

La extensión de cobertura de los servicios de salud

GUILLERMO SOBERÓN*

I. INTRODUCCION

La cobertura de los servicios de salud es un concepto mal connotado que se maneja de una manera laxa. Usualmente se toma como referencia la población que es atendida por los servicios permanentes de salud; es decir, por establecimientos o unidades de salud, con lo que se pierden de vista los beneficios de programas o acciones de salud tales como las inmunizaciones, la vigilancia epidemiológica y el control sanitario, que tienen un mayor alcance y que son del dominio de la salud pública; más aún la cobertura de los servicios de salud puede tomar diferentes acepciones dependiendo de la perspectiva con que se visualicen: económica, técnica, programática, demográfica o geográfica. De hecho, generalmente asume varios de estos enfoques a la vez. Uno de los elementos que intervienen es el del *universo de usuarios* que corresponden a una institución determinada. Así, en la seguridad social se usan los siguientes términos:

Cobertura legal: Se desprende de la obligación de atender a los derechohabientes. En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social resulta de multipli-

car el total de la población asegurada por 2.7 (promedio de miembros por familia).

Cobertura potencial: Corresponde a la población adscrita a las unidades médicas y se estima en cerca de 80 por ciento de la cobertura legal.

Cobertura real: Corresponde a la población que hace uso del servicio médico; es la población adscrita a un médico familiar y resulta inferior a la cobertura potencial en cerca de 20 por ciento.

Una manera diferente de utilizar el concepto de cobertura es el que se aplica a la población abierta que se infiere del área de influencia de una unidad médica.¹

La Secretaría de Salud² (SSA) plantea para la identificación de cobertura de los servicios de salud los siguientes puntos:

- Estimación de la cobertura actual de las instituciones de seguridad social, tal como éstas la definen;
- Estimación de la población con acceso a los servicios a cargo de otras instituciones, como ocurre con las Secretarías de la Defensa Nacional, Marina y Petróleos Mexicanos.
- Estimación de la población con acceso a la medicina privada.
- Estimación de la población con acceso a servicios privados subrogados; tal es el caso de la

*Académico titular.
Secretario de Salud.

Lotería Nacional, la Comisión Nacional Bancaria y el Metro, entre otros.

Estimación de la población con acceso a los servicios de salud para atención a la población abierta, que aplica a la SSA, el Programa IMSS-COPLAMAR, los Servicios Estatales de Salud y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

La propia SSA, considera ciertos criterios para las estimaciones anteriores:³ el número y tamaño de localidades sin acceso a servicios; la dispersión y concentración de la población y de las propias localidades; los desplazamientos poblacionales; las condiciones étnicas y socio-culturales, y las isócronas de traslado de acuerdo a la disponibilidad de medios y vías de comunicación.

De acuerdo a estos indicadores se identifican tres categorías de cobertura de unidades de primer nivel: el área rural dispersa, el área rural concentrada y el área urbana.

Hasta aquí, las principales acepciones de cobertura de servicios, planteadas desde la perspectiva institucional.

Otro enfoque para estimar la cobertura se basa en la disponibilidad de recursos. Un ejemplo de esto es el trabajo sobre Necesidades Esenciales de México, elaborado por COPLAMAR.⁴ En este se precisan los siguientes parámetros, por número de habitantes:

- Un médico por 1117 hab;
- Una enfermera por 559 hab;
- Una cama censable por 532 hab;
- Un gabinete radiológico por 31 250 hab;
- Un laboratorio clínico por 31 250 hab;
- Un quirófano por cada 16 667 hab.

Cabe apuntar que en este caso sería necesario hacer consideraciones sobre accesibilidad geográfica y económica, aceptabilidad y suficiencia de los servicios, satisfacción o insatisfacción con los mismos; pero en todo caso se refiere exclusivamente a la cobertura de servicios de atención médica.

En otra perspectiva, las estimaciones de cobertura se hacen a partir de servicios deseables. El libro *La salud de los mexicanos a la medicina en México*⁵ plantea la estimación, de la cobertura de consulta externa, a partir del supuesto deseable mínimo anual de: una consulta médica general, una de odontología, dos por cada embarazo, una para todo recién nacido, tres el primer año de la vida y una cada año antes de los cinco años.

Un enfoque más hace las estimaciones de cobertura a partir de la relación entre población realmente atendida y la población total que debiera ser atendida. Por ejemplo, en los programas de planificación familiar⁶ se establece la cobertura de usuarias de métodos de

planificación familiar vs total de mujeres en edad fértil; y otro ejemplo es la estimación de cobertura de los programas de inmunizaciones: este tipo de cobertura se establece por la relación entre total de niños protegidos (inmunizados de acuerdo al esquema aceptado con criterios técnicamente fundamentados) y el total de niños susceptibles.

Una opción alterna se basa en estimaciones de cobertura en función a la satisfacción de necesidades de salud. Este enfoque ha sido apoyado por algunos organismos internacionales⁷ y establece que "La cobertura es el resultado de la oferta eficaz y sistematizada de los servicios básicos de salud que satisfaga las necesidades de toda la población, se proporcione en lugares accesibles y en forma aceptable para la misma y garantice el acceso necesario a los diferentes niveles de atención del sistema".

Por lo que toca a la cobertura del control sanitario de productos, bienes, servicios y establecimientos, cabe hacer mención del planteamiento que actualmente se sigue para consolidarlo: adecuado sustento jurídico, deslinde de responsabilidades entre los tres niveles de gobierno e infraestructura aplicativa eficaz.

El concepto de cobertura, pues, en una acepción amplia, ha tropezado con varios problemas:

- a) Tiene una connotación política: Implica la capacidad de un aparato político-administrativo para legitimarse mediante la supuesta o real satisfacción de demandas. Implica, también, la confrontación de varias opciones de organización para satisfacerlas.
- b) Se ha utilizado como criterio de cumplimiento de metas, con un enfoque administrativo: Cuántas actividades fueron planeadas; cuántas fueron realizadas.
- c) Se ha utilizado con un enfoque técnico exclusivo: por ejemplo, cuántas consultas se deben dar para una protección eficiente, a una embarazada, para identificar el riesgo perinatal, cuántas se le dan realmente.
- d) Omite la idea de que la cobertura: Es una relación muy dinámica entre problemas de salud (definidos técnicamente) y necesidades de salud (percibidas por la población), por una parte, y la oferta de acciones que supuesta o realmente los resuelven o las satisfacen.
- e) La cobertura, en nuestro medio, no ha sido estudiada científicamente. Se ignora, por ejemplo, que la población satisface una buena proporción de sus necesidades, con recursos familiares o comunales, propios.

En todo caso, el cuadro I informa sobre el avance que se ha tenido de 1983 a 1986, calculando la cobertura de la misma manera en los dos años señalados.

Cuadro I

Sector Salud, Cobertura institucional		
Institución	Población (Millones de personas)	
	1984	1986
Cobertura legal		
IMSS	27.0	31.5
ISSSTE	6.0	6.8
Otras	1.3	1.4
	34.3	39.7
Cobertura real		
SSA	13.0	16.7
IMSS-COPLAMAR	11.0	10.0
	24.0	26.7
Medicina privada	3.7	3.7
Población con acceso	62.0	70.1
Población sin acceso	14.0	9.5
Población total	76.0	79.6

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 11 de febrero de 1987.

Para explicar el incremento de 8 millones con acceso a los servicios de salud hay que tomar en cuenta fundamentalmente el incremento en el número de derechohabientes de la seguridad social, la rehabilitación, equipamiento y ampliación de 3 792 centros de salud y de 75 hospitales, la construcción de 771 nuevos centros y de 16 hospitales que en conjunto representan 2 000 camas que se agregan al segundo nivel de atención y también al incremento en la productividad, puesto que se registran por cada unidad, mayor número de consultas, mayor número de egresos, reducción en los días estancia de hospital y la implantación de la cirugía ambulatoria.

Además hay que considerar que la participación de la comunidad en los programas de salud es fundamental para que las acciones sean más efectivas y se apliquen con mayor amplitud.

REFERENCIAS

1. COMITE DE OPERACION DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR: *Informe sobre el avance del Programa IMSS-COPLAMAR durante el primer semestre de 1986*.
2. DIRECCION DE PLANEACION Y PRESUPUESTO: *Programa de plena cobertura de servicios de salud*. SSA: Subsecretaría de Planeación. Mayo 1984. Documento Interno.
3. DIRECCION GENERAL DE INFORMACION Y ESTADISTICA: *Notas del cuadro: Población según acceso a los servicios médicos por institución y entidad federativa*. SSA: Subsecretaría de Planeación, 1985.
4. COPLAMAR: *Necesidades esenciales de México, situación actual y perspectivas al año 2000*. México, Ed. Siglo XXI. 1983.

5. KUMATE y col.: *La salud de los mexicanos y la medicina en México*. México, El Colegio Nacional. 1977.
6. *Metodología para la programación y metas de usuarias nuevas y activas de la SSA*. Cuaderno Técnico de Planificación Familiar. 7: 1985.
7. OPS/OMS: *Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad*. IV Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington, Septiembre 1977.

ANEXO I

I. Indicadores

Secretaría Salud (SSA)

- Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Información y Estadística, documentos:
Anuario Estadístico 1985 (versión preliminar)
Programas Estatales de Salud.
Estudio sobre recursos y la prestación de servicios médicos y privados en el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey.
- Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología, documento:
Boletín Mensual de Epidemiología, 4: 57-59, 1986.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

- Subdirección General Médica, Unidad Técnica y Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. Información procedente del Sistema Unico de Información y del documento:
Índices de Demanda de Servicios Médicos, 1985.

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

- Subdirección General Médica, Jefatura de Programación, Informática y Desarrollo, documentos:
Informe Estadístico, 1984.
Informe Estadístico, 1985.
Evaluación de Acciones, 1985.

Programa IMSS-COPLAMAR

- Coordinación General del Programa. Información procedente del Sistema Unico de Información.

Petróleos Mexicanos (PEMEX)

- Gerencia de Servicios Médicos.

- Dirección General de Servicios Médicos

Secretaría de la Defensa Nacional (SDN)

- Dirección General de Sanidad

Secretaría de Marina (SM)

- Dirección General de Sanidad

Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (SE-
DUE)

- Subsecretaría de Vivienda, documento:
Estimación de Dotación de Servicios de Agua
Potable y Alcantarillado 1984-1985.

Medicina Privada (MP)

- La información utilizada en esta área fue el estudio:
Servicios Médicos Privados en el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey. Elaborado por la Dirección General de Información y Estadística, SSA.

2. Población

Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP)

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, documentos:
Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 1980-2010, INEGI-CONAPO, 1985.
Tabulación I. Defunciones generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido. Con certificado médico y sin certificación. INEGI, 1983.
México, Estadística Económica y Social por Entidad Federativa. Coordinación de Servicios Nacionales de Estadística e Informática, 1981, pp. 42-45.

Secretaría de Salud (SSA)

- Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Información y Estadística. Documentos:
Estimaciones de población para menores de un año, menores de 5 años y menores de seis años, basadas en el documento: Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 1980-2010, INEGI-CONAPO.
Programas Estatales de Salud. Cobertura de Servicios. Estimación de población en los 31 estados de la República que se utilizó en el indicador: acceso a instalaciones médicas.

II. COBERTURA POR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA EN MÉXICO

JESÚS KUMATE*
ALICIA BARNARD

La relación médico (equivalente) paciente ha sido la base de la prestación de servicios asistenciales; la oportunidad en la atención, el interés personal del tratante en el episodio patológico, la continuidad en el cuidado del enfermo, el conocimiento de las circunstancias particulares que condicionaron la enfermedad y la confidencialidad en el manejo del padecimiento, se han valuado tanto como la eficacia, eficiencia y efectividad terapéuticas.

Resultó natural que el perfil profesional más cercano al *desideratum* fuera el de médico familiar, es decir: un médico general, especialista en lo frecuente, atento a transferir a especialistas la patología grave o complicada y que se encarga del seguimiento de las enfermedades con curso crónico. Ese médico puede atender necesidades —en materia asistencial— de 250 familias y resolver 85 por ciento de sus problemas médicos.

Al enfoque curativo-asistencial de la medicina se han agregado, desde siempre, los ideales de promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la rehabilitación de las incapacidades. Muy poco después se manifestaron la vocación docente, tan arraigada en nuestra profesión y la curiosidad inagotable por atender y manipular los fenómenos de la vida, en salud y enfermedad.

El progreso médico tan acelerado en los últimos 40 años tornó muy difícil el ser un buen médico general. Las especialidades se hicieron indispensables, demandaron métodos y sistemas auxiliares de diagnóstico y tratamiento novedosos y más costosos; simultáneamente resultaron más rentables que el ejercicio de la medicina general.

La atención médica resultó más eficaz y efectiva en hospitales; la atención del parto pasó del hogar a establecimientos médicos. Las consultas, las revisiones médicas, los exámenes de laboratorio y gabinete y las intervenciones quirúrgicas de toda índole: desde circuncisiones y amigdalectomías hasta cesáreas, se han incrementado progresivamente. Consecuencias naturales fueron: el desplazamiento del médico general por el especialista, el desarrollo de sistemas hospita-

*Académico numerario.

Ambos autores: Subsecretaría de Servicios de Salud.

larios que van desde clínicas o centros de salud con capacidad de internamiento, hasta institutos nacionales de salud.

Por razones obvias los especialistas y los hospitales se encuentran en las grandes ciudades y aun como en los países industrializados, los presupuestos del Sector Salud no alcanzan a satisfacer todas las demandas asistenciales de una población cada vez mejor informada y más vulnerable; las políticas de salud —hasta hace poco tiempo— privilegiaron lo curativo, la atención en hospitales y el desarrollo de las especialidades. Quedaron en segundo o tercer plano, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la disponibilidad de servicios médicos del primer nivel.¹

El modelo asistencial médico de los países ricos fue imitado puntualmente por la mayoría de los países subdesarrollados, con resultados deplorables. Gran parte de los escasos recursos se invirtió en hospitales ubicados en áreas metropolitanas, y como la posibilidad de pagar los servicios de médicos especialistas está en las grandes ciudades, la concentración médica urbana resultó natural consecuencia. El presupuesto restante no permitió cubrir la demanda de atención médica de la población rural, ni atender adecuadamente las campañas de vacunación o contra enfermedades endémicas que son problemas importantes, v. gr.: paludismo, tuberculosis, fiebre reumática, diarreas, lepra, entre otros.

Simultáneamente se hizo evidente la participación de influencias no-médicas condicionantes de la salud individual y comunitaria; en ocasiones, más importantes que los factores biomédicos. La salud adquirió una dimensión mayor y demandó un enfoque multi-sectorial.

Ante las realidades de las graves deficiencias en la disponibilidad y prestación de servicios de salud a grandes sectores de la población la limitación económico-presupuestal, la baja efectividad del sistema médico tradicional en materia de indicadores vitales y la demanda imperativa de acceder a mejores niveles de salud; entre otros: "Salud para Todos en el Año 2000", movió a definir una estrategia que permitiera reducir las deficiencias descritas.²

En la histórica reunión de Alma Ata en 1978, se definió a la atención primaria a la salud como el conjunto de acciones científicamente fundadas, social y culturalmente aceptables y económicamente factibles que llevan servicios a toda la población e incluye por lo menos:

- Atención del parto y planificación familiar;
- Orientación nutricional;
- Vacunación;
- Tratamiento de las enfermedades endémicas de importancia nacional;
- Atención de urgencias;

- Aprovechamiento de agua y eliminación adecuada de desechos;
- Educación para la salud;
- Distribución de medicamentos esenciales.

Importan, primero, la cobertura operativa o la presentación de servicios a toda la población que los necesita y demanda, y después, la calidad de la atención otorgada a las personas que la buscan y necesita la comunidad usuaria.³

Material y métodos

La Organización Mundial de la Salud escogió y recomienda tres indicadores para cuantificar la cobertura de una región, de un sector de la población o país con atención médica primaria.⁴⁻⁶ Ocho de los indicadores miden la cobertura de cuatro de los elementos esenciales de atención primaria de la salud (APS): atención materno-infantil, vacunaciones, orientaciones nutricionales y control de enfermedades endémicas de importancia nacional; el resto de los indicadores miden la práctica de algunos de los componentes esenciales que indican la disponibilidad y uso de servicios.

Indicadores

1. Cuidado prenatal: Proporción de embarazadas que tuvieron por lo menos una consulta prenatal.
2. Atención del parto: Proporción de nacimientos atendidos por personal preparado.
3. Puericultura: Proporción de lactantes que tuvieron por lo menos un contacto con una instalación de salud.
4. Vacunación con BCG: Proporción de menores de un año vacunados con BCG.
5. Vacunación con DPT: Proporción de menores de un año que recibieron 3 dosis de DPT.
6. Vigilancia de crecimiento: Proporción de preescolares que han sido pesados por lo menos 2 veces antes de 5 años.
7. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades endémicas: Proporción del número estimado de casos que se diagnostican y tratan.
8. Atención de la enfermedad terminal: Proporción de muertes certificadas por médicos.

La cobertura de aprovisionamiento de agua potable y el saneamiento ambiental se cuantifican mediante:

9. La proporción de la población con acceso adecuado al agua potable.
10. La proporción de la población que dispone de facilidades sanitarias.

Los indicadores de disponibilidad y uso corresponden a las proporciones de:

11. La población con acceso razonable a instalaciones médicas.
12. El número de consultas médicas por habitantes: 4 consultas/año/habitante = 100 por ciento.
13. El número de egresos hospitalarios por 100 habitantes: 8 egresos hospitalarios/año/100 habitantes = 100 por ciento.

La educación para la salud se encuentra presente en todos los parámetros descritos y la distribución de medicamentos esenciales está implícita en los indicadores 7, 12 y 13.

La cobertura de los servicios, de acuerdo a las recomendaciones de Montoya-Aguilar se connota como la relación del número de acciones proporcionadas entre la población que las requiere.⁷

Con la intención de conocer la cobertura de la atención médica en el país, contar con parámetros cuantificables para medir esta actividad y obtener comparaciones de los niveles de cobertura en diferentes regiones, se solicitó la información pertinente a todas las instituciones del Sector Salud; así como a aquellas que contaban con información relativa a los indicadores que no son de la competencia de nuestro Sector.

La información solicitada comprendió el período de un año y en el que se dispuso prácticamente de toda la información requerida para la elaboración de los indicadores fue el de 1985. Los datos obtenidos fueron tanto a nivel nacional, como por cada entidad federativa.

Las relaciones utilizadas para la determinación de la cobertura, para cada uno de los indicadores, fueron las siguientes:

Consulta prenatal: Número total de consultas de primera vez a embarazadas sobre el número estimado de nacimientos en 1985.

Atención del parto: Número de partos atendidos sobre el número de nacimientos previstos en 1985.

Consulta a lactantes: Número total de consultas de primera vez a menores de un año, sobre el número estimado de un año en 1985.

Consulta a preescolares: En el país aún no existe un seguimiento generalizado en las instituciones sobre el peso y talla de los niños; sin embargo, se debe inferir que los niños que asisten a consulta al menos son medidos y pesados, por lo que para este indicador se utilizó el total de consultas para menores de 5 años (el cual se dividió por dos), sobre el número de niños menores de 5 años estimado en 1985.

Vacunación con BCG: Número total de vacunas aplicadas a menores de un año, sobre el número estimado de menores de un año en 1985.

Vacunación con DPT: Total de terceras dosis de DPT aplicadas a menores de un año, sobre el total de menores de un año en 1985.

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades endémicas: La enfermedad endémica seleccionada para el estudio fue la enteritis; para ello se utilizó el número de casos notificados como numerador y el denominador se determinó sumando al número de casos notificados, el porcentaje obtenido del número de habitantes en el país que no cuentan con acceso a unidades médicas.

Atención de la enfermedad terminal: Este indicador no pudo ser determinado para 1985, ya que la información disponible a la fecha de la realización del estudio era del año 1983. La determinación se hizo con el número total de muertes con certificado médico, sobre el número total de fallecimientos.

Proporción de la población con fácil acceso a instalaciones médicas: Esta se determinó de acuerdo al número de habitantes con derecho o que asisten a servicios de seguridad social, sistemas abiertos y a instituciones privadas y sociales, sobre el total de la población estimada en 1985.

Proporción de todas las consultas proporcionadas al total de la población. La cobertura se determinó en 4 consultas al año por habitante. El número total de consultas (incluye todo tipo de consultas, i. e.: generales, especializadas, de urgencia, odontológicas, etc.) dividido por cuatro se utilizó como numerador y el total de habitantes estimado para 1985 como denominador.

Proporción de hospitalizaciones por 100 habitantes. Se considera cobertura de 100 por ciento a 8 egresos hospitalarios por cada 100 habitantes, por lo que se utilizó el número total de egresos hospitalarios, sobre 8 por ciento del total de la población estimada en 1985.

Proporción de la población con fácil acceso al agua potable. Esta fue determinada de acuerdo al número de habitantes que tienen acceso a agua potable, sobre el número total de habitantes estimado para 1985.

Proporción de la población con acceso razonable a drenaje. Se utilizó como numerador el número de habitantes con acceso a drenaje sobre el número total de habitantes en 1985.

En el indicador consulta a lactantes, no se incluyen las acciones correspondientes a vacunación, ni aquellas que se llevan a cabo en guarderías o estancias infantiles. Lo mismo se aplica en el indicador consulta a preescolares, pero éste sí incluye el total de consultas a menores de un año. En cuanto al indicador: diagnóstico y tratamiento de enfermedades endémicas, no fue posible obtener la prevalencia de la enfermedad en el Distrito Federal, ya que la información disponible no permitía una estimación confiable, por lo que se decidió no incluirla. La

cifra que se reporta a nivel nacional, por lo tanto, excluye a esta entidad.

En el Anexo 1 se encuentran las fuentes de las diferentes instituciones que proporcionaron información. Al respecto, cabe mencionar lo siguiente:

- Los indicadores: atención del parto y hospitalizaciones incluyen información de la medicina privada.
- La información proporcionada por la Secretaría de la Defensa Nacional y por la Secretaría de Marina no representaba más del 1 por ciento del total nacional en la mayoría de los indicadores. Por otra parte, no se contó con la información de los lugares en donde se habían llevado a cabo las acciones por lo que se decidió no incluir la información de estas instituciones, a excepción del indicador: hospitalizaciones, que representa aproximadamente el 2.5 por ciento del total de hospitalizaciones del Sector Salud y con la salvedad de que este dato sólo se reporta a nivel nacional.
- El Instituto Mexicano del Seguro Social considera en sus regiones al Valle de México, la que comprende al Distrito Federal y parte del Estado de México como una sola por lo que se obtuvo un promedio de la población adscrita a unidades médicas ubicadas en estas dos entidades. El resultado para el Distrito Federal fue 61.2 por ciento del total de Valle de México y 38.8 por ciento para el Estado de México. Estos porcentajes se sumaron o restaron, según el caso, en cada uno de los indicadores para las cifras de esta Institución.
- Cuando las instituciones no contaban con información para alguno de los indicadores, se lleva-

ron a cabo estimaciones, las cuales se realizaron tanto a nivel nacional, como por cada una de las 32 entidades federativas.

- En los casos en los que los valores excedieron al 100 por ciento, al elaborar los indicadores, se consideró a este número como cobertura total, por lo que no existen cifras con un valor superior.

Resultados

La cobertura de los trece indicadores se presenta en forma de barras a nivel nacional en la figura 1. La regionalización de las entidades federativas se hizo de acuerdo al comportamiento observado en otro tipo de estudios.⁸ Así, la Región I corresponde a los estados de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas; la Región II comprende los estados de: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas; la Región III está compuesta por los estados de: Campeche, Quintana Roo y Yucatán, finalmente a la Región IV corresponden los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Tlaxcala. El Distrito Federal fue considerado en forma independiente por tener una cobertura diferente al resto de las entidades. En las figuras 2, 3, 4, 5 y 6 se presenta, en forma de barras, la cobertura de los 13 indicadores en el Distrito Federal y en cada una de las regiones.

En el cuadro II se encuentran los valores relativos correspondientes a los indicadores que miden APS,

Cuadro II

Cobertura de atención primaria a la salud, 1985

Indicadores	Nacional	Regiones				
		DF	I	II	III	IV
Consulta prenatal	54.4	72.0	69.0	50.5	64.3	38.7
Atención del Parto*	48.3	82.6	66.1	41.9	52.5	27.1
Consulta a lactantes	37.4	58.4	51.9	32.9	51.8	21.4
Consulta a preescolares	80.9	100.0	100.0	69.3	100.0	50.4
BCG a menores de 1 año	76.8	89.7	90.5	74.8	100.0	58.7
DPT a menores de 1 año	52.6	61.9	88.2	52.3	74.0	33.1
Diarreas***	89.5	ND	92.0	88.1	92.2	88.0
Certificado médico de la defunción (1983)	90.1	98.0	94.6	92.9	87.9	74.4

*Incluye medicina privada

**Sin el Distrito Federal

I -BC, BCS, Coah, Chih, Dgo, NL, Sin, Son, Tamps.

II -Ags, Col, Gto, Hgo, Jal, Méx, Mich, Mor, Nay, Qro, SLP, Ver, Zac.

III -Camp, Qr, Yuc.

IV -Chis, Gro, Oax, Pue, Tab, Tlx.

Figura 1

ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, 1985 NACIONAL

% DE POBLACION QUE
REQUIERE EL SERVICIO

100

50

0

AP APA AL APR BCG DPT E AET IM C H AP D

COBERTURA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS ACCESO

INDICADORES

- AP ATENCION PRENATAL
- APA ATENCION DE PARTO
- AL ATENCION A LACTANTES
- APR ATENCION A PREESCOLARES
- BCG VACUNACION CON BCG
- DPT VACUNACION CON DPT
- E ENTENTIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS
- AET ATENCION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL, 1983
- IM ACCESO A INSTALACIONES MEDICAS
- C CONSULTAS
- H HOSPITALIZACION
- AP ACCESO A AGUA POTABLE
- D ACCESO A DRENAJE

Figura 2

ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, 1985 DISTRITO FEDERAL

% DE POBLACION QUE
REQUIERE EL SERVICIO

100

50

0

AP APA AL APR BCG DPT AET IM C H AP D

COBERTURA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS ACCESO

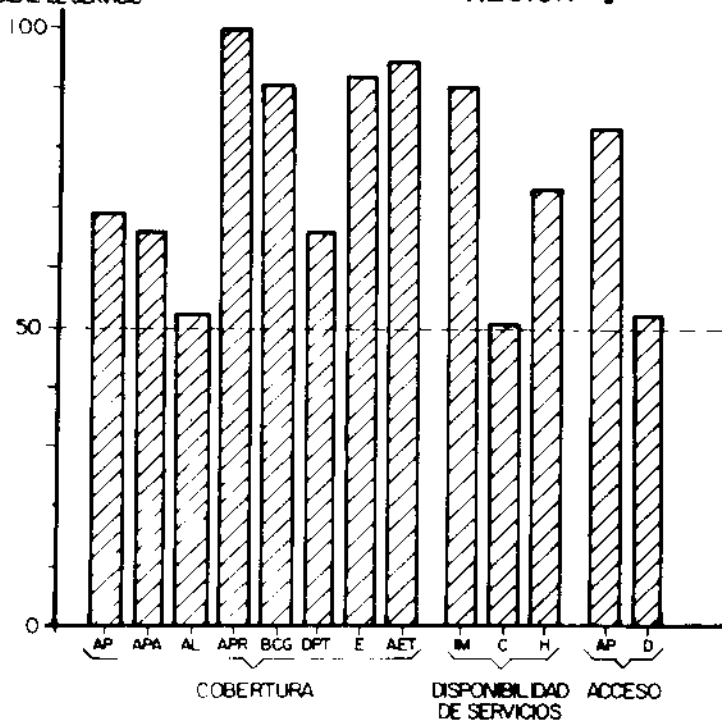
INDICADORES

- AP ATENCION PRENATAL
- APA ATENCION DE PARTO
- AL ATENCION A LACTANTES
- APR ATENCION A PREESCOLARES
- BCG VACUNACION CON BCG
- DPT VACUNACION CON DPT
- AET ATENCION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL, 1983
- IM ACCESO A INSTALACIONES MEDICAS
- C CONSULTAS
- H HOSPITALIZACION
- AP ACCESO A AGUA POTABLE
- D ACCESO A DRENAJE

Figura 3

ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, 1985 REGION I

% DE POBLACION QUE
REQUIERE EL SERVICIO



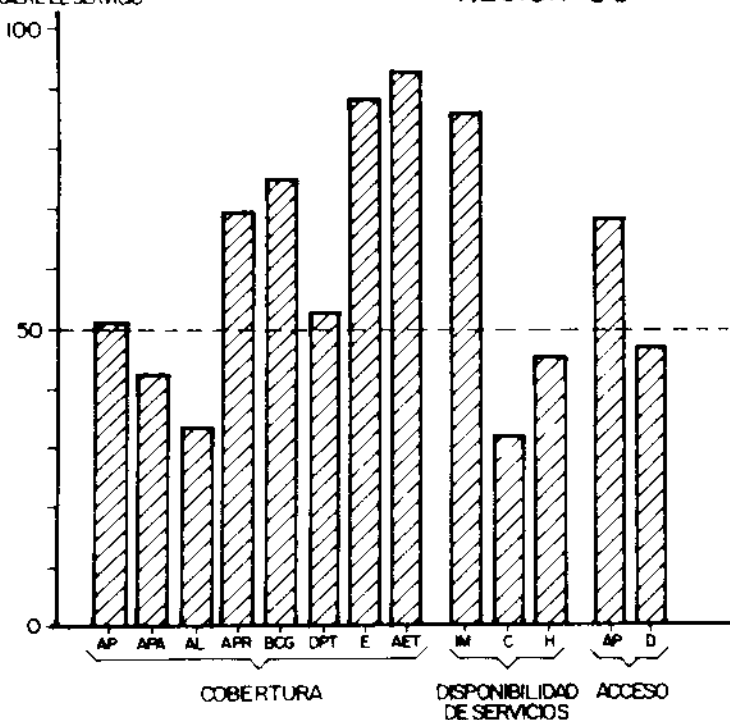
INDICADORES

- AP ATENCION PRENATAL
- APA ATENCION DE PARTO
- AL ATENCION A LACTANTES
- APR ATENCION A PREESCOLARES
- BCG VACUNACION CON BCG
- DPT VACUNACION CON DPT
- E ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS
- AET ATENCION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL, 1983
- IM ACCESO A INSTALACIONES MEDICAS
- C CONSULTAS
- H HOSPITALIZACION
- AP ACCESO A AGUA POTABLE
- D ACCESO A DRENAJE

Figura 4

ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, 1985 REGION II

% DE POBLACION QUE
REQUIERE EL SERVICIO



INDICADORES

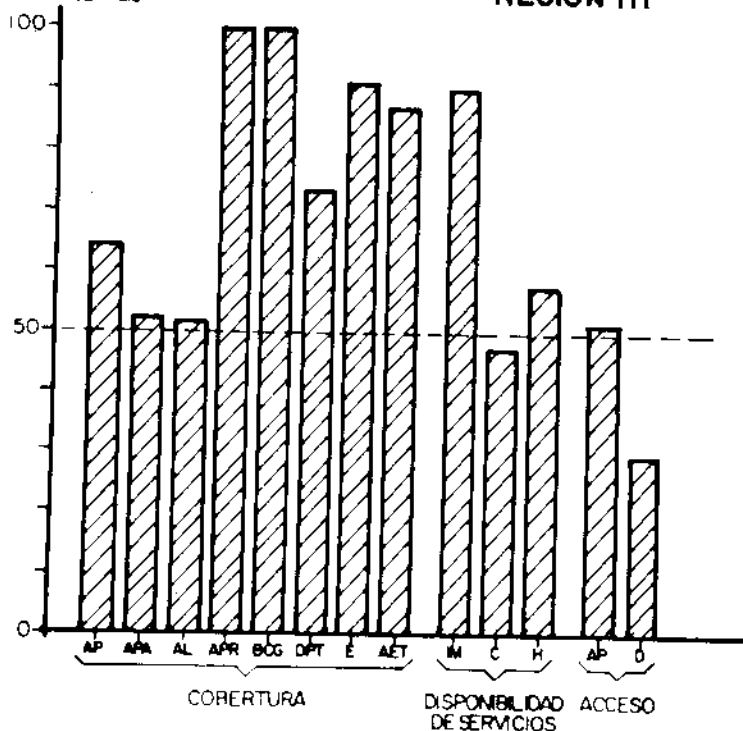
- AP ATENCION PRENATAL
- APA ATENCION DE PARTO
- AL ATENCION A LACTANTES
- APR ATENCION A PREESCOLARES
- BCG VACUNACION CON BCG
- DPT VACUNACION CON DPT
- E ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS
- AET ATENCION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL, 1983
- IM ACCESO A INSTALACIONES MEDICAS
- C CONSULTAS
- H HOSPITALIZACION
- AP ACCESO A AGUA POTABLE
- D ACCESO A DRENAJE

Figura 5

ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, 1985

REGION III

% DE POBLACION QUE
REQUIERE EL SERVICIO



INDICADORES

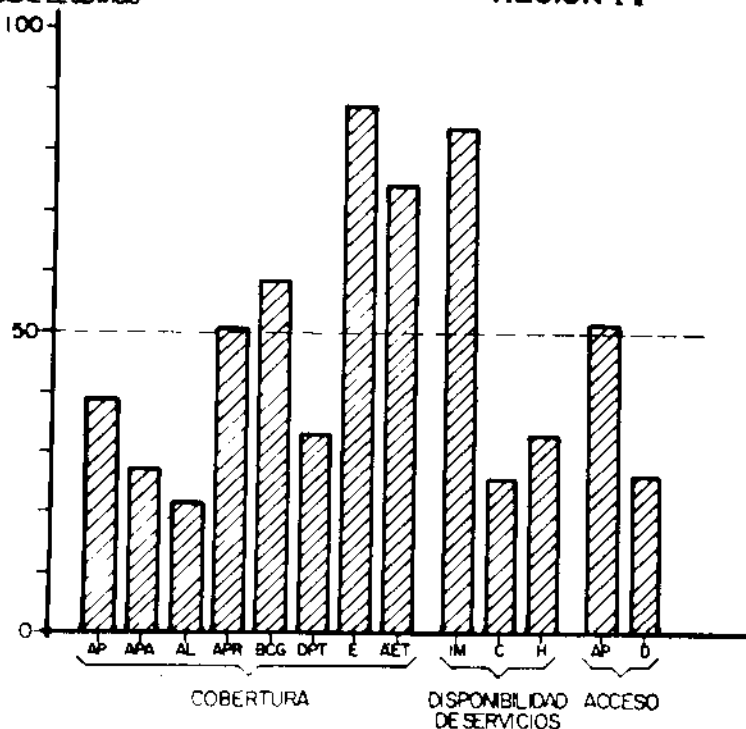
- AP ATENCION PRENATAL
- APA ATENCION DE PARTO
- AL ATENCION A LACTANTES
- APR ATENCION A PREESCOLARES
- BCG VACUNACION CON BCG
- DPT VACUNACION CON DPT
- E ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS
- AET ATENCION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL, 1983.
- IM ACCESO A INSTALACIONES MEDICAS.
- C CONSULTAS
- H HOSPITALIZACION
- AP ACCESO A AGUA POTABLE
- D ACCESO A DRENAJE.

Figura 6

ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, 1985

REGION IV

% DE POBLACION QUE
REQUIERE EL SERVICIO



INDICADORES

- AP ATENCION PRENATAL
- APA ATENCION DE PARTO
- AL ATENCION A LACTANTES
- APR ATENCION A PREESCOLARES
- BCG VACUNACION CON BCG
- DPT VACUNACION CON DPT
- E ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS
- AET ATENCION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL, 1983.
- IM ACCESO A INSTALACIONES MEDICAS.
- C CONSULTAS
- H HOSPITALIZACION
- AP ACCESO A AGUA POTABLE
- D ACCESO A DRENAJE.

a nivel nacional y en las regiones ya mencionadas; en el cuadro III se muestran los valores relativos que corresponden al acceso y disponibilidad de servicios. Por último, en el cuadro IV se encuentran los valores porcentuales sumados para obtener una calificación global. Estos valores son presentados a nivel nacional y para cada una de las regiones, divididos en tres grupos: indicadores de atención primaria (suma de 8 indicadores), indicadores de acceso y disponibilidad (suma de 5 indicadores) y la calificación global (suma de 13 indicadores).⁹

La suma de los valores relativos de los 13 indicadores promedian una calificación final de 64.0 por ciento (Cuadro IV). En estudios previos de la Organización Mundial de la Salud¹⁰ se consideran las siguientes categorías de cobertura: Baja 40 ó menos; Media 41-69 y Alta 70 ó más. De acuerdo a estas categorías se puede observar que la cobertura a ni-

vel nacional de nuestro país se encuentra en una categoría media en donde dos indicadores (consulta a lactantes, 37.4 y consultas por habitante, 37.7) tienen un valor bajo. El resto de los valores oscilan entre medios y altos. Si sólo sumamos los valores relativos a la atención primaria, encontramos que la calificación promedio es de 66.2. Aquí el indicador: Consulta a lactantes es el que se encuentra en nivel bajo. Los valores medios están representados por consulta prenatal (54.4), atención del parto (48.3), vacunación con DPT (52.6); el resto de los indicadores se encuentran en valores altos. La calificación porcentual de los 5 indicadores que miden el acceso y la disponibilidad de servicios es de 60.6, el valor bajo es consultas por habitante.

El análisis de la regionalización permite observar que el Distrito Federal tiene una calificación total superior a la nacional y, por lo tanto, ocupa una

Cuadro III

Acceso de atención primaria a la salud, 1985						
Indicadores	Nacional	Regiones				
		DF	I	II	III	IV
Instalación médicas	88.5	100.0	90.1	86.1	91.0	84.6
Consultas	37.7	54.1	50.4	31.6	47.3	25.5
Egresos hospitalarios*	56.7	97.2	73.6	44.3	58.0	32.9
Agua potable	71.6	96.4	83.6	67.9	51.8	51.7
Drenaje	48.7	85.7	52.2	46.4	29.6	26.2

*Se incluye información de la medicina privada a nivel nacional y en las 5 regiones.

La cobertura nacional comprende información de la SDN y de la SM.

I -BC, BCS, Coah, Chih, Dgo, NL, Sin, Son, Tamps.

II -Ags, Col, Gto, Hgo, Jal, Méx, Mich, Mor, Nay, Qro, SLP, Ver, Zac.

III -Camp, Qr, Yuc.

IV -Chis, Gro, Oax, Pue, Tab, Tlx.

Cuadro IV

Atención primaria a la salud, 1985 Calificación global						
Indicadores	Nacional	Regiones				
		DF	I	II	III	IV
Atención primaria a la salud (8 Indicadores)	66.2	49.0	80.3	78.7	62.8	77.8
Acceso y disponibilidad de servicios (5 indicadores)	60.6	44.1	86.6	70.0	55.2	55.4
Calificación de 13 Indicadores	64.0	47.1	83.0	75.4	59.9	69.2
12 Indicadores en la calificación global						

categoría alta, (83.0), la calificación alta se sostiene en la suma por separado de APS, (80.3) y de indicadores de acceso y disponibilidad, (86.6).

La Región I tiene también valores altos, (75.4), aunque no superiores al Distrito Federal; sin embargo, los valores de atención primaria de la salud, (78.7), son 8.7 puntos más altos que los de acceso y uso, (70.0).

La Región II tiene un comportamiento medio, (59.9), aunque 4 puntos abajo del promedio nacional; la suma de los indicadores de APS es 62.8 por ciento y la de acceso y disponibilidad, 55.2 por ciento.

La Región III observa también un promedio 5 puntos mayor que el nacional, (69.2), aunque existe una marcada diferencia entre la suma de indicadores de atención primaria que es de categoría alta, (77.8) y la suma de indicadores de uso y disponibilidad, (55.4), la cual es de categoría media.

La Región IV aunque también está dentro de la categoría media; sus números son bastantes más bajos que el promedio nacional, (47.1). Así, la diferencia entre el promedio nacional y este grupo es de 16.9 puntos en la calificación de los 13 indicadores. Diferencias similares se presentan en las calificaciones para los indicadores de atención primaria a la salud, (17.2) y en los de acceso y disponibilidad, (16.5).

Discusión

La cobertura de la población con los servicios de atención primaria de salud ha sido preocupación permanente del Sector Salud en los últimos 30 años. El Sistema de Bienestar Social Rural, los centros y casas de salud, los dispensarios en áreas urbanas marginadas y las unidades móviles (fluviales en Tabasco), dan testimonio del interés de los gobiernos de la República por llevar los servicios asistenciales a todos los sectores de la población y lo más cerca de su necesidad.

La creación de IMSS-COPLAMAR fue un paso decisivo, cuantitativa y cualitativamente, para atender a la población rural, tradicionalmente olvidada. El modelo de atención para la población no derechohabiente contempla todas las posibilidades que pueden operarse en función de la magnitud poblacional que necesita servicios médicos.

Dado que la disponibilidad no es equivalente a utilización o cobertura, se ha tratado de medir la prestación de los servicios de la atención primaria de salud con los propósitos de: 1) aproximar la estimación cuantitativa; 2) comparar las diferencias entre regiones, estados o países; 3) seguir la tendencia cronológica; 4) servir para la toma de decisiones en materia de política de salud o sanitaria.

La calificación global de México, 64.0, está dentro de los valores encontrados para otros países

de Latinoamérica, v. gr.: Costa Rica 69, Venezuela 61; aunque inferior a Chile 82, Colombia 78 y Panamá 79, Perú 48, Nicaragua 50, El Salvador 43 y Honduras 31.¹¹

Al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, existen diferencias importantes entre estados, regiones o instituciones de salud y seguridad social. El desarrollo socioeconómico y cultural del Distrito Federal, con las oportunidades de empleo y movilización social son decisivas para que haya concentrado no sólo gran parte de las instalaciones y recursos médicos, sino que simultáneamente las condiciones ambientales se han favorecido respecto al aprovisionamiento de agua y la existencia de sistemas de alcantarillado.

En el resto del país, los estados del norte y noroeste son los mejor servidos y se establece una declinación progresiva en las calificaciones hasta el Sureste y la costa Suroeste del Pacífico. Así, del 83.0 en el Distrito Federal, se pasa a 75.4 en la Región I (Norte-Noroeste), baja a 69.2 en los estados de la Península de Yucatán (zona III); se tiene 59.9 en la franja Centro-Occidente (zona II) para llegar al mínimo: 47.1 en los estados de la zona IV (Sureste, Puebla y Tlaxcala).

La tendencia en casi todos los indicadores mantiene el gradiente: Distrito Federal, Norte-Noroeste, Yucatán, Centro-Occidente y Sureste. Las excepciones corresponden al acceso de agua potable, existencia de alcantarillado y certificación de la defunción en las que la Zona III tiene calificaciones inferiores a la II.

Las diferencias entre las regiones pueden ser de 3 o más entre el Distrito Federal y la Zona IV en indicadores tales como atención del parto, consulta a lactantes, egresos hospitalarios y existencia del drenaje.

Los servicios de la APS son muy deficitarios en todo el país en rubros tan importantes como:

- I. *Consulta prenatal.* El promedio nacional es mayor de 50 por ciento y con un valor tan bajo como 38.7 por ciento en la zona IV. La escasa proporción de embarazadas que no reciben consulta prenatal es responsable, en gran parte, de la tasa de mortalidad materna tan elevada en nuestro país, i.e.: 0.8/1,000 nacidos vivos. Se conoce que cuando es mayor a 0.5, la situación no es aceptable.¹²
- II. *Atención del parto.* Menor de 50 por ciento, (48.3), aun cuando en el Distrito Federal es de 82.6 por ciento, en el Sureste sólo llega al 27.1 por ciento. Precisa de un refuerzo muy importante para que se atienda por lo menos al 50 por ciento de las embarazadas en 16 estados de las zonas II y IV y se cumpla con el mínimo de atención a la salud, estipulado en el Programa Nacional de Salud 1984-1988.¹³

III. *Consulta a lactantes.* Resulta a penas de 37.4 por ciento a nivel nacional y con valores tan bajos como 21.4 en la zona IV y 32.9 por ciento en la zona II. La insuficiente atención durante el primer año de vida es un factor contribuyente en la elevada mortalidad infantil registrada en las entidades de estas zonas. La misma consideración puede hacerse extensiva al indicador consulta a preescolares.¹⁴

IV. *DPT a menores de un año.* La proporción de lactantes que reciben la 3a. dosis de DPT es muy baja; a nivel nacional es de 52.6 por ciento con valores tan bajos como 33.1 por ciento en la zona IV. La cobertura guarda una relación inversa lineal con la incidencia de difteria, tosferina y tétanos. Resulta, pues, natural que la tosferina sea tan frecuente en el Sureste y el tétanos en los estados litorales del Pacífico y del Golfo (Veracruz y Tabasco).¹⁵

La estimación de la cobertura con servicios de atención primaria para la salud, informa de una calificación poco menos que mediocre; no tanto por el valor, 64 por ciento como por las diferencias entre las regiones. La cuantificación realizada señala lo que falta por hacer en acciones tan importantes como la consulta prenatal, la atención del parto, las vacunaciones, las consultas médicas y la hospitalización. La deficiencia en saneamiento ambiental es igualmente notoria.

Es evidente que se precisa de mejor gestión en los presupuestos ejercidos y simultáneamente un aumento en la inversión del gasto en salud. Deben privilegiarse los recursos destinados a la atención primaria en los estados de la zona IV y vigilar muy estrechamente la evolución de los indicadores en el futuro inmediato.

REFERENCIAS.

1. KERVASDONE, J. de; KIMBERLEY, J.R. y RODWIN, V.G.: *The end of an illusion, the future health policy in western industrialized nations*. Berkeley. University of California Press. 1984.
2. OPS.: *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Doc. Of. No. 173. Washington. OPS. 1980.
3. OMS.: *Alma Ata 1978: Atención primaria de salud*. Serie Salud para todos, No. 1. Ginebra. 1978.
4. OMS.: *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Serie Salud para Todos No. 4. Ginebra 1981.
5. OMS.: *Measurement and Analysis of National Population Coverage with Primary Health Care*. Documento SHS/85, Rev. 1. 1985.
6. OMS.: *National Assessment on Health Care Coverage and of its effectiveness and efficiency. Report and Main Lessons of a WHO collaborative study*. Preparado por C. Montoya-Aguilar. Editado por J. Calagher. Documento SHS/83, 7. 1983.
7. MONTOYA-AGUILAR, C.: *Cobertura: ¿Cuanto y para quiénes?*. Resumen de la presentación en el 126 Seminario Científico Técnico de la OPS: Cobertura de Servicios de Salud: ¿Causa o Consecuencia de la equidad?. Washington. OPS. Agosto 1986.

8. MORELOS, J.B.: *Diferencias regionales del crecimiento económico y la mortalidad en México, 1940-1960*. Demografía Económica. 7: 280.
9. OMS.: *Development of composite measures of coverage with primary health care*. Document 7854R, Rev. 1. 1985.
10. OMS.: *National trends of coverage of the population with essential health care activities*. Document SHS/85.5, 1985.
11. Cfr. 5.
12. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD, 1984-1988.: *Poder Ejecutivo Federal Síntesis Ejecutiva*. México. 1984.
13. Ibid.
14. INFORMACION ESTADISTICA SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL: *Defunciones de menores de un año por sexo y entidad federativa*. Cuaderno No. 5. México. INEGI-SSA. 1986 pág. 12.
15. *Informe mensual de casos nuevos de enfermedades notificados*. Epidemiología. 1986; 1: (14) 57.

III. PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

JORGE FERNANDEZ DE CASTRO-PEREDO*

Podemos afirmar que los programas de vacunación en la población de nuestro país, los problemas para su ejecución y las estrategias para vencer éstos últimos se iniciaron en épocas tempranas; baste recordar que en la mitad del siglo XIX se realizaron esfuerzos importantes para la propagación del llamado "pus vacunal", brazo a brazo entre los habitantes de las "provincias del interior" y la Ciudad de México, tras de que este recurso preventivo había sido traído al país en 1804, por el insigne médico español Francisco Javier Balmis, en una expedición que recorrió el territorio nacional y siguió a Sudamérica y Filipinas.

Ya en este siglo, con vacuna preparada en el Instituto de Higiene de México, se ejecutarían vastas campañas contra la viruela, cuando todavía la población del país era eminentemente rural (80 por ciento en 1900, 66 en 1930 y 57 en 1950), las que culminaron con la erradicación de este mal en 1951, cuando ocurrió el último caso conocido. Vale la pena mencionar que en las décadas de los años 1920 y 1930 el problema mayor de tales medidas era una resistencia total de la población —principalmente del medio rural— a permitir la inmunización, a cargo de

*Académico numerario. Dirección General de Medicina Preventiva.

brigadas que tenían que ser acompañadas por el ejército, de manera que muchos individuos eran vacunados bajo la coerción de las armas, y que incluso algunos vacunadores perdieron la vida en el cumplimiento de sus tareas. Tal resistencia se ha conservado en comunidades pequeñas y aisladas, sobre todo en el caso de biológicos muy reactogénicos, como el DPT, la vacuna antitifoidea y la antirrábica. Sin embargo, el fenómeno ha disminuido con la difusión a través de medios masivos de comunicación y otros recursos educativos y de administración de servicios; por otra parte, la proporción rural-urbana del país, se ha invertido y para 1980 las cifras respectivas fueron de 33.7 y 66.3 por ciento respectivamente, con influencia favorable a las acciones de salud pública para hacer mayor la conciencia comunitaria.

La incidencia conjunta de las enfermedades prevenibles por vacunación, a través del tiempo, presenta una tendencia descendente, interrumpida por alzas que han afectado en forma desigual, a las entidades federativas del país en distintos años. En el último quinquenio se ha logrado un abatimiento equivalente al 35.4 por ciento en las tasas de morbilidad de los padecimientos inmunoprevenibles en su conjunto.

El comportamiento de la mortalidad por estos rubros es también descendente, pero no puede analizarse más allá de 1982, último año del cual se dispone de datos.

Al examinar el curso epidemiológico de cada una de las enfermedades entre los años de 1981 a 1985, se observa que la morbilidad por poliomielitis se redujo, de una tasa de 0.3 a la de 0.10 por 100 000 habitantes, con un decremento del 36.7 por ciento. Los grupos de edad más afectados son los menores de 3 años con 77.9 por ciento del total de los casos registrados, y de éstos, los de un año, con tasa promedio del 2.4, seguidos por los menores de uno, con 1.9.

Un operativo importante del Programa Nacional de Inmunizaciones, ha sido el de los Días Nacionales de Vacunación. Como recordaremos, el 18 de enero y 15 de marzo de 1986, se llevaron a cabo sendas campañas de vacunación masiva con el fin de inmunizar, en una jornada de 12 horas de trabajo a toda la población menor de 5 años del país, con dos dosis de vacuna antipoliomielítica oral tipo Sabin, independientemente de su estado vacunal previo. Para esta ambiciosa campaña se instalaron más de 80 000 puestos de vacunación en todo el territorio nacional y se obtuvo la más amplia participación de todos los sectores —público, social y privado, incluyendo a las fuerzas armadas—. Es de destacarse la movilización de más de 800 000 voluntarios. Fue una acción sin precedente en los anales de la salud pública nacional en la que se captó a 11 759 875 niños en la primera fecha y 12 459 828 en la se-

gunda, lo que representa una cobertura de más del 90 por ciento en el grupo "blanco". Los resultados, desde el punto de vista epidemiológico son sumamente alentadores, ya que del 16 de marzo de 1986, a la semana 52 del año, sólo se habían registrado 41 casos (contra 101 del año anterior).

Para 1987 se repitió una primera dosis el sábado 24 de enero y la segunda el 28 de marzo, habiéndose tomado todas las medidas organizativas, financieras, logísticas y promocionales que garanticen, hasta donde es posible, un éxito similar al de 1986 y un nuevo paso en firme hacia la consecución del objetivo final: la erradicación de la transmisión autóctona de la poliomielitis en 1990.

La morbilidad por sarampión en el país se abatió, de una tasa de 16.0 en 1981, a 6.8 en 1984, en 1985 se observó un ascenso epidémico a 30.5 (25,416 casos, debido a las bajas coberturas de vacunación en el grupo de mayor susceptibilidad (1 y 2 años) que se obtuvieron en el año anterior.

El grupo de edad más afectado fue el de menores de un año, seguido del de uno a cuatro en el periodo analizado, incrementándose para 1985 los casos en los grupos de 5 a 14 y 15 a 44 años, con tasas de 41.05 y 4.04, respectivamente, lo que representa un alza del 43 por ciento para el conjunto de dichos segmentos de la población, en relación a las cifras de 1984, (datos para el conjunto de la República Mexicana). La mortalidad por este padecimiento es decreciente, con tasas de 14.62 a 10.58 con decremento del 27.6 por ciento.

Con respecto a la lucha contra el sarampión, durante 1986 se hizo especial énfasis en la necesidad de una cobertura eficaz en los niños de 1 y 2 años de edad, particularmente durante la semana intensiva que se llevó a cabo en la última semana de octubre. En cifras redondas se aplicaron durante esta acción 2 500 000 dosis. Las encuestas rápidas posteriores a la misma, revelaron que el nivel de protección con esta vacuna en el grupo que nos interesa se encuentra entre el 70 y el 80 por ciento, que si bien dista todavía del óptimo, si nos permite concebir la expectativa de mantener el sarampión bajo control (en 1984 la cobertura para el grupo de 1 año fue apenas de 20 por ciento), para lo cual habrán de reforzarse y enfocarse debidamente tanto la fase permanente como al intensiva del programa respectivo en 1987.

En el periodo 1981-1985 se registraron en el país únicamente 5 casos de difteria, 1 y 4 respectivamente en los años extremos, todos ellos en menores de 15 años. Los 4 casos de 1985 ocurrieron en Yucatán. Para esta enfermedad existe un subregistro importante de defunciones que ameritarían investigación. El descenso de la mortalidad fue del 62.5 por ciento al reducirse las tasas de 0.08 a 0.03. Durante 1986, se registró una reactivación epidémica del padecimiento, con 27 casos, de los cuales 23 (85 por ciento) ocurrieron en Sinaloa. A últimas fechas se

notificaron dos casos más, uno en Veracruz y otro en Yucatán. En total, se tiene conocimiento de 4 defunciones. Del brote de Sinaloa sólo el 15 por ciento de los casos ocurrió entre preescolares. Una encuesta en la zona afectada de Sinaloa reveló que los índices de protección con 3 dosis de DPT, apenas alcanza al 17 por ciento de la población en edad de recibir este agente inmunizante, en tanto que en Colima, donde actualmente evoluciona un brote de tosferina, la cifra es de 7 por ciento, lo que debe representar un toque de alarma para todo el país, dada la gravedad de los padecimientos evitables con la vacunación DPT y la posibilidad de un repunte epidémico de difteria que puede aparecer en cualquier sitio y tener una magnitud de gran consideración.

En atención al problema de difteria, durante el presente año, se desarrollarán actividades reforzadas de vacunación con DPT en 19 entidades de la República, para lo cual se cuenta con el apoyo de UNICEF-OPS y otras agencias internacionales. Durante los dos días de vacunación antipoliomielítica, en Sinaloa, se ofrecerá el antígeno triple en todos los establecimientos del Sector Salud, en tanto que para la segunda fecha, esta medida se hará extensiva a otros 18 Estados.

La morbilidad por tosferina presenta una reducción del 49.9 por ciento en el último quinquenio, con tasas de 5.73 y 2.87 por 100 000 habitantes en los extremos del período. Los grupos, por edades, más afectados continúan siendo los de menores de 1 año y de 1 a 4, con tasas promedio de 15.9 y 10.2 respectivamente, aunque la incidencia en los mayores de 15 años ha aumentado con respecto a los períodos anteriores.

El tétanos se muestra con una tendencia estacionaria en el período de 1981-1985. El grupo de edad más afectado es el de menores de un año con tasa promedio de 4.9 por 100 000 habitantes; en el resto de la población existe una relación directa entre la incidencia y la edad, ya que se eleva de 0.3 en el grupo de 1 a 4 años hasta 0.6 en los mayores de 65 años.

En 1987 se planea intensificar la vacunación con toxoide tetánico sólo en las mujeres en edad reproductiva de las áreas con mayor incidencia y riesgo, que comprenden los estados del Pacífico Noroeste, sur de Tamaulipas y Veracruz.

Mencionaremos por último que la vacunación BCG se ha mantenido en niveles aceptables, habiéndose incrementado en relación a la meta, de 41 por ciento en 1982, a 71 por ciento en 1983; en 1985, descendió a 55 por ciento. Los logros, por lo que toca a inmunizaciones de menores de 1 año, fueron de 74 por ciento tanto en 1983 como en 1984. Con el propósito de incrementar la cobertura con BCG, a edades tempranas, se ha normado en el actual esquema básico de inmunización la aplicación de este

biológico en el recién nacido o, en su defecto, en el primer contacto del niño con el servicio de salud.

Vale la pena recordar aquí que la mortalidad por formas de diseminación linfohematógena de la tuberculosis han tenido un acusado descenso hasta los últimos años para los que disponemos de estos datos, y que tal declinación es mayor en la población de menos de 15 años que en los adultos, lo que en buena medida puede atribuirse a la vacunación BCG.

IV. MODELO DE ATENCION A LA SALUD DE LA POBLACION ABIERTA

ABDRES G. DE WIT-GREENE*

Los antecedentes históricos constituyen uno de los aspectos más importantes para la planeación de los servicios de salud en cualquier país. En México el modelo de atención a la salud de la población abierta (MASPA) tiene como antecedentes recientes el programa de salud rural, así como el de extensión de la cobertura en las grandes urbes, ambos de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, más conocido como IMSS-COPLAMAR y en los servicios propios de las entidades federativas.

Estas tres experiencias dieron origen al MASPA, el cual constituye la estrategia para ejecutar el Programa Nacional de Salud 1984-1988 para extender los servicios y mejorar su calidad.

El anteproyecto del MASPA fue circulado en las áreas normativas y operativas de la SSA, al igual que en el IMSS, para perfeccionarlo, recogiendo e incorporando las opiniones y sugerencias. Producto de esta consulta, verdaderamente democrática, es el modelo que hoy exponemos.

Determinantes de la estructura y funcionamiento del modelo

MASPA se concibe como una estrategia operativa para cumplir el Programa Nacional de Salud y consolidar el Sistema Nacional de Salud. Las determinantes demográficas, las epidemiológicas así co-

* Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

mo la infraestructura de establecimientos de salud que existía antes de la implantación del modelo en abril de 1985, matizan y conforman su organización y funcionamiento. El MASP se califica como de "tipo intermedio" en el que elementos no profesionales, profesionales y técnicos se conjugan para hacer factible su operación.

El determinante demográfico consiste en que la población mexicana se caracteriza, por una gran dispersión en el medio rural. En 1980, 33.7 por ciento radicaba en ese medio donde había 123 169 localidades, de las cuales 109 860 contaban con menos de 500 habitantes; 8 473 entre 500 y 1 000 y 4 836 entre 1 000 y 2 500; y una alta concentración de población urbana, 51.8 por ciento del total vivía en 300 localidades con más de 15 000 habitantes, algunas de ellas con rango de metrópolis y una de megalópolis. Nuestra población tenía en la fecha señalada 2.5 por ciento de crecimiento anual, lo que hacía que la población se duplicara cada 28 años. La pirámide por edades tenía las siguientes características: un gran porcentaje de niños y jóvenes, un pequeño segmento de senescentes y un modesto número de personas en edad productiva; lo que equivalía a un alto índice de dependencia y por último, un fuerte componente (45 por ciento del total de la población femenina), eran mujeres en edad fértil.

Los determinantes epidemiológicos se resumen en que México posee un perfil de país en despegue; que sin haber eliminado enfermedades propias del subdesarrollo, como son los padecimientos transmisibles y la desnutrición, tiene que enfrentarse a los derivados del desarrollo: enfermedades crónico-degenerativas, del corazón y accidentes y, como consecuencia de la falta de control de su crecimiento demográfico, debe atender la patología vinculada al fenómeno de la reproducción humana.

Los determinantes históricos se relacionan con la gran heterogeneidad de las estructuras heredadas, aproximadamente 15 diferentes, tanto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como la que funciona en el sistema IMSS-COPLAMAR y de los servicios propios de las entidades federativas.

Características

Los antecedentes mencionados hicieron que al modelo se le diera las siguientes características: universalidad, integralidad, accesibilidad, flexibilidad y eficiencia.

Se entiende por *universalidad*, la cobertura total bajo criterios de calidad básica uniforme, empero, está orientada a proteger los grupos más desfavorecidos. La *integralidad* prevé la presencia de servicios de atención médica, salud pública y asistencia social; la primera se conforma con actividades de promoción, protección, restauración y rehabilitación de la salud; el criterio rector es que a la salud y

la enfermedad contribuyen factores físicos, biológicos, psicológicos y sociales; la *accesibilidad* debe atender aspectos geográficos, culturales así como operativos y económicos, la *flexibilidad* se refiere a la versatilidad para adaptarse a las condiciones particulares de las diferentes regiones que integran el país. Y la *eficiencia* se orienta a buscar una organización que permita equilibrar calidad y costos.

El funcionamiento del MASP es descentralizado, ya que en cada entidad federativa se crea un sistema de salud en el que participan las diferentes formas de gobierno; se escalona en dos niveles de atención, buscando autosuficiencia a nivel estatal y se regionaliza, con el propósito de racionalizar la distribución de recursos.

Aspectos conceptuales

Entre las cualidades sobresalientes del MASP se pueden identificar las siguientes: Armoniza experiencias de instituciones con características diversas pero unidas en un propósito común: la protección de la salud de los mexicanos.

Define las bases y modalidades que permitirán corregir las disparidades existentes entre los servicios de asistencia y los de solidaridad social, procurando uniformar la calidad de la atención.

Se convierte en un punto en el que convergen sistemas sustantivos, de regulación y de apoyo, lo cual permite integrar sistemas estatales de salud racionales, eficientes y homogéneos. Constituye una instancia intermedia entre la "profesionalización de la atención médica" y los esquemas de atención sustentados fundamentalmente en personal voluntario.

La atención primaria a la salud y la participación comunitaria constituyen dos estrategias que le dan efectividad.

La organización y funcionamiento de los servicios de salud, en niveles de atención, requiere para su cabal implantación, de una regulación técnica por parte de la Secretaría de Salud en su calidad de autoridad en la materia.

Desarrolla esquemas administrativos correspondientes a la planeación y administración de los servicios estatales de salud, y hace especial énfasis en programación, presupuestación, administración, apoyo logístico, supervisión, evaluación e información básica en salud.

Enmarcado dentro del proceso de descentralización, propone estructuras regionalizadas y escalonadas.

Plantea la estructuración de un adecuado sistema de enseñanza y capacitación continua para el personal de diferentes disciplinas que en él actúan.

Establece con toda precisión, las responsabilidades de los niveles federal, estatal, municipal, jurisdiccional, zonal y local en su operación.

Consolida la coordinación programática y funcional y fortalece aquella que tiende a la integración orgánica o estructural de los sistemas estatales de salud.

Infraestructura del modelo

El primer nivel de atención se inicia con una actividad que no tiene infraestructura física, es realizada por el promotor voluntario cuyas funciones son las de educador, inductor y gestor. Realiza modestas actividades de educación para el cuidado de la salud de las familias que tiene bajo su responsabilidad; las induce a que hagan uso de los servicios que ofrece el MASPA y actúa ante las diferentes instancias gubernamentales para lograr un mejoramiento ambiental. Este personaje labora en comunidades de menos de 500 habitantes.

La casa de salud constituye la estructura física más sencilla del modelo, es adaptable a cualquier espacio que se le brinde, o bien, puede construirse exprofeso. Se ubica en localidades de 500 a 1000 habitantes. La auxiliar de salud que labora en ella cuenta con un manual de operación y un botiquín básico; realiza actividades intra y extramuros de atención a la salud de las personas así como al mejoramiento ambiental. La APS constituye su fórmula de trabajo y participa además en programas de información en salud reforzando los de vigilancia epidemiológica. Recibe un estímulo en numerario o en especie, para garantizar su permanencia, y es supervisada por el nivel jurisdiccional a través de diferentes instancias profesionales.

El promotor voluntario junto con la auxiliar de salud constituyen la parte no profesional del MASPA en este nivel y requieren de capacitación a nivel jurisdiccional, para cumplir sus cometidos.

La unidad auxiliar de salud, pudiera parecer duplicatoria de la casa de salud, ya que se ubica en localidades del mismo rango de población; se distingue de aquella por atender localidades con mayor dispersión geográfica, con un perfil epidemiológico crítico y por que en ella labora personal profesional.

La unidad móvil, terrestre o fluvial, no tiene asignada cobertura fija, consolida y perfecciona las labores del centro de salud rural para población dispersa y concentrada, y visita comunidades muy dispersas y de difícil acceso. la integran elementos profesionales: pasantes de medicina en servicio social o médicos generales, auxiliares de enfermería y pasantes de odontología; posee equipamiento básico y una lista de medicamentos.

El Centro de salud rural para población dispersa, actúa en localidades de 1 000 a 2 500 habitantes, su *modus operandi* es a través de módulos integrados por un pasante de medicina en servicio social, o un médico

general y una auxiliar de enfermería; cada módulo cubre de 5 000 a 8 000 habitantes, posee una serie de normas técnicas en relación a la APS y cuenta con una lista básica de medicamentos. Se realizan labores de vigilancia epidemiológica e información básica en salud y de supervisión de las auxiliares de salud. Los módulos están ubicados en edificios para los cuales hay diseño arquitectónico tipo, norma de equipamiento básico, así como un manual de organización y funcionamiento.

El Centro de salud rural para población concentrada se ubica en localidades de 2 500 a 15 000 habitantes y, al igual que el anterior, tiene una organización modular de trabajo. La cobertura de cada uno de ellos es de 3 000 a 5 000 habitantes. Su fórmula de trabajo es también la atención primaria de la salud.

El Centro de salud urbano se localiza en comunidades de más de 15 000 habitantes; su forma de trabajo es modular y cada uno de ellos atiende 3 000 habitantes.

Tanto los centros de salud rurales como urbanos disponen de uno o varios módulos de trabajo. En el segundo medio el mayor es de 12 lo que equivale a una cobertura máxima de 36 000 personas.

En los centros de salud, rurales o urbanos, actúan promotores de salud no voluntarios, que realizan actividades relacionadas con el mejoramiento ambiental.

La ubicación de los centros de salud en el medio rural disperso y concentrado prevé un lapso de traslado de los pacientes de una hora y, en el medio urbano de media hora.

El segundo nivel se integra con unidades hospitalarias de 30, 60, 120 y 180 camas. Cada una de ellas funciona atendiendo índices de programación, hospitalización y productividad. Se ubican en localidades urbanas y el índice de cobertura que se busca es de 0,8 cama por 1 000 habitantes.

En estas unidades hospitalarias se brindan los servicios de las cuatro especialidades básicas y las cuatro de apoyo; además cuentan con servicios de las subespecialidades de mayor demanda, en función del número de camas y de las necesidades de la población. Se dispone ya de los manuales de organización y funcionamiento que regulan sus servicios terminales, intermedios y generales, a fin de uniformar y modernizar la organización y el quehacer de estas unidades.

Finalmente, cabe subrayar que ya existen normas para que cada tipo de hospital tenga los siguientes instrumentos de apoyo: un patronato, para fortalecer su economía y vinculación con la comunidad, una junta directiva para articular el hospital con las autoridades civiles y sanitarias y por último, un Consejo Técnico Consultivo, apoyado en comités técnicos, para monitorear la calidad y la productividad de los servicios.

La infraestructura descrita constituye un verdadero sistema de servicios de salud; opera a través de un conjunto de normas técnicas y manuales de organización y funcionamiento, y se articula mediante procedimientos de referencia y contrarreferencia.

La atención primaria a la salud se adopta como fórmula de trabajo en el modelo, en atención a dos aspectos fundamentales: para cumplir con el compromiso internacional que México firmó a fin de alcanzar salud para todos en el año 2000; por otra parte, la experiencia mundial es que la atención primaria a la salud constituye la estrategia más viable, tanto en países desarrollados como en desarrollo, para mejorar la calidad de los servicios. En su operación puede utilizarse elementos no profesionales y profesionales. Los primeros en los medios rurales dispersos y los segundos en los rurales concentrados y urbanos. La utilización de elementos no profesionales garantiza la permanencia de los servicios o, lo que es lo mismo, evita su temporalidad.

La atención primaria no es una simple extensión de cobertura de atención médica; forma parte de la estrategia de desarrollo socio-económico de cualquier país, y a este desarrollo debe vincularse; requiere de la aceptabilidad por parte de la comunidad y de la capacidad económica para su implantación; demanda la participación comunitaria para su operación. Esta estrategia está integrada por servicios básicos de salud a las personas para prevenir, restaurar y rehabilitar la salud; y por servicios al ambiente, para impactar los condicionantes y determinantes de la salud y la enfermedad.

Los primeros están integrados por: asistencia materno infantil, incluyendo planificación familiar, inmunizaciones, atención a endemias locales, enfermedades y traumatismos más comunes y actividades de educación para la salud, y los segundos, orientados a promover una nutrición adecuada, dotación de agua potable y saneamiento básico.

La participación comunitaria requiere de la integración de comités de salud elegidos democráticamente, con las siguientes obligaciones: realiza el diagnóstico de salud de la comunidad, elabora el programa anual de trabajo y vigila su cumplimiento.

Conclusión

En conclusión, el MASPAs debe consolidarse en nuestro país como la estrategia para alcanzar salud para todos y fortalecer la fórmula de atención primaria. Este modelo pugna por hacer homogéneos los servicios, en busca de mejorar su calidad y extender la cobertura, mediante dos tácticas bien definidas: incrementar la productividad de las unidades existentes, y construir nuevas unidades en aquellas áreas en que la demanda rebasa la oferta.

V. ATENCION A LA SALUD CON RECURSOS COMUNITARIOS

IGNACIO GUZMAN-GARDUÑO*

Frente al enorme reto que para el Gobierno de la República, el pueblo y las instituciones de salud de nuestro país representa dar cumplimiento cabal al derecho constitucional de todos los mexicanos a ver protegida su salud, no es sino lógico y natural que cuando se habla de la necesidad de extender la cobertura tanto de los servicios básicos como de los programas que a ella se refieren, se haga mención también al imperativo de que, al lado de los esfuerzos gubernamentales y de los que lleven a cabo las instituciones sanitario-asistenciales, se sumen aquellos que la comunidad nacional, en general, está obligada a realizar en el cumplimiento estricto de un deber social, y en el ejercicio perseverante e insustituible de la solidaridad humana que la salud pública requiere.

Con el fin de que ésta pueda ser alcanzada, no basta por tanto tener instituciones que la fomenten y promuevan, recursos financieros y materiales con qué hacerlo, y brazos humanos especializados a través de los cuales se ofrezcan a la población servicios y programas específicos. Es imperativo que cada uno de los integrantes del todo social lleven a cabo, conscientemente, acciones cotidianas que solo a cada uno toca ejecutar en favor de la salud individual y colectiva.

Si se observa bien, es en última instancia la comunidad misma y solamente ella, la que debidamente organizada, orientada, informada y educada por quienes se dedican al estudio y ejercicio de las ciencias de la salud, ha de llevar a cabo de modo constante y permanente entre otras, todas aquellas actividades que conducen a obtener un eficaz cuidado de la salud; a prevenir las enfermedades, los accidentes y las invalideces; a preservar y mejorar la calidad del medio ambiente; a facilitar la más amplia y conveniente utilización de los servicios y recursos existentes, y a contribuir a lograr una mayor extensión y penetración social de los programas operativos.

La prevención de daños a la salud, el control de los riesgos sanitarios, y por tanto la esencia de las acciones concernientes a la medicina preventiva y a la salud pública, están inseparablemente inmersos

* Comisión Interna de Movilización Social para la Salud.

en la calidad de los hábitos, costumbres y actitudes de cada ser humano, de la familia y de la sociedad.

Sin el concurso de la comunidad, los servicios y los programas de salud ni penetran, ni se extienden, ni influyen en el desarrollo y en la elevación de la calidad de vida de quienes la integran.

Es por esto que el proceso de organización participativa de la comunidad es complemento esencial e insustituible de las actividades cotidianas encargadas al personal del primer nivel de atención médica, cuya función primordial es impedir que, mediante el control de los riesgos que la amenazan, se produzcan daños a la salud.

La comunidad es fuente de todos los recursos. De ella surge toda la estructura política, económica y social. Independientemente de que por vía fiscal aporta los medios económicos presupuestales que sustentan la operación de los servicios y programas de salud, genera muchos otros que, convenientemente canalizados a ellos, constituyen apoyos de incalculable valor para extender la cobertura geográfica y poblacional de los mismos. Bien puede decirse que sin la participación comunitaria organizada y permanente, la medicina preventiva y la salud pública, son sólo mito y utopía.

Podríamos citar numerosos ejemplos de lo que el aporte directo de la comunidad puede hacer por la universalización de los servicios y los programas de salud; en esta ocasión sólo mencionaremos algunos. De todos conocidos son los logros obtenidos por la aplicación en nuestro país de la estrategia denominada "Días Nacionales de Vacunación" iniciada a principios de 1986, en que gracias, a una extensa movilización y participación social ha sido posible administrar la vacuna contra la poliomielitis en un solo día para cada una de las dosis, al 95 por ciento de niños menores de 5 años, cuyo número alcanza una cifra cercana a los 12 millones. Para lograr esa cobertura, en esos días participaron con entusiasmo y solidaridad los sectores sociales del país, y con ellos, la comunidad nacional en su conjunto.

Tal participación ha contribuido de modo primordial y definitivo para que esas acciones de salud alcancen los rangos de cobertura que se requieren, y por ende, los éxitos obtenidos. Un grupo selecto de más de 600 mil voluntarios, al lado de los trabajadores de la salud, han efectuado esos días acciones múltiples relacionadas con la obtención de censos de niños menores de 5 años, vacunación de los mismos, el registro que de ella se requiere y la promoción de que ha sido menester en cada uno de los rincones de los asentamientos humanos urbanos y rurales del país.

Han colaborado también produciendo una cantidad muy considerable de mensajes impresos, distribuyendo y colocando estos en toda clase de edificios, inmuebles, establecimientos y lugares de reunión; prestando vehículos de todo tipo, donando

gasolina y otros insumos; actuando como transportistas para el traslado de esos mensajes y de niños, vacuna o vacunadores a puestos de vacunación. Pero por sobre todo ello, han aportado algo que es más valioso aún: su esfuerzo personal, su generoso espíritu de servicio, su solidaridad humana y recursos personales muy diversos que si se valorizaran en dinero, alcanzarían, seguramente, cifras del rango de los cientos de millones de pesos, cuando no, de miles de millones de ellos.

Tal es el caso también del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, en que como contraprestación por los servicios sanitarios que se ofrecen a la población abierta, está además de la de colaborar con acciones que mejoran el autocuidado de su salud y la penetración de los programas, realizar a través de jornadas gratuitas de trabajo, obras diversas de infraestructura sanitaria que mejoran las condiciones ambientales en que se desenvuelven, y que además, permiten edificar, ampliar y conservar unidades médicas por cuyo conducto habrá de extenderse la cobertura de los servicios a un mayor número de habitantes.

Efectos benéficos similares se han obtenido de la participación comunitaria en programas tales como el de lucha contra el paludismo, la fiebre amarilla, el tifo y la viruela; el de servicios rurales cooperativos, el de bienestar social rural, el de desarrollo de la comunidad rural, el de extensión de cobertura a localidades de entre 500 y 2 500 habitantes, el de orientación familiar para el campesino, el de servicio social voluntario en el medio rural, el de alimentación familiar, el de puericultura en áreas marginadas, el de atención a la salud de la población marginada en grandes urbes y otros más que han venido desarrollando paralelamente las diversas instituciones que integran el sector salud.

Un ejemplo promisorio es el que se refiere a las actividades de la Fundación Mexicana para la Salud, que busca obtener aportes económicos de diversos sectores nacionales para aplicarlos al desarrollo de programas específicos de salud.

La extensión de cobertura que indudablemente se consigue con los recursos adicionales que la comunidad nacional otorga a la salud y al beneficio social, se ve también incrementada con la ayuda de muchas otras aportaciones provenientes de la cooperación de la comunidad internacional a través de diversos organismos, entre los que cabe mencionar: la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Fundación Rotaria, la Agencia Internacional para el Desarrollo, el Banco Mundial y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Niñez.

Ante el enorme potencial de recursos que la comunidad atesora y que con generosidad es capaz de dar a las causas nobles de la salud, se hacía neces-

rio que la participación comunitaria quedara programáticamente instaurada como una estrategia instrumental de gran valor para la consolidación del Sistema Nacional de Salud, y para el mejor desarrollo de los 13 programas sustantivos de acción que contempla el Programa Nacional de Salud 1984-1988.

Se hacía necesario también el dar a dicha participación, a través de la legislación sanitaria, un sólido sustento jurídico, y dotarla de una estructura programática propia a través de la cual pudieran fijarse objetivos, metas, estrategias y lineamientos que permitieran su supervisión, evaluación y control. Fue así como surge el Programa Nacional de Organización Participativa de la Comunidad en Salud de la Secretaría de Salud, basándose en los ordenamientos de los artículos 40. y 260. constitucionales; de los artículos 50., 60., 70., 100., 110., 570., 580., 590., y 600., de la Ley General de Salud; de los artículos 440., 450., 460., de la Ley del Sistema Nacional de Asistencia Social; del artículo 200. de la Ley de Planeación; de los artículos 232 y 239 de la Ley del Seguro Social, del artículo 47 del Reglamento en Materia de Prestación de Atención Médica; del capítulo II del Acuerdo de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud a Población Abierta en los Estados; de los artículos 30., y 50. del Decreto de Descentralización de esos mismos servicios a dicha población en las entidades federativas; del capítulo 100. del Plan Nacional de Desarrollo, del capítulo introductorio y del capítulo 8.5 del Programa Nacional de Salud 1984-1988, programa que ya se está llevando a cabo en todas las entidades federativas del país, y cuya realización, será, seguramente, un brazo poderoso para poder ampliar cada vez más la cobertura de los servicios y programas de salud.

Dicho programa, tiene como objetivo organizar y sistematizar la participación comunitaria en la realización de los programas sustantivos de salud y en el fomento a las actividades que conducen a un mejor autocuidado de la misma.

Sus estrategias fundamentales son la selección, reclutamiento y capacitación de grupos de promotores voluntarios en áreas urbanas y rurales que sirvan de liga entre los trabajadores del primer nivel de atención y las comunidades, la realización de acciones de coordinación y apoyo con las dependencias federales, estatales y municipales, la celebración de convenios de concertación de acciones con toda clase de instituciones y organizaciones sociales; la formación de comités permanentes de apoyo a las actividades de la salud en las dependencias públicas federales, paraestatales, estatales y municipales, en las organizaciones sociales públicas o privadas de todos los niveles, y en los asentamientos humanos urbanos y rurales; el estrechamiento de la

coordinación, para la realización del programa, con las instituciones del sector, y el acercamiento en la coordinación intersectorial que impulse su progreso; la estructuración de programas estatales de organización participativa de la comunidad en salud; la designación de responsables de su ejecución en los niveles estatales, jurisdiccionales y en los centros de atención primaria; la difusión del programa a todos los niveles de la estructura de la SSA, hacia las instituciones del sector, los demás sectores y las organizaciones sociales en general, y la introducción en las leyes estatales de salud de los ordenamientos que, respecto a la participación comunitaria, contiene la Ley General de Salud.

Como ejes fundamentales del Programa están los equipos de salud que tienen a su cargo la atención primaria, quienes, dentro del área geográfica que les corresponde deben realizar la selección y el reclutamiento de los grupos de promotores voluntarios que en número mínimo de uno por cada diez familias, o de uno por acera con un coordinador de manzana, son después capacitados por ellos mismos en los 13 programas sustantivos del Programa Nacional de Salud, para posteriormente, planear, controlar y evaluar las actividades sencillas y concretas que en relación con esos mismos programas de acción deben realizar mes con mes en el seno de sus comunidades.

El binomio equipo de salud-promotores voluntarios, resulta ser así factor esencial en la constitución paulatina de comités de salud y subcomités de salud en manzanas, colonias, barrios, rancherías, a través de los cuales pueda obtenerse una mejor difusión y utilización de los servicios y una mayor penetración y extensión de los programas.

Con el propósito de impulsar este Programa, y en apoyo a la extensión de cobertura, el Secretario de Salud, Dr. Guillermo Soberón, dispuso la creación de la Comisión Interna de Movilización Social para la Salud. En dicha comisión, suman esfuerzos convergentes doce direcciones generales; a través de este mecanismo, la Secretaría Técnica de dicha comisión ha ido recopilando los documentos de apoyo que se mencionaron anteriormente, impulsando la concertación de acciones con dependencias y organismos de carácter nacional y con organizaciones sociales del mismo nivel, promoviendo la constitución de comités de salud en las unidades de servicio de las dependencias de la administración pública federal, en los organismos paraestatales y descentralizados y en las instituciones y organizaciones públicas o privadas que tienen un rango nacional. Se ha dedicado también a promover el programa por toda la República, para lo cual, se realizaron 12 reuniones regionales con las 32 entidades federativas, y, posteriormente, 9 reuniones de evaluación con 24 Estados para conocer los avances alcanzados por ellos en el cumplimiento de los compromisos contraídos

y de las estrategias operativas que debieron ponerse en práctica.

De conformidad con el informe de los Estados evaluados y como logros concretos de esta actividad, en seis meses de labores y faltando aun 8 Estados por reportar sus avances, ya existen 24 Estados que estructuraron su programa estatal de organización participativa de la comunidad en salud y que designaron sus responsables estatales y jurisdiccionales. Ya se cuenta con 94 296 promotores voluntarios de los cuales 79 603 corresponden a las áreas urbanas y 14 693 a las áreas rurales. En todas las entidades federativas funciona el subcomité de salud del comité de planeación para el desarrollo estatal.

Se han estructurado ya 244 subcomités de salud municipales; en cada estado se ha hecho la difusión del programa a todos los niveles de la estructura de la SSA y en algunas entidades federativas se ha establecido una excelente coordinación con las demás instituciones del sector para impulsarlo. En una buena parte de los Estados de la República el programa se ha difundido hacia las organizaciones sociales y hacia las instancias gubernamentales, estatales y municipales. Varias de esas entidades han empezado a celebrar convenios de concertación de acciones con las organizaciones sociales de carácter municipal y estatal. La coordinación de acciones con dependencias extrasectoriales es llevada a cabo en mayor o menor grado en todos los Estados.

Existen ya 7 931 comités de salud rurales y 2 879 comités de salud urbanos. En 22 entidades federativas que ya cuentan con leyes estatales de salud, se han incluido las obligaciones normativo-jurídicas que apoyan el desarrollo del programa y, por último, tanto los comités de salud como los promotores voluntarios capacitados activos han estado trabajando en sus comunidades con acciones sencillas, referentes fundamentalmente, a los programas contra las enfermedades infecciosas, inmunoprevenibles o no; saneamiento del medio; planificación familiar; asistencia médica y social; atención materno-infantil; detección oportuna de enfermedades; nutrición y educación para la salud.

Es de importancia hacer mención que a los esfuerzos que la Secretaría de Salud hace en materia de organización y sistematización de la participación comunitaria para ampliar la cobertura de servicios y programas, se unen los que lleva a cabo el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del programa IMSS-COPLAMAR que ya reúne a 65 000 voluntarias y que ha logrado constituir cerca de 11 000 comités de salud en las comunidades rurales. A esto habrá que agregar los logros que seguramente irá obteniendo a través de la realización nacional del programa institucional de fomento a la salud que se ha empezado a poner en práctica. De igual manera puede decirse del Sistema Nacional

para el Desarrollo Integral de la Familia, cuyos logros para la asistencia social son también muy considerables.

Es de pensarse, por cuanto aquí se ha dicho, que las perspectivas del programa de organización participativa de la comunidad en salud, en lo que a lograr la extensión de cobertura se refiere, son en verdad halagadoras, siempre y cuando dicho programa tenga un carácter permanente, sea inmune a los cambios económicos y políticos, y reciba por parte de las instituciones del sector, de la administración pública federal, de los gobiernos de las entidades federativas y de las organizaciones sociales del país, el apoyo vigoroso y el interés vital que merece. No es aventurado decir que por cada peso que se invierte en apoyo al programa de organización participativa de la comunidad en salud, la respuesta comunitaria retribuirá al trabajo sanitario asistencial cientos de millones, y por sobre todos ellos, verdadera salud, bienestar, desarrollo y justicia.

En esta época de severa crisis económica, de recursos presupuestales insuficientes, de altos costos de operación y de constantes cambios sociales, la participación de la comunidad en acciones de extensión de cobertura en apoyo a la salud, es no solamente insoslayable sino absolutamente necesaria. Es más, se estará en lo justo si se afirma que sólo se podrá promover auténtica y verdaderamente la salud de los mexicanos, en la medida en que se tenga la capacidad necesaria para organizar, permanente, consciente, activa y solidariamente su participación en acciones de salud, siempre dentro del marco de su estructura programada y de los cauces jurídicos que la sustentan.

Ante toda esta evidencia, diremos finalmente, que la salud integral y universalizada, no es otra cosa que el fruto maduro y perdurable de la armoniosa unión entre los trabajadores de la salud, los servicios, los programas, y la comunidad activa, informada, consciente, organizada y participativa.

REFERENCIAS

1. GANDRA, D.; LAUREIRO, S.; SILAUA, J. y HEVIA P.: *Salud comunitaria y participación de la comunidad*. Santo Domingo. Impresos de Calidad. 1981.
2. BUSTAMANTE, M. y col.: *La Salud pública en México, 1959-1982*. México. SSA. 1982.
3. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN ESTADOS Y TERRITORIOS. SSA.: *Casas de Salud, Lineamientos generales*. México. 1974.
4. DIRECCIÓN COORDINADORA DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL RURAL. SSA.: *Programa de bienestar social rural*. México, 1958.
5. DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y PRESUPUESTO, SSA.: *Proyecto para la incorporación de las auxiliares de comunidad al Sistema de Servicios de Salud*. México, D.F. Agosto, 1985.

6. SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN, DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y PRESUPUESTO, SSA.: *Marco sectorial de salud, asistencia social, 1980-1982*. 1980.
7. SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN, DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y PRESUPUESTO, SSA.: *Marco sectorial de Salud, asistencia social, 1983-1985*. México. 1982.
8. DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN Y ORGANIZACIÓN, SSA.: *Programa de Atención a la salud a población marginada en grandes urbes*. México. Septiembre, 1980.
9. SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN, DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y PRESUPUESTO, SSA.: *Programa de descentralización de los servicios de salud, modelo de atención a la salud de la población abierta*. México. Abril 1985.
10. PODER EJECUTIVO FEDERAL.: *Plan Nacional de Desarrollo, 1983-1988*. 1ª Ed. México. Secretaría de Programación y Presupuesto. Mayo 1983.
11. PODER EJECUTIVO FEDERAL.: *Programa Nacional de Salud, 1984-1988*. México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Subsecretaría de Planeación. Agosto, 1984.
12. SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN, DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y PRESUPUESTO.: *Lineamientos del Programa de Participación de la Comunidad*. México., Agosto, 1985.
13. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.: *El modelo de atención integral a la salud del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR*. 1ª Ed. México, Jefatura de Publicaciones del IMSS. 1984.
14. SECRETARÍA DE ASENTAMIENTOS HUMANOS Y OBRAS PÚBLICAS.: *Desarrollo urbano: Guía para la participación comunitaria en la desconcentración territorial de la administración pública federal*. México Comisión Editorial de la Subsecretaría de Asentamientos Humanos. Diciembre, 1977.
15. SECRETARÍA DE ASENTAMIENTOS HUMANOS Y OBRAS PÚBLICAS.: *Desarrollo Urbano: Guía para la participación de la comunidad en el proceso de regularización de la tenencia de la tierra*. México. Comisión Editorial de la Subsecretaría de Asentamientos Humanos. Diciembre, 1977.
16. SECRETARÍA DE ASENTAMIENTOS HUMANOS Y OBRAS PÚBLICAS.: *Desarrollo urbano: Guía para la participación de la comunidad en la planeación del desarrollo urbano*. México. Comisión Editorial de la Subsecretaría de Asentamientos Humanos., Diciembre, 1977.
17. SECRETARÍA DE ASENTAMIENTOS HUMANOS Y OBRAS PÚBLICAS.: *Desarrollo urbano: Guía para la organización y participación comunitaria en el mejoramiento de asentamientos irregulares*. México. Comisión Editorial de la Subsecretaría de Asentamientos Humanos. Octubre, 1978.
18. SECRETARÍA DE ASENTAMIENTOS HUMANOS Y OBRAS PÚBLICAS.: *Desarrollo urbano: Guía para la promoción social y organización de grupos*. México. Comisión Editorial de la Subsecretaría de Asentamientos Humanos. Abril, 1977.
19. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. COORDINACIÓN DE PROGRAMAS IMSS-COPLAMAR.: *Organización y funciones del Comité de Salud No. 16*. México. Jefatura de Publicaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. 1984.
20. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA.: *Informes presidenciales, 1981-1985*. México.
21. INEGI, SPP.: *Censo general de población y vivienda, 1980*. México. 1984.
22. CGSNEG, SPP.: *Manual de estadísticas básicas socioeconómicas*. México. 1979.
23. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.: *Documentos sobre medicina comunitaria. Aportes en salud del niño, la familia y la comunidad*. Vol. 1. N°4. México. 1980.
24. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.: *Experiencias innovadoras en la prestación de servicios masivos de salud en América Latina*. México. 1982.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.: *El trabajador primario de salud. Guía de trabajo. Pautas para la capacitación. Pautas para la adaptación*. México. Servicio de Publicaciones y Documentación de la OPS/OMS. 1980.
26. SECRETARÍA DE ASENTAMIENTOS HUMANOS Y OBRAS PÚBLICAS.: *Formación de promotores en desarrollo y participación de la comunidad. Guía para el instructor 1*. México. Comisión Editorial de la Subsecretaría de Asentamientos Humanos. Octubre, 1978.
27. SECRETARÍA DE ASENTAMIENTOS HUMANOS Y OBRAS PÚBLICAS.: *Formación de promotores en desarrollo y participación de la comunidad. Guía para el participante 2*. México. Comisión Editorial de la Subsecretaría de Asentamientos Humanos. Octubre, 1978.
28. COMISIÓN INTERNA DE MOVILIZACIÓN SOCIAL PARA LA SALUD.: *Programa de capacitación y educación continua del personal de salud de primer nivel*. México. Mayo, 1986.
29. SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN, DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y PRESUPUESTO, S.S.A.: *Programa Operativo Anual, 1986*. México. Julio, 1986.
30. SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN, S.S.A.: *Programas interinstitucionales, 1985*. Vol. 1, Proyecto. México. Sector Salud. 1985.

VI. EL PROGRAMA MEXICO-BID

MANUEL RUIZ DE CHAVEZ Y
RODOLFO LARA-PONTE

La reforma sanitaria emprendida por la Secretaría de Salud en 1982, dentro de la estrategia del cambio estructural, tiende a una sociedad más igualitaria. Al efecto, la Secretaría de Salud realiza esfuerzos para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud; en el plano interno obedece a un mandato constitucional y, en el externo, al compromiso adoptado en 1978 por la Organización Mundial de la Salud, en Alma-Ata, de proporcionar salud para todos en el año 2000, a través de la estrategia de Atención Primaria a la Salud, que implica la adopción de un modelo de atención simplificado,

Ambos autores. Subsecretaría de Planeación.

de bajo costo y acorde a la realidad nacional, que opera con métodos científicamente fundamentados y socialmente aceptados, en el cual el enfoque clínico quedó incluido en una concepción del proceso salud-enfermedad.

Conforme a los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, la resolución de los problemas prioritarios y el cumplimiento de los propósitos del Sistema Nacional de Salud, se sustentan en el reforzamiento de las acciones preventivas, el desarrollo de una infraestructura moderna de los servicios y la asignación y uso racional de los recursos.

En el marco de las dificultades económicas, el Gobierno Federal ha mantenido el carácter prioritario de los programas de salud y acompaña dicha definición con importantes recursos presupuestales. Aquí conviene retomar el señalamiento del secretario del ramo en el sentido de que "la crisis no se traduce en moratoria social".

En este orden de ideas, la política de salud no es un ejercicio improvisado. Se toman en cuenta diversos factores que influyen en el rumbo, el tono y el ritmo de los programas de salud, con la visión integral del desarrollo social; es decir, se atiende la premisa de que no puede existir desarrollo sin salud, ni salud sin desarrollo.

De manera específica, cabe recordar que los instrumentos programáticos señalan como problemas importantes la existencia de amplios núcleos sociales sin acceso a servicios permanentes de salud y, por otro lado, la heterogeneidad en los sistemas de atención.

Para resolver esta situación problemática, se realizan múltiples esfuerzos, dentro de los que destaca el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud México-BID, instrumentado por el Gobierno Federal con la colaboración del Banco Interamericano de Desarrollo y que se inserta como proyecto estratégico dentro del Programa Nacional de Salud, en el área de atención médica y en la modalidad de inversión.

A continuación se describe, en forma sucinta, el contenido de este programa:

1. Objetivos

- Ampliar la cobertura de los servicios de salud, con especial énfasis en el primer nivel de atención, en localidades que carezcan de dichos servicios.
- Fortalecer la red hospitalaria en áreas con marcada deficiencia de camas y población de bajos ingresos.
- Contribuir al mejoramiento de la capacidad operativa de los servicios de salud.
- Reforzar la descentralización de los servicios de salud a población abierta.

En su concepción general y por su importancia, este programa se articula a las grandes acciones que realiza la Secretaría para avanzar en el cometido de la protección a la salud. De esta manera sobresale su vinculación al proceso de descentralización de los servicios de salud de la población abierta, constituyendo una contribución del Gobierno Federal para el fortalecimiento y extensión de los servicios; esto significa un importante apoyo a los Estados para avanzar en la ampliación de cobertura que indican las políticas de salud y los compromisos que enfrenta la descentralización.

2. Etapas componentes y metas del programa

Debido a las condiciones económicas del país y a los efectos de los sismos sobre la capacidad instalada, las autoridades financieras, la SSA y el BID, acordaron dividir el programa en dos etapas: la primera se desarrollará en dos años (1987-1988) y la segunda tendrá una duración de cuatro años, a partir de 1989.

Como se ha señalado, el propósito del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud México-BID es ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios. Al efecto, dicho programa se integra por dos componentes: el primero, se refiere a la construcción y equipamiento de nuevas unidades; el segundo, relativo al desarrollo de la capacidad operativa de las unidades existentes y por construir.

En la primera etapa, dentro del componente de construcción y equipamiento, de acuerdo con las necesidades específicas de extensión de cobertura, los esquemas de regionalización y los indicadores del modelo de atención a la salud, se procederá, en las Entidades Federativas, a la construcción de 366 centros de salud con 661 consultorios, 222 rurales para población dispersa, 35 rurales para población concentrada y 109 urbanos, así como 10 unidades hospitalarias con un total de 720 camas, 8 de 60 camas y 2 de 120, para una cobertura estimada de 3.2 millones de personas en el primer nivel de atención y 2 millones de personas en el segundo.

La determinación del número, tipo y ubicación de unidades se realizó de acuerdo a prioridades políticas y criterios técnicos (regionalización operativa, zonas de influencias, isócronas de traslado, áreas sin acceso a servicios, demanda real de servicios, entre otros aspectos); se tomaron en cuenta los objetivos y metas del programa; se contó con la participación de los Servicios Estatales de Salud y los Servicios Coordinados de Salud Pública; de esta manera se conciliaron las necesidades de cobertura, las políticas de la SSA y las opiniones de las autoridades locales.

El programa no se limita a la mera extensión de los servicios; también pretende optimizar la organización y funcionamiento homogéneo de servicios

integrales que aseguren a la población la disponibilidad y acceso a servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente sus necesidades a través del componente de desarrollo de la capacidad operativa y de la demanda, inmerso en el esquema de fortalecimiento institucional que forma parte de los programas normales de la Secretaría.

Este componente abarca cuatro áreas programáticas: Investigación evaluativa de los servicios de salud y la demanda; capacitación de los recursos humanos; supervisión y evaluación; y promoción de la participación comunitaria, cuyo propósito es que el funcionamiento de las unidades existentes y de nueva creación, se realice de acuerdo con las normas técnicas expedidas por la SSA y bajo criterios de eficiencia, y calidad de tal manera que, mediante un sistema de servicios integrales de calidad básica homogénea, contribuya efectiva y rápidamente a resolver los problemas prioritarios de la población y con ello, se eleve el nivel de salud de la comunidad.

Las actividades de las cuatro áreas programáticas son las siguientes:

- a) *Investigación evaluativa:* Identificación de Estados y áreas críticas objeto de estudio; selección del personal participante; diseño y elaboración de protocolos específicos; selección y adiestramiento de servidores públicos estatales, ayudantes de investigador y encuestadores.
- b) *Capacitación de recursos humanos en servicio:* Elaboración de la curricula de cursos; selección de personal; adiestramiento de capacitadores locales y de personal seleccionado.
- c) *Supervisión y evaluación:* Selección de personal; identificación de áreas de acción; elaboración de esquemas de supervisión y evaluación a nivel nacional y estatal; capacitación del personal de supervisión y evaluación; corroboración de la aplicación normativa y de la observancia de los indicadores de rendimiento.
- b) *Promoción de la participación de la comunidad:* Aplicación del modelo de participación comunitaria; depuración de las cuotas de recuperación y mecanismos de contraprestación; asesoría para la organización comunitaria.

Una vez que se concluya satisfactoriamente la primera etapa, y a la luz de los resultados obtenidos, se procederá a negociar con el BID el crédito para financiar la segunda, la cual también tendrá el componente de construcción y equipamiento, así como el de desarrollo de la capacidad operativa.

3. Costo global y modalidades de financiamiento

El costo global del programa en la primera etapa asciende a 76.3 millones de dólares, de los cuales el Gobierno Mexicano aporta el 46 por ciento y el Banco Interamericano de Desarrollo el 54 por ciento restante.

Los recursos se desglosan de la siguiente manera:

- 30 millones de dólares aportados por el BID, con cargo a los recursos del capital interregional del Banco.
- 11.3 millones de dólares, en pesos mexicanos, aportados por el BID, con cargo a los recursos del Fondo para Operaciones Especiales.
- 35 millones de dólares, en pesos mexicanos, aportados por el Gobierno Mexicano.

El contrato de crédito firmado el pasado 22 de julio de 1986 con el Banco Interamericano de Desarrollo para financiar el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud México-BID, por su magnitud, su estructura y su orientación, es una innovación en esta materia:

- Es el primer crédito internacional otorgado al Sector Salud sin que medie como condicionante una situación de emergencia;
- Es el crédito más elevado que otorga el BID en América Latina para financiar programas de salud a población no derecho-habiente;
- Es un empréstito con tasas de interés preferenciales y plazos adecuados que se ajustan a la capacidad de pago del país;
- Es bipartita porque una parte de los recursos del programa es aportada por el BID y el resto por el Gobierno Federal;
- Las inversiones del programa están destinadas a cubrir las necesidades básicas de la población más desprotegida;
- Se destina preferencialmente a áreas marginadas suburbanas y rurales.

4. Organización

La magnitud, importancia y complejidad del programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, México-BID, se ha significado por un arduo proceso de concepción e instrumentación, en el cual participan las Secretarías de Salud, Hacienda y Crédito Público y de Programación y Presupuesto, así como Nacional Financiera, los Servicios Estatales de Salud, los Servicios Coordinados de Salud Pública y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Las estructuras más relevantes en su instrumentación, son:

- Creación, por acuerdo del secretario del ramo, del comité de Instrumentación del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, México-BID, como órgano de dirección estratégica y responsable de coordinar la planeación total del referido programa.

- Constitución de diversos subcomités técnicos que son instancias propositivas de apoyo y asesoría, conformados por personal especializado de las oficinas centrales de la dependencia.
- Establecimiento de la Coordinación Técnica del Programa de Ampliación de Cobertura, encargada de instrumentar las acciones y vigilar el cumplimiento de los compromisos establecidos en el programa.
- Constitución de diversos mecanismos del seguimiento y control físico, financiero y contable del programa.

5. Conclusión

El Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, México-BID es, a la luz de lo hasta expuesto, un instrumento prioritario para consolidar el Sistema Nacional de Salud, a través de la ampliación de cobertura y el mejoramiento de su calidad básica.

El impacto del programa se puede medir desde dos puntos de vista: en términos de cobertura se traduce en una extensión fundamental en la oferta de servicios de salud en el país; en términos de elevación de la calidad de los servicios, implica un esfuerzo científico-técnico de investigación de los servicios, capacitación de recursos humanos, supervisión y evaluación de las unidades; y estímulo a la participación de la comunidad en los programas institucionales de salud.

El volumen de recursos involucrados implica un complicado, escrupuloso y oportuno ejercicio presupuestal; los contenidos del programa requieren de una estrecha coordinación sustantiva, administrativa y técnica.

El cumplimiento de los objetivos del programa constituye un reto y, a la vez, una oportunidad para superar los problemas, es una prueba fehaciente de la voluntad del Gobierno de la República para avanzar en el cumplimiento del mandato constitucional del derecho a la protección de la salud.

Los problemas y rezagos de salud constituyen un agravio a la sociedad igualitaria y un reto a los programas sanitarios. En tiempos de crisis, la carencia de recursos se sustituye con imaginación, eficiencia y responsabilidad. El nivel de salud es, en muchos sentidos, el nivel de bienestar de la población.

VII. COMENTARIOS Y PERSPECTIVAS

RAMÓN ALVAREZ-GUTIÉRREZ*

La extensión de cobertura de los servicios de salud es uno de los propósitos para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, plasmado en nuestra Constitución; extensión que tiene por objeto poner al alcance de todos los habitantes del país los servicios de atención médica, de salud pública y de asistencia social, de manera especial a los grupos más desprotegidos, a los marginados económica y socialmente, tanto del medio rural como del urbano.

Como es natural y de acuerdo con nuestra realidad, en la que se conjugan factores económicos, sociales, culturales, de distribución de la población y epidemiológicos, esta cobertura se va dando en forma progresiva, según las diferentes áreas de la atención de la salud y de los programas respectivos. Así, en las acciones preventivas, entre las que se cuentan la vacunación, la promoción del saneamiento básico y la educación higiénica, la cobertura real alcanza el 95 por ciento o más de la población; en la atención médica, por la índole misma de los recursos que le son necesarios, la cobertura potencial a población abierta alcanza un 87 por ciento, siendo menores las cifras por lo que respecta a la asistencia social.

Esta situación nos obliga a precisar los términos, por lo que al hablar de cobertura convendría agregarle el calificativo del área de que se trate, a fin de evitar interpretaciones inadecuadas.

Los medios a los que la actual administración nacional de salud ha dado impulso de manera primordial para extender la cobertura y cuyo contenido y significado han sido expuestos en esta sesión, son: El modelo de Atención a la Salud, el Programa México-BID, la cobertura por servicios de atención primaria, el Programa Nacional de Vacunación y la atención a la salud con recursos comunitarios.

La variedad de enfoques y de acciones demuestra la complejidad del problema, así como el interés político y técnico de abordarlo y resolverlo en la medida de las posibilidades y del tiempo que transcurre.

El modelo de atención a la salud de la población abierta, responde a la imposibilidad de dotar a cada

*Académico numerario.

Coordinación de Asesores del Secretario, Secretaría de Salud.

congregación rural de edificios y personal profesional de salud, y de instalar en cada porción o colonia de una ciudad servicios de salud completos o integrales; sitios éstos, fundamentalmente los primeros, en los que se acude a la ayuda de voluntarios de comunidad que informan sobre los servicios de salud, inducen su utilización y promueven el mejoramiento del ambiente.

Es por esto que al modelo de atención se incorpora una instancia entre la prestación de servicios con personal profesional o técnico calificado y la atención sustentada en personal voluntario de la comunidad, al que apoya el personal profesional.

El buen éxito previsto del modelo de atención, comprobado en varios lugares, se deriva de haberlo estructurado con base en los principios de universalidad, integralidad, accesibilidad, flexibilidad y eficiencia; unidos a la conformación de escalonamiento adecuadamente relacionado de los niveles de atención: primero, segundo y tercero, dentro de una organización regionalizada y descentralizada; siendo importante enfatizar la definición de las tres prioridades que el modelo considera básicas para su funcionamiento y que son: el fortalecimiento de la atención primaria, la utilización racional de los recursos existentes y la ampliación de la infraestructura según las necesidades.

Cabe comentar la trascendencia que tiene el haber definido el ámbito del primer nivel de atención como un espacio en el que habitan 3 000 personas en el medio urbano, y de 5 000 a 8 000 en el medio rural, a las que se les hace llegar los servicios en forma oportuna, por medio de casas de salud, unidades auxiliares de salud, unidades móviles y centros de salud, considerando la derivación al segundo o al tercer nivel de los pacientes que lo ameritan, con lo cual el cuidado de la salud se hace con mayor efectividad, merced a un buen conocimiento de los problemas y de los recursos, a un control más preciso de los programas y a una mejor identificación e interrelación con las personas a quienes se trata de beneficiar. El segundo nivel lo conforman unidades hospitalarias con las cuatro especialidades básicas.

La prioridad fundamental del modelo, la atención primaria, es de amplia aceptación porque se aviene a la realidad del país y armoniza prácticas conocidas por la mayoría de los trabajadores de salud del país. Su trascendencia estriba en su definición de que el cuidado de la salud debe proporcionarse a un costo accesible a la comunidad y al país; que esta atención forma el núcleo principal o la función central del Sistema Nacional de Salud; que trata, como principio obligado, de vincularse con el desarrollo económico y social de la comunidad; y que no se limita a una mera prestación de servicios, sino que enmarca un proceso de auto-responsabilidad y de auto-determinación de la

población, que tácitamente tiende a la superación social y cultural de ésta.

Dentro de la gama de acciones implícitas en la atención primaria: asistencia materno-infantil, planificación familiar, inmunizaciones, atención de epidemias locales, nutrición, saneamiento básico, educación para la salud y participación de la comunidad.

Hemos visto el interés que tienen las autoridades para erradicar las enfermedades prevenibles para vacunación, así como la mención de las acciones que se han desarrollado y se piensa desarrollar para lograr dicha erradicación. Estimamos la trascendencia de los trabajos presentados, toda vez que se refieren a hechos concretos que benefician la salud individual y colectiva, máxime que es evidente la efectividad de las acciones llevadas a cabo. Tenemos la seguridad que para el año 2000 habremos logrado librarnos del peligro de estas enfermedades, cumpliendo con el compromiso moral establecido con la OMS, y con la responsabilidad que tenemos de proteger a nuestra población.

Cabe enfatizar que en los días nacionales de vacunación se vacunó contra la poliomielitis al 95 por ciento de los niños susceptibles de todo el país; y en la última semana de octubre pasada se vacunó contra el sarampión a 2.6 millones de niños.

La participación activa de la comunidad es necesaria e importante para el adecuado desarrollo de los programas de salud, ya que además de los recursos que se pueden obtener de ella, los cuales fortalecen dichos programas, traducen una mejor educación sanitaria de la población, una actitud positiva hacia el mejoramiento de su salud.

Es claro que dicha participación no se da espontáneamente, amerita un trabajo arduo de los trabajadores de la salud, plena convicción de su importancia y una clara definición de los objetivos que se persiguen y de los medios que se emplean, la participación lograda en los días nacionales de vacunación, que rebasó en mucho las expectativas más optimistas, traduce una promoción acertada; lo mismo puede decirse de la captación de cientos de voluntarios de comunidad que se han incorporado a los servicios de salud en el modelo de atención. Cabe señalar que esta inclinación a participar en obras de beneficio colectivo parece ser inherente a la condición social del individuo; parecer estar latente en la condición humana, esperando un estímulo adecuado para manifestarse en toda su magnitud y trascendencia. La actitud de la población con motivo de los sismos de septiembre de 1985 ratifica esta apreciación.

La segunda prioridad del modelo de atención, la utilización racional de los servicios existentes, condujo, entre 1983 y ahora a rehabilitar 3 792 centros de salud y 275 hospitales del interior del país, y a reorganizar las jurisdicciones sanitarias, redistribu-

yendo los universos de población, todo integrado en el proceso de descentralización.

La tercera prioridad, la ampliación de la infraestructura se ha impulsado de manera racional, de acuerdo con la disponibilidad económica, habiéndose construido en los últimos 3 años, 771 centros de salud y 2 000 camas hospital.

Por eso es importante el préstamo logrado con el Banco Interamericano de Desarrollo, con cuyos fondos se construirán 350 centros y 720 camas hospital, a través de lo cual se ampliará más la cobertura. Con esos fondos se impulsará la investigación, la supervisión, la participación comunitaria y se apoyará a la capacidad instalada. Vale la pena comentar que a más del beneficio directo que se obtendrá para la salud, el préstamo en cuestión ratifica la confianza que se tiene en nuestro país para utilizar racionalmente el dinero y para pagarlo, contradiciendo las críticas de mala fe de que hemos sido objeto en algunas partes del extranjero.

La extensión de la cobertura de los servicios de salud es una estrategia irreversible en nuestro país, porque responde a las necesidades y demandas de la población y traduce acciones concretas y evidentes

para el logro de la justicia social. Impregnada e impulsada por la doctrina de la atención primaria que forma la esencia del cuidado de la salud de la población; integrada a la base del Sistema Nacional de Salud; y ubicada en el ámbito de la descentralización, con todo el contenido político, educativo y cultural que ésta última conlleva, la extensión de la cobertura, tal y como la ha concebido y estructurado la actual administración de la salud en nuestro país, tiene que fortalecerse en el transcurso del tiempo, con las innovaciones, agregados y desagregados que la realidad y la experiencia determinen.

Derivados de un largo proceso histórico para la atención de la salud pública y por ello mismo ligado a muchas facetas del desenvolvimiento del país, estimamos que los servicios ampliados de salud al lograr atender a toda la población con oportunidad y eficiencia, se transformarán en valores culturales de indudable utilidad y aprecio para la comunidad, puesto que se habrán vinculado a su desarrollo económico y social; a la vez que serán factores para alcanzar el bienestar social, objetivo fundamental del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, vigentes.