiente, sin importar el grado máximo de estudios lo que afecta considerablemente al personal para el desempeño de las actividades que desarrollan.

Asimismo el crecimiento institucional, da la oportunidad de ascender hasta la categoría de Especialista de Estadística, cuyo requisito es haber obtenido el requisito 51³⁶, para cada categoría inmediata anterior y haberlas ejercido, ya que la antigüedad en cada una de ellas es primordial para la calificación final, sin importar los estudios de Enseñanza Media Superior y Superior,³⁷ quedando etiquetado el personal solo para laborar en ese Sector, por lo que no pueden solicitar cambio a ningún otro servicio, lo que provoca en algunos casos una cierta frustración por no sentirse identificados con el área y mucho menos con las actividades a desarrollar.

Otro de los inconvenientes a los que se enfrenta el personal, es que una vez que se le nomina será en el lugar donde se origina la plaza, teniendo muchas veces que desplazarse a otra ciudad o municipio, provocando un mayor gasto en tiempo y pasaje para trasladarse al lugar designado, así como el abandono temporal de la familia,

³⁵ Material didáctico para aspirantes a Oficial de Estadística / Clave C.P. 01-2002.

³⁶ Este requisito consiste en aprobar un curso de capacitación sobre conocimientos, habilidades o destrezas y responsabilidades sobre la categoría, relativos a las actividades del área de adscripción a la plaza. *Contrato Colectivo de Trabajo. IMSS. 2002-2007.*

³⁷ En toda sociedad moderna, el acceso al conocimiento y la capacidad para procesar la información son los elementos más importantes para su desarrollo cultural, social y económico. Así las instituciones educativas, como fuentes proveedoras de estos dos factores, se convierten en actores prioritarios de las sociedades. http://www.hp.com/latam/mx/educando_hp/edu-hp_antecedentes.html

motivo por el cual los trabajadores no tienen tiempo para superarse profesionalmente y se tienen que conformar con la carrera institucional que ofrece el IMSS.

3.2 Desconocimiento de la CIE-10 del personal Médico.

Uno de los objetivos de las estadísticas de salud, es que deben emplearse para vigilancia epidemiológica, no basta contar con cuadros estadísticos, calcular tasas o proporcionar cifras absolutas, es importante usar el análisis de la mortalidad y la morbilidad y buscar alternativas para solucionar los problemas de salud en el momento en que se producen los hechos. Por lo tanto, lo importante no son las cifras en sí mismas, sino lo que estas reflejan y aún más importante es la solución de los problemas de salud.

La Organización Mundial de la Salud pretende obtener estadísticas uniformes, pero uno de los problemas con los que a diario se enfrenta el personal del ARIMAC, es que el personal médico y paramédico en su mayoría desconoce la estructura básica, fundamentos y lineamientos de la CIE-10, en virtud de que no está contemplado en su plan de estudios, de tal forma que la información diagnóstica registrada en los formatos fuente no son precisos, ya que utilizan por costumbre el vocabulario ordinario para referirse a determinado padecimiento, el cual a la hora de buscar su codificación, éste no existe y se pierde tiempo en aclaraciones posteriores.

Por lo tanto, se recomienda una capacitación continua al personal médico, en las unidades médicas para lograr que el llenado de los registros sea de calidad, esto a su vez permitirá al personal encargado de las actividades de codificación, realizar su trabajo con mayor precisión y la obtención de estadísticas más confiables.

Para abatir este problema, un rubro de gran importancia es sin duda el relativo a la incorporación en los servicios institucionales de tecnologías modernas de información y comunicación. El equipamiento necesario para poder instrumentarlo se dirigió a

sistematizar los procesos operativos, incorporar recursos informáticos congruentes con los avances en la materia, contar con instrumentos para la implantación del Expediente Clínico Electrónico (ECE), informatizar y sistematizar las farmacias de Unidades de Medicina Familiar y hospitales, conectar las unidades médicas en una sola red institucional para la transmisión de datos e imágenes entre todas ellas, desarrollar sistemas que permitan la solicitud en red de equipo, instrumental y mobiliario médico y no médico, e implementar la conexión para solicitud de servicios entre las unidades médicas (sistema de referencia y contra-referencia).

Los desarrollos informáticos que se han podido incorporar a los servicios son de orden variado. El Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), por ejemplo, es una herramienta a través de la cual los médicos registran de forma electrónica los datos asociados a los eventos de consulta externa en las Unidades de Medicina Familiar. Además, permite la interacción con el sistema de vigencia de derechos para el otorgamiento de los servicios médicos, la verificación de existencias de medicamentos en farmacias y la emisión de una receta electrónica, así como el registro y validación de información relativa a diagnóstico de pacientes e incapacidades temporales.

Este programa cuenta con una pantalla para que el personal del ARIMAC, tenga la posibilidad de codificar los diagnósticos de aquellos pacientes en los que el médico no haya utilizado la opción de Dx-CIE 10, esto suele suceder cuando el médico desconoce la estructura de la misma.

Adicionalmente, este sistema añade controles y hace eficiente el pago y expedición de incapacidades temporales para el trabajo, así como la realización del proceso de dictaminación de riesgos de trabajo en invalidez. Al implantar el SIMF, con el propósito de sustituir el expediente clínico manual y consolidar un sistema que permita contar con registros más confiables que faciliten al personal médico y paramédico mejorar el control de sus pacientes y obtener información relevante que se elabora para cada

derechohabiente, por una sola vez y para toda la vida, se avanza en las estrategias del "Proceso de Mejora de Medicina Familiar"³⁸

Por otro lado, se agregan para los hospitales el Sistema de Información de Consulta Externa Hospitalaria (SICEH), el Sistema de Información Hospitalaria (IMSS-VISTA), el Sistema de Información IMSS-Imagenología y los distintos sistemas de laboratorios, bancos de sangre, hemodiálisis y otros auxiliares de diagnóstico y tratamiento, con base en la aplicación de estándares internacionales como HL7 Versión 3, para mensajes de naturaleza médica y DICOM para imagenología digital.

En el Estado de Quintana Roo, el SICEH fue instalado en el mes de octubre del 2007, mediante la adaptación del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), que permite automatizar las funciones del proceso de Consulta Externa de especialidades, lo que facilitará el trabajo del personal, reducirá el uso de tiempo innecesario en la realización de trámites, permitirá al Cuerpo de Gobierno ejercer un control más eficiente y obtener los indicadores de desempeño necesarios, elevar la calidad de la atención médica y en consecuencia la satisfacción de los derechohabientes.

De igual forma, permite generar el Indicador de Oportunidad de la Consulta de Especialidades (INDOCE) y los indicadores requeridos para el Sistema de Información Médico Operativa (SIMO) para la Consulta Externa; intercambia información con el Sistema de Información Hospitalaria IMSSVISTA para la emisión de recetas, incapacidades, solicitudes de cirugía y permite la programación de citas de referencia y contra-referencia entre el primero y el segundo nivel de atención. Tiene interoperabilidad con los Sistemas Institucionales de Prestaciones Económicas, Farmacia y Salud

38 Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/6187A6D3-9E67-45CC-9F3A-70C7E202D8CA/0/10.pdf>

3.3 Propuesta: Vigilancia por parte del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), para que los empleados cumplan con sus obligaciones de acuerdo al Contrato Colectivo de Trabajo, para fortalecer a la Institución.

Originalmente, los sindicatos fueron creados como una protección para los trabajadores en contra de los abusos y explotación que por mucho tiempo se perpetraron en contra de ellos, ya que estos representan idealmente la forma de hacer escuchar una voz que parece muda en ocasiones. Estas garantías estaban sustentadas y planeadas para proteger y hacer validos los derechos de los trabajadores y para recordarles cuando fuera necesario sus obligaciones, es decir, para llevar el rumbo de un grupo de agremiados y representarlos ante el Estado y/o los patronos, lo que permitía que se les respetara y se les hicieran validas las exigencias a sus necesidades y no solo eso sino que les permitiera tener voz y voto que los pusiera al mismo nivel que las autoridades.

Es así como surgen las jornadas laborales justas, los incrementos de salario, primas vacacionales, días económicos, servicios de salud, culturales y de recreación, pero el cambio brusco que los sindicatos han experimentado a nivel general, da como resultado que dentro de estas organizaciones se busquen beneficios para unos cuantos, se negocien puestos políticos, se pacten cantidad de votos a favor de algún candidato, que se utilicen como acarreados para hacer montón en un movimiento en el cual exijan sus derechos, que exista desvío en los recursos que estaban destinados a mejorar la calidad en el trabajo de la gente que realmente trabaja o que sean solo algunos los que gocen de las ventajas. En resumen que la tutela de un sindicato sea visto como un negocio personal con fines de lucro, por citar tan sólo algunas de las tantas corruptelas que se perpetran dentro de una institución que se creó con el fin de sacar de apuros a sus agremiados bajo la batuta del o los que se hacen llamar líder o líderes sindicales quienes irónicamente gozan de la simpatía de los primeros para ejercer dicho cargo.

Desde mi punto de vista, la escasez de valores humanos a la hora de tomar decisiones se han cambiado por valores materiales, es decir que lo que posees te hace más valioso que lo que eres y entre más tienes, además, más quieres, como efecto de lo

que el dinero, el nivel económico, el status, la posición social, pueden ejercer para hacerte sentir más importante, o más feliz, o simplemente mejor. De esta manera los líderes sindicales no escapan a la tentación que representa poseer un cargo en el que constantemente se es acosado por la corrupción, la cual te invita a ser superior ante los ojos del mundo.

Actualmente algunos sindicatos son sinónimo de freno en el desarrollo de algunas instituciones, ya que no se involucran en vigilar que los trabajadores cumplan con las obligaciones contraídas una vez que se inicia la relación laboral, ya que la mayoría ni siquiera sabe que en el Contrato Colectivo de Trabajo, en el capítulos VIII; artículos 3 y 64 se encuentran los derechos y obligaciones de los trabajadores, más grave aún que ni los propios representantes sindicales dediquen tiempo para analizarlo y que a cambio de un voto solapan todo tipo de desacato en contra de los jefes o encargados de las áreas, en lugar de ofrecer condiciones de trabajo, para mantener a los trabajadores en condiciones de competitividad y eficacia y no solo a ellos como gremio si no en general a la sociedad de un país.

El hecho de que el papel de una institución tan importante como lo es un sindicato no esté cubriendo las expectativas que una sociedad deposita en ella desde mi perspectiva es muy grave, porque en México la población económicamente activa (PEA), está formada por todas aquellas personas mayores de 12 años y menores de 65 años, que trabajan o tienen la intención de hacerlo, lo cual significa que es la mayoría de la población, es muy lamentable que para los líderes sindicales o quienes están detrás de ellos solo representemos cifras en dinero, dinero que se descuenta de nóminas quincena tras quincena, y no como personas con derechos y obligaciones.

Es necesario que el SNTSS refrenda su lema de "Seguridad Social y Bienestar Económico de los Trabajadores", porque entiendo que sólo manteniendo una postura valiente y decidida ante las autoridades del Estado y patronales, se podrán defender indeclinablemente los reclamos económicos de sus agremiados. De igual forma, mantener un compromiso de abierto y también decidido impulso, a los programas de

superación social y cultural de los trabajadores; de modo tal que los intereses económicos se conjuguen con los intereses sociales, lográndose de esta forma, la integración del trabajador con su naturaleza.

La propuesta para que el Sindicato participe activamente en la integración del trabajador en todo lo inherente a sus funciones, es muy sencilla, consiste en que nuestros representantes sindicales primero conozcan el Contrato Colectivo de Trabajo y el profesiograma de cada una de las categorías existentes en la Institución, participando activamente con el trabajador para que ambos se comprometan a formar un equipo y consolidar las acciones que impulse de manera unificada la cultura de calidad y garanticen el mantenimiento interno de las interrelaciones de los procesos, para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios que satisfagan las necesidades de los derechohabientes, estimulando y reconociendo sus esfuerzos.

Quitar las concesiones al sindicato que gravitaron enormemente la economía de la organización como autorizaciones permanentes para prestar servicios en esta organización sindical, sin perder su base laboral, asimismo vincularse con proveedores de los aparatos médicos, para que sean ellos quienes presten los servicios, y así únicamente contrate y se pague por los eventos médicos individuales que se ofreciera a los usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, y con ello el Sindicato modificar la cláusula 22 del contrato colectivo el trabajo.

Conclusiones

Después de revisar la historia y organización del Instituto Mexicano del Seguro Social, se puede afirmar que es la institución de seguridad social más grande de América Latina, en ella se plasmaron los ideales más puros de la Revolución Francesa y de la Revolución Mexicana, pilar fundamental de bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza del país, así como el apego a la creencia de la igualdad del hombre cuya finalidad es que cada individuo encuentre en la comunidad los medios necesarios para su pleno desarrollo. Sin embargo la mala administración de los recursos aplicados para el sustento de ésta, como la descapitalización económica que sufre el país día con día, han hecho que el Instituto se encuentre trabajando en números rojos.

Con la Nueva Ley del Seguro Social se sentaron las bases para la modernización tecnológica, fortalecimiento de las finanzas y la transparencia y la rendición de cuentas, perfeccionando su autonomía fiscal. Así mismo se crea un acto de justicia y responsabilidad para incrementar las pensiones para que ningún pensionado por vejez, tenga una pensión inferior a un salario mínimo y las reformas a los artículos 277 D y 286K, de la Ley del Seguro Social, en donde se establece que el Instituto no podrá destinar recursos de las cuotas obrero patronales para cumplimiento de las obligaciones laborales.

El Instituto desarrolla sus actividades bajo los lineamientos de la OMS, organismo especializado en salud cuyo objetivo es el lograr que todos los pueblos alcancen el máximo nivel posible de salud, desarrollando objetivos y planes para que los grupos desfavorecidos se beneficien plenamente de los progresos que se realicen hacia los objetivos de Desarrollo del Milenio, proporcionando asistencia técnica para ayudar a los países a identificar y afrontar sus retos prioritario de salud.

La lucha constante contra las infecciones más mortíferas como el SIDA, Tuberculosis, Malaria y cáncer son sus prioridades, también entre sus objetivos está la salud

reproductiva que se encuentra basada en la planificación familiar, la protección materna-infantil y el control de enfermedades transmisibles.

Para lograr lo anterior es necesario que la codificación médica se realice de acuerdo a los lineamientos establecidos por la OMS, para que se obtengan estadísticas confiables y conocer el comportamiento de la morbi- mortalidad del país, para tomar las decisiones pertinentes y el costo financiero no sea tan alto, esto se logra teniendo un amplio conocimiento y empleo adecuado de la CIE-10.

También es importante mencionar que gracias a la formación que me proporciono la Universidad de Quintana Roo, en el área de Relaciones internacionales, me permitió tener una visión global de la problemática que en salud presenta el país, logrando enfrentar con éxito los retos que se fueron presentando tanto en las actividades diarias, así como con el personal que estaba renuente al cambio y no se sentía comprometido con la Institución.

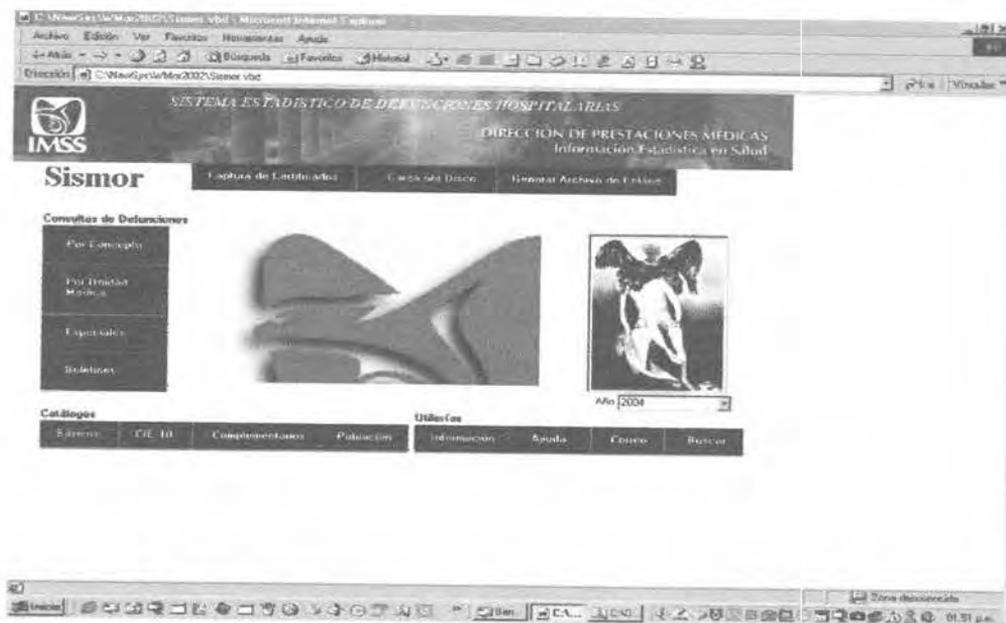
Es necesario que la CODEIS, continúe con los trámites para gestionar el equipamiento de cómputo, así como de la infraestructura informática y tecnológica, necesaria para realizar el proceso de la generación de la información en Salud, en donde el ARIMAC, es el responsable del correcto procesamiento estadístico de la información en salud derivada de la atención médica.

Asimismo revisar junto con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, la asignación de nuevas plazas y la capacitación continua del personal, tanto de las actividades sujetas a escalafón como del manejo de los diversos programas que contienen los equipos de cómputo para una mejor planeación estratégica de esta noble Institución.

Fuentes de Internet y bibliográficas.

1. <http://www.monografias.com/trabajos13/derdeseg/derdeseg.shtml#ramos>.
2. <http://www.un.org/spanish/aboutun/history>.
3. <http://www.imss.gob.mx/instituto>.
4. <Ttp://www.who.int/about/es>.
5. <http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/organismos/oms.htm>.
6. <http://www.who.int/mdg/achieving/es/>.
7. <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala/noticias7comunicados/2002-05-13-075-PROMOVER LA SALUD.htm>.
8. <http://www.who.int/about/regions/es/>.
9. <http://www.who.int/dg/es/index.html>
10. http://www.imss.gob.mx/rdonlyres/5688755D-7FCA-4DDA-9B17-36AC41BB89A1/0/convenio_cooperacion.pdf
11. <http://www.cemece.salud.gob.mx/información/index.htm/>
12. <http://www.elporvenir.com.mx>.
13. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.
14. http://www.hp.com/latam/mx/educando_hp/edu-hp_antecedentes.html
15. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/6187A6D3-9E67-45CC-9F3A-70C7E202D8CA/0/10.pdf>.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social, (2002). Material didáctico para aspirantes a Oficial de Estadística/clave C.P. 01-2002.
17. Manual de Procedimientos de las Áreas de Informática Médica y Archivo Clínico. Julio, 1999.
18. Manual Metodológico Indicadores de Desempeño. Dirección de Prestaciones Médicas. Marzo, 2002.

Anexo No. 2



Catálogos Básicos

Personalización Zonas Unidades

Título: Dirección de Prestaciones Médicas

Subtítulo: Coordinación de Información en Salud

Encabezado: Delegación Baja California Sur

Clave de Delegación: 03 **Baja California Sur**

Año de Proceso: 2004

Constante Tasa: 1.000

Windows 2000, Windows XP

Fuente: Manual de Operación del Sistema de Mortalidad, 2004.

Anexo No. 3

Catálogos Básicos

Personalización Zonas Unidades

Título: Dirección de Prestaciones Médicas

Subtítulo: Coordinación de Información en Salud

Encabezado: Delegación Baja California Sur

Clave de Delegación: 03 Baja California Sur

Año de Proceso: 2004

Constante Tasa: 1,000

Windows 2000, Windows XP

Fuente: Manual de Operación del Sistema de Mortalidad, 2004.

Catálogos Básicos

Personalización **Zonas** Unidades

Clave	Nombre
▶ 01	La Paz
02	Constitución
03	Guerrero Negro
04	Los Cabos
*	

Registro: 1/4

Para agregar una nueva zona únicamente insérte los datos en el registro marcado con un *, para borrar un registro marque con el mouse la pestañita del mismo hasta que cambie de color todo el renglón, y presione la tecla Supr. para editar un registro únicamente posicione en él y realice los cambios.

Fuente: Manual de Operación del Sistema de Mortalidad, 2004.

Anexo No. 4

Certificado de Defunción

4. Del Certificante 5. Del Informante 6. Del Registro Civil

1. Del Fallecido 2. De la Defunción 3. De la Mujer/Violencias

Unidad de Atención: 030701092151 HGS 5 GUERR

Núm. Seg. Social/ Agregado: Folio: / /

Nombre: Fecha Nacimiento: / / /

Sexo: 1 1. Masculino Edad: A A. Años Peso:

Estado Civil: 1 1. Soltero(a) Residencia Habitual: ESTE ES UN REGISTRO EN BLANCO
MODIFICAME CON DATOS REALES Y

Escolaridad: 1 1. Ninguna Ocupación:

Derechohabencia: 2 2. IMSS

Unidad de Adscripción: 010000000000 00V DELEGACION AGUASCAL

CURP: Servicio: ALERGIA E INMUNOLOGIA

Registro: 1/1

Fuente: Manual de Operación del Sistema de Mortalidad, 2004.

Certificado de Defunción

4. Del Certificante 5. Del Informante 6. Del Registro Civil

1. Del Fallecido 2. De la Defunción 3. De la Mujer/Violencias

Lugar: LA PAZ, BCS Sitio: 03 03. IMSS

Hora: 23:59 Fecha: 01/01/2004

Causa Básica: E140 Diabetes mellitus no especificada, con coma

PARTE I

Intervalos

a) I219	J001D	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación
b) E140	J001S	Diabetes mellitus no especificada, con coma
c) E149	J010A	Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación
d)		

PARTE II

Intervalos

e) M159	J005A	Poliartritis, no especificada
f)		

Registro: 1/1

Fuente: Manual de Operación del Sistema de Mortalidad, 2004.

Anexo No. 5

Búsqueda de Certificados

Filtro de Búsqueda
 Nombre Folio Afiliación/Agregado Causa

Nombre:

Afiliación/Agregado	Folio	Nombre
01797500881M1975OR	040000003	JAVIER MARES LOPEZ
01745699994F1900OR	040000007	JOSEFA BLANCO ESTRADA
01566522224F1945OR	040000001	JUANA RIVAS TORRADO
01807890902F1965OR	040000004	MARGARITA JIMENEZ
01786700043F2004DR	040000002	MARIA MARTINEZ PEREZ
01787899993M2004DR	990400001	MUERTE FETAL DE HDZ HDZ
01654500023M2003DR	040000008	RAMON PEREZ TERAN
01808000073M2004DR	040000005	RAUL AVALOS BECERRA
11116900012F1980OR	040000006	TERESA CASTRO MENA

OK Cancelar

Fuente: Manual de Operación del Sistema de Mortalidad, 2004.

Reporte General

Nivel
 Delegación Unidad Médica

Unidad
 de Atención de Adscripción

Criterios
 Notificación Obligatoria Notificación Inmediata Por Mes de Proceso

Clave Inicial:
 Clave Final:
 Mes:
 Ordenado por:

Ips Archivo Salida: OK

Fuente: Manual de Operación del Sistema de Mortalidad, 2004.

Anexo No. 6

Búsqueda de Certificados

Filtro de Búsqueda

Nombre
 Folio
 Afiliación/Agregado
 Causa

Nombre:

Afiliación/Agregado	Folio	Nombre
01797500881M19750R	040000003	JAVIER MARES LOPEZ
01745699994F19000R	040000007	JOSEFA BLANCO ESTRADA
01566522224F19450R	040000001	JUANA RIVAS TORRADO
01807890902F19650R	040000004	MARGARITA JIMENEZ
01786700043F20040R	040000002	MARIA MARTINEZ PEREZ
01787899983M20040R	990400001	MUERTE FETAL DE HDZ HDZ
01654500023M20030R	040000008	RAMON PEREZ TERAN
01808000073M20040R	040000005	RAUL AVALDOS BECERRA
11116900012F19800R	040000006	TERESA CASTRO MENA

OK Cancelar

Fuente: Manual de Operación del Sistema de Mortalidad, 2004.

Carga por Disco de Mortalidad

Seleccione Archivo

Archivo:

Estadísticas:

Tipo de Archivo

Versión Windows-Web
 Versión DOS

Nivel

Nacional
 Delegacional
 Interdelegacional



Fuente:

Manual de Operación del Sistema de Mortalidad, 2004.

Anexo No. 7

