

308902

5
29

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
ESCUELA DE ADMINISTRACION
CON LOS ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

• LA MERCADOTECNIA EN LOS PROGRAMAS DE
ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD •

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRABAJO QUE COMO RESULTADO DEL SEMINARIO
DE INVESTIGACION PRESENTA COMO TESIS
ADRIANA CABRERA COUTIÑO

PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADA EN ADMINISTRACION

MEXICO, D.F. 1990.

DIRECTOR DE LA TESIS
LIC. GUSTAVO PALAFOX



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	No. Pag. :
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	5
FUNCION DE LA MERCADOTECNIA EN ORGANIZACION NO LUCRATIVAS.	
CAPITULO II	7
ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR SALUD.	
2.1. Antecedentes.	7
2.2. Atención Primaria.	8
2.3. Aplicación de los elementos de la mercado- técnica.	13
2.3.1. Plaza.	13
2.3.2. Servicio.	15
2.3.3. Promoción y Publicidad.	22
CAPITULO III	25
SEGMENTACION.	
3.1. Atención a la Salud de la Población Abierta.	28
3.2. Estructura Operativa de los Servicios.	33
3.3. Funciones del Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta.	41
3.4. Estrategias de extensión de cobertura y de - mejoramiento de la calidad en la atención.	46

CONCLUSIONES	126
BIBLIOGRAFIA	131

308902

5
2ej

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
ESCUELA DE ADMINISTRACION
CON LOS ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

• LA MERCADOTECHIA EN LOS PROGRAMAS DE
ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD •

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRABAJO QUE COMO RESULTADO DEL SEMINARIO
DE INVESTIGACION PRESENTA COMO TESIS

ADRIANA CABRERA COUTIÑO

PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADA EN ADMINISTRACION

MEXICO, D.F. 1990.

DIRECTOR DE LA TESIS
LIC. GUSTAVO PALAFOX

I N D I C E

	No. Pag.:
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	5
FUNCION DE LA MERCADOTECNIA EN ORGANIZACION NO LUCRATIVAS.	
CAPITULO II	7
ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR SALUD.	
2.1. Antecedentes.	7
2.2. Atención Primaria.	8
2.3. Aplicación de los elementos de la mercado- técnica.	13
2.3.1. Plaza.	13
2.3.2. Servicio.	15
2.3.3. Promoción y Publicidad.	22
CAPITULO III	25
SEGMENTACION.	
3.1. Atención a la Salud de la Población Abierta.	28
3.2. Estructura Operativa de los Servicios.	33
3.3. Funciones del Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta.	41
3.4. Estrategias de extensión de cobertura y de - mejoramiento de la calidad en la atención.	46

CAPITULO IV	49
PROGRAMAS ESPECIALES DE LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.	
4.1. Programa de Inmunizaciones.	49
4.1.1. Poliomielitis.	51
4.1.2. Difteria, Tosferina y Tétanos.	53
4.1.3. Sarampión .	54
4.1.4. Tuberculosis.	56
4.1.5. Registro y Control de la Información.	59
4.1.6. Actividades de promoción en los Pro-- gramas de Inmunización.	63
4.1.7. Organización, Supervisión y Evaluación de los Programas de Inmunización.	67
4.2. Programa de Atención Materno Infantil y del - Escolar.	70
4.2.1. Aspectos Operativos del Programa de Atención Materno Infantil y del Esco- lar.	75
4.3. Programa de Prevención y Control del Cáncer - Cérvico Uterino y Mamario.	76
4.3.1. Aspectos Operativos del programa de - Prevención y Control del Cáncer Cérv <u>i</u> - co-Uterino y Mamario.	83
CAPITULO V	86
INVESTIGACION DE CAMPO.	
5.1. Diseño de la muestra.	88

CONCLUSIONES	126
BIBLIOGRAFIA	131

I N T R O D U C C I O N

La medicina ha evolucionado a través de los tiempos hasta alcanzar altos niveles de tecnología biológica debido a que la organización social, política y económica de los países lo ha permitido. En nuestro país esto se ha logrado con resultados satisfactorios llevando a la medicina a instituciones de servicio social, para prestar servicio a través de diferentes organismos, aproximadamente a 40 millones de habitantes y es aquí donde las ciencias modernas han tenido que jugar un papel importante para lograr que los servicios sean oportunos y eficaces.

La tarea no ha sido fácil ya que la problemática tiene que ser influida decisivamente por las técnicas como son las de comunicación de masas, la administración moderna, la mercadotecnia, la estadística, etc.

Influyen en todo este proceso las inestabilidades socio-económicas de la alta demografía y otras variables.

Todo esto afecta con el proceso salud-enfermedad, si consideramos salud como lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Como el equilibrio bio-psico-social del individuo", llegamos a la conclusión que para esto no puede considerarse al individuo aislado exclusivamente, sino como componente de un grupo social, pues obteniendo individuos y

sociedades sanas se reflejan en los resultados económicos, políticos, sociales y culturales del país, responsabilidad de este tipo de instituciones.

En este trabajo se tratará de correlacionar la importancia que tiene la mercadotecnia, la cual definimos como la actividad humana que detecta necesidades para poder satisfacerlas adecuadamente. Aplicando sus técnicas y la instrumentación de las mismas, en empresas de servicio como son las -- unidades hospitalarias.

Es a esta rama del estudio a quien sin discusión tocan cubrir las acciones básicas de servicios colectivos como son las - campañas de vacunación o de orientación higiénica para el - control y erradicación de enfermedades, así como la promo-- ción de obras y acciones comunitarias además de obtener en base a la información que ella ofrece, una mejor organiza-- ción y la mejor utilización de los recursos para obtener re-- sultados eficaces y eficientes en el servicio para el indi-- viduo, la comunidad y para los mismos empleados de estas -- unidades de servicio.

Por lo que cada vez resulta más útil formar en ellas equipos multidisciplinarios que sean capaces de proyectar acciones - técnicamente avanzadas, para el logro de los objetivos mar-- cados. Como son contribuir a mejorar el nivel de salud, - ampliando las coberturas de servicio, hasta asegurar que el

individuo y la comunidad obtengan disponibilidad del servicio y la aceptación de los mismos.

En este proceso trataremos de mostrar y apoyar los beneficios de la aplicación de las técnicas de mercadotecnia, para lograr los resultados descritos anteriormente y que estas instituciones cumplan su cometido para el desarrollo del individuo y de la sociedad en condiciones de salud.

El capítulo I toca la función de la mercadotecnia en las organizaciones no lucrativas al igual que su finalidad e importancia.

El capítulo II habla todo lo referente a la atención primaria a la salud y la definición de las variables de mercadotecnia aplicadas al sector salud.

El capítulo III trata la segmentación su definición y variables al igual que la estructura de la atención a la salud - de la población abierta; la estructura operativa, las funciones y estrategias de extensión de cobertura y mejoramiento de la calidad en la atención.

En el capítulo IV se elaboró un breve tratamiento a los programas especiales de la atención primaria a la salud, se estudiaron sólo aquellos que tienen mayor impacto en la población: Programa de Inmunizaciones el registro y control de la información, las actividades de promoción en los progra-

del mismo modo que la organización, supervisión y evaluación de los mismos. En cuanto a los programas materno infantil y cáncer cérvico uterino y mamario tratamos aspectos operativos.

El capítulo V está dedicado completamente a una investigación de campo enfocada principalmente al programa de inmunizaciones que es el programa que mayor esfuerzo de promoción tiene actualmente, se analizaron diversas condiciones sociales de la población y el impacto de la promoción en la población.

C A P I T U L O I

FUNCIÓN DE LA MERCADOTECNIA EN ORGANIZACIONES NO LUCRATIVAS

La mercadotecnia social tiene sus inicios en 1971 buscando la aceptación de una idea social, tratándose de producir un cambio.

Este cambio puede ser de cuatro tipos:

- Cognoscitivo
- De Acción
- De Conducta
- De Valores

La mercadotecnia social es una integración de las funciones de incentivos, facilitación y comunicación para influir en el comportamiento libre y voluntario de los individuos de la sociedad.

Al trabajar con la mercadotecnia social, se debe comenzar por diseñar una estrategia de cambio social lo cual es la planeación normal de mercadotecnia que se inicia:

- 1.- Definiendo el objetivo del cambio social.
- 2.- Analizando las creencias, actitudes, valores y conducta de la población objetivo.
- 3.- Identificar la población objetivo.
- 4.- Analizar fuerzas competitivas.

- 5.- Investigar los conceptos alternativos que pueden de manera efectiva lograr el cambio.
- 6.- Analizar el canal que logrará la comunicación más efectiva.
- 7.- Crear de una manera formal un plan de acción.
- 8.- Sin olvidar vigilar continuamente los resultados y llevar a cabo acciones correctivas cuando sea necesario.

Para poder considerar como exitosa una campaña de mercadotecnia social debe lograr un buen nivel de adopción y que esta adopción muestre continuidad sin consecuencias negativas importantes a un bajo costo.

Dentro del sector no comercial se debe poner mucha atención a cuatro características importantes antes de aplicar la mercadotecnia social.

- A.- Clientes que representan el problema de asignación de recursos y los donadores el de atraer recursos.
- B.- Objetivos múltiples (no sólo utilidades).
- C.- Servicio.
- D.- Escrutinio Público, las organizaciones no comerciales generalmente proporcionan servicio público necesario y muchas de ellas su existencia es por ley.

C A P I T U L O I I

ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR SALUD

2.1. ANTECEDENTES.

Durante la época de la colonia en América Latina, el cuidado de la salud estaba estructurado de acuerdo al grado de organización social que predominaban en aquellos momentos.

En el caso de las zonas rurales la población hacía uso de la medicina tradicional que estaba constituida por la atención que podían brindar los curanderos a través de hierbas y preparados a los que se les atribuía una carga mágica; si se llegaban a presentar algunas complicaciones acudían a la beneficencia o asistencia pública.

La mayoría de los trabajadores urbanos eran atendidos en hospitales mantenidos por entidades religiosas frecuentemente creadas por herencias legadas exclusivamente con ese fin.

Sin embargo llegó el momento en que estas instituciones empezaron a afrontar diversas dificultades ocasionadas por la constante disminución de las aportaciones privadas que hasta aquel momento eran la base para poder contar con recursos necesarios para mantenerse y -

a los servicios públicos.

B).- Profesionales, clase media, funcionarios en general personas en buena situación económica que formaban parte de la clientela médica particular del sector privado.

Cabe mencionar que este último sector siempre tuvo importante participación en la prestación de servicios de salud, así como en la producción y distribución de productos farmacéuticos con fines comerciales, todo ello dentro del sistema de salud institucionalizado.

Así fue como a partir de la década de 1930 se desarrollaron los mecanismos de solidaridad esencialmente los seguros sociales obligatorios que hoy forman parte de un sector fundamental para la atención médica institucionalizada.

2.2 ATENCION PRIMARIA.

A nivel mundial se ha indicado que la atención primaria es la estrategia principal para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

Con el término de atención primaria de salud nos referimos a la asistencia sanitaria puesta al alcance de -

prestar el servicio.

Esto provocó que el estado interviniera otorgando subsidios indispensables para proporcionar el servicio y mantener en funcionamiento dichas instituciones que se encontraban a un punto de la quiebra.

En la medida en que disminuían las aportaciones a causa de la modificación en el criterio de "donación" el estado fue teniendo mayor participación en la dirección de estas instituciones al igual que aumentaban los subsidios asignados a las mismas.

Así fue como el estado inició paulatinamente el establecimiento de los servicios de salud organizados junto con la red de instituciones de beneficencia privada religiosa.

Ya desde entonces se daba gran importancia a las campañas preventivas contra enfermedades epidémicas desarrollando también servicios ambulatorios y hospitalarios en centros urbanos y áreas rurales.

En cuanto a la clientela estaba dividida en dos grandes grupos:

A).- Indigentes, personas de escasos recursos o individuos afectados de graves enfermedades que asistían

todos los individuos a través de medios que le sean - aceptables, con un costo que la comunidad y el país -- puedan soportar. Todo ello sin olvidar que se requiere de la plena participación de la comunidad.

La atención primaria de salud es un concepto nuevo en evolución sin embargo en su origen se reconocen dos influencias fundamentales:

- 1.- Motivación Política.
- 2.- Reorientación Técnica en materia de atención de salud.

En cuanto a la motivación política hace mención a to-- dos los procesos de desarrollo social y económico; a -- las decisiones de llevar servicios de salud a los grupos desprotegidos. Es de esta forma un avance en cuanto reconoce la relación de salud con el desarrollo social y económico.

El concepto de reorientación técnica que fundamenta el comienzo de la evolución de la atención primaria surge del estudio de las causas últimas de la enfermedad, -- del reconocimiento de factores del medio ambiente físico-social y del comportamiento que son determinantes - de la salud.

Desde este punto de vista la atención primaria incluye

la consideración de factores económicos, sociales, ambientales e institucionales que son determinantes en la salud de los individuos y grupos de población.

El estado actual de la atención primaria en los servicios de salud se ha enfocado al reconocimiento de aspectos tales como definiciones políticas, necesidad de una acción coordinada de organización general, además de una preocupación hacia como se prestará y entregará el servicio, cuales servicios requieren los diferentes grupos de la población; cuales son los agentes apropia dos y como deben estar organizados los prestadores del servicio.

Es fundamental reconocer que las necesidades de los grupos de población son heterogéneas por lo que debe existir flexibilidad en la organización.

Todo ello es un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad que crea en ellos sentido de responsabilidad al igual que un deseo de bienestar.

Las instituciones de salud deben orientar sus objetivos de información a crear condiciones de participación y aprendizaje que permitan a los individuos conocer mejor su realidad e incorporar un desarrollo importante en las motivaciones necesarias para la solución de problemas.

Para la correcta aplicación de la atención primaria es necesario la presencia de varios componentes operativos básicos entre los cuales mencionamos:

- 1.- Participación comunitaria como proceso de auto-transformación de los individuos en función de sus necesidades.
- 2.- Desarrollo de relaciones que permitan a los servicios de salud contribuir a la satisfacción de las necesidades básicas de la población.
- 3.- Desarrollo de trabajo en equipo de profesionales o auxiliares de disciplinas poco ligadas al sector salud, lo cual significa la presencia de una fuerte necesidad de crear programas de acción conjunta.
- 4.- Desarrollo prioritario del primer nivel de atención, la utilización de la tecnología apropiada, la formación y utilización de recursos humanos, la reorientación de servicios según niveles de atención.

Es por todo lo anterior que la atención primaria a la salud es reconocida como una forma de actuar de los servicios para poder obtener la participación y apoyo de la población para lograr y compartir la consecución de objetivos comunes entre los individuos e instituciones.

2.3. APLICACION DE LOS ELEMENTOS DE LA MERCADOTECHNIA.

2.3.1. PLAZA

Es en el primer nivel de atención donde se ejecutan las acciones correspondientes a la atención primaria.

En la actualidad las unidades del primer nivel de atención son las más importantes por la magnitud poblacional a la que se asiste.

Este nivel lo integran:

Centros de Salud Urbanos que agrupan recursos mínimos indispensables y poco complejos, Centros de Salud Rurales para población concentrada y dispersa, Unidades Móviles y Auxiliares de Salud, Casas de Salud, siendo la característica común de todas la obligación de prestar servicios de atención primaria.

Los Centros de Salud Urbanos, se ubican en poblaciones mayores de 15,000 habitantes y se encuentran conformados por equipos multidisciplinarios de salud que otorgan atención integral al individuo, a la familia y a la comunidad.

Este tipo de unidades cuenta con diferentes módulos constituidos por un médico, una enfermera y un pro-

motor de salud.

La atención prestada por estos centros de salud es de carácter ambulatorio y bajo un esquema modular, - cada módulo esta formado por un equipo de salud y un consultorio; cada centro puede tener de 3 a 12 módulos y un área física de influencia.

Para tener una atención más completa y apoyar centros de menor capacidad cuentan con servicios de -- odontología, laboratorio clínico, rayos x, trabajo social.

Lo que se busca es la integración entre el servicio la enseñanza e investigación en este primer nivel - en el cual para alcanzar la eficiencia y eficacia - se requiere de conexiones perfectamente identificadas con el resto de los niveles de las instituciones de servicio para que de esta manera se asegure el acceso al servicio especializado dependiente de la necesidad individual que se presente.

Con esto también se dará solución a problemas que - queden fuera del ámbito de la atención primaria.

2.3.2. SERVICIO.

El servicio de la atención primaria de salud es la parte medular de la atención programada a todos los niveles.

Se respeta y conserva la estructura modular de organización de los equipos de salud (médico, enfermera y promotor de salud) e integra al equipo multidisciplinario del centro a otros profesionales de la salud como son: psicólogos, trabajador social y odontólogos que hasta hace poco no estaban totalmente integrados.

Este servicio modifica la estrategia de abordaje de la población a través de identificar los núcleos domiciliarios (grupos de individuos que viven bajo un mismo techo, independientemente de las relaciones familiares existentes entre ellos) y las necesidades reales de atención que la población tiene bajo una serie de circunstancias que son factores de riesgo que aumentan la susceptibilidad del grupo para la aparición de algún daño y que por ende son los grupos que requieren de mayor atención, desarrollando para ello estrategias de acción que se aplican a través de los programas que integran la atención primaria que tienen como finalidad evitar y modifi-

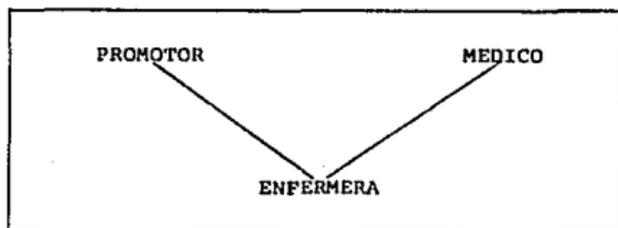
car los factores de riesgo, asegurando la existencia de una atención apropiada y disponible, cuando se presente el problema determinado.

Es decir que una vez identificados los factores de riesgo a los que esta sujeta una población, se procede a la jerarquización de estos en base a su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad para conocer las necesidades de atención de la población.

La atención primaria incluye aquellas acciones propias del primer nivel de atención para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más comunes; sin embargo las rebasa al retomar por una parte, aspectos del segundo nivel que por su grado de complejidad pueden ser resueltos en el primero (manejo de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad, atención del parto de bajo riesgo y manejo de urgencias de primer contacto), y por otro lado aplicar acciones de salud pública de nivel intermedio, es decir, aquellas que se encuentran relacionadas con el medio ambiente domiciliario y familiar, y se basan en la educación de la salud con el fin de lograr que los individuos de la comunidad participen en su autocuidado.

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

PRIMER NIVEL



En lo que se refiere a la adición de nuevos servicios, se hace necesaria una reestructuración del área física para agregar servicios adicionales con los que no se cuenta actualmente (cirugía simplificada, obstetricia, dinámica familiar, atención médica permanente, estomatología simplificada, enfermería), esta reestructuración implica cambios sustanciales en la concepción de los modelos tradicionales que de estos servicios se tiene en la actualidad para favorecer de ésta forma su funcionamiento, integración e interrelación.

NIVELES DE ATENCION MEDICA
(TIPO)

TERCER NIVEL 5%
SEGUNDO NIVEL 10%
PRIMER NIVEL 85%

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
PUBLICA EN EL D.F.
DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD.

En cuanto a los programas preventivos dentro de la atención primaria tenemos:

1.- Enfermedades transmisibles.

- * Enteritis y otras enfermedades transmisibles.
- * Hidratación oral.
- * Infecciones respiratorias agudas.
- * Rabia animal y humana.
- * Transmisión sexual.
- * Lepra y otras dermatosis.
- * Tuberculosis en todas sus formas.
- * Paludismo y dengue.

2.- Enfermedades no transmisibles.

- * Diabetes Mellitus.
- * Hipertensión Arterial.
- * Fiebre Reumática.
- * Cirrosis Hepática.
- * Cáncer Gástrico.

3.- Otros daños a la Salud.

- * Accidentes.
- * Desastres.

4.- Programas de apoyo.

- * Educación para la salud.
- * Nutrición
- * Organización de la comunidad.

- 6.- Mejoramiento ambiental.
- 7.- FAuna nociva.
- 8.- Interinstitucional de Planificación Familiar.
- 9.- Salud Bucal.
- 10.- Atención a la Senectud.
- 11.- Rehabilitación.

De esta forma es como la atención primaria de salud comprende el punto que para este trabajo es de vital importancia la promoción.

Programa de educación y promoción para la salud.

1.- Vigilancia epidemiológica.

- * Enfermedades prevenibles por vacunación poliomielititis, difteria, tosferina, tétanos, sarampión y tuberculosis.
- * Enfermedades de transmisión sexual.
- * Enfermedades propias de la infancia sarampión, varicela, rubeola, escarlatina, etc.
- * Enfermedades del aparato digestivo.
- * Enfermedades del aparato respiratorio.
- * Enfermedades de vigilancia internacional - fiebre amarilla, cólera y peste.
- * Paludismo.
- * Lepra.
- * Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud.
- * Situaciones de emergencia.

2.- Estatal de inmunizaciones.

3.- Días Nacionales de Vacunación Antipoliomielítica.

4.- Fase ampliada de vacunación antisarampión.

5.- Encuestas rápidas de cobertura.

(Poliomielitis y Sarampión)

2.3.3. PROMOCION Y PUBLICIDAD.

El logro efectivo de los objetivos que presenta la atención primaria a la salud requiere del empleo de medios que la comunidad acepte y comprenda, es por ello que los medios de información pueden cooperar en la función educativa aportando información adecuada sobre la salud; las medidas apropiadas para alcanzar, describiendo también los beneficios que esto proporciona.

El desarrollo que han tenido los medios de comunicación desde 1960 hasta nuestros días ha sido sorprendente por lo que el crecimiento del sector ha sido demasiado rápido y favorecedor para todos los ámbitos.

En la mayoría de los países se ha ampliado y mejorado dinámicamente la infraestructura del sector lanzando: diarios, revistas, estableciendo imprentas, creando estaciones de radio y televisión.

Al mismo tiempo que la salud se ha convertido en un fenómeno social determinante cultural, social y económico por lo que ambas partes han llegado a un punto tal en el que deben establecer mutua dependencia. Actualmente sin los medios de comunicación el sector salud no puede mantener informado al público sobre

las cuestiones sanitarias, ni estimular el proceso de participación de la comunidad.

Todo ello sin olvidar que los medios de comunicación son fuente de experiencia que se requiere para asegurar el éxito de las campañas efectuadas por el sector salud a gran escala para transmitir a grandes audiencias información sobre los programas de promoción para la salud.

Podemos decir que sin un buen apoyo de las ciencias de la comunicación no se podrá cumplir de forma adecuada con el principio básico de elevar el nivel de salud de la población, procurando tender a la plena cobertura de los servicios de salud con la calidad de los mismos.

Es entonces aquí donde entra la aplicación de la mercadotecnia en el modelo de la atención primaria por que busca aumentar o generar la aceptación de una idea, práctica en el grupo de individuos que conforman el grupo meta, la finalidad es provocar un cambio importante en creencias, acciones y conductas lo cual se puede lograr a través de la promoción definiendo esta como "incentivos a corto plazo para estimular la aceptación voluntaria de una idea, conducta o servicios". (*)

- PHILIP KOTLER, Dirección de Mercadotecnia.
Análisis, Planeación y Control. 4a. edición.
Editorial Diana.

C A P I T U L O I I I

SEGMENTACION

Actualmente las organizaciones han reconocido que es imposible brindar un servicio adecuado a toda la población y es de esta idea donde nace la necesidad de segmentar nuestra población ya sea para brindarle un servicio como es el caso de los Programas de Atención Primaria a la Salud, o para localizar nuestro mercado meta en el caso de una empresa comercial.

Segmentar es dividir en grupos significativos de clientes tanto de un servicio como de un producto. Es de esta manera como podemos reconocer el grupo de la población con el que vamos a trabajar, entre mejor realizada esta nuestra segmentación podremos llevar a cabo y desarrollar nuestras actividades del ciclo de mercadotecnia y definir en el caso de los Programas de Salud nuestra población objetivo, la cual se define como el grupo de individuos hacia el cual se dirigen las acciones de un determinado programa.

Las variables principales a considerar al efectuar una segmentación son:

- Socioeconómicas. Comprenden aspectos tales como: sexo, edad, nivel de ingresos, religión, nacionalidad, tamaño de la familia, educación, ocupación, entre otros.

- * Geográficos. En este caso nos referimos a región, extensión municipal, tamaño de la población, urbanización, densidad, clima, etc.
- * Personalidad del cliente. Gregarismo, autonomía, conservadurismo, autoritarismo, liderazgo, ambición.
- * Actitud o comportamiento del cliente.

Una adecuada segmentación tiene diversos beneficios como -- son el encontrarnos en una mejor posición para descubrir -- las oportunidades, tomar mejores decisiones, al igual que -- podemos conocer las respuestas que presentará la población a las actividades que realizamos o el grado de respuesta -- que tenemos, pero quizá algo muy importante es el hecho de que tenemos la facilidad de realizar ajustes para mejorar -- nuestros resultados.

° Pero para que nuestra segmentación sea efectiva requiere de tres requisitos muy importantes que son:

1.- Commensurabilidad.

Se puede definir como el grado en que existe o puede obtenerse información acerca de las características de -- nuestra población.

2.- Accesibilidad.

Habla del hecho de que si hemos logrado una segmenta--- ción efectiva sabremos como llegar a nuestra población

objetivo a través de la labor de mercadotecnia.

3.- Magnitud.

Se refiere a que se debe justificar la atención que se brinda a un sector, que tan amplio es y si esa amplitud vale la pena como para aplicar en ella las actividades de mercadotecnia.

En el caso específico de los Programas de Atención Primaria a la Salud que es la materia principal de este trabajo la población blanco u objetivo se define con el nombre de POBLACION ABIERTA.

Que es aquella población que vive en una entidad y que no es derecho-habiente de las instituciones de servicio social como puede ser: IMSS, ISSSTE, etc.

La población abierta se divide en dos grandes grupos que son:

- a). La población que tiene posibilidades de pagar un servicio médico privado.
- b). La población que no tiene esa posibilidad.

Es el segundo grupo el que se toma en consideración como población objetivo para recibir los servicios de organismos como el IMSS-SOLIDARIDAD que presta servicio únicamente en zonas rurales a diferencia de la Secretaría de Salud que --

atiende en tres niveles: urbano, semirural y rural.

La población abierta corresponde al 33% de la población rural.

Es por ello que para lograr la plena cobertura de esta población y para que puedan contar con el acceso a los servicios de salud que se creó el MODELO DE ATENCION A LA SALUD DE LA POBLACION ABIERTA del cual se desprenden los Programas de Atención Primaria a la Salud, en los cuales se establecen las disposiciones en cuanto a la definición del servicio a recibir, a que poblaciones va dirigido, etc., aspectos que tratamos de una forma más amplia a continuación.

3.1. ATENCION A LA SALUD DE LA POBLACION ABIERTA.

El modelo de atención a la salud de la población --- abierta, tiene como propósito básico, el proteger la salud de todos los mexicanos, lo anterior se pretende realizar a través de tres acciones básicas que son:

- Uniformar la prestación de los servicios.
- Mejorar la calidad de los mismos.
- Extender la cobertura de atención.

Constituye una instancia intermedia entre la profesionalización de la atención médica y los esquemas de -- atención a través de personal voluntario, permite integrar sistemas estatales de salud, eficientes y homogéneos, contempla el fortalecimiento de la atención -- primaria para proveer a toda la población de servicios básicos de salud, dirigidos al individuo, la comunidad y su ambiente hace énfasis en programación e información básica en salud.

Propone estructurar regionalizadas y escalonadas, plantea la estructuración de un adecuado sistema de enseñanza y la capacitación continua de los diferentes -- personajes que en él interactúan, tanto institucionales como voluntarios.

Es en sí, la alternativa para brindar a toda la población una atención a la salud de acuerdo a sus necesidades.

Los antecedentes históricos del modelo de atención a la salud de la población abierta, inician en la década de los sesentas.

En 1973 se hicieron reformas a la ley del Seguro Social, en donde se fijaron los fundamentos para integrar a los grupos no derechohabientes que se benefi--

ciarían con la prestación de servicios de salud a través del mecanismo de solidaridad social.

En 1975 la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, implantó el programa de extensión de cobertura y el programa comunitario rural para la atención de la salud de comunidades de 500 a 2,500 habitantes, en donde un auxiliar de la comunidad adiestrado, participaba en prestación de primeros auxilios, en la aplicación de vacunas y en la promoción de la salud. La atención médica era otorgada por médicos pasantes adscritos a centros de salud.

El 17 de enero del mismo año, se creó la coordinación general del Plan Nacional de zonas deprimidas y grupos marginados de la Presidencia de la República, - - IMSS - COPLAMAR, para establecer y operar el Programa de Solidaridad Social por cooperación comunitaria, -- los costos de inversión y de operación fueron cubiertos por el gobierno federal, a COPLAMAR le correspondió la gestión para la obtención de los recursos necesarios y al IMSS administrar y contabilizar los fondos así como proporcionar servicios de atención primaria, hospitalización, promoción de la salud.

En 1981 la Secretaría de Salubridad y Asistencia, delineó y desarrolló un programa de extensión de cobertu-

ra al medio-urbano, con el nombre de Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en grandes urbes, enfocado a los cuidados primarios de salud.

Es en 1985 cuando surgió el Modelo de Atención a la Salud de la población abierta teniendo como referencias inmediatas, las experiencias del Programa de Salud Rural y el de Extensión de Cobertura en las grandes urbes, de manera paralela y dentro del marco de los servicios de salud del IMSS, el programa conocido como IMSS-COPLAMAR, y los servicios propios a nivel de las entidades federativas.

Las características del modelo de atención a la salud de la población abierta en base al Programa Nacional de Salud se definen de la siguiente manera:

UNIVERSALIDAD.

Los servicios deben brindarse bajo criterios de calidad y en forma uniforme a toda la población, especialmente a los grupos más desfavorecidos.

INTEGRALIDAD.

Contempla tres acciones fundamentales: Atención Médica, Salud Pública y Asistencia Social; las cuales están dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente, sus actividades están encamina--

das a la promoción, protección, restauración y rehabilitación de la salud. La salud y la enfermedad están sujetas a factores físicos, biológicos, psicológicos y sociales, por lo que el modelo contempla el fortalecimiento de mecanismos de coordinación intersectorial que propicien el desarrollo armónico y compatible de las acciones relacionadas con los factores socioeconómicos, y culturales que condicionan el estado general de salud de la población.

ACCESIBILIDAD.

Se deben considerar los criterios geográficos, demográficos, epidemiológicos, sanitarios, económicos, étnicos y culturales, con el fin de garantizar la disponibilidad de servicios de salud, en el lugar donde los demande y requiera la comunidad.

FLEXIBILIDAD.

Deben considerarse mecanismos específicos para atender a grupos prioritarios y resolver problemas de salud de carácter local o regional, el modelo deberá adaptarse a cada entidad federativa considerando sus características propias.

GRATUIDAD.

Indica que los servicios de salud se otorgarán en -

forma gratuita, quedando exentos los usuarios del pago de cuotas de recuperación, pero considerando formas de contraprestación para cumplir con los principios de solidaridad social, así mismo indica que los medicamentos se otorgarán gratuitamente.

EFICIENCIA.

Busca mejorar la calidad de los servicios al menor costo posible, utilizando en forma óptima los recursos para la salud, los cuales deben estar de acuerdo a la complejidad de los problemas de salud.

3.2. ESTRUCTURA OPERATIVA DE LOS SERVICIOS.

La distribución geográfica de la población, ha influido sensiblemente en el desarrollo desequilibrado de la economía y por consiguiente en la salud. A los factores de concentración urbana y de dispersión rural, hay que añadir las difíciles condiciones geográficas del país y la persistencia de problemas de comunicación de algunas regiones, que dificultan de manera importante la accesibilidad a los servicios de salud.

Lo anterior ha limitado la extensión de los servicios de salud, lo que se pone de manifiesto en una desigual distribución de los mismos, así como, en una inciden--

cia relativamente alta, la morbilidad y mortalidad en ciertos grupos poblacionales.

Por todo lo anterior y siguiendo las políticas nacionales de modernización administrativa, el Programa Nacional de Salud a través del modelo de atención a la salud a la población abierta, especifica claramente - la necesidad de:

- Establecer la homogeneidad de los servicios de sa lud, lo que se traduce en cambios igualitarios en cuanto a la prestación de los servicios de salud.
- Atención a la salud a través de niveles de aten-- ción bien identificados, mismos que deben de dar respuesta a las necesidades de atención de la po blación abierta.
- Una organización y funcionamiento de las unidades uniforme, de manera tal, que las funciones, pro-- gramas y servicios que se brinden sean cuantifica dos y de la misma calidad.
- Establecimiento de una red de servicios a nivel - jurisdiccional estatal y nacional, que asegure a la población una atención a su salud completa, - buscando en todo momento la optimización de lõs - recursos para la salud, para lo cual se propone -

una regionalización operativa.

- Atención a la salud de la población abierta a tr
vés de una sola dependencia, la Secretaría de Salud.
- Aprovechar óptimamente la capacidad actual insta-
lada, a través de mecanismos eficientes de refe--
rencia y contrareferencia de pacientes entre los
distintos niveles de atención.
- Construir nuevas unidades de primer nivel, confor-
me la normatividad técnica y que determine la Se-
cretaría de Salud.
- Utilizar en la construcción de las unidades, mate-
riales propios de la región y mediante técnicas -
tradicionales, buscando en todo momento la parti-
cipación comunitaria.
- Construir laboratorios regionales de salud pública
en apoyo de las actividades de vigilancia epidemio
lógica.

De esta forma se estructuran los servicios de salud en
tres niveles de atención, mismos que representan ins--
tancias operativas y funcionales, cuyas acciones de sa
lud le dan un carácter de integralidad a la atención a
la salud.

Las unidades del primer y segundo nivel garantizan la prestación de servicios en cantidad, calidad y oportunidad acordes con las necesidades y demandas de la población, cada unidad de salud de los dos niveles de atención, tienen precisada una cobertura de atención y su localización se ha definido bajo los siguientes criterios:

- Número de habitantes de la localidad.
- Grado de dispersión o concentración geográfica, así como densidad de la población.
- Movimientos migratorios.
- Condiciones socio-culturales.
- Disponibilidad de medios y vías de comunicación.

El primero adquiere tres modalidades generales, determinadas por características geográficas y demográficas, así tenemos:

1.- Medio Rural disperso, caracterizado por:

- * Dispersión geográfica de las localidades.
- * Poblaciones con menos de 2,500 habitantes.

A estas localidades se les da servicio a través de cuatro unidades, que son:

A.- Casa de Salud la cual:

- * Cubre localidades de 500 a 1,000 habitantes.

B.- Unidad auxiliar de salud la cual:

- * Cubre localidades de 500 a 1,000 habitantes, - con difícil acceso y un panorama epidemiológico crítico.

C.- Unidad Móvil:

- * Adscrita a la Jurisdicción Sanitaria o a Centro de Salud estratégicamente ubicado.
- * Atiende localidades dispersas sin servicios propios de salud y de difícil acceso.

D.- Centro de Salud Rural para población dispersa, este centro de salud:

- * Se ubica en localidades de 1,000 a 2,500 habitantes.
- * Su operación esta a cargo de un médico general o en servicio social y un auxiliar de enfermería.

II.- Medio Rural concentrado, caracterizado por:

- * Localidades rurales con cierto grado de concentración.
- * Poblaciones de 2,500 a menos de 15,000 habitantes.

A estas localidades se les da servicio a través de una unidad:

E.- Centro de Salud Rural para población concentrada el cual:

- * Cubre localidades de más de 2,500 y menos de 15,000 habitantes.
- * Su operación está a cargo de uno o tres equipos de salud (médico y un auxiliar) con una cobertura de 5,000 habitantes en promedio por equipo.
- * Estas unidades cuentan con un pasante de odontología.

III.- Medio Urbano, se caracteriza por:

- * Localidades de más de 15,000 habitantes.
- * Adecuadas vías de comunicación.

F.- Centro de Salud Urbano.

- * Se ubica en localidades de más de 15,000 habitantes.
- * Operación a cargo de tres a doce equipos de sa lud.
- * Servicio de estomatología.
- * Incluye laboratorio de análisis clínicos.
- * Servicios de salud mental.

En los medios rurales dispersos el responsable de las localidades es un auxiliar de salud, el cual realiza acciones de atención a la salud a través de mejora-- miento del ambiente, educación para la salud y aten-- ción médica básica, esto en las casas de salud.

En las unidades auxiliares el responsable es un médico en servicio social o técnico en salud.

En la unidad móvil el recurso humano esta integrado -- por un médico en servicio social, un auxiliar de enfermería, un odontólogo y un promotor o conductor.

En todos los casos antes mencionados los servicios que se prestan se encaminan hacia la atención integral de la salud.

Entre las reformas estructurales operativas más significativas que contiene el modelo de atención, se encuentra la formación de módulos de salud, mismos que están constituidos por un consultorio, un equipo de salud y el área de influencia que dicho personal cubre.

Con el establecimiento de estos módulos se pretende -- uniformar la atención a la salud de la población, al definir una cobertura específica, ubicada en un área determinada y a la cual deberá asegurarse una atención integral, mediante la programación y priorización de las acciones.

Las unidades del primer nivel junto con las del segundo, forman parte de la red de unidades de salud, que es la base para la reordenación de la infraestructura, misma que deberá adecuarse estatalmente a través de es

tudios de campo específicos.

la red de servicios esta ordenada en base al grado creciente de complejidad en función a los servicios que otorgan y los recursos con que cuentan, éstas unidades se vinculan estrechamente a través de mecanismos de coordinación y apoyo. ■

La atención a la salud de la población en el segundo nivel se pretende realizar a través de:

- 1.- Hospital de 30 camas.
- 2.- Hospital General de 60 camas, se localiza en ciudades de 20,000 a 50,000 habitantes.
- 3.- Hospital General de 120 camas, se ubica en localidades hasta de 100,000 habitantes.
- 4.- Hospital General de 180 camas, se localiza en las grandes ciudades con población mayor a los - - - 100,000 habitantes.

La operación en todos los casos será de 365 y 232 días al año de hospitalización y consulta externa respectivamente variando el tiempo promedio de estancia según sea el caso.

Estas unidades otorgan servicios de atención ambulatoria y de hospitalización en función a la demanda. El hospital debe ser una unidad que funcione con adecua--

dos índices de rendimiento, ocupación y costo, por lo que para el dimensionamiento de su capacidad resolutive va, deberá considerarse la demanda y número de unidades bajo su área de influencia, el grado de disper- sión y accesibilidad, así como el diagnóstico de salud de las diferentes unidades del primer nivel, que in- fluye de manera determinante en la programación de -- sus actividades.

3.3. FUNCIONES DEL MODELO DE ATENCION A LA SALUD DE LA PO- BLACION ABIERTA.

De acuerdo con los propósitos y objetivos del sistema nacional de salud, y por ende del programa nacional - de salud, el modelo de atención contempla varias fun- ciones, de las cuales hay tres básicas.

La primera consiste en:

- Descentralización de los servicios de salud a tra vés de mecanismos y procedimientos acordes con la redistribución de competencias entre los tres ni- veles de gobierno y con la integración orgánica - de los servicios estatales de salud para la pobla ción abierta.

- Regionalizar los servicios de salud, de tal forma que se aproveche la capacidad actual instalada, con el fin de asegurar a la población una atención a su salud de acuerdo a sus necesidades y en el lugar donde se requiera del servicio.
- Llevar a cabo el escalonamiento por niveles de atención, presupone una correspondencia natural entre la complejidad de una determinada situación de salud con la de los métodos y recursos necesarios para su atención; conlleva a la referencia de pacientes, así como de casos y problemas relacionados con la vigilancia epidemiológica y la regulación sanitaria, lo que demanda una relación entre los diferentes niveles administrativos y operativos.

La segunda función básica consiste en fortalecer la atención primaria como fórmula para proveer a toda la población de servicios básicos de salud individual y comunitaria. Para dar cumplimiento a ésta función, es importante realizar las siguientes actividades:

- Impulsar y fortalecer la realización de acciones preventivas, educativas y asistenciales, con base en programas específicos que respondan a las necesidades locales y regionales.

- Promover y fomentar la participación de la comunidad en la operación de los servicios y en el autocuidado de la salud.
- Mejorar y apoyar el sistema nacional de regulación y fomento sanitarios.
- Promover el desarrollo de la investigación clínica, epidemiológica y operativa.
- Formular e implantar la normatividad técnica que oriente y regule la prestación de los servicios y que determine los criterios y procedimientos que deberán seguir los responsables de su desarrollo.
- Fortalecer los mecanismos de coordinación intersectorial que permitan reforzar y complementar las acciones de salud, al incidir sobre los factores socio-económicos, culturales y ambientales que condicionan el estado de salud de la población.

La tercera es asegurar la atención equilibrada de las diversas regiones del país a través de la utilización racional de los recursos existentes y del desarrollo de la infraestructura de servicios, estas funciones se agrupan en dos aspectos fundamentales:

El primero vinculado con el uso y aprovechamiento racional de la infraestructura, a través de la reorganización funcional y operativa de las unidades existentes, como de su fortalecimiento. Para dar cumplimiento a éste primer aspecto se determinó:

- Formular e instrumentar un programa de desarrollo y productividad del personal profesional y técnico.
- Continuar las acciones de rehabilitación y remodelación de las unidades de salud, así como asegurar la complementación de su equipo básico.
- Instrumentar mecanismos y procedimientos eficaces de abasto y suministro de insumos que garanticen la operación de las unidades.
- Aprovechar óptimamente la capacidad instalada a través de mecanismos eficientes de referencia de pacientes y problemas entre los niveles de atención.
- Definir y desarrollar criterios y mecanismos para la subrogación interinstitucional e intrasectorial, conforme a la norma que establezca la Secretaría de Salud y a los convenios que al efecto realicen las instituciones participantes.

- Diseñar el sistema y las bases para la instrumentación del servicio civil de la carrera.
- Racionalizar las estructuras y desarrollar modelos de organización homogéneos para la administración de los servicios, en lo que se refiere a programación, presupuestación, información, evaluación y supervisión en todos los niveles.

El segundo aspecto está relacionado con la ampliación de la infraestructura, para lo cual se contemplan las siguientes funciones:

- Construir unidades de primer nivel para atender prioritariamente las áreas urbanas marginadas, rurales concentradas y rurales dispersas, con el objeto de cooperar para su plena cobertura.
- Estimular a la comunidad para que participe decididamente en la construcción de las unidades de primer nivel.
- Concluir las construcciones y equipamiento suspendidos en administraciones anteriores.
- Apoyar las acciones de vigilancia epidemiológica y de regulación sanitaria a través de la construcción de laboratorios de salud pública.

3.4. ESTRATEGIAS DE EXTENSION DE COBERTURA Y DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION.

Proporcionar servicios de atención a la salud a toda la población, es uno de los propósitos del modelo de atención a la salud de la población abierta (MAPSA), a partir del cual y con base a las estrategias que plantea, se hace patente la necesidad de extender la cobertura de atención de los servicios de salud.

Lo anterior significa ofrecer una respuesta real a las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad en su entorno biológico y social, que garantice la prestación de los servicios en la medida de la complejidad del problema que se presente, es decir, adecuar el tiempo, espacio y características sociales al concepto de atención primaria como estrategia universal para el logro de la cobertura total.

La extensión de la cobertura se realiza a través de tres grandes acciones que son:

- 1.- Planeación de los servicios de salud, definición de los universos institucionales y la identificación precisa de las necesidades de salud.

La definición de universos institucionales incluye:

- * Atención a la salud de la población abierta por una sola institución, la Secretaría de Salud.
- * Definición de cobertura por cada unidad de salud tanto de primer como del segundo nivel.

La identificación de necesidades se busca a través del reconocimiento preciso de municipios, localidades y grupos étnicos que carecen de salud.

Al igual que la construcción de nuevas unidades, garantizar su abasto y suministro, aprovechar la capacidad instalada, aumentar la productividad actual en las unidades, motivar la participación comunitaria.

En cuanto a la planeación de los servicios incluye, descentralización de los servicios de salud, realización de estudios de regionalización, elaboración de normas y procedimientos para la operación de los servicios.

2.- Se propone la formación, reclutamiento y capacitación de recursos, la adecuación de horarios según la demanda, diseño de sistemas de control, la integración con otros sectores.

3.- Por otro lado, la cobertura se pretende extender a través de acciones directas e indirectas:

Directas:

- * Atención al individuo, familia y comunidad a través de consulta externa.
- * Inmunizaciones a grupos vulnerables.
- * Vigilancia epidemiológica y control de casos.

Indirectas:

- * Aplicación de leyes y reglamentos para la salud.
- * Iodación de la sal para consumo humano.
- * Fluoración del agua potable.
- * Programas de lucha contra vectores.
- * Control de fauna nociva.
- * Control Sanitario.

La prestación de servicios de atención médica, deben ser de calidad, al dar a los servicios una mayor efi cacia, efectividad y eficiencia, lo que se traduce en el cumplimiento cabal de los programas, un óptimo resultado en cuanto al impacto real de los programas y una mayor productividad por cada recurso invertido.

C A P I T U L O IV

PROGRAMAS ESPECIALES DE LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

4.1. PROGRAMA DE INMUNIZACIONES.

Una de las principales acciones en materia de Medicina Preventiva realizadas por la Dirección General de Servicios de Salud en el Distrito Federal, ha sido - la protección específica a la población, mediante va cunas; es por ello que esta Dirección tiene implementado un Programa denominado: Atención Preventiva y Subprograma de Control de Enfermedades Prevenibles - por Vacunación, y que se ejecutan en cada una de las unidades permanentemente.

El objetivo principal es el de disminuir la morbimor talidad por padecimientos tales como: poliomielitis, sarampión, difteria, tosferina, tétanos y tuberculosis en forma prioritaria, así como también tifoidea, rabia humana, fiebre amarilla y cólera de acuerdo a la demanda del servicio.

Además de la vacunación permanente, año con año se - realiza una intensificación de las acciones a las --

que se denominan Fases Intensivas, específicamente para poliomielitis y sarampión; la primera a partir de 1988, se le ha denominado " Días Nacionales de Vacunación " y se realiza en enero y marzo y a partir de -- 1989 en febrero y abril con un día de duración; la segunda se le ha denominado Fase Ampliada de Vacunación y se lleva a cabo durante el mes de octubre.

Las unidades operativas anualmente participan en la elaboración de un documento que se denomina Presupuesto por Programa; en él se programan una serie de acciones que se pretenden realizar para el siguiente -- año, en relación a una serie de indicadores tales como; el recurso humano, los recursos materiales, la situación epidemiológica de los padecimientos, las políticas, normas y lineamientos establecidos al igual -- que experiencias anteriores pero sobre todo la demanda de los servicios, así como las características y condiciones específicas de la población del D.F.

Al final de cada período estas unidades realizan una evaluación de los logros obtenidos y analizan las causas que influyeron para alcanzar o no los objetivos propuestos.

4.1.1. POLIOMIELITIS.

La cobertura de vacunación en el período 1983-1988 en el Distrito Federal, ha rebasado el 80% de la población según datos obtenidos de la Dirección General de Servicios de Salud en el D.F. (Departamento de Programas Especiales.) Es en 1986 cuando se -- inicia una modificación en la estrategia de vacunación para la fase intensiva y se le denomina " Días Nacionales de Vacunación " .

El objetivo principal es disminuir la morbilidad y mortalidad por poliomielitis, al igual que vacunar el 100 % de la población de niños desde recién nacidos hasta los 4 años de edad.

En cuanto a la meta en las actividades permanentes se busca aplicar la dosis al 100 % de la población de niños que esten dentro del rango de edad.

Las limitaciones son de tres tipos principalmente.

1.- De tiempo.

- * En actividades permanentes durante todos -- los días hábiles del año.
- * En actividades intensivas, aplicar la vacuna trivalente en dos jornadas, 25 de febrero y 29 de abril de 1989.

2.- De espacio.

- * Las Jurisdicciones Sanitarias dependientes - de la Dirección General de Servicios de Salud en el Distrito Federal.

3.- Universo.

- * En las actividades intensivas: Vacunar al -- 100 % de los niños menores de 5 años en todo el D. F.
- * En actividades

La vacunación se desarrolla permanentemente durante todos los días hábiles del año y al grupo de edad - señalado. El biológico que se utiliza es la vacuna Sabin oral trivalente, aplicandose 0.2 ml. por dosis.

Se efectua tanto intramuros como extramuros, en Clínicas fijas establecidas en sitios estratégicos y - de ser necesario casa por casa.

En estas actividades se utiliza la Cartilla Nacional de Vacunación.

En actividades intensivas, se realiza en puestos fijos y semifijos, y de ser necesario casa por casa. No se registra la dosis aplicada en la Cartilla Nacional de Vacunación ya que es considerada como una dosis adicional.

4.1.2. DIFTERIA, TOSFERINA Y TETANOS.

En estos casos la cobertura se ha ido incrementando lo que ha permitido mantener bajo control los padecimientos, en la población infantil menor de 5 años, así desde 1976 no se ha notificado casos de difteria.

Para tosferina, comparando con la década de los 70' en que en promedio se registraron 600 casos por año es en 1988 cuando se ha presentado únicamente un caso de tosferina y en cuanto a defunciones, por esta enfermedad es a partir de 1983 que no se registran casos.

En lo que se refiere al tétanos, en el grupo de menores de 5 años, la frecuencia de padecimientos también ha venido disminuyendo ya que desde 1984 no se han registrado casos de defunciones.

Nuevamente el objetivo principal es disminuir la morbilidad y mortalidad por difteria, tosferina y tétanos, aplicar la dosis de vacuna D.P.T. a niños de 2 meses a 4 años de edad. Dosis de 0.5 ml. intramuscular y registrándose en la Cartilla Nacional de Vacunación.

En cuanto a las limitaciones del programa se cumplen de manera idéntica al programa de poliomieli-

tis.

La vacunación se desarrolla únicamente en actividades permanentes durante los días hábiles del año en el grupo de edad señalado; se llevará a cabo intramuros y extramuros; estas actividades causarán registro en la Cartilla Nacional de Vacunación.

4.1.3. SARAMPION.

A semejanza de la poliomielitis, en Sarampión también se realiza una fase intensiva con el propósito de mejorar coberturas y anticiparse al alza del padecimiento que se inició a partir del mes de febrero de 1983-1988.

En cuanto al padecimiento en el Distrito Federal se ha observado una tendencia descendente a partir de 1980 en comparación con la década de los 70' en -- que se registraron en promedio 1,250 casos anuales. Al comparar con el periodo 1980-1988 se observa que ha existido una disminución considerable de los casos registrados de sarampión. En cuanto a la mortalidad, en el período se registraron 32 defunciones en 1980.

Nuevamente el objetivo del programa es disminuir la morbilidad y mortalidad por sarampión en el D.F.

Se busca que en actividades permanentes aplicar la dosis a la población susceptible de 1 a 4 años de edad, en dosis de 0.5 ml. por vía subcutánea del -- brazo izquierdo, con registro en la Cartilla Nacional de Vacunación.

En actividades intensivas administrar en un término de cinco días hábiles la dosis de vacuna antisarampionosa, a niños de 1 a 4 años de edad, con registro en la Cartilla Nacional de Vacunación.

Las limitaciones del programa son nuevamente de -- tiempo, espacio y universo.

La vacunación se desarrolla en actividades permanentes durante todos los días hábiles del año siempre que la presentación del biológico lo permite o programar días específicos de vacunación, se aplica al grupo de edad señalado.

Se efectúa tanto intramuros como extramuros, en Clínicas fijas establecidas en sitios estratégicos y -- de ser necesario, casa por casa.

En estas actividades permanentes, se utiliza la Cartilla Nacional de Vacunación.

En el mes de octubre, se efectuará una etapa inten-

siva con duración de 5 días hábiles, dirigida a los niños de 1 a 4 años de edad que no hayan sido vacunados con anterioridad o que lo hayan sido antes de cumplir un año de edad; en este último caso, se revacunará al cumplirlo. Esta actividad se realizará en coordinación con Instituciones del Sector Salud en la entidad.

La administración del biológico en esta etapa intensiva se registrará en la Cartilla Nacional de Vacunación.

En el caso de la vacuna de sarampión se debe poner especial interés en su manejo y conservación al -- igual que en el funcionamiento de la red fría.

4.1.4. TUBERCULOSIS.

En el Distrito Federal sigue constituyendo la tuberculosis un problema de salud pública; las condiciones socio-económicas constituyendo uno de los principales factores que determinan la prevalencia del padecimiento, es por ello que como medida preventiva esta vacuna está incluida entre las 6 vacunas - indispensables.

En el período 1983-1988 los logros obtenidos en relación con lo programado fueron bajos pero existen causas que justificaron dichos resultados.

- 1.- Al realizar la programación de metas y requerimientos de vacuna, se considera el alto desperdicio que es del 10 % y es por ello que se -- programa siempre más dosis de lo que se va a -- aplicar.
- 2.- Otro factor que determina el alto desperdicio, es la presentación del biológico que viene de 25 y 50 dosis y cuando es demandada la vacuna se abre por 3 a 5 dosis, desperdiciando el resto .
- 3.- Ignorancia de los beneficios de la vacunación con B.C.G. en la población, lo que determina -- que no haya una gran demanda como pasa con -- otras vacunas.
- 4.- Renuencia del personal médico para promover la aplicación del B.C.G.

La tendencia del padecimiento durante el mismo período ha sido estacionario con ligeras fluctuaciones. En relación a la forma meníngea del padecimiento es

ta si ha ido decreciendo, a partir de 1983 no se --
han registrado defunciones por T.B. meningea en el
Distrito Federal.

Se busca cubrir el objetivo de disminuir la morbili-
dad y mortalidad por tuberculosis en el Distrito Fe-
deral. Vacunar a la población de 0 a 4 años de edad,
cuya protección corresponda a la Dirección General
de Servicios de Salud en el Distrito federal.

Este programa al igual que el resto presenta limita-
ciones de tiempo, espacio y universo.

La vacunación se hace en forma permanente intramu-
ros durante todos los días hábiles del año en días
específicos con objeto de disminuir el desperdicio
del biológico, dada la presentación del mismo.

De acuerdo con las normas del Programa de Control -
de tuberculosis y enfermedades del aparato respira-
torio, se aplica una dosis de 0.1 ml. desde recién
nacidos a los 4 años por vía intradérmica en la in-
serción inferior del músculo deltoides derecho.

En todos los casos se utiliza la Cartilla Nacional
de Vacunación.

Como para todos las demás acciones de vacunación, se
vigila el manejo y la conservación adecuada del bio-
58

lógico.

4.1.5. REGISTRO Y CONTROL DE LA INFORMACION.

En las actividades permanentes de 1986 dió inicio el nuevo sistema estatal de información básica, el cual esta dividido en 5 subsistemas, correspondiendo al subsistema de servicios el registro continuo de las actividades de vacunación.

Se utiliza el formato de registro de aplicación de biológicos, el cual es llenado por la enfermera o vacunador que aplique el biológico, en el cual se anota un palote en el espacio que corresponde al biológico aplicado, la dosis de que se trate y al grupo de edad vacunado.

La enfermera vacunadora debe solicitar la Cartilla Nacional de Vacunación, para llenarla con los conceptos correspondientes, sella y desprenda el cupón. A las personas que no tengan cartilla se les entrega un comprobante de vacunación, que posteriormente se canjea por el cupón de la cartilla.

El contenido de estos formatos se vierte en el documento de concentración, según tipo de biológico, de

nominados:

SEIB-SS- 06.1-ID-SABIN.

SEIB-SS-06.2-ID-DPT.

SEIB-SS-06-3-ID-SARAMPION Y B.C.G.

SEIB-SS-06.4-ID-TOXOIDE TETANICO Y ANTITIFOIDICA

SEIB-SS-06.5-ID-ANTIRRABICA HUMANA.

Estos formatos son de concentración, por enfermera y mes.

El contenido de estos formatos se vierten en los - de concentración mensual, según tipo de biológico y vacunador.

La información contenida en los formatos, al finalizar el mes se totalizan y se vierten en el informe integrado de la unidad médica.

Diariamente se revisan y entregan las formas de informe diario, al servicio de estadística, para su - concentración mensual de actividades; así como también los cupones recolectados para envío de la forma habitual a las oficinas del programa de la Cartilla Nacional de Vacunación y a la Dirección General de Servicios de Salud en el Distrito Federal .

En cuánto a las actividades intensivas como ya se -

menciono anteriormente se cuenta con la nueva estrategia que inició en 1986 denominada " Días Nacionales de Vacunación Antipoliomielítica ", en este caso el registro diario en actividades se efectúa en un formato especial denominado F-DNV-1 (Registro de actividades, puesto de vacunación.), y el responsable de llenarlo es el encargado del puesto y debe entregarlo al término de la jornada.

El resultado es vaciado en el formato de registro de actividades del supervisor en donde se concentra la información de puestos de vacunación y dosis aplicadas por grupo de edad, ese mismo día dicha información se entrega a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente que después de registrarla de la misma forma la envía al nivel central en donde se remiten a la Dirección General de Medicina Preventiva.

La comunicación de la dosis aplicada a los diferentes niveles es el mismo día por vía telefónica y posteriormente por escrito. Las dosis aplicadas de sabin trivalente en el programa " Días Nacionales de Vacunación " no causan registro en la Cartilla Nacional de Vacunación.

Para la fase de vacunación antisarampionosa, la in-

formación obtenida por los Servicios de Estadística de las Unidades Operativas, en los 5 días de va cunación que dura la fase se concentran las dosis aplicadas en un formato que permite llevar el control de las dosis aplicadas diariamente, registrando las unidades y dosis aplicadas según edad. Al término de cada jornada, las Jurisdicciones Sanitarias deben reportar telefónicamente los resultados a la Dirección General de Servicios de Salud en el D.F. antes de las 10 A.M. durante los 5 días que dura la campaña.

Durante las acciones de vacunación intensiva, las Jurisdicciones Sanitarias comunican los resultados diariamente, vía telefónica, a la Dirección General de Servicios de Salud. Elaborándose al final de los mismos un informe narrativo que contiene cuadros de concentración de las acciones realizadas y la comparación con lo programado, quien concentra y envía a la Dirección General de Medicina Preventiva.

4.1.6. ACTIVIDADES DE PROMOCION EN LOS PROGRAMAS DE INMUNIZACION.

A Nivel Institucional la información, así como las actividades son permanentes dirigiendo las acciones orientadas a promover la vacunación, y tienen por objeto lograr que los padres de familia envíen o lleven a sus hijos a vacunar hasta completar el esquema de vacunación básico; para ello se emplean medios masivos de comunicación destacando la necesidad de que los niños cuenten con la Cartilla Nacional de Vacunación.

Se incrementan los mensajes, cuando se efectúan actividades intensivas, unificando criterios en la difusión de los mismos sobre las diferentes dependencias del sector salud.

Se puede decir entonces que el objetivo es sensibilizar a la población, a los padres de familia para que acepten y busquen la vacunación de sus hijos y conozcan las fechas y lugares en donde se ofrecen estos servicios.

A Nivel Central la Unidad de Comunicación y Proyectos Especiales coordina los aspectos promocionales y

fusión de la información al público a través -
de los medios de comunicación masiva.

- 4.- La Dirección General de Servicios de Salud en el D.F. desarrolla el Programa a través de su estructura y brinda el apoyo logístico que se requiera.

A Nivel Central:

- 1.- La Dirección General de Servicios de Salud en el D.F. es la responsable de la ejecución del Programa en el área del D.F.
- 2.- La Dirección de Servicios de Salud es responsable técnico de la planeación, programación, organización, coordinación, supervisión y evaluación del Programa, así como del suministro del biológico a las Jurisdicciones Sanitarias.
- 3.- La Unidad de Información participa en el manejo de la información y de la evaluación cuantitativa del programa.
- 4.- La Unidad de Comunicación y Proyectos Especiales es la responsable de la promoción del programa, así como de la entrega de material edu-

cativo de apoyo a las unidades operativas.

- 5.- La Unidad Administrativa gestiona y proporciona los recursos materiales necesarios y apoya el desarrollo del Programa.

A Nivel Jurisdiccional:

- 1.- El Director de la Jurisdicción es responsable de la dirección, ejecución, supervisión y producción del Programa en el área bajo su responsabilidad, así como de la coordinación externa.
- 2.- El epidemiólogo jurisdiccional se encarga de la coordinación y supervisión del desarrollo del Programa, realiza también la coordinación interna.
- 3.- La enfermera jurisdiccional supervisa las actividades de vacunación y vigila la conservación adecuada y manejo correcto del biológico. Aquí es importante mencionar que las actividades -- de vacunación permanentes son realizadas por -- el personal de enfermería adscrito a las unidades y que en actividades intensivas, además -- del personal regular, se promueve la participación comunitaria.

También la enfermera jurisdiccional participa en la evaluación del Programa.

- 4.- La Educadora para la Salud promueve los recursos de la comunidad, es la encargada de la difusión e información del Programa, coordina las actividades a través de los comités de salud.
- 5.- El Estadígrafo de la jurisdicción se encarga de la recolección, elaboración, concentración y envío de datos.
- 6.- Los Administradores son responsables de la organización y control del almacén y del suministro de los recursos y logística del Programa.
- 7.- Los Auxiliares de transporte son los responsables de que los vehículos se encuentren en buen estado de funcionamiento y que todo el personal supervisor esté a tiempo en los lugares de trabajo.
- 8.- El Oficial de enlace entrega oportunamente el biológico el cual debe ser manejado y conservado adecuadamente durante su transporte.

participa en la elaboración de promoción. (carteles, volantes, mantas, etc.), que considere necesario.

A Nivel Jurisdiccional y de Centro de Salud: es la educadora para la salud la que realiza la promoción con auxilio de otro personal; la coordinación y concentración de acciones esta a cargo del personal directivo.

4.1.7. ORGANIZACION, SUPERVISION Y EVALUACION DE LOS PROGRAMAS DE INMUNIZACION.

La organización a Nivel Institucional se puede resumir en 4 puntos importantes:

- 1.- La Dirección General de Medicina Preventiva - tiene a su cargo las funciones normativas y de supervisión externa.
- 2.- La Gerencia General de Producción Biológicos - suministrará oportunamente la vacuna necesaria y es la encargada de realizar las pruebas de control de calidad y dotación del mismo.
- 3.- La Dirección General de Educación para la Sa--lud, en coordinación con la Dirección General de Medicina Preventiva tiene a su cargo la di-

A Nivel Local:

- 1.- El Director del Centro de Salud es el responsable de planear, organizar, ejecutar y evaluar el programa en el área de su Centro de Salud.
- 2.- La Jefe de Enfermeras coordina, supervisa y -- adiestra al personal aplicativo de enfermería, en las técnicas de aplicación y conservación - del biológico.
- 3.- La Educadora pra la Salud es la responsable de las actividades de orientación al público y promueve la vacunación.
- 4.- El Estadígrafo es el responsable de recolectar computar y tabular la información, así como de enviarla a la jurisdicción.
- 5.- El Administrador del Centro es responsable del apoyo logístico.
- 6.- Las Enfermeras son las responsables de la aplicación del biológico en campo o clínica de va-cunación, así como de la conservación del mis-mo..

La evaluación es permanente y escalonada por personal de los niveles Central, de Jurisdicción Sanitaria y de Centro Comunitario de Salud.

La evaluación se logra en base a los siguientes indicadores:

Operacional:

Oportunidad en la recepción del biológico, recursos materiales y equipo en todos los niveles de la estructura.

Eficacia:

Número de dosis Aplicadas, en relación con el universo programado.

Rendimiento:

Por día y por hora vacunador.

Efectividad:

Se evalúa en base al impacto que el Programa tenga en relación al abatimiento de casos que se presentan con respecto a los provistos por el índice y canal endémico.

Educacional:

Número de reuniones con grupos y personas clave involucradas.

4.2. PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL Y DEL ESCOLAR.

Siendo la Atención Materno-Infantil uno de los aspectos más importantes de la Salud Pública, se ha manifestado la necesidad de integrar ambas áreas en un solo programa.

El gran volumen de la población así como su continuo incremento y las condiciones socio-económicas-culturales tan deficientes de una fuerte mayoría, obligan a considerar este programa como prioritario.

Para darse una idea de la magnitud del problema que constituye el grupo materno-infantil del Distrito Federal basta con hacer las siguientes observaciones.

Las acciones que se han desarrollado separadamente en cada una de las áreas han dado resultados positivos, especialmente en el área infantil, en la que se

ha observado una disminución paulatina de la morbilidad y de la mortalidad, que sin embargo siguen constituyendo un problema fuerte de atención médica.

Las principales causas de morbilidad materna, son -- las relaciones con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio agrupandose de la siguiente manera:

- 1.- Hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio.
- 2.- Infecciones del embarazo, parto y puerperio.
- 3.- Complicaciones derivadas de abortos inducidos y espontáneos.

Las tres principales causas de morbilidad infantil -- se localizan en los aparatos respiratorio y digestivo, sin olvidar los casos por dermatitis y dermatosis esto en los niños de 0 a 4 años de edad.

En los niños de 5 a 14 años las causas de morbilidad son en primer lugar infecciones agudas de las vías respiratorias, en segundo lugar se presentan enfermedades de los tejidos dentarios duros y por último -- las infecciones intestinales.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA
EN EL DISTRITO FEDERAL

1 9 8 4

<u>No.</u>	<u>C A U S A S</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>TASA*</u>	<u>%**</u>
1	Toxemia del embarazo.	71	2.6	46.7
2	Otras causas obstétricas directas	26	1.0	17.1
3	Hemorragia del <u>em</u> barazo y parto.	22	.8	14.5
4	Aborto.	18	.7	11.8
5	Complicaciones del puerperio.	11	.4	7.3
6	Parto Obstruido.	2	.1	1.3
6	Causas obstétricas Indirectas.	2	.1	1.3
	T O T A L	152	.6	100

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA (S.P.P.)

* POR 10,000 EXCEPTO EL TOTAL QUE ES POR 1,000.

** PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE DEFUNCIONES.

MORTALIDAD PRE-ESCOLAR EN EL DISTRITO FEDERAL

(1 A 4 AÑOS)

1978 - 1984

<u>AÑO</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>TASA *</u>
78	1,359	1.1
79	1,398	1.1
80	1,180	1.4
81	1,037	1.2
82	928	1.0
83	984	1.1
84	838	.9

(DE 5 A 14 AÑOS)

78	1,063	.4
79	1,054	.4
80	957	.4
81	977	.4
82	872	.4
83	823	.3
84	787	.3

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA (S.P.P.)

* POR 1,000

Toda la información que acaba de presentarse tanto - de morbilidad como de mortalidad debe ser de utili-- dad para enfocar diversas actividades programáticas, como son la promoción y la prevención.

Aún cuando la mortalidad materna se ha mantenido en el período 1978-1984 es indudable que la integración e implantación de programas deben contribuir a reducir las tasas de mortalidad, muy especialmente me - diante la labor promocional.

En resumen, a medida que transcurrió el período - - 1978-1984 las cifras de mortalidad infantil han dis - minuido, como reflejo de la mejoría constante en -- cuanto a número y calidad de unidades de servicio, así como de las actividades de educación para la sa - lud.

Todo ello demuestra que el problema es cada vez más vulnerable a las acciones de este tipo de programas.

4.2.1. ASPECTOS OPERATIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL Y DEL ESCOLAR.

Es muy importante mencionar que los grupos poblacionales del Distrito Federal, con edades comprendidas dentro del área de influencia de este programa se en encuentra predominantemente las clases económicas débi les, carentes de servicios de seguridad social y, -- con bastante frecuencia en condiciones alimentarias e higiénicas muy deficientes.

El objetivo primordial del mismo es contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil y del escolar en el Distrito Federal, particularmente en sus áreas marginadas, reduciendo la incidencia de riesgos y daños a la salud.

Para efectos de programación, la Dirección General - de Medicina Preventiva elaboró los folletos denomina dos:

- a) Instructivo del procedimiento de programación Ma terno Infantil.
- b) Instructivo de actividades de atención a la salud materno infantil para personal médico.

ción activa de la familia en la prevención y --
atención oportuna de los riesgos y daños de la
salud materno-infantil.

14.- Incrementar la atención institucional del parto.

La cobertura debe de ser equivalente al 100% de los
casos esperados en la población abierta del D.P.

La temporalidad del programa es permanente con repro-
gramaciones anuales.

La evaluación se lleva a cabo por parte de cada una
de las unidades operativas y su correspondiente ju-
risdicción, remitiendo oportunamente los resultados
a el Nivel Central.

4.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO
UTERINO Y MAMARIO.

El cáncer de cuello uterino, se considera en la ac-
tualidad una enfermedad de transmisión sexual. La -
historia natural del cáncer cérvico uterino tiene una
serie de pasos bien definidos y correlacionados, desde
el punto de vista clínico patológico y epidemiológico.

La lucha contra el cáncer en México dio principio - en 1940, al establecer la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, un programa denominado " Campaña de Lucha contra el Cáncer.", el cual inicio -- sus actividades otorgando becas para la formación - de Médicos Citólogos en el extranjero.

En el Distrito Federal, la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F., es la responsable de la operación y control del programa a través de sus diversas instancias administrativas.

Los factores de riesgo en el cáncer cérvico-uterino y mamario son: mujeres de grupos de edad mayor de - 35 años antecedentes familiares de cáncer mamario, menarca a edad temprana, nubilidad, nuliparidad, -- falta de lactancia, menopausia tardía y utilización prolongada de estrógenos.

El éxito en el tratamiento del Cáncer Cérvico uterino y mamario depende en gran medida de la oportunidad con que se realice el diagnóstico y se instituya el tratamiento.

Esta particularidad, brinda una oportunidad invalua

- c) Instructivo de actividades de Atención a la Salud materno infantil para el personal auxiliar de salud.

Estos folletos ya han sido distribuidos en todas las jurisdicciones.

Sin embargo en lo que se refiere a la promoción la Dirección General de Medicina Preventiva proporciona los instructivos antes mencionados y un rotafolio denominado "Cómo podemos ayudar a los niños a crecer y desarrollarse".

La actividad de promoción se realiza principalmente a base de pláticas a la población (intramuros o extramuros).

Las estrategias de acuerdo a lo establecido en el Programa Nacional de Salud 1984-1988, pueden enunciarse de la siguiente manera:

- 1.- Ampliar la cobertura de la Atención Materno-Infantil entre la población abierta del D.P.
- 2.- Mejorar la calidad de los servicios.
- 3.- Impulsar las acciones preventivas.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 4.- Desarrollar programas asistenciales y de orientación nutricional.
- 5.- Incrementar la participación del personal médico paramédico y comunitario.
- 6.- Alentar y coordinar la participación de la comunidad en la promoción y operación del programa.
- 7.- Procurar la mejoría y simplificación de los sistemas de información con el fin de conocer mejor el rendimiento del programa.
- 8.- Informar, adiestrar y supervisar al personal aplicativo.
- 9.- Incrementar la coordinación con otros organismos que lleven a cabo programas similares.
- 10.- Difundir normas de cobertura, supervisión, evaluación e información.
- 11.- Reasignar recursos de acuerdo a las necesidades y demandas.
- 12.- Desarrollar programas de educación para la salud materno infantil entre la población y entre los usuarios del servicio.
- 13.- Establecer mecanismos que permitan la participa

ble para su detección y tratamiento oportuno y lograr completa curación. Por lo mismo, la citología cérvico-vaginal, ofrece la ocasión de incidir notablemente en la disminución de las tasas de morbi-mortalidad por Cáncer Cérvico-Uterino.

Por lo que respecta al Cáncer Mamario, el problema también es vulnerable, un gran número de pacientes pueden salvarse, si el diagnóstico se verifica en un momento adecuado y preciso. Para ello se requiere estar alerta ante cualquier síntoma. Así pues, la exploración física sistemática y la instrucción a las usuarias para el auto-examen adquiere una importancia trascendental. Es de tanta significación el factor tiempo.

Las normas para la detección del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario son, en orden de importancia.

PARA EL CANCER CERVICO-UTERINO.

- * Exploración Física.
- * Toma de citología exfoliativa.
- * Estudio Histopatológico.

PARA EL CANCER DE MAMA.

- * Exploración física.
- * Auto-examen de mamas.
- * Estudio histopatológico.
- * Citología exfoliativa en caso de secreción.

**MORTALIDAD POR CANCER CERVICO-UTERINO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.**

1973-1983

N U M E R O	T A S A	A N O
2 405	19.9	1979
2 543	19.7	1980
2 629	19.8	1981
2 960	21.8	1982
3 036	21.8	1983
13 570	20.6	T O T A L

FUENTE: CENTRO DE DOCUMENTACION DEMOGRAFICO SOCIAL S.P.P.

ELABORO: SUBDIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER D.G.M.P.

TASA por 100,000 mujeres de 25 años y más.

**MORTALIDAD POR CANCER MAMARIO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.**

1979-1983

N U M E R O	T A S A	A N O
1 144	9.5	1979
1 226	9.5	1980
1 333	9.8	1981
1 289	9.3	1982
1 410	10.2	1983
6 410	9.66	T O T A L

4.3.1. ASPECTOS OPERATIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y --
CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y MAMARIO.

El objetivo es controlar la morbilidad y disminuir --
la mortalidad por Cáncer Cérvico-Uterino y Mamario --
en el Distrito Federal.

El programa se desarrolla en las unidades operativas
de la Dirección General de Servicios de Salud Públi-
ca en el Distrito Federal y el control del programa
queda bajo la responsabilidad de las jurisdicciones
y las instancias administrativas del nivel central.

Es un programa permanente, con reprogramaciones anua
les. La promoción es un aspecto importante del pro-
grama que permite motivar al grupo de mujeres en --
riesgo, con el propósito de lograr que demanden es-
tos servicios en las unidades operativas. La capaci-
tación también es muy importante ya que tiene como
objetivo mejorar la calidad de los recursos humanos
que prestan los servicios, la Dirección General de --
Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, a
través de las Jurisdicciones ha implementado un pro-
grama de capacitación con seis cursos básicos que --
son:

- 1.- Técnicas de la obtención de la muestra.
- 2.- Sistema de Información del Programa.
- 3.- Técnica de procesamiento de laminillas.
- 4.- Actualización para citotecnólogos.
- 5.- Pláticas de información para la comunidad.
- 6.- Curso de actualización de los programas normativos, de las enfermedades crónico degenerativas.

La prevención general del Cáncer Cérvico Uterino y - Mamario se lleva a cabo a través de la educación y promoción para la salud, así como de la participación de la comunidad y comprende las medidas siguientes:

- 1.- Información respecto al problema de salud pública.
- 2.- Acudir a examen médico periódico.
- 3.- Integración y capacitación de grupos para impartir pláticas sobre los factores de riesgo y manera de prevenirlos.

El control del cáncer comprende la identificación, - atención y tratamiento de la paciente, la notificación y el registro del caso.

La atención del paciente con sospecha de cáncer, se

lleva a cabo mediante su referencia a una unidad de salud de mayor complejidad para comprobar el diagnóstico y realizar el tratamiento.

C A P I T U L O V

INVESTIGACION DE CAMPO

En México, tradicionalmente los servicios de salud han desarrollado encuestas con diversos fines, la mayoría de las veces para cubrir los requerimientos de información de programas específicos.

Sin embargo existe una limitada y extemporánea difusión, de la información.

Con este trabajo buscamos recabar información sobre las condiciones de salud de la población mexicana y sobre la utilización de los servicios de salud cuando son apoyados por esfuerzos promocionales todo ello a través de encuestas.

Las encuestas son un método activo de recolección de información en donde se hace contacto directo con los sujetos bajo estudio utilizando la entrevista con cuestionario que permite recolectar la información de manera sistemática.

De acuerdo al contexto general, para estudiar la situación de salud como determinante del uso y demanda de servicios de salud formales, es necesario considerar en el análisis los aspectos accesibilidad, sociocultural o geográfica a -

estos servicios, la demanda potencial de servicios en relación a la demanda real, el uso de los servicios, el grado en que la demanda es satisfecha.

La encuesta se realizó en el área metropolitana de la Ciudad de México.

El número de cuestionarios que se determinó aplicar fue de trecientos veinte personas residentes habituales presentes de los hogares seleccionados en las diferentes jurisdicciones.

Tomando en consideración veinte viviendas en cada una de las jurisdicciones correspondientes, se obtuvo el número de viviendas requeridas para la muestra.

5.1. DISEÑO DE LA MUESTRA

El primer aspecto en la selección de la muestra fue la determinación del marco de la muestra. Para ello se presentaban dos alternativas;

- A) Construir un marco especial.
- B) Utilizar un marco previamente elaborado para la encuesta Nacional de Salud.

Respecto a la primera alternativa, se observó que -- optar por ella implicaba una limitación de los alcances en la generación de información de la encuesta.

La segunda alternativa era más viable. Ya que la -- Encuesta Nacional de Salud realizada en 1988 contiene variables que pueden ser agrupadas en cuatro grandes grupos : 1) Factores de riesgo; 2) Situación de Salud; 3) Uso y demanda de servicios de salud formales y no formales y 4) Variables del contexto -- ecológico, demográfico y sociocultural.

Resulta claro que los factores de riesgo, la situación de salud, así como el uso y demanda de los servicios de salud son el resultado del contexto ecológico, demográfico, socioeconómico y sociocultural -- del país.

De acuerdo al contexto general, para estudiar la situación de salud como determinante del uso y demanda del servicio de salud formales, es necesario considerar en el análisis los aspectos sobre accesibilidad sociocultural o geográfica a estos servicios.

Otras ventajas estudiadas sobre la segunda alternativa fue el hecho de que la Encuesta Nacional de Salud permite estudiar el proceso salud-enfermedad como un fenómeno dinámico, al analizar indicadores de factores de riesgo con la finalidad de precisar y jerar--quizar estos factores para la prevención y control.

La muestra de la Encuesta Nacional de Salud se basa en el marco muestral maestro del Sistema Nacional - de Encuestas de Salud. El marco muestral debe en--tenderse como una muestra generada a partir de la - información captada en el X Censo de Población y -- Vivienda, en donde cada uno de los elementos que la integran tienen una probabilidad conocida de selec--ción, de tal forma que las viviendas seleccionadas son la muestra representativa del resto existentes.

El marco muestral puede ser objeto de actualiza--ción y mantenimiento continuos, lo que garantiza la vigencia de su representatividad.

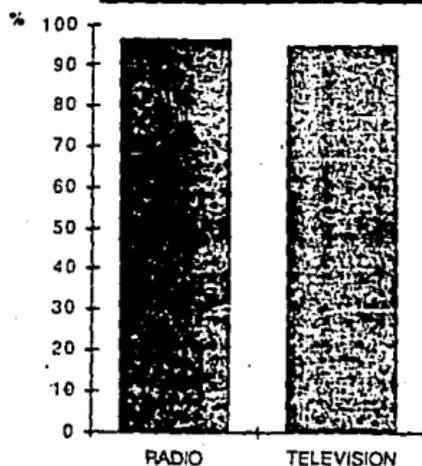
La población objetivo de la encuesta se define como todas aquellas personas que al momento de la encuesta residan en los hogares seleccionados. El hogar se define como el conjunto de personas que hacen vida común bajo un mismo techo.

El diseño de muestreo de la Encuesta Nacional es estratificado, el procedimiento es el siguiente:

- A) Los municipios de la entidad se sometieron a -- estratificación.
- B) El número de unidades de muestreo se asignó de manera proporcional por estrato.
- C) Dentro de cada una de las unidades de muestreo se seleccionaron X manzanas con una probabilidad proporcional al tamaño.
- D) Para este estudio en particular partimos del -- punto de seleccionadas las manzanas en las diferentes jurisdicciones, seleccionamos aleatoriamente con una probabilidad proporcional al tamaño los hogares a encuestar.

V I V I E N D A

VIVIENDAS SEGUN TENENCIA DE BIENES

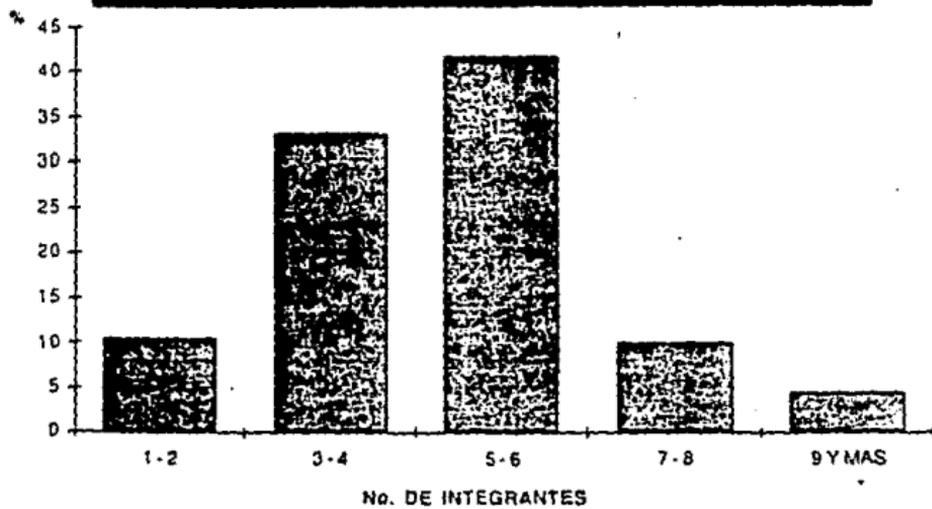


TENENCIA DE BIENES

CUADRO No. 1

Actualmente el 96% de la población residente en el Distrito Federal, cuenta en su hogar con los medios masivos de comunicación, lo que les permite tener una cobertura bastante amplia para difundir mensajes educativos.

HOGARES ENCUESTADOS, SEGUN NUMERO DE MIEMBROS QUE LO INTEGRAN

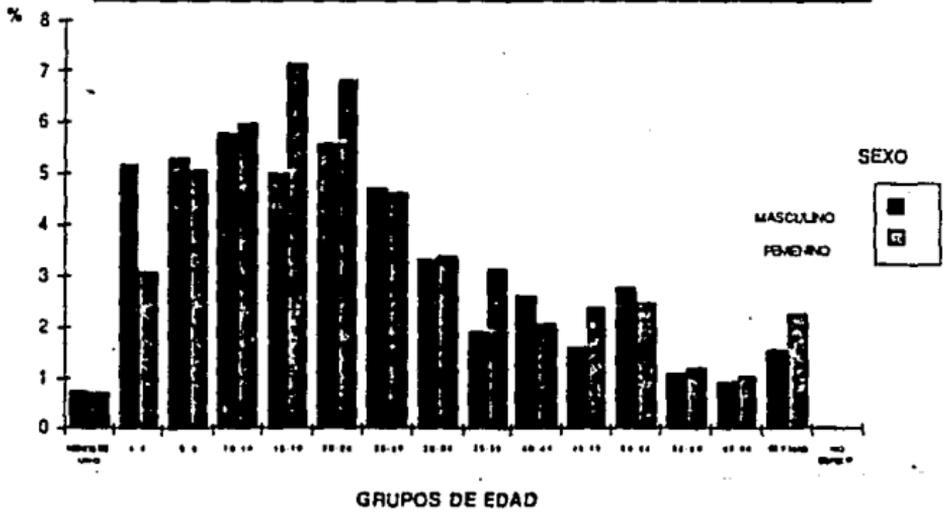


CUADRO No. 2

El promedio de miembros integrantes del núcleo familiar en 1989 para el Distrito Federal, es de 5 a 6 (43%) del total de las familias encuestadas, seguida de 3 a 4 (35%) y en tercer lugar las de 1 a 2 y de 7 a 8 personas (10%); lo que hace resaltar la persistencia de familias numerosas aún en esta época en nuestro medio, situación que conlleva a reforzar las actividades de concientización en la población para que se integren a los programas de planificación familiar que llevan a cabo las Instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud.

POBLACION EN GENERAL

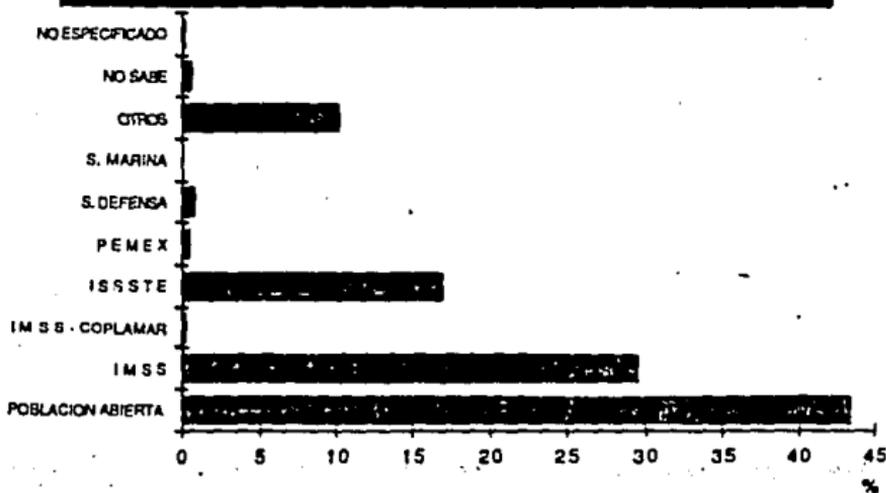
INTEGRANTES DE LOS HOGARES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



CUADRO No. 3

De la población encuestada, el grupo de edad predominante es el de 1 a 29 años de edad, lo que habla de una población joven de la que destaca la de edad escolar y adolescente; situación que favorece para poder cumplir con los objetivos de la educación que son el de lograr cambios de conducta de manera favorable y reforzar aquellas positivas, ya que esta población por sus características, es sujeta y susceptible a cambios.

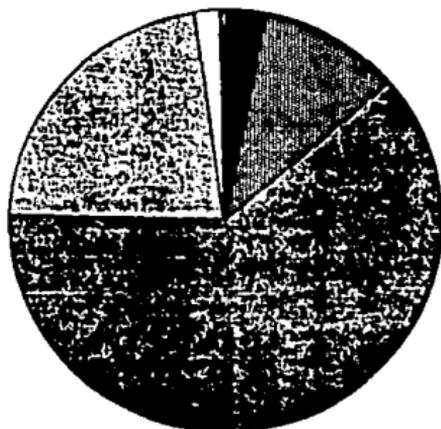
POBLACION DERECHAHABIENTE, SEGUN INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL



CUADRO No. 4

Es importante resaltar que los datos arrojados por la encuesta, señalan un porcentaje mayor de población carente de seguridad social (43%) a la que la Secretaria de Salud dirige sus programas y servicios (32%) situación que puede ser atribuible a las condiciones económicas por las que atraviesa actualmente nuestro país, originando un alto índice de desempleo que conlleva a que ésta población tenga empleos eventuales o a la creación de fuentes de trabajo individuales como el ambulante.

INTEGRANTES DE LOS HOGARES, SEGUN OPINION DE SU ESTADO DE SALUD



- EXCELENTE
- MUY BUENO
- ▨ BUENO
- ▤ REGULAR
- ▥ MALO
- ▧ NO SABE
- ▩ NO ESPECIFICADO

CUADRO No. 5

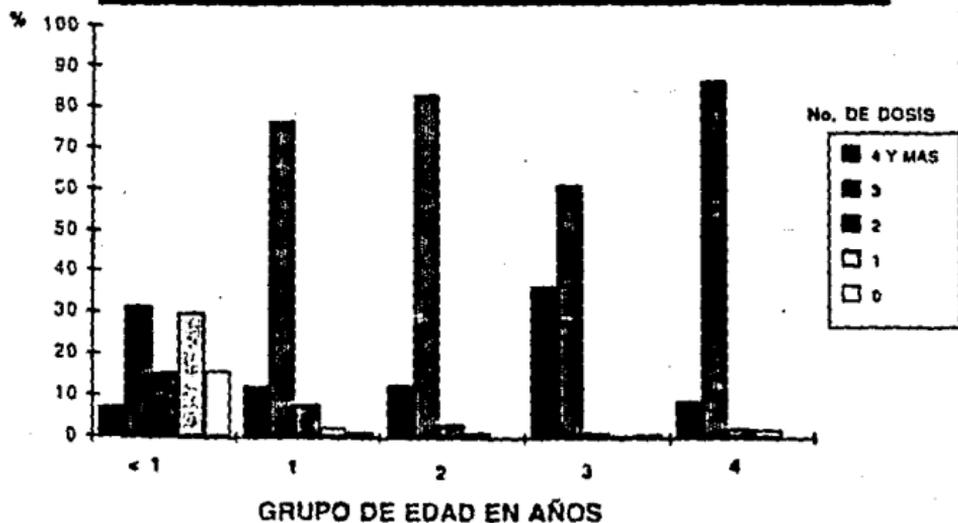
El autoanálisis juega un papel muy importante, ya que el conocer el sentir de las personas o el como se siente, son parámetros que permiten dirigir con conocimiento de causa las actividades de una empresa, que en este caso es la salud.

En ésta ocasión la población entrevistada señaló en el 70% de los casos en que su salud era favorable, 18% era regular y un 5% la consideró mala.

POBLACION MENOR DE

CINCO AÑOS

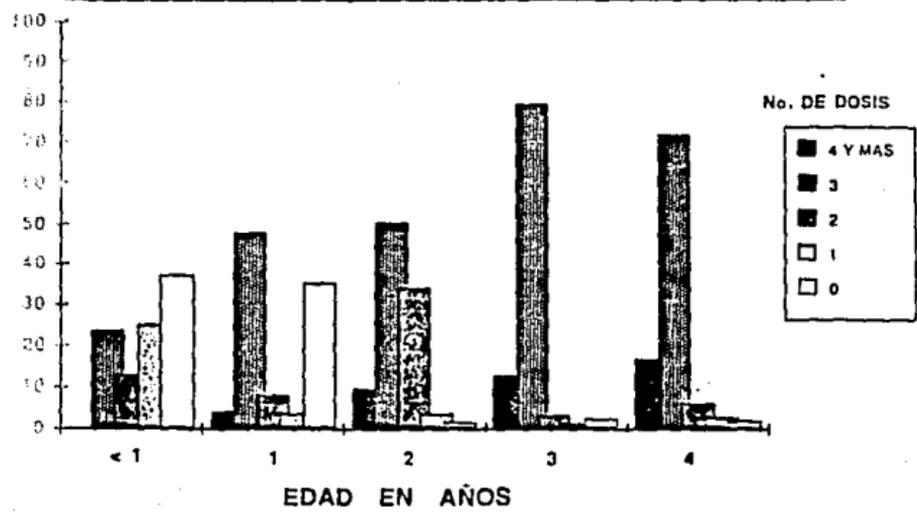
POBLACION MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD, SEGUN ANTECEDENTES DE APLICACION DE VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA



CUADRO No. 6

La organización Mundial de la Salud señala que en el primer año de vida todos los niños deben haber recibido cuando menos una dosis de vacuna Sabin, ya que según el esquema de vacunación ésta se debe aplicar desde el recién nacido y concluir su esquema de tres dosis a los seis meses de edad; situación que nos muestra la gráfica se ha ido cumpliendo aunque en forma progresiva al primer año de edad se tiene ya una cobertura con esquemas completos para este biológico del 78% y que se incrementa al 82% a los dos años de edad y finalmente se eleva al 86% a los cuatro años; lo que permite asegurar a la población susceptible para no contraer este padecimiento.

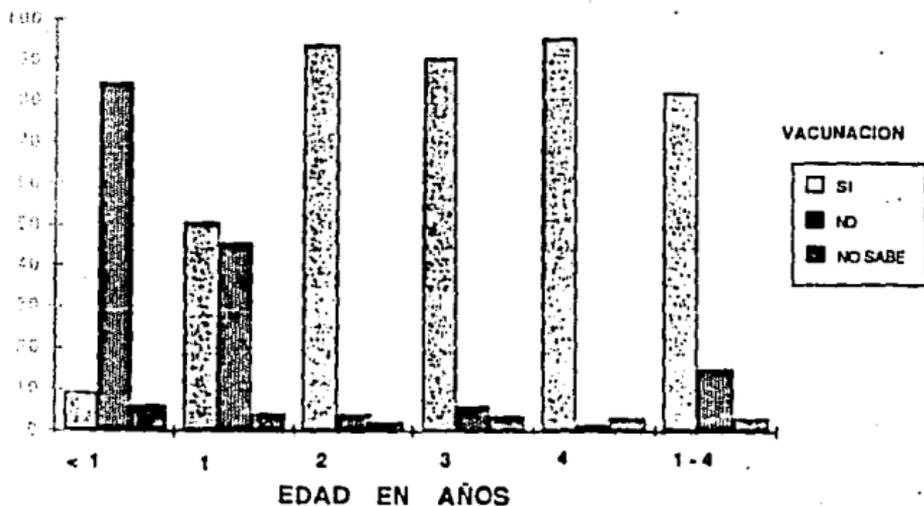
POBLACION MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD, SEGUN ANTECEDENTES DE APLICACION DE VACUNA D P T



CUADRO No. 7

Esta gráfica nos muestra un comportamiento similar al de la vacuna antipoliomiéltica, en la que a medida que va avanzado el grupo de edad, las coberturas con esquemas completos se van incrementando hasta alcanzar una cobertura del 80% en los tres primeros años de vida, la razón de este comportamiento obedece a que generalmente éstos biológicos se aplican en forma simultánea garantizando con esta estrategia coberturas que permiten tener a la difteria, tosferina y tetános bajo control epidemiológico.

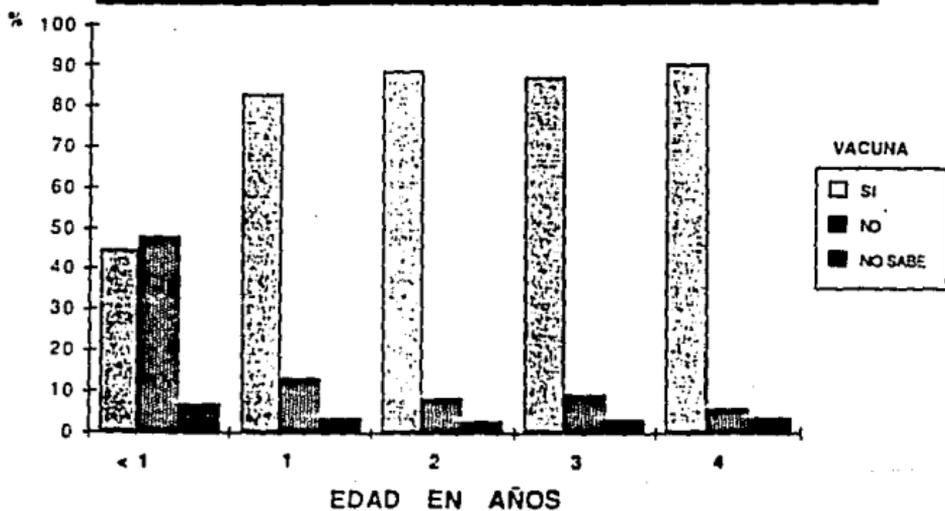
POBLACION MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD, SEGUN ANTECEDENTES DE APLICACION DE VACUNA ANTISARAMPIONOSA



CUADRO No. 8

Esta gráfica permite observar la importancia que tiene que la población se vacune en edad temprana, ya que es la forma de evitar el acumulo de susceptibles que vá disminuyendo de manera importante cuando en el primer año de vida se obtiene una cobertura de vacunación del 50% ; 92% a los dos años y de 90 y 94% para los de 3 y 4 años respectivamente, en comparación con los no vacunados que de 84% bajan hasta un 2%.

POBLACION MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD, SEGUN ANTECEDENTES DE APLICACION DE VACUNA B C G

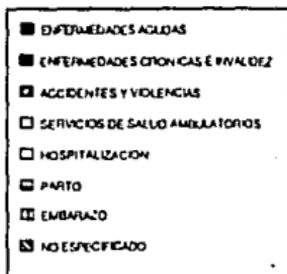
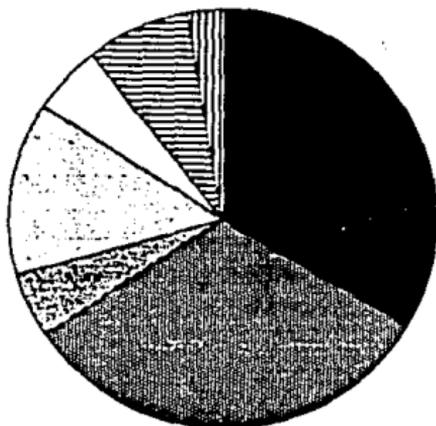


CUADRO No. 9

La aplicación de esta vacuna en el 45% de los recién nacidos encuestados, dá la oportunidad de lograr coberturas satisfactorias en los años subsecuentes como se muestra en esta gráfica, en la que al año de edad ya se tiene una cobertura del 82% que asciende hasta el 90% a los cuatro años, evitando de esta manera que la población contraiga la tuberculosis pulmonar y meníngea.

ATENCION A LA SALUD

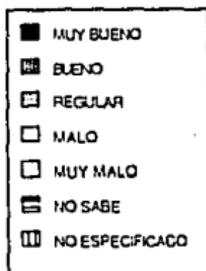
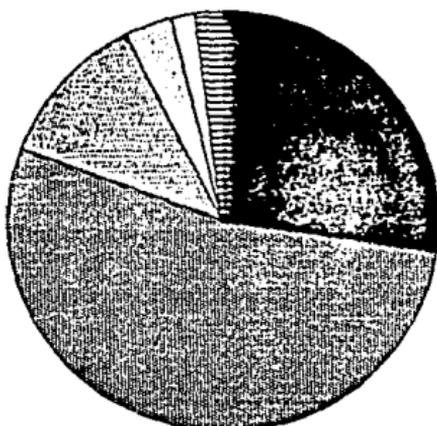
CASOS QUE DEMANDARON ATENCION PROFESIONAL, SEGUN CAUSA



CUADRO No. 10

Las enfermedades agudas y crónicas continúan siendo las principales causas de demanda de los servicios, ya que representan el 65% del total de consultas otorgadas, lo que indica que a la fecha la medicina continúa siendo curativa.

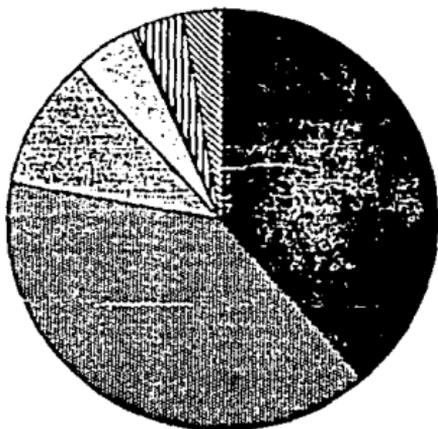
CASOS QUE DEMANDARON ATENCION PROFESIONAL, SEGUN OPINION
SOBRE EL SERVICIO RECIBIDO



CUADRO No. 11

La calidad de la atención médica es un factor determinante en la salud de la población, ya que de éste dependerá que se continúe demandando el servicio; en esta gráfica se ratifica este concepto al identificar que el 75% de los pacientes atendidos en los Centros de Salud, han encontrado una solución favorable a los problemas de salud al acudir a consulta y tan sólo el 10% lo han considerado de mala calidad.

**CASOS QUE DEMANDARON ATENCION PROFESIONAL Y NO ESTUVIERON
SATISFECHOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBIDOS, SEGUN
MOTIVO**



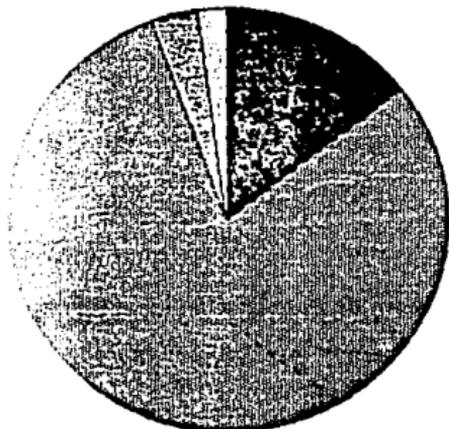
- NO ATENCION RAPIDA
- ▨ NO ATENCION ADECUADA
- MAL TRATO
- ▭ NO SE ALIVIO
- ▮ CARO
- ▩ MALA COMIDA
- ▧ OTROS
- ▦ NO SABE

CUADRO No. 12

Al analizar el 10% de población no satisfecha con la atención no recibida, se pudo identificar que el 35% de los pacientes refirió no haber sido atendido rápidamente y el 49% no quedó conforme con la atención que se le brindó; que en forma conjunta representan el 84% de éste problema, que sin duda es administrativo y pueden dictarse a corto plazo medidas tendientes a su pronta solución .

P R O M O C I O N

CAMPAÑAS DE PROMOCION A LA SALUD QUE DEMANDARON
RECONOCIMIENTO PROFESIONAL.

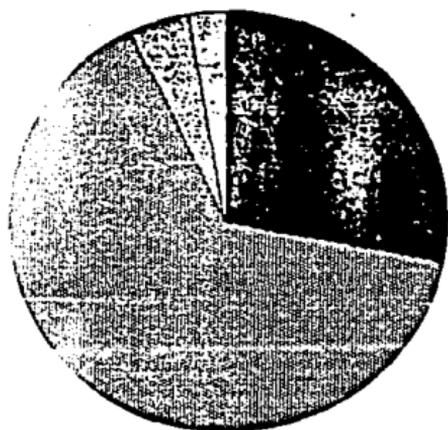


- SARAMPION
- POLIOMIELITIS
- DPT
- TUBERCULOSIS

CUADRO No. 13

Dentro de las vacunas del Programa Nacional de Inmunizaciones el biológico que mayor demanda ha tenido es la antipoliomiélica con un 80%; seguida de la del sarampión con el 13% y la que menor demanda ha presentado es la de la antituberculosa con el 3% . La razón obedece a que los primeros biológicos son los que mayor difusión han tenido entre la comunidad.

OPINION DE LA POBLACION EN CUANTO A LA PROMOCION

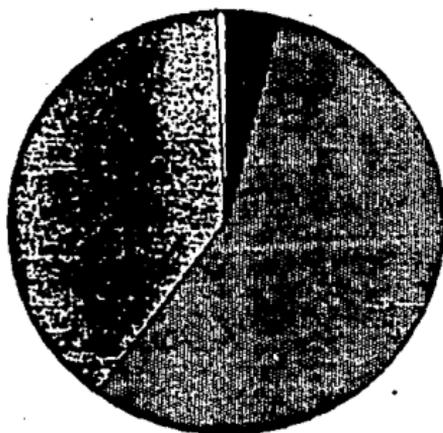


- FOTOGRAFIA
- ▣ LEYENDA
- ▤ CARICATURA
- OTROS

CUADRO No. 14

Entre los medios de difusión de corto alcance, se encuentran los carteles pero de estos los que mayor impacto ha tenido en su mensaje entre la población, son aquellos que presentan leyendas (60%) seguidos de los estructurados con fotografías (30%) alusivos al tema, un 7% con caricatura y 3% los restantes.

MEDIOS DE DIFUSION QUE MAS IMPACTAN A LA POBLACION EN
GENERAL EN CUANTO A LAS CAMPAÑAS DE ATENCION A LA SALUD



- ESPECTACULARES
- TELEVISION
- RADIO
- OTROS

CUADRO No. 15

Mantener un adecuado sistema de comunicación con la comunidad, es un punto muy importante, debido a que será la única forma en que se le da a conocer los servicios que están a su alcance para que estos puedan ser demandados; en esta ocasión dentro de los medios de comunicación masiva el que mayor impacto ha logrado es la televisión en el 65% de la población encuestada, seguida de la radio en el 35% de los casos.

CONCLUSIONES

El propósito fundamental de esta investigación fué analizar los programas de atención primaria a la salud bajo el punto de vista de la mercadotecnia desde la definición de la planeación de servicio y promoción seguida de su segmentación para después tratar cada uno de los programas seleccionados para conocerlos de una forma más amplia.

También se llevó a cabo una investigación de campo en donde se analizaron diversas condiciones y características sociales de la población como son: vivienda, población en general, población menor de cinco años, atención a la salud y por supuesto promoción.

Dentro de los aspectos de promoción enfocamos la investigación a conocer que campañas fueron las que más atención profesional demandaron, que preferencias tiene la población en cuanto a las herramientas de promoción. Sin olvidarnos de un aspecto muy importante que es el conocer el impacto de los medios de difusión de la población.

Después de llevar a cabo todo lo anterior obtuvimos diversos resultados siendo los más relevantes:

El 96% de la población residente en el D.F. cuenta con los-

elementos necesarios para captar la difusión de mensajes tanto de radio como de T.V.

En cuanto a la población, predomina la población joven en edad escolar y los adolescentes. La cobertura de los servicios demandados es del 57% y sólo el 43% de la población se encuentra carente de los servicios de salud. Es importante mencionar que para el 70% de la población que recibe los servicios estos son considerados como buenos.

En cuanto al impacto que se logra en cada una de las campañas de salud las que consiguen mayor impacto son las de vacunación principalmente las realizadas para: poliomielitis, difteria, tosferina y tétanos sin olvidar sarampión y tuberculosis.

Los carteles que son herramientas utilizadas en los puntos donde se distribuyen los servicios tienen una gran aceptación principalmente aquellos que cuentan con leyendas, fotos y caricaturas.

La T.V. y el radio son de gran aceptación en cuanto a la difusión de las campañas y la herramienta de menor aceptación e impacto son los espectaculares.

Por lo tanto se puede concluir mencionando que los esfuerzos

promocionales que se llevan a cabo tienen buenos resultados ya que logran la demanda del servicio, esto no quiere decir que el éxito es en todas las campañas, ya que después de laborar ésta investigación se observó que el verdadero éxito es sólo en los programas de vacunación por lo tanto requieren de mayor cuidado y esfuerzo los programas de Atención Materno Infantil y el de Prevención Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Todo ello sin olvidar que la población predominante va de uno a veinte años, lo que demuestra que es una población joven que facilita el lograr cambios de conducta favorables. Para su propia salud y para las condiciones con que se presta el servicio.

Con la información recabada contamos con bases necesarias para poder decir que actualmente los esfuerzos promocionales realizados por el sector salud son buenos pero están sujetos a cambios favorables para que cada día se logren mejores resultados en cuanto a la prestación del servicio al igual que su demanda, con lo que se logrará contar con una población sana que conoce cada uno de los servicios que éste sector le ofrece.

- La Salud es un derecho que debe gozar todo mexicano.
- La Salud, no es tan sólo el brindar medidas resolutivas

a las patologías en un individuo y en un eco-sistema.

- Hablar de salud, lleva implícito la preservación del equilibrio físico, psíquico y social de un individuo.
- Para lograr éste equilibrio, se requiere de la participación activa del individuo y la sociedad en su conjunto de la que es integrante.
- La educación, es sin duda el punto importante para lograr la salud y la participación del individuo y su comunidad.
- Hablar de educación, es lograr cambios de conducta en el individuo.
- Para lograr estos cambios, la comunicación tiene el papel más importante, ya que por éste conducto será el único medio que nos permita difundir entre la población, información que contribuya en la salud individual y colectiva.
- Es esencial que para que un mensaje cumpla con su papel "informativo" éste debe cumplir los parámetros mínimos necesarios que logren en primer término, captar la atención del público, independientemente del medio que se haya elegido; que el individuo se integre y se identifique con el mensaje, adoptando de manera inmediata un papel autocrítico que le permita identificarse con el problema expuesto y sobre todo captar la magnitud de éste, pero que de esta manera adopte las medidas correctivas propuestas.
- Para que los mensajes sean capaces de integrar, identificar y lograr cambios de conducta, deberán ser formulados por personal especializado en la materia.

- Es aquí donde la comunicación y la mercadotécnica se encuentran ampliamente vinculadas, ya que su objetivo primordial y común en este caso es el vender SALUD.
- Es entonces importante aplicar la mercadotécnica en la salud por que a través de ésta se lograrán identificar los principales problemas existentes en una comunidad y mediante un poder crítico de su magnitud, trascendencia y sobre todo su vulnerabilidad, se podrían priorizar.
- Una vez priorizados, se identificarán las necesidades de información.
- La mercadotécnica definirá las técnicas y medios más propicios para difundir la información.
- Mediante estudios de mercadotécnica se podrá investigar el grado de penetración de los mensajes en la comunidad.
- Por su parte la medicina a través de las estadísticas recopiladas, podrán evaluar la trascendencia que ha tenido la información vertida a la comunidad.
- Lo anterior mediante datos de morbilidad, mortalidad y demanda de los servicios de atención médica.
- Al combinar la mercadotécnica con la medicina, nos permitirá descubrir con oportunidad entre otras, las desviaciones existentes en la prestación de estos servicios.
- Al conocer estas desviaciones, se podrá tomar decisiones más congruentes y acordes con las necesidades de la comunidad demandante de los propios servicios.
- Este conocimiento, dará la oportunidad de brindar a la vez una mejor calidad y calidez en la atención del paciente.

B I B L I O G R A F I A

- Poder Ejecutivo Federal; Ley General de Salud.
Editada: Dirección General de Asuntos Jurídicos.
México, Septiembre 1984.

- Poder Ejecutivo Federal; Programa Nacional de Salud 1984-1988.
Editada: Dirección General de Asuntos Jurídicos.
México, 1984.

- Secretaría de Salud; Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta.
Editada: Subsecretaría de Planeación.
México, 1985.

- Dr. Guillermo Soberón Acevedo: La Extensión de la Cobertura de los Servicios de Salud, Ponencia presentada en la Academia Nacional de Medicina.
México, Febrero 1987.

- Dr. Jesús Kumate Rodríguez: Cobertura por Servicios de Atención Médica, Ponencia presentada en la Academia Nacional de Medicina.
México, Febrero 1987.

- Dr. Andrés G. de Wit Greene: El Modelo de Atención, Ponencia presentada en la Academia Nacional de Medicina.
México, Febrero 1987.

- Universidad Autónoma de México; Hacia un Sistema Nacional de Salud.
Editada: Universidad Nacional Autónoma de México.
México, 1983.

- Secretaría de Salubridad y Asistencia; Programa de Salud Rural.
México, 1977.

- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; Salud para todos en el año 2000/Estrategias: Documento Oficial No. 173.
Editada: OPS. Washington, D.C.
Diciembre 1980.

- Philip Kotler; Dirección a la Mercadoténia Análisis, Planeación y Control.
4° Edición.
Editorial: Diana.