

Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación General del Programa IMSS-Coplamar
de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

MESA REDONDA SOBRE
PRESENTACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD SOCIAL
POR COOPERACION COMUNITARIA IMSS-COPLAMAR.

DIAGNOSTICO DE SALUD EN LAS ZONAS RURALES DE MEXICO. ASPECTOS MEDICOS
DEL MODELO DE ATENCION A LA SALUD. AVANCES Y RESULTADOS.

EN 1974 SE INICIA LA EXTENSION DE LAS ACTIVIDADES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL A LOS CAMPESINOS NO ASALARIADOS, MEDIANTE ACCIONES MEDICO PREVENTIVAS Y ASISTENCIALES QUE LA POBLACION DEMANDABA O QUE DE ACUERDO CON SUS CONDICIONES DE SALUD SE CONSIDERARON LAS MAS ADECUADAS. EN 1979 AUMENTO -- CONSIDERABLEMENTE EL NUMERO DE UNIDADES MEDICAS Y SE MANTUVO LA MISMA LINEA DE ACCION; EN 1981 SE REALIZO EL DIAGNOSTICO DE SALUD EN EL AMBITO DE OPERACION DEL PROGRAMA, EN BASE A LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, MOTIVOS DE CONSULTA, DIAGNOSTICOS HOSPITALARIOS Y CERTIFICADOS DE DEFUNCION DE LOS HOSPITALES RURALES "S" Y DEL REGISTRO CIVIL DE LAS CABECERAS MUNICIPALES DONDE SE ENCUENTRAN UBICADOS ESTOS. LA METODOLOGIA Y LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO FUERON PUBLICADOS POR LA INSTITUCION Y ESTAN DISPONIBLES AL PUBLICO.

CON EL OBJETO DE EXPLICAR LA VINCULACION ENTRE EL MODELO DE ATENCION A LA SALUD, LAS ACCIONES MEDICAS DERIVADAS DEL MISMO Y LOS AVANCES A LA FECHA, PRESENTARE ALGUNOS DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE SALUD DE 1981. ANALIZARE EN PRIMER LUGAR, LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE PARA ESE AÑO, YA -- QUE SON UN INDICADOR ADECUADO PARA CONOCER LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION RURAL. EL PRIMER LUGAR LO OCUPAN LAS INFECCIONES INTESTINALES -- (UNA DE CADA SIETE); EN 2º, 3º y 4º LUGAR LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS E INFECCIONES PROPIAS DEL RECIEN NACIDO (UNA DE CADA 9) Y EN 5º LUGAR LA TUBERCULOSIS PULMONAR CON EL 3.3% DEL TOTAL DE DEFUNCIONES. ESTOS TRES TIPOS DE PADECIMIENTOS, CAUSARON CASI LA TERCERA PARTE DE TODAS LAS MUERTES.

AL ANALIZAR LAS CAUSAS DE MUERTE DE LOS HOSPITALES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL REGIMEN ORDINARIO PARA EL MISMO AÑO, SE ADVIERTE QUE LA DIABETES TIENE EL --

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.

Instituto Mexicano del Seguro Social DONACION
Coordinación General del Programa I.M.S.S.-Coplamar
de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

MESA REDONDA SOBRE
PRESENTACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD SOCIAL
POR COOPERACION COMUNITARIA IMSS-COPLAMAR.

368 40631
M 372 r. e. d.

DIAGNOSTICO DE SALUD EN LAS ZONAS RURALES DE MEXICO. ASPECTOS MEDICOS
DEL MODELO DE ATENCION A LA SALUD. AVANCES Y RESULTADOS.

EN 1974 SE INICIA LA EXTENSION DE LAS ACTIVIDADES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL A LOS CAMPESINOS NO ASALARIADOS, MEDIANTE ACCIONES MEDICO PREVENTIVAS Y ASISTENCIALES QUE LA POBLACION DEMANDABA O QUE DE ACUERDO CON SUS CONDICIONES DE SALUD SE CONSIDERARON LAS MAS ADECUADAS. EN 1979 AUMENTO -- CONSIDERABLEMENTE EL NUMERO DE UNIDADES MEDICAS Y SE MANTUVO LA MISMA LINEA DE ACCION; EN 1981 SE REALIZO EL DIAGNOSTICO DE SALUD EN EL AMBITO DE OPERACION DEL PROGRAMA, EN BASE A LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, MOTIVOS DE CONSULTA, DIAGNOSTICOS HOSPITALARIOS Y CERTIFICADOS DE DEFUNCION DE LOS HOSPITALES RURALES "S" Y DEL REGISTRO CIVIL DE LAS CABECERAS MUNICIPALES DONDE SE ENCUENTRAN UBICADOS ESTOS. LA METODOLOGIA Y LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO FUERON PUBLICADOS POR LA INSTITUCION Y ESTAN DISPONIBLES AL PUBLICO.

CON EL OBJETO DE EXPLICAR LA VINCULACION ENTRE EL MODELO DE ATENCION A LA SALUD, LAS ACCIONES MEDICAS DERIVADAS DEL MISMO Y LOS AVANCES A LA FECHA, PRESENTARE ALGUNOS DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE SALUD DE 1981. ANALIZARE EN PRIMER LUGAR, LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE PARA ESE AÑO, YA -- QUE SON UN INDICADOR ADECUADO PARA CONOCER LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION RURAL. EL PRIMER LUGAR LO OCUPAN LAS INFECCIONES INTESTINALES -- (UNA DE CADA SIETE); EN 2º, 3º y 4º LUGAR LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS E INFECCIONES PROPIAS DEL RECIEN NACIDO (UNA DE CADA 9) Y EN 5º LUGAR LA TUBERCULOSIS PULMONAR CON EL 3.3% DEL TOTAL DE DEFUNCIONES. ESTOS TRES TIPOS DE PADECIMIENTOS, CAUSARON CASI LA TERCERA PARTE DE TODAS LAS MUERTES.

AL ANALIZAR LAS CAUSAS DE MUERTE DE LOS HOSPITALES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL REGIMEN ORDINARIO PARA EL MISMO AÑO, SE ADVIERTE QUE LA DIABETES TIENE EL --

PRIMER LUGAR (UNA DE CADA DIEZ MUERTES); LA CIRROSIS EL TERCERO; EL INFARTO Y OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZON EL 6°Y 10°, RESPECTIVAMENTE Y LA HEMORRAGIA CEREBRAL EL 9°, ESTAS TRES ULTIMAS NO APARECEN EN LOS HOSPITALES RURALES "S", EN CAMBIO LA INFECCION INTESTINAL ESTA EN EL SEGUNDO LUGAR Y SU CONTRIBUCION PORCENTUAL FUE DE 14.3% CONTRA EL 6.2% DE LOS HOSPITALES DE REGIMEN ORDINARIO.

LLAMA LA ATENCION QUE EN 1'978,065 CASOS NUEVOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, NO APARECEN ENTRE LOS 10 PRIMEROS NINGUN PADECIMIENTO VULNERABLE POR VACUNACION, ESTO DEBIDO A LOS ESFUERZOS QUE HA HECHO EL PAIS PARA MANTENER BUENAS COBERTURAS AUN EN AREAS DE DIFICIL ACCESO; DE LOS DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS CON MAS FRECUENCIA, SE ADVIERTEN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, LAS AMIGDALITIS Y LAS INFECCIONES INSTESTINALES, PADECIMIENTOS TODOS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES AMBIENTALES Y LAS CARENCIAS QUE TIENE LA POBLACION RURAL.

A PARTIR DEL DIAGNOSTICO, SE HICIERON PLANTEAMIENTOS CON OBJETO DE ORIENTAR Y ESTRUCTURAR MEJOR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA, ADECUARLOS A LAS CONDICIONES CONCRETAS DEL MEDIO RURAL, LA PATOLOGIA PREDOMINANTE Y LAS NECESIDADES DE LA POBLACION.

EL MODELO ACTUAL DE ATENCION PARTE DEL DIAGNOSTICO DE SALUD ELABORADO CON PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD CON EL OBJETO DE IDENTIFICAR Y JERARQUIZAR LOS PROBLEMAS DE SALUD LOCALES, ANALIZAR SUS CAUSAS Y ELABORAR UN PLAN DE TRABAJO CONJUNTO QUE PERMITA SEGUIR EL COMPORTAMIENTO DE LOS PADECIMIENTOS, DE LAS ACCIONES, EVALUAR METAS, COBERTURAS Y A UN PLAZO MAYOR EL IMPACTO DEL TRABAJO REALIZADO; SE APOYA EN LA DECLARACION DE "ALMA ATA SOBRE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD" ; EN EL ACUERDO DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA O.P.S., APROBADO EN 1980 Y CONCRETADO EN EL PLAN DE ACCION DE LOS GOBIERNOS DEL HEMISFERIO PROPUSIERON EN 1981 PARA LOGRAR LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2,000.

ES CONGRUENTE CON LA EXPERIENCIA DE MEXICO DELINEADA EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO Y PROGRAMA NACIONAL DE SALUD VIGENTES, EN LOS QUE SE ESTABLECE UN COMPROMISO INELUDIBLE CON LA POBLACION MARGINADA PARA LOGRAR SU INCORPORACION AL DESARROLLO DEL PAIS Y DOTARLA DE UN NIVEL APROPIADO EN ALIMENTACION, SALUD, VIVIENDA Y EDUCACION Y PARTE FUNDAMENTAL DEL DIAGNOSTICO DE SA

LUD.

EL MODELO DE ATENCION A LA SALUD, ESTA ENMARCADO LEGALMENTE EN EL CAPITULO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DEDICADO A LA SOLIDARIDAD SOCIAL Y EN LA LEY GENERAL DE SALUD, CON EXCEPCION DE AQUELLOS PROBLEMAS QUE NO TIENEN SIGNIFICACION EN BASE AL DIAGNOSTICO DE SALUD LOCAL, COMO LA SALUD MENTAL, NO IDENTIFICADA COMO PRIORITARIA, ANTE LA PREVALENCIA ABRUMADORA DE OTROS PADECIMIENTOS Y LA REHABILITACION QUE SE LIMITA AL USO DE TECNOLOGIA SIMPLIFICADA Y A LA DERIVACION A OTROS NIVELES.

LOS SERVICIOS BASICOS QUE SE SEÑALAN EN LA LEY GENERAL DE SALUD, SON CONGRUENTES CON EL MODELO DE ATENCION DEL PROGRAMA YA QUE PARTEN DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION RURAL Y SON LOS SIGUIENTES:

- a) LA EDUCACION PARA LA SALUD, LA PROMOCION DEL SANEAMIENTO BASICO Y EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS DEL AMBIENTE.
- b) LA PREVENCION Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE ATENCION PRIORITARIA, DE LAS NO TRANSMISIBLES MAS FRECUENTES Y DE LOS ACCIDENTES.
- c) LA ATENCION MEDICA, QUE COMPRENDE ACTIVIDADES PREVENTIVAS, CURATIVAS Y DE REHABILITACION, INCLUYENDO URGENCIAS (CON LA SALVEDAD EXPUESTA ANTERIORMENTE).
- d) LA ATENCION MATERNO-INFANTIL.
- e) LA PLANIFICACION FAMILIAR.
- f) LA PREVENCION Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES.
- g) LA PROMOCION DEL MEJORAMIENTO DE LA NUTRICION.
- h) LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS Y OTROS RECURSOS ESENCIALES A LA SALUD.

EL PROGRAMA OPERA MEDIANTE DOS TIPOS DE UNIDADES: LAS UNIDADES MEDICAS RURALES UBICADAS EN COMUNIDADES CON UNA POBLACION ENTRE 500 Y 2,500 HABITANTES, SATISFACEN LAS NECESIDADES DE APROXIMADAMENTE 5,000 PERSONAS UBICADAS EN DIEZ O DOCE LOCALIDADES GENERALMENTE DISPERSAS. SON ATENDIDAS POR UN MEDICO Y DOS AUXILIARES DE AREA MEDICA DE LA LOCALIDAD, CAPACITADAS POR LA INSTITUCION.

LAS UNIDADES MEDICAS RURALES CONSTITUYEN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA Y ESTAN ABIERTAS PERMANENTEMENTE. LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ATENCION MEDICA DE SEGUNDO NIVEL, SON DERIVADOS A LOS HOSPITALES RURALES "S", UBICADOS EN LOCALIDADES DE 5 A 10 MIL HABITANTES, INTERCOMUNICADAS Y CON SERVICIOS PUBLICOS BASICOS. CONSTITUYEN EL CENTRO DE UNA ZONA DE ATENCION MEDICA, EN DONDE SE CONJUGAN RECURSOS CIENTIFICOS, TECNICOS Y MATERIALES; APOYAN EN PROMEDIO A CUARENTA UNIDADES MEDICAS RURALES QUE PROTEGEN APROXIMADAMENTE A 200,000 PERSONAS. LOS HOSPITALES TAMBIEN PRESTAN ATENCION MEDICA DE PRIMER NIVEL Y SON CENTROS DE CAPACITACION Y ACTUALIZACION DEL PERSONAL INSTITUCIONAL Y VOLUNTARIO.

LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES ENTRE LAS UNIDADES MEDICAS RURALES Y LOS HOSPITALES RURALES "S", ESTA NORMADA PARA DARSE EN FORMA OPORTUNA Y CONSTITUIR ADEMAS UN VINCULO DE CAPACITACION A LOS MEDICOS DE LAS UNIDADES MEDICAS RURALES Y FACILITAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL AREA.

LOS HOSPITALES Y LAS UNIDADES MEDICAS CUENTAN CON UN ACERVO BIBLIOGRAFICO BASICO, INTEGRADO POR TEXTOS Y PUBLICACIONES PERIODICAS PARA CONSULTA TECNICA DEL PERSONAL.

PARA QUE EL MODELO DE ATENCION OPERE, SE REQUIERE DE NORMAS GENERALES EMITIDAS A NIVEL CENTRAL, PERO ES OBVIO QUE CONSOLIDAR EL DIAGNOSTICO DE SALUD A NIVEL LOCAL, ASEGURA QUE LA PROGRAMACION SEA CONGRUENTE CON LA PROBLEMÁTICA Y QUE LAS NORMAS GENERICAS SE ADECUEN DE ACUERDO A LA SITUACION. LAS NORMAS REGULAN LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS Y UNIFICAN CRITERIOS DE EVALUACION DE LA PRODUCTIVIDAD DEL IMPACTO, EXISTEN 29 MANUALES DE ORGANIZACION Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LOS DOS NIVELES DE ATENCION.

LA COORDINACION MEDICA A NIVEL CENTRAL DEDICA ESPECIAL ATENCION A LA CAPACITACION DEL PERSONAL DE BASE (PERMANENTE), EN FORMACION (MEDICOS EN EL ULTIMO AÑO DE SU CARRERA, DE POSTGRADO, ENFERMERAS, TRABAJADORAS SOCIALES, ODONTOLOGOS, QUIMICO FARMACOBIOLOGOS Y DIETISTAS), Y PERSONAL AUXILIAR INSTITUCIONAL Y DE LA COMUNIDAD.

LA CAPACITACION TIENE COMO OBJETIVO MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE SE OTORGA Y HABILITAR AL PERSONAL PARA TOMAR DECISIONES ADECUADAS Y OPORTUNAS DE ACUERDO CON SU NIVEL. EXISTEN 23 CURSOS QUE SE ADECUAN A LAS CONDICIONES LO

CALES, LA ESTRUCTURA DEL I.M.S.S., PERMITE, GRACIAS A LA ORGANIZACION DE ESTE, QUE LA CAPACITACION SE REALICE EN LAS DELEGACIONES (ESTADOS) Y EN LOS HOSPITALES RURALES. EL HECHO DE QUE LA INSTITUCION FORME MEDICOS DE POSTGRADO Y ARMONICE SU PREPARACION CON EL TRABAJO DE CAMPO, PERMITIO QUE A PARTIR DE 1973, LA CONSULTA EXTERNA DE LOS HOSPITALES SE ATIENDA POR RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y QUE EN 1980 SE INICIE LA PRACTICA ROTATORIA DE MEDICOS RESIDENTES DE CIRUGIA, MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA EN TODOS LOS HOSPITALES RURALES MEJORANDO ASI LA CALIDAD DE LA ATENCION.

LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA SE APOYAN BASICAMENTE EN PERSONAL EN FORMACION, DE PERMANENCIA TEMPORAL; ESTE HECHO PERMITE QUE SE MANTENGAN BAJOS COSTOS DE OPERACION; QUE SE FORME PERSONAL CON EXPERIENCIA EN EL MEDIO RURAL QUE POSTERIORMENTE SE INTEGRA AL TRABAJO EN DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD; Y QUE SE ENRIQUEZCA CON NUEVOS ENFOQUES EL TRABAJO COTIDIANO. TIENE SIN EMBARGO, LA LIMITACION DE QUE REQUIERE UN ESFUERZO MUY GRANDE DE CAPACITACION E INTRODUCCION DEL PERSONAL NUEVO PARA MANTENER LA CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS, MOTIVARLOS E INTERESARLOS EN EL TRABAJO CON LA COMUNIDAD, COMO UN COMPROMISO SOCIAL Y CIVICO HACIA LOS GRUPOS EN DESVENTAJA.

LA TAREA RESULTA DIFICIL, PORQUE LA FORMACION PROFESIONAL EN GENERAL Y EN PARTICULAR LA DE LOS MEDICOS SIGUE TENIENDO ENFASIS CURATIVO Y DIRIGIDO A LA SOLUCION DE PROBLEMAS INDIVIDUALES Y URBANOS. EN EL NIVEL OPERATIVO TRABAJAN 4,403 MEDICOS.

OTRO ESFUERZO DE CAPACITACION QUE HA PRODUCIDO EXCELENTES RESULTADOS ES EL DESTINADO A LAS AUXILIARES DE AREA MEDICA, SELECCIONADAS DE LAS COMUNIDADES, BILINGUES DONDE EXISTEN GRUPOS ETNICOS, Y QUIENES RECIBEN UN CURSO FORMAL DE CAPACITACION EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD. ELLAS CONSTITUYEN EL ENLACE ENTRE LOS MEDICOS EN FORMACION, QUE CAMBIAN CADA AÑO, EL VINCULO CON LA COMUNIDAD Y DAN CONTINUIDAD A LOS PLANES DE TRABAJO.

LA CAPACITACION A PERSONAL COMUNITARIO SE INICIO CON LAS PARTERAS EMPIRICAS EN 1974 Y TIENE UN GRADO DE AVANCE SIGNIFICATIVO YA QUE REALIZAN ACTIVIDADES ORIENTADAS A PROMOCION DE LA SALUD, PLANIFICACION DE LA FAMILIA Y SANEAMIENTO DEL MEDIO. UN RENGLON ESPECIAL MERECE LA RELACION QUE TIENE EL PROGRAMA CON LOS TERAPEUTAS TRADICIONALES A LOS QUE EN PRINCIPIO RECONOCE COMO RECURSOS COMUNITARIOS PARA LA SALUD Y CON LOS QUE SE SOSTIENE UN DIALOGO PERMANENTE ACER

CA DE LA PATOLOGIA DOMINANTE, LA TERAPEUTICA TRADICIONAL Y SOBRE TODO LOS INCORPORA A LOS COMITES DE SALUD, YA QUE SIENDO PERSONAL DE GRAN ARRAIGO E INFLUENCIA, SIRVEN DE INTERLOCUTORES ENTRE LA UNIDAD MEDICA Y LA COMUNIDAD MISMA. NO ES DESUSADO QUE LOS MEDICOS ADSCRITOS A LAS UNIDADES MEDICAS RURALES RECOMIENDEN SIMULTANEAMENTE MEDICAMENTOS INSTITUCIONALES Y PRODUCTOS HERBOLARIOS DE USO FRECUENTE EN EL AREA. LOS TERAPEUTAS TRADICIONALES HACEN LO MISMO POR SU PARTE. EN FORMA PARALELA EL PERSONAL DE SALUD DE LAS UNIDADES CAPACITA A OTROS PERSONAJES DE LA COMUNIDAD, COMO SON LOS ASISTENTES RURALES DE SALUD, LOS COMITES DE SALUD, LOS PROMOTORES VOLUNTARIOS, ENCARGADOS DE VIGILAR LA SALUD DE DIEZ FAMILIAS, INCLUIDA LA PROPIA.

UN AVANCE DEL PROGRAMA HA SIDO DEFINIR LOS REGISTROS MINIMOS NECESARIOS PARA IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS DE SALUD, A EFECTO DE QUE EL PERSONAL LOS ANALICE Y TOMA DECISIONES OPORTUNAMENTE. ESTOS REGISTROS PERMITEN TAMBIEN APRECIAR LA PRODUCTIVIDAD, EN RELACION CON EL CUMPLIMIENTO DE METAS Y COBERTURAS Y LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA QUE ESTAMOS PROPORCIONANDO. SEÑALAMOS COMO UN LOGRO QUE A PARTIR DE 1983, CONTAMOS CON INDICADORES PROPIOS PARA LAS AREAS RURALES. TENEMOS EL PROPOSITO DE REVISARLOS CADA DOS AÑOS PARA AJUSTARLOS PROGRESIVAMENTE CONFORME NOS IDENTIFIQUEMOS MAS CON LA SITUACION REAL DE SALUD DEL MEDIO RURAL. EL ESFUERZO DE SIMPLIFICACION DE LA INFORMACION Y DE SELECCION CUIDADOSA DE DATOS DE ACUERDO CON SU RELEVANCIA ES CONSTANTE Y COTIDIANA.

OTRO MECANISMO PARA MANTENER LA CALIDAD DE LA ATENCION ES EL SISTEMA DE SUPERVISION POR NIVELES. ESTE SE APOYA EN EL ANALISIS DE INFORMACION SOBRE OCURRENCIAS Y DISTRIBUCION DE PADECIMIENTOS, SERVICIOS, PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTIVIDAD PARA IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE LAS DESVIACIONES Y CORREGIRLAS. EXISTE PARA ESTOS FINES UN INSTRUMENTO GENERICO QUE SE ADECUA POR NIVELES.

POR ULTIMO DEB SEÑALAR QUE EN EL PROGRAMA SE REALIZA INVESTIGACION OPERATIVA DE TIPO CLINICO, EPIDEMIOLOGICO Y SOCIO MEDICO PARA EVALUAR NORMAS Y PROCEDIMIENTOS, CONOCER PROBLEMAS RELEVANTES, DISEÑAR ESTRATEGIAS Y ADECUAR TECNOLOGIA. LA INVESTIGACION NO ES CONSIDERADA COMO ALGO AJENO AL QUEHACER COTIDIANO; POR EJEMPLO EN LAS UNIDADES MEDICAS SE REGISTRAN LOS PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION NACIONAL E INTERNACIONAL; EL PERSONAL DE SALUD ANALIZA ESTA INFORMACION CON LA COMUNIDAD, TOMAN DECISIONES, ACTUAN JUNTOS FRENTE A LOS PROBLEMAS, DIFUNDEN LA INFORMACION Y HACEN ASI LA VIGILANCIA EPI

DEMOLOGICA PRIMARIA QUE SE REQUIERE EN ESTE NIVEL. EN INVESTIGACIONES CON MAYOR COMPLEJIDAD SE CUENTA CON LA ASESORIA DE LAS AREAS ESPECIALIZADAS DEL I. M.S.S.

NUESTRA ACCION SE DIRIGE EN DEFINITIVA, A QUE LA ATENCION MEDICA A LA POBLACION RURAL DE MEXICO SEA LA QUE NECESITA DE ACUERDO CON SUS CONDICIONES DE SALUD, QUE SE OPTIMICEN LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES PARA MANTENER COSTOS FACTIBLES AL PAIS; QUE SE AMPLIE LA COBERTURA Y QUE LA POBLACION MANTENGA EL INTERES POR CUIDAD SU SALUD Y ASUMA PROGRESIVAMENTE MAS RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y COLECTIVA EN LA MODIFICACION DE SUS CONDICIONES DE VIDA.

EL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL TIENE RESUELTOS LOS PROBLEMAS BASICOS DE INFRAESTRUCTURA, DE RECURSOS HUMANOS, ABASTECIMIENTOS, DE EQUIPO Y MEDICAMENTOS (CUADRO BASICO ADECUADO A LA PATOLOGIA) POR QUE SE APOYA EN LA ESTRUCTURA DEL I.M.S.S.; CON MAS DE 40 AÑOS DE EXPERIENCIA LO QUE LE HA PERMITIDO DAR ATENCION MEDICA DE CALIDAD EN COMUNIDADES DISPERSAS, DE DIFICIL COMUNICACION Y A GRANDES GRUPOS EN SITUACIONES DE URGENCIA.

LA PENETRACION DEL PROGRAMA EN LAS AREAS RURALES HA SIDO SATISFACTORIA. EN 1983, SE ADSCRIBIERON A LAS UNIDADES MEDICAS 11.5 MILLONES DE PERSONAS, LO QUE SIGNIFICA UN INCREMENTO DEL 33% EN RELACION A 1981. RELACIONANDO LA POBLACION ADSCRITA, CON LA QUE POTENCIALMENTE SE PUEDE CUBRIR, SE ADVIERTE QUE EN 1983 SE HABIA ALCANZADO UNA COBERTURA DEL 62%.

LA APLICACION DE VACUNAS, HA SIDO CONSIDERADA PRIORITARIA POR LO QUE A PESAR DE LAS DIFICULTADES QUE ENTRAÑA SU MANEJO Y CONSERVACION EN LAS AREAS RURALES EN 1983 SE APLICARON EL DOBLE DE DOSIS QUE EN 1981, LO QUE SIGNIFICO UNA COBERTURA PROMEDIO DE 63% EN TODAS LAS VACUNAS APLICADAS A MENORES DE 5 AÑOS. ESTE HECHO DETERMINO QUE DE 1981 A 1983 EL NUMERO DE CASOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION DESCENDIERA EN UN 74%.

CON LA FINALIDAD DE CONTRIBUIR A MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION MATERNA E INFANTIL DEL PAIS, EN TODAS LAS UNIDADES MEDICAS SE ESTA IMPULSANDO LA ATENCION OBSTETRICA OPORTUNA Y DE CALIDAD Y LA PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA. EN 1983 SE ATENDIERON EN LAS UNIDADES DEL PROGRAMA 66,404 PARTOS, LO QUE EN COMPARACION A 1981 SIGNIFICA UN AUMENTO DEL 57%. EN CUANTO A PLANIFICACION FAMILIAR, EN 1983 SE HABIA LOGRADO QUE 179 MIL MUJERES REGULARAN -

SU FERTILIDAD PARA ESPACIAR LOS EMBARAZOS, REDUCIENDOSE ASI EL RIESGO OBSTETRICO CONSECUTIVO A LOS EMBARAZOS FRECUENTES TAN COMUNES ENTRE NUESTRA POBLACION RURAL. LA COBERTURA LOGRADA EN ESE AÑO FUE DEL 20.2%.

UNO DE LOS PROPOSITOS DEL PROGRAMA ES SATIFACER LA DEMANDA DE ATENCION MEDICA QUE GENERA LA POBLACION SOLIDARIOHABIENTE, LO QUE PAULATINAMENTE SE ESTA CUMPLIENDO. EN 1983 EL NUMERO DE CONSULTAS Y LOS EGRESOS HOSPITALARIOS SE INCREMENTARON EN 21% Y 69%, RESPECTIVAMENTE, CON RELACION A 1981. CABE DESTACAR QUE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN 1983 FUE DE 2.6% CIFRA QUE ESTA POR DEBAJO DE LOS INDICADORES INTERNACIONALES Y REFLEJA LA ADECUADA CALIDAD DE LA ATENCION QUE SE PROPORCIONA EN LOS HOSPITALES DEL PROGRAMA.

POR LO QUE SE REFIERE A LOS PADECIMIENTOS QUE DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO DE SALUD DE 1981, AFECTAN CON MAYOR FRECUENCIA A LA POBLACION RURAL, EN 1983 COMENZARON A REALIZARSE ACTIVIDADES MEDICAS COMPLEMENTARIAS PARA REDUCIR LA MORTALIDAD QUE PRODUCEN. A PARTIR DE ESE AÑO, TANTO EN EL PRIMERO COMO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION SE PROPORCIONA TRATAMIENTO DE HIDRATACION ORAL CURATIVA A LOS NIÑOS CON DESHIDRATACION SECUNDARIA A DIARREA Y LO QUE ES MAS IMPORTANTE, HIDRATACION ORAL PREVENTIVA A LOS NIÑOS CON DIARREA QUE AUN NO ESTAN DESHIDRATADOS. PARA LO ANTERIOR, SE RECURRE PRINCIPALMENTE AL USO DE SOLUCIONES CASERAS AUNQUE TAMBIEN SE EMPLEAN SOBRES HIDRATANTES. LOS RESULTADOS OBTENIDOS SON SATISFACTORIOS. EL PROMEDIO DE ESTANCIA DE LOS NIÑOS DESHIDRATADOS QUE SE INTERNAN EN NUESTROS HOSPITALES HA DISMINUIDO DE 4.7 DIAS A 21 HORAS. EL NUMERO DE NIÑOS CURADOS CON HIDRATACION ORAL HA SIDO DE 90%. LA COBERTURA ALCANZADA ENTRE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS ES DE 83%.

LA DETECCION DE DESNUTRIDOS RECIBIO UN IMPULSO EN 1983 Y SE GENERALIZO A LOS HOSPITALES DURANTE 1984. DE LOS CASOS DESCUBIERTOS EN ESTE AÑO, SE HA LOGRADO QUE EL 24% SE RECUPERE A PESAR DE QUE LA CORRECCION DE LA DEFICIENCIA NUTRICIONAL ES UN PROCESO LENTO. EN UNA PONENCIA POSTERIOR SE HABLARA CON MAYOR PROFUNDIDAD SOBRE LAS ESTRATEGIAS QUE HAN PERMITIDO OBTENER ESTOS RESULTADOS.

EL BREVE ANALISIS REALIZADO, PONE DE MANIFIESTO QUE EL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, ESTA CUMPLIENDO CON EL OBJETIVO QUE NOS HEMOS PROPUESTO DE CONTRIBUIR A MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION RURAL MARGINADA DE MEXICO CON UN MODELO SUSTENTADO EN EL DIAGNOSTICO DE SALUD Y LA PARTICIPACION COMUNITARIA.

PARA CONCLUIR DEBO DECIR QUE LA ATENCION MEDICA QUE PRESTA EL PROGRAMA ES TANGIBLE, LA POBLACION SIENTE SUS BENEFICIOS; PERO NINGUN SERVICIO MEDICO, NI EL MEJOR PUEDE POR SI MISMO MODIFICAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION, SE REQUIERE QUE OTROS SECTORES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA ACTUEN SOBRE LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD Y QUE LA COMUNIDAD ORGANIZADA PARTICIPE EN FORMA CONTINUA, SISTEMATICA Y RESPONSABLE EN LAS ACCIONES PARA MEJORAR SU SALUD, PARA QUE LOS LOGROS PERIODICOS, SEAN ANALIZADOS EN DIALOGO CON EL PERSONAL DE SALUD Y SE CONVIERTAN EN LA MOTIVACION QUE MANTENGA SU PARTICIPACION COMPROMETIDA.

LA ADECUACION PROGRESIVA DEL MODELO A LAS NECESIDADES SENTIDAS DE LA POBLACION NOS LLEVARAN A CONSOLIDAR EN FORMA ORGANIZADA, SENCILLA, A UN COSTO FACIL PARA EL PAIS EL MODELO DE ATENCION A LA SALUD QUE "MEJOR LE QUEDE", Y QUE CORRESPONDA A LA DECISION POLITICA QUE GENERO Y LE HA DADO CONTINUIDAD A LA SOLIDARIDAD SOCIAL, "ESTRATEGIA DE EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL" A LOS CAMPESINOS DE ESTE PAIS QUE HICIERON POSIBLE EL CAMBIO POLITICO MAS IMPORTANTE DE NUESTRA HISTORIA.

DRA. GEORGINA VELAZQUEZ DIAZ.
COORDINADOR MEDICO DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR.

21658