

MESA REDONDA SOBRE LA EXTENSION DE LA PROTECCION SOCIAL A LOS
GRUPOS MARGINADOS DE LAS ZONAS RURALES

OAXTEPEC, MORELOS, 14 DE NOVIEMBRE, 1984

Organización y participación de la comunidad en la atención primaria a la salud en el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.

Introducción

Se ha dicho que uno de los pilares en que descansa el Programa IMSS-COPLAMAR es la participación de la comunidad; otros de esos pilares son los recursos financieros que entregará el Gobierno Federal, el apoyo que le brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social y uno más: la participación de los gobiernos de los estados y los municipios.

Para referirnos a la participación de la comunidad en el marco del modelo de atención integral a la salud que sustenta el Programa, a partir de las recomendaciones de Alma-Ata debemos destacar que la meta de salud para todos en el año 2000 dependerá más de la voluntad política de los estados para movilizar a las masas populares en pro de este objetivo sobre la base de una planeación participativa y democrática, que de la cuantía de recursos económicos y tecnológicos destinados al logro de la salud.

La existencia misma del Programa IMSS-COPLAMAR que hoy analizamos conjuntamente es expresión plena de esa voluntad política del Estado mexicano; las estrategias y procedimientos adoptados corresponden a la intención de que la población menos favorecida por un modelo de desarrollo desigual participe plenamente en la solución de sus problemas de salud.

Mediante la exposición de estas ideas no pretendemos ni asumir liderazgos ni ofrecer recomendaciones, tan sólo deseamos compartir con ustedes experiencias surgidas de las condiciones sociales, económicas y políticas de la realidad mexicana y del esfuerzo permanente del Instituto Mexicano del Seguro Social

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

y sus trabajadores para encontrar un camino válido por donde transitar juntos -institución y población- hacia el logro de niveles superiores de convivencia y solidaridad humana.

Marco Jurídico

Para los fines del Programa IMSS-COPLAMAR, resulta de capital importancia contar con un marco jurídico que define con claridad los derechos y las obligaciones que la comunidad tiene para el mejoramiento de su salud.

De ahí que una somera revisión de dicho marco jurídico nos permita encuadrar las estrategias y los procedimientos de trabajo con la comunidad de acuerdo con el modelo de atención integral a la salud que ha establecido el Programa IMSS-COPLAMAR.

La Ley del Seguro Social de 1973 plantea, en su artículo 239, la participación de la población receptora de servicios de solidaridad social en tareas de beneficio comunal para alcanzar el nivel de desarrollo que les permita llegar a ser sujetos de protección en los términos del Seguro Social.

De la evolución de la doctrina de la Seguridad Social Integral surge así un nuevo concepto de Solidaridad Social, por el que los sujetos de protección participan con su esfuerzo para superar su estado de marginación y así tener acceso a los beneficios del Seguro Social, hasta ahora reservados a los núcleos productivos y, por ende, únicos beneficiarios del desarrollo.

La experiencia de 10 años de este esquema de participación (de 1974 a 1983) evidenció dos hechos:

Uno: que el estado de marginación de estos sujetos subyace por las condiciones estructurales de un modelo de desarrollo desigual y dependiente, difícilmente superable sólo por las acciones de la comunidad; y otro: que las acciones de la comunidad dirigidas a evitar las causas de la patología predominante tendrían un efecto más inmediato y positivo sobre sus condiciones de vida que em-

prender aisladamente proyectos de supuesto mejoramiento económico.

De ahí que la población haya participado básicamente durante este período en programas vinculados con el sector agropecuario y el silvícola, en la construcción de caminos rurales, en el fomento a las artesanías, etc., bajo la conducción de otras dependencias del Gobierno Federal. Para el desarrollo de estos programas se aprovecharon en 1981 cerca de 16 millones de jornadas realizadas por los sujetos de atención del Programa IMSS-COPLAMAR.

De esta experiencia ha quedado en claro que la comunidad no recibe los servicios en forma gratuita; que para obtenerlos debe trabajar en pro de la salud de su comunidad.

A partir de 1983 el modelo de atención integral a la salud del Programa IMSS COPLAMAR propone que las actividades médico preventivas se fundamenten en un diagnóstico de salud, del cual se desprenden un plan y un programa de actividades que la comunidad decide, ejecuta y evalúa. Esta estrategia, acorde con las recomendaciones de Alma-Ata, es totalmente congruente con la nueva Ley General de Salud, promulgada en febrero de 1984, la que en su artículo 58 establece cómo podrá participar la comunidad en relación a los servicios de salud mediante las siguientes acciones:

- a) Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes.
- b) Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud.
- c) Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes.
- d) Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas.

- e) Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud
- f) Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud
- g) Otras actividades que coadyuven a la protección de la salud

Diagnóstico de Salud de las Zonas Marginadas Rurales

Durante 1981 se analizaron cerca de dos millones de casos de padecimientos transmisibles de una población usuaria que tenía el Programa estimada entonces en 8 millones de personas. Del análisis casuístico resalta el hecho de que el 48.4% de los padecimientos presentados son reducibles por acciones de saneamiento ambiental; el 47.3%, clasificados como respiratorios, tienen íntima conexión con la higiene de la vivienda, el hacinamiento, la promiscuidad y la desnutrición, que vulnera las defensas del individuo; sólo el 0.4% de los padecimientos transmisibles presentados son vulnerables por vacunación (anexo 1)

Destaca el hecho de que los esfuerzos desplegados por el Programa han rendido sus frutos en materia de vacunación y abatimiento de la mortalidad, en tanto que la atención individual y su impacto sobre la morbilidad de los padecimientos transmisibles no ha sido tan espectacular. Por otra parte, es sabido que con procedimientos simples de construcción de letrinas, manejo adecuado del agua para consumo humano, eliminación sanitaria de desechos y demás acciones de saneamiento y mejoramiento de la vivienda se logra el abatimiento sustancial de la frecuencia de estos padecimientos.

Si se comparan las tasas de algunos padecimientos transmisibles en la población protegida por el Seguro Social bajo el régimen obligatorio urbano con la población marginada de zonas rurales atendida por el Programa IMSS-COPLAMAR, se advierte cómo el grado de urbanización, expresado en la solución asumida por el Estado para problemas de saneamiento a través de la introducción de sistemas de agua potable y alcantarillado; el uso de materiales industrializados en la vivienda, como cemento, ladrillo, etc., y un mejor nivel de nutrición, todo esto asociado a las formas de vida de una población

sujeta a un ingreso productivo de un trabajo estable frente a las condiciones de marginalidad, rezago cultural, dispersión y miseria de la población rural, todo ello refleja la disparidad en la incidencia de padecimientos transmisibles.

Así, en 1981 la amibiasis presentó una tasa de 3,997 casos por 100 mil sujetos adscritos en Solidaridad Social, frente a una tasa por el mismo padecimiento de 1,951 casos para el régimen ordinario urbano.

En lo que corresponde a la ascariasis, la tasa en Solidaridad Social fue de 2,847 casos, por 619 en régimen ordinario; en sarna la tasa fue de 350 contra 167 casos, respectivamente.

La comparación de estas tasas demuestra que el impacto de la infraestructura de servicios urbanos en la salud es determinante, así como los mejores niveles de ingreso de la población urbana; sin embargo, las tasas para esta población deberían ser más bajas si la población derechohabiente participara en el autocuidado de su salud a través del mejoramiento del medio y del ambiente familiar.

Todo lo anterior nos remite a fundamentar una estrategia mediante la cual la población rural atendida por IMSS-COPLAMAR participe activa y responsablemente en la atención de sus problemas de salud buscando la solución en el contexto de la ruralidad, pues ni en el corto ni en el mediano plazo será modificable el patrón de población disperso que haga posible y costeable la introducción de servicios urbanos a cargo del Estado.

A partir de 1983, en que el Instituto Mexicano del Seguro Social asume la conducción de la participación comunitaria, se han adoptado estrategias y se han obtenido algunos resultados que, aunque es prematuro medirlos en términos de impacto en los niveles de salud, apuntan claramente en el sentido de que el camino escogido es el correcto.

Estrategia para la organización y participación de la comunidad en el modelo de atención integral a la salud

Desde 1974 se adoptó la estrategia de organizar en la comunidad un Comité de Salud ligado a la organización agraria que facilitara al médico sus tareas en torno a la educación para la salud y la promoción de algunas obras de saneamiento; de igual forma desde entonces se sintió la necesidad de agrupar en torno a la unidad médica un cuerpo de promotores voluntarios de salud que facilitaran estas tareas. A partir de 1979, en que el Estado mexicano amplía sustancialmente la infraestructura del Programa, se intensifica la creación de Comités de Salud, aunque su actividad era todavía asistématica.

De acuerdo con el modelo de atención concretado en 1983, los Comités de Salud son órganos electos democráticamente en asamblea comunitaria. Están formados por un presidente, un vocal de salud, un vocal de nutrición y un vocal de saneamiento, quienes, junto con el médico y los auxiliares de área médica, constituyen el equipo de salud encargado de realizar un diagnóstico, un plan de salud y un programa de actividades específicamente diseñados para solucionar los problemas detectados. Este programa se hace del conocimiento de la asamblea y se asume el compromiso de participación de la comunidad en función de la gravedad de los problemas de salud y de la obligatoriedad establecida en la Ley del Seguro Social.

Junto al Comité trabajan, en la recolección de datos para el diagnóstico y en el seguimiento del programa de actividades, un cuerpo de Promotoras Voluntarias Rurales, quienes se encargan de vigilar y fomentar la participación en el autocuidado de la salud de 10 familias, incluyendo la propia. Estas promotoras son reclutadas y capacitadas por el médico en el manejo de instrumentos sencillos de registro de datos relativos al diagnóstico y seguimiento de actividades.

En las localidades de acción intensiva donde no existe la unidad médica rural, pero que son atendidas por el Programa, se ha estado reclutando y capacitando un personaje comunitario: el Asistente Rural de Salud.

Entre las funciones más importantes de este personaje destacan las de:

- Coordinarse con el Comité de Salud para el desarrollo de sus actividades
- Promover la formación y capacitación de las promotoras sociales voluntarias
- Participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la comunidad
- Participar en la elaboración del programa de trabajo de la comunidad
- Orientar a la comunidad sobre acciones de saneamiento del medio familiar y comunitario
- Brindar atención médica primaria a la población
- Acudir a las reuniones con el médico y el auxiliar de área médica de la unidad médica rural para recibir capacitación.

Otros recursos humanos para la salud comunitaria igualmente valiosos son los 13,000 terapeutas tradicionales (hierberos, parteras empíricas, hueseros, etc.) que han sido identificados por el Programa, personajes éstos con los que se empieza a dar la articulación de los servicios médicos institucionales por medio del uso, en las unidades médicas, de hierbas para el tratamiento de la patología común en adición a los fármacos del cuadro básico, y de la constitución de Consejos de Medicina Tradicional para profundizar en su investigación y adopción, por parte de los terapeutas tradicionales, de las medidas tendentes a sanear el medio familiar y comunitario.

A fin de ampliar el primer nivel de atención hacia las zonas de mayor dispersión se capacita, en una primera etapa, a auxiliares de área médica del Programa mediante un curso de Técnicos Rurales de Salud, quienes, al término de su capacitación, podrán atender las unidades médicas rurales cuya cobertura y demanda de servicios hacen que el recurso médico sea subutilizado. Estos técnicos rurales de salud son capaces de atender la patología común y de promocionar el saneamiento ambiental.

Estrategias de capacitación

Todo el proceso de organización y participación de la comunidad descansa en un programa permanente de capacitación al personal comunitario, instrumentado desde el nivel central de la Coordinación de Acción Comunitaria hacia los niveles operativos en que el personal institucional -supervisores, asesores auxiliares, promotores de acción comunitaria y médicos-, al mismo tiempo que son sujetos de capacitación continua, son a su vez capacitadores del personal comunitario antes descrito.

Así, se cuenta ya con documentos técnicos de capacitación para la sistematización de la participación comunitaria, como son:

- Manual de Organización y funciones del Comité de Salud
- Libreta de Actividades Comunitaria
- Catálogo de Actividades Comunitarias
- Esquema del Curso para la Capacitación de los Promotores Sociales Voluntarios.
- Cuaderno de Trabajo del Promotor Social Voluntario
- Lineamientos de Trabajo del Asistente Rural de Salud
- Curso de Formación de Promotores de Acción Comunitaria
- Boletín Informativo IMSS-COPLAMAR

Estrategias de saneamiento ambiental

Se están desarrollando técnicas apropiadas para dar solución a los problemas de saneamiento, mejoramiento del ambiente y de la alimentación en el contexto de la ruralidad y de la pequeña comunidad dispersa, a partir de los recursos con que cuenta la comunidad.

Para impulsar estas actividades se capacita a promotores de acción comunitaria así como a asistentes rurales de salud, quienes a su vez capacitan y asesoran a las familias para la adopción de estas técnicas.

Los siguientes son los aspectos sustantivos de este programa de capacitación:

- Vigilancia y cuidado del agua para consumo humano
- Disposición sanitaria de excreta humana

- Disposición adecuada de desechos y basuras
- Mejoramiento de la vivienda: pisos lavables, fogones y camas en alto
- Control de fauna nociva y transmisora
- Producción de alimentos para consumo familiar: hortalizas y cría de especies menores.

Efectos y resultados

Si bien es cierto que es prematuro medir los efectos de la participación comunitaria en términos de impacto en la salud de la población, resulta satisfactorio dar a conocer algunos de los resultados producto de la adopción de la estrategia de la atención primaria a la salud, específicamente para la organización y participación comunitaria:

1. Se ha sistematizado la actividad de 11,000 Comités de Salud del Programa mediante su capacitación para el uso de instrumentos de fácil manejo (libreta y catálogo de actividades comunitarias) para el diseño, control y evaluación del programa de actividades, surgidos del diagnóstico y plan de salud.
2. Se han enriquecido las estructuras normativas y operativas para la promoción comunitaria, capacitando al personal institucional y comunitario para el desarrollo de estas mismas tareas. Aquí destaca la capacitación de 30,000 Promotores Sociales Voluntarios para la vigilancia y cuidado de la salud de 300 mil familias. Asimismo se ha capacitado en una primera etapa a 500 Asistentes Rurales de Salud para atender al mismo número de comunidades de acción intensiva.
3. Durante 1983 se han logrado coberturas importantes desde el punto de vista cualitativo, en cuanto que el 87.1% de los Comités de Salud se encuentran activos; el 23.7% de las familias del universo de trabajo participan en la vigilancia y cuidado del agua para consumo humano; el 13.7% en la disposición sanitaria de excreta; el 21.9% en la eliminación de basura y desechos, y el 14.4% en el me

joramiento de la vivienda. Asimismo, y en adición a lo anterior, en 1983 se organizaron 8,723 huertos familiares y 9,355 granjas de especies menores. (anexo 2)

4. Un logro sustantivo para la promoción de la participación de la comunidad, de las dependencias del Gobierno y de las organizaciones campesinas e indígenas en apoyo a este Programa lo constituye el hecho de que se han constituido instrumentos de concertación social en los distintos niveles de gobierno que suman su esfuerzo coordinado para el logro de los objetivos del Programa.

Así, congruente con una política de descentralización del Gobierno Federal que tiene como propósito hacer participar a los niveles estatales, municipales y locales en la toma de decisiones en el rumbo que debe seguir su incorporación al desarrollo armónico del país, se ha creado, en el nivel federal, el Comité de Operación del Programa IMSS-COPLAMAR presidido por el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, contando además como Vocales representantes de diversas Secretarías de Estado a nivel de Subsecretarios, vinculados en su acción con el desarrollo del Programa, además de los dirigentes de las organizaciones campesinas e indígenas de mayor representatividad en el país.

En el nivel estatal se han constituido los Consejos Estatales de Vigilancia del Programa IMSS-COPLAMAR, presididos éstos por el Gobernador del Estado y los representantes estatales de las entidades de la Administración Pública Federal y los dirigentes de las organizaciones campesinas e indígenas más representativas en la entidad.

Son propósitos fundamentales de estos organismos los de vigilar que el modelo de atención integral a la salud se aplique a la población amparada por el Programa; coordinar los programas de las distintas instituciones que puedan apoyar con recursos el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y propiciar que ésta participe activa y corresponsablemente en el autocuidado de su salud.

Para el nivel municipal se ha recomendado a los gobiernos de los estados la constitución de consejos municipales de salud que en su ámbito de acción procuren el cumplimiento de los objetivos enunciados para estos instrumentos de concertación social.

Consideraciones finales

A manera de consideraciones finales queremos fijar la postura de la institución en relación a esta parte sustancial del modelo de atención integral a la salud.

1. Reconocemos que la solución a los problemas de salud no se puede dar con independencia de la solución de problemas estructurales enraizados en un modelo de desarrollo desigual y dependiente.
2. Nó obstante lo anterior, es válido el enfoque de la política social del Estado mexicano, el que integra a un Plan Nacional de Desarrollo la salud como derecho social y su consecución como elemento del desarrollo que propicie no el mero crecimiento de las cosas, sino el pleno desenvolvimiento del ser humano.
3. Acorde con uno de los propósitos básicos del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 de -el descentralizar la vida nacional-, el esquema de organización de la comunidad (Comités de Salud) se da con pleno respeto a sus formas tradicionales de organización y de decisión democrática en asambleas que son propias del sistema de organización agraria surgido en la década de 1930, el que a su vez recogió y adaptó las formas de organización de tipo colonial y pre-hispánico (ejido y calpulli).

La experiencia operativa del Programa en los últimos 10 años ha identificado la necesidad de adicionar nuevos personajes comunitarios no remunerados (asistente rural, promotor voluntario, etc) pero éstos siempre son electos por la comunidad, y de su actuación ante ella responden.

4. No ha sido tarea fácil establecer el mecanismo mediante el cual la comunidad identifica sus problemas de salud y actúa, en función de sus recursos, para resolverlos. Programas anteriores de efímera permanencia, sustentados en un paternalismo populista, han sembrado la frustración y la desconfianza a los cuales todavía el Programa se enfrenta. No obstante lo anterior, la permanencia del Programa, la sistematización del trabajo y la capacitación al personal institucional y comunitario empiezan a dar sus frutos en los términos de propiciar la planeación participativa.
5. La preparación del médico no siempre es la más adecuada para aceptar el rol de promotor de la salud comunitaria; de ahí que el Programa, a través de la educación continua, trate de que el médico asuma el liderazgo que le proporciona su reconocida e indiscutible capacidad de curar dentro de un enfoque social de la salud sustentado en la promoción del cambio de actitudes de la población en relación con el autocuidado de su salud y el mejoramiento del medio.
6. A estas limitantes debemos agregar la más grave: la marginación económica y cultural de la población a la que se asocian relaciones desiguales de intercambio, explotación y dominación, mismas que inciden en la escasa capacidad que esta población tiene para mejorar su productividad, su alimentación, el medio, el vestido y la vivienda, todos ellos factores determinantes para mantener un adecuado nivel de salud.

Aun reconociendo estas limitaciones, es motivo de legítimo orgullo para los trabajadores del Seguro Social mexicano el sabernos partícipes de un programa profundamente consecuente con los anhelos de democracia y de justicia social que animan a los mexicanos.

Lic. Gastón Martínez Matiella
Coordinador de Acción Comunitaria del
Programa IMSS-COPLAMAR.

ANEXO 1

PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES, SEGUN GRUPOS DE CAUSAS
PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL IMSS-COPLAMAR
Ambito de acción del Programa 1981

Grupo de causas	Clave CIE 1975	Número de casos	%
A-1 Vulnerables por vacunación		8 354	0.4
Tuberculosis	010-018	5 102	0.3
Tosferina	033	1 172	0.1
Tétanos	037,771.3	39	0.0
Poliomielitis	045	42	0.0
Sarampión	055	1,996	0.0
Difteria	032	3	0.0
A-2 Reducibles por saneamiento		957 953	45.4
Fiebre tifóidea	032.0	930	0.0
Fiebre paratifoidea y otras salmonelosis	002.1-002.9.003	12 253	0.6
Amibiasis	006	295 064	14.9
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	008-009	321 511	16.3
Disenteria bacilar	034	10 853	0.6
Helminthiasis	120-129	268 118	14.5
Sarna	133.0	25 819	1.3
Brucelosis	023	1 003	0.1
Rabia	071	55	0.0
Tifo	080.031	21	0.0
Paludismo	034	955	0.0
Dengue	051	1 344	0.1
A-3 Respiratorias		935 756	47.3
Gripe	487	58 552	2.9
Neumonías	480-485	7 014	0.4
Infecciones respiratorias agudas	460-455	872 089	44.0
A-4 Otras transmisibles		75 972	3.9
Angina estreptocócica y escarlatina	034	10 488	0.5
Hepatitis vírica	070	563	0.0
Infecciones gonocócicas	098	768	0.0
Parotiditis	072	10 505	0.6
Rubéola	056,647.5.771 0	1 542	0.1
Sífilis	090-097	240	0.0
Lepra	030	45	0.0
Micosis	110-118	1 010	0.1
Varicela	052	2 271	0.1
Las demás causas		8 140	2.5
TOTAL		1 978 055	100.0

ACTIVIDADES DE ACCION COMUNITARIA REALIZADAS DURANTE EL AÑO DE

ANEXO 2

1 9 8 3

ACTIVIDAD	UNIVERSO DE TRABAJO (TOTAL DE FAMILIAS)	UNIDAD DE MEDIDA	LOGROS	COBERTURA
COMITES DE SALUD ACTIVOS	11,896 (localidades)	COMITES DE SALUD ACTIVOS	10,362	87.1 %
VEGETALICIA Y CUIDADO DEL SUELO PARA CONSUMO HUMANO	1'818,209	FAMILIAS PARTICIPANTES	431,792	23.7 %
DISTRIBUCION SANITARIA DE SUCUBETA MEXICANA	1'818,209	FAMILIAS PARTICIPANTES	241,179	13.7 %
ELIMINACION DE BASURAS DOMESTICAS	1'818,209	FAMILIAS PARTICIPANTES	398,107	21.9 %
TRATAMIENTO DE LA AGUAS	1'818,209	FAMILIAS PARTICIPANTES	261,700	14.4 %

PRODUCCION DE ALIMENTOS PARA CONSUMO HUMANO :				
Huertas sembradas		OBRAS REALIZADAS	8,723	
Cranjas de especies menores		OBRAS REALIZADAS	9,355	

21660

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.