

00662

1  
2EJ



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA**

**FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SISTEMA DE APOYO PARA LA PRESTACION  
DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS  
COMUNIDADES RURALES**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA**  
**ATENCION MEDICA Y HOSPITALES**  
**P R E S E N T A**  
**MARIA DEL CARMEN DUBON PENICHE**

**DIRECTOR DE TESIS**  
**DR. JORGE RUIZ DE ESPARZA GARCIA**



MEXICO, D. F. 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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.



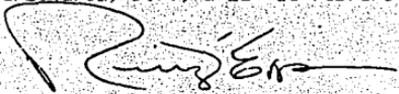
UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DR. JOSE RAMON TORRES SOLIS  
JEFE DE LA DIVISION  
P R E S E N T E.

Como miembro del jurado del examen que para obtener el grado de **Maestra** sustentará la señorita **MARIA DEL CARMEN DUBON PENICHE**, doy mi aprobación para que presente la tesis titulada: "**UN SISTEMA DE APOYO PARA LA PRESENTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL AREA RURAL**", para ser discutida en el mencionado examen.

A T E N T A M E N T E  
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"  
Cd. Universitaria, D.F., a 22 de febrero de 1995.



DR. JORGE RUIZ DE ESPARZA GARCIA

***A mi hijo Gustavo...***

## CONTENIDO

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO</b> .....	<b>6</b>
	Desarrollo Histórico .....	6
	Servicio Jurídico Consultivo .....	10
	Desarrollo de los servicios de 1959 a 1994 .....	16
<b>III.</b>	<b>EL PAPEL DEL SERVICIO SOCIAL MEDICO EN EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO</b> .....	<b>27</b>
	Antecedentes Socioeconómicos y Culturales que Contribuyeron a la Institución del Servicio Social de la Carrera de Medicina en México .....	27
	Institución del Servicio Social Médico .....	29
	Marco Jurídico y Normativo del Servicio Social en el Area de la Salud .....	35
	El Servicio Social de las Carreras de la Salud en el Modelo de Atención a la Población Abierta .....	42
<b>IV.</b>	<b>MODELO DE APOYO PROPUESTO</b> .....	<b>43</b>
	Planteamiento del Problema .....	43
	Justificación .....	47
	Modelo de Investigación .....	48
	Propósito .....	49
	Objetivos .....	49
	Marco Teórico .....	51

A)	Modelo de Atención a Población Abierta (IDEAL)	51
	1.- Estructura Operacional de los Servicios de Salud	58
	2.- Caracterización de la Red de Unidades de Salud	60
B)	Situación actual de la Prestación de Servicios de Salud en el Area Rural (REAL)	65
	Situación actual en zonas de población general	66
	Situación actual en zonas de población indígena	87
	Hipótesis	98
	Diseño Metodológico	99
<b>V.</b>	<b>CARACTERIZACION DEL MODELO PROPUESTO</b>	<b>102</b>
	Programa de atención a la salud	102
	Recursos Humanos	106
	Perfil Profesional del Pasante de Medicina	106
	Perfil Profesional del Médico General de Contrato	106
	Perfil profesional del Pasante de Enfermería	109
	Perfil Profesional del Técnico en Atención Primaria	110
	Recursos Físicos	111
	Organización del modelo propuesto	114
	Actividades del equipo de salud	115
	Consideraciones Finales	119
	Bibliografía	126

## **I. INTRODUCCION**

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 establece en su sentido más amplio que la política de salud pretende impulsar la protección a todos los mexicanos brindando servicios eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de las condiciones de bienestar social en esta materia.

Es bien conocido que la salud no sólo es ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo. La salud es un elemento imprescindible del desarrollo, y en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad sociales, es un derecho esencial de todos.

El derecho a la protección de la salud, tiene entre sus finalidades el bienestar físico y mental del hombre, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, el disfrute de los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

El cumplimiento al derecho a la protección de la salud es responsabilidad del Sistema Nacional de Salud que está coordinado por la Secretaría de Salud. El sistema tiene entre sus objetivos proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

Por su parte a la Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de salud, coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud, coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.

En México desde 1936 la atención a la salud de la población del área rural ha sido una acción que se ha llevado a cabo en gran medida con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que se encuentran realizando el servicio social.

Esta situación permite que exista un vínculo muy estrecho entre las instituciones de salud y las educativas, quienes desde principios de siglo realizan actividades concertadas en materia de formación de recursos humanos para la salud.

La disminución en el número de egresados provocó que algunas comunidades rurales se vieran privadas de este recurso, motivo por lo cual se instrumentó un programa alterno con Médicos Generales de contratación temporal, sin embargo al continuar disminuyendo los estudiantes de las diversas carreras, se vieron afectadas mayor número de comunidades.

En el año de 1985 la Secretaría de Salud implantó el Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta que constituye una instancia intermedia entre la profesionalización de la atención y los esquemas sustentados con personal voluntario y auxiliar. Este modelo permite ampliar la cobertura a una gran población que se encuentra dispersa y que habita en localidades con menos de 500 habitantes, además que permite la consolidación de un sistema para la organización y funcionamiento de los servicios, definidos por niveles de atención y en el que se vinculan las acciones de vigilancia epidemiológica y de regulación y fomento sanitario.

Como se mencionó anteriormente, los pasantes de medicina y otras carreras realizan la prestación del servicio social con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios, mejorar la calidad de la atención médica y continuar su formación profesional bajo la tutela de personal más capacitado.

En la actualidad se conceptualiza el servicio social como una etapa curricular incluida en el plan de estudios con carácter obligatorio, que se lleva a cabo en las unidades médicas del primer nivel de atención en el área rural y que por lo tanto requiere apoyos académicos para mantener actualizado al pasante tanto en los programas prioritarios como en los conocimientos científicos y tecnológicos.

El servicio social de estudiantes de las carreras de la salud, es una estrategia que produce beneficios directos tanto al alumno, a la institución educativa, a la institución de salud y a la comunidad.

Para el Pasante significa la oportunidad de enfrentarse a una forma de ejercicio profesional, en la que estando bajo la tutela de personal experimentado, pone en práctica sus conocimientos, adquiere las destrezas y habilidades necesarias en su carrera, integra los elementos teóricos y prácticos de su profesión, y contribuye al desarrollo de la comunidad a la que se encuentra adscrito.

Para las Instituciones de Salud, significa la posibilidad de ampliar la cobertura de los servicios, desarrollar los programas prioritarios en las localidades apartadas y de difícil acceso, mejorar la calidad de la atención y participar en la formación profesional de los alumnos.

Para la Institución Educativa significa, la oportunidad de obtener resultados del proceso educativo a través de la evaluación del producto final, y estar en posibilidad de retroalimentar el plan de estudios y los contenidos curriculares.

Para la Comunidad significa la oportunidad de recibir servicios de calidad, que contribuyan a resolver los problemas de salud más frecuentes, así como de transformar el perfil epidemiológico y con ello estar en mejor condiciones para participar en el proceso de desarrollo social.

El servicio social, como ya se hizo mención, es una etapa curricular incluida en los planes de estudios de las carreras profesionales y técnicas, cuyo marco jurídico incluye la Ley General de Educación, la Ley General de Salud, la Ley de Profesiones, la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, las Leyes Estatales de Salud, los Reglamentos Interiores de las instituciones de Salud, las

**Leyes Orgánicas de las Instituciones Educativas, las Recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud para la Instrumentación del Servicio Social de Estudiantes de las Carreras de la Salud y las Normas Operativas en la Materia.**

La Descentralización de la Administración de los Servicios de Salud a los Gobiernos de los Estados, ha permitido que éstos participen directamente en la planeación y operación de los programas de servicio social, sin embargo en virtud de que solamente 14 entidades federativas se encuentran en esta situación, la coordinación del proceso y la elaboración del Programa Nacional de Distribución de Pasantes continua siendo central, a cargo de la Dirección General de Enseñanza en Salud quien la lleva a cabo a través de la Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social.

Por lo anterior el programa de supervisión y evaluación del servicio social es responsabilidad de la misma instancia, quien para ello además de los procedimientos institucionales, utiliza algunos criterios establecidos por la Comisión Interinstitucional.

Por lo que respecta a las carreras más directamente relacionadas con la atención médica, la disminución en el número de egresados por un lado, y el aumento del número de unidades médicas por el otro, significó inconsistencias en la cobertura de las unidades, repercutiendo en la posibilidad de prestar servicios a un importante grupo de población, lo que en cierta medida se ha resuelto con la contratación temporal de Médicos Generales.

Otra medida que ha permitido disminuir la problemática, ha sido la formación de Técnicos en Atención Primaria, con lo cual se han cubierto Casas de Salud y algunas Unidades Auxiliares de Salud.

El personal de Enfermería tiene la preparación necesaria para contribuir a la prestación de servicios, lo que se observa en muchas localidades en las que no existe médico o pasante de medicina, sin embargo, se ha priorizado su adscripción en los hospitales del segundo nivel de atención para el cuidado directo de los enfermos.

En este trabajo se plantea que con una distribución adecuada de los diferentes tipos de profesionales, con definición clara de las funciones que pueden desarrollar cada uno de ellos, con una supervisión capacitante apropiada de acuerdo a las necesidades de cada disciplina, y con la dirección apropiada del personal médico, el modelo que se propone permite asegurar la prestación de los servicios en las comunidades más necesitadas de ejercer acciones de salud, que les permitan mejorar sus condiciones de vida y por tanto sus posibilidades de desarrollo.

El modelo propuesto plantea una distribución adecuada del personal de salud, de acuerdo a la complejidad de las acciones a desarrollar en cada tipo de unidad, como son: la unidad auxiliar de salud, el centro de salud rural para población dispersa y el centro de salud rural para población concentrada, en los que se incorporarían Técnicos en Atención Primaria, Enfermeras Generales, Pasantes de Medicina y Médicos Generales de contratación temporal.

Se propone agrupar regionalmente las unidades médicas, respetando la distribución jurisdiccional, con el propósito de utilizar los mecanismos vigentes de apoyo a las jurisdicciones y a los centros, los mecanismos de referencia y contrarreferencia, los sistemas de abasto y la zonificación establecida.

Se aporta un modelo para la supervisión y evaluación del modelo, y se definen los mecanismos para proporcionar apoyo académico y técnico al personal.

## **II. EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO**

### **Desarrollo Histórico**

De la revisión se desprende que existen algunos antecedentes que datan de 1446 en relación con el imperio azteca, de 1480 en la civilización maya descritos en el "Código de Tizimín", sin embargo para fines de este trabajo se hace referencia a algunos eventos que sucedieron en el siglo XIX y el desarrollo durante el siglo XX en particular a partir de la Revolución Mexicana.

En 1831 el Presidente de la República, Anastasio Bustamante, suprimió el Real Tribunal del Protomedicato, organismo dedicado desde 1628 a la regulación y vigilancia de la salubridad, la higiene y el control del ejercicio de la medicina, la cirugía, la flebotomía y del "arte de los partos". En su lugar se estableció una junta denominada Facultad Médica del Distrito Federal, que tomó bajo su cargo todas las atribuciones encomendadas al Protomedicato, con la obligación, además, de formar el código sanitario del país.

Posteriormente, el día 4 de enero de 1841, el Gobernador del entonces Departamento de México promulgó un "Ordenamiento del arreglo de los estudios médicos, exámenes de profesores y policía en el ejercicio de la facultades de medicina", con el que se reemplazaba la Facultad Médica por el Consejo Superior de Salubridad, compuesto por cinco miembros titulares, tres de ellos médicos, uno farmacéutico y uno químico.

Estos tres organismos -Real Tribunal de Protomedicato, Junta de la Facultad Médica y Consejo Superior de Salubridad-, tuvieron sucesivamente, como lo señala Ismael Prieto, las mismas atribuciones y "aunque con nombres diversos, ha sido siempre la misma institución: una junta compuesta de médicos y farmacéuticos, encargada de velar por la salubridad pública".

El Consejo Superior de Salubridad, cuidaba, en lo referente a la práctica de la medicina, de expedir y registrar títulos, de vigilar que únicamente los profesores titulados ejercieran los ramos de la ciencia médica, de imponer multas a los que contravinieran las disposiciones y de señalar las operaciones que se permitían

ejercer a los cirujanos, flebotomianos, dentistas y parteras. Asimismo, se ocupaba del ejercicio de la farmacia, señalando la farmacopea que debía regir en México, las tarifas de los medicamentos y visitando las boticas y fábricas de drogas.

En cuanto al cuidado y control de la salud pública, el Consejo debía llevar a cabo acciones sanitarias, expedir la legislación necesaria para ese efecto, proponer ante las autoridades centrales y municipales todas las disposiciones y providencias de higiene pública que considerase convenientes, combatir las epidemias, propiciar la propagación de la vacuna, visitar e inspeccionar los establecimientos públicos y formar el código sanitario.

Durante la segunda mitad del siglo XIX se produjo en México un importante incremento demográfico y con él un aumento de las necesidades y requerimientos sanitarios del país. Por esta razón, el Consejo Superior de Salubridad fortaleció sus acciones, dirigidas a controlar la higiene pública, proporcionar mayor grado de salud y bienestar a la población. De tal modo, en 1872 se expidió un nuevo reglamento del Consejo, al cual se le señalaba, además de la atribuciones mencionadas en los reglamentos de 1841 y 1842, la formación de la estadística médica y la reglamentación y vigilancia de la prostitución. Este documento se consideró trascendental, ya que consolidó al Consejo como un verdadero "órgano técnico, consultivo, normativo y ejecutivo, cuya acción permanente tiene como finalidad tanto la resolución de los problemas sanitarios como la prevención de los mismos".

A partir de ese momento, el Consejo puso especial atención en reglamentar la higiene en establecimientos comerciales e industriales, en talleres peligrosos e insalubres, en mercados, rastrojos, establos, hospitales y escuelas; asimismo expidió normas para la elaboración de alimentos, bebidas, medicinas y sobre las condiciones sanitarias urbanas y de la vivienda, todo ello de acuerdo a los nuevos conocimientos y avances científicos en materia de salud pública.

En 1880 el Consejo estaba estructurado técnica y administrativamente en trece comisiones permanentes que se distribuían las distintas funciones que desarrollaba la institución: epidemiología; teatros, hospitales, cárceles y demás establecimientos de aglomeración de individuos; panteones; establecimientos de productos químicos;

boticas; fábricas y otras industrias; establos, ordeñas y demás asuntos relativos a veterinaria; inspección de sustancias alimenticias; vigilancia de la vacuna e inspección sanitaria; estadística médica; toxicología; acequias, atarjeas y albañales; metrología y topografía.

El cumplimiento de las disposiciones de salubridad estaba también al cuidado, en gran medida, de las municipalidades. El Consejo Superior de Salubridad y el Ayuntamiento de la Ciudad de México actuaban conjuntamente en la resolución de los problemas sanitarios de la capital, tanto en tiempos normales como en épocas de epidemias. De tal modo, las ordenanzas municipales de 1840 establecían los ramos de salud pública que tendría a su cargo el Ayuntamiento de México.

La tarea normativa del Consejo Superior de Salubridad culminó el 15 de julio de 1891 con la promulgación del primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, que reunió en un solo cuerpo los preceptos que abarcaban todos los aspectos de la higiene. El Código constaba de un título preliminar, que versa sobre la organización de los servicios sanitarios, y de cuatro libros: el primero se ocupa de la administración de la salubridad federal, el segundo de la local, el tercero de las penas y el cuarto de los procedimientos.

La prestación de los servicios sanitarios se vió limitada durante el siglo XIX por el problema de jurisdicción entre el gobierno central y el respeto a la autonomía e independencia de los Estados. Por esta razón, el Consejo tuvo incidencia principalmente en la capital de la República produciéndose un desequilibrio entre los servicios prestados en la ciudad de México y en el resto del país.

Este obstáculo se resolvió en 1917 con la promulgación de la Constitución, que determinaba que los servicios sanitarios podían ser nacionales, locales y municipales. En la Carta Magna se contemplaba la existencia de dos organismos técnicos, centralizadores y coordinadores: el Consejo de Salubridad y el Departamento de Salubridad Pública. El primero era un organismo nacional, con facultad jurídica para emitir disposiciones y normas de observancia general y obligatoria, dependiente de la Presidencia de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado; el segundo se creaba como un organismo ejecutivo en materia de higiene, que incluso podía subordinar, en asuntos sanitarios, a las

demás dependencias de la Administración Pública Federal. De tal modo se respetaban la autonomía y los derechos locales y municipales, excepto en caso de salubridad general.

Las obligaciones y deberes del Departamento de Salubridad Pública quedaron contempladas en el reglamento del 19 de diciembre de 1924, que consideró el nombramiento de delegados en los estados, puertos y fronteras, de jefes de campañas y de inspectores en cualquier parte de la República, para la administración de los servicios sanitarios federales, así como delegados en el Distrito y Territorios Federales en el orden local.

Como resultado de la reordenación de las funciones del Departamento, este se organizó en servicios y direcciones técnicas y bajo su dependencia directa quedaron el Instituto de Higiene, el Instituto Antirrábico, los Dispensarios para Tuberculosos y Enfermos Venéreo-sifilíticos, la Escuela de Salubridad, la Inspección Sanitaria y el Hospital Morelos.

A partir de 1930 se inició la organización de los Servicios Sanitarios Coordinados en los Estados y Territorios, que mediante convenio entre el Departamento de Salubridad Pública y los gobiernos estatales, funcionaban el personal de ambas partes con el propósito de poner en práctica una política sanitaria general en todo el país, aplicar principios técnicos homogéneos y uniformar los procedimientos. Cada uno de los servicios sanitarios estaba constituido por una oficina central, centros de higiene y unidades sanitarias.

En el Primer Congreso Nacional de Asistencia celebrado en México en agosto de 1943, el doctor Bernardo J. Gastélum expresaba la necesidad de fusionar en un solo organismo los servicios sanitarios impartidos por el Departamento de Salubridad Pública y los servicios hospitalarios, sociales y educativos de la Secretaría de la Asistencia Pública, debido a las ventajas técnicas y económicas que conllevaría esta medida. Consideraba como una exigencia impuesta por la realidad del país establecer una amplia coordinación entre ambos servicios, que estaban estrechamente relacionados, para evitar duplicidad de funciones, dado que no existía una delimitación precisa entre las mismas.

Teniendo en consideración las conclusiones del Congreso, el presidente Manuel Avila Camacho expidió un decreto, publicado el día 18 de octubre de 1943, que creaba la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en la que se fusionaban el mencionado Departamento de Salubridad y la Secretaría de la Asistencia Pública.

### Servicio Jurídico Consultivo

Las funciones legales del Consejo Superior de Salubridad a finales del siglo XIX estaban en manos de un abogado que desempeñaba el cargo de vocal del Consejo y cuyas obligaciones se especificaban en el artículo 28 del reglamento del mismo del 29 de febrero de 1892.

A partir de 1917, con la transformación del Consejo Superior de Salubridad en Departamento de Salubridad Pública, dependiente de la Presidencia de la República, se advierte la necesidad de incrementar el personal dedicado al despacho de los asuntos jurídicos de la institución. En 1923 ya se contaba, además del vocal abogado del Consejo, con un segundo abogado del Departamento y con dos empleados administrativos.

En 1925, por efecto de las disposiciones del reglamento de diciembre de 1924, se creó el Servicio Jurídico, que tenía, entre otras, las siguientes atribuciones: formular en colaboración con otros Servicios los proyectos de legislación y normatividad dictados por el departamento de Salubridad; compilar la legislación sanitaria; resolver las consultas de otros Servicios sobre las disposiciones sanitarias; representar a la institución en los amparos que se interponen en su contra; tramitar todo lo relacionado con el tráfico de drogas enervantes; tramitar todo lo relativo al ejercicio de la medicina; revisar los proyectos que celebre el Departamento; etc.

Es importante conocer algunas notas históricas sobre la fundación de los principales hospitales de México. Uno de los trabajos más completos es el del Dr. Nicolás León, que fue presentado en la Academia de Medicina en el año de 1916 y publicado en la Gaceta Médica ese año, dentro de los cuales destacan los siguientes:

- Hospital Real de San José de Naturales, fundado en 1530 a instancias de los Franciscanos, para atender a los indios pobres. Este hospital tuvo gran apoyo de Fray Pedro de Gante.
- Hospital del Amor de Dios, fundado por Fray Juan de Zumarraga, en 1534 donde con mucho cuidado se curaban y sustentaban los enfermos pobres, de morbo gálico y no de otra alguna, por ser la más nociva y contagiosa de las que hay en las partes.
- Hospital de San Cosme y San Damián, fundado por el Sr. Zumarraga en el sitio que hoy ocupa la Iglesia de San Cosme y que subsistió pocos años.
- Hospital de la Santísima, fundado en 1526 por Juan del Castillo y Francisco de Olmos, alcaldes de sastres de la Ciudad de México, en el que recibían pobres y miserables.
- Hospital de San Pedro de México, fundado en el año de 1577 por el clero secular de la Ciudad de México.
- Hospital de Convalecientes de San Hipólito, fundado en el año de 1569 por Bernardino Alvarez en el barrio que llaman de San Hipólito.
- Hospital de San Lázaro, fundado en 1572 por el Dr. Pedro López y en el que sólo curaban enfermos del mal de San Lázaro.
- Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados y de la Epifanía, fundado en 1582 también por el Dr. Pedro López en el que se curaban a negros, mulatos y mestizos pobres y libres.
- Hospital de la Tlaxpana, fundado en la Ciudad de México en el que se atendían a todos los leprosos.
- Hospital de Monserrate o de Tacubaya, fundado en 1584 por los aragoneses Diego Jiménez y Fernando Moreno.

- Hospital de Oaxtepec, fundado pocos años después de la conquista por orden de Hernán Cortés.
- Hospital de Santa Fe de México, fundado en 1532 por el Lic. Vazco de Quiroga, formándose una población de 3,000 vecinos.
- Hospital de Puebla, fundado el 2 de septiembre de 1538 por el ayuntamiento, en la actualidad se le conoce como el Hospitalito.
- Hospital de Tlaxcala o Puebla, fundado por el rumbo de Santa Ana por el Sr. Garcés, estando a cargo de la archicofradía de Nuestra Señora de la Concepción.
- Hospital de la Santa Veracruz de Puebla, fundado después del año 1545, es mencionado sin detalle alguno por el historiador Veytia.
- Hospital de San Pablo de Puebla, fundado en el año de 1563.
- Hospital de San Juan de Letrán de Puebla, cuyo primer patrono fue el Sr. Garcés.
- Hospital Real de San Pedro en Puebla, fundado en 1541 por el cabildo eclesiástico de Puebla.
- Hospital de San Roque, para convalecientes en Puebla, fundado en 1563 por el V. Bernardino Alvarez. Se albergaban allí, con especialidad, a los locos y a los pasajeros pobres que de España venían a Veracruz.
- Hospital de la Encarnación de Tlaxcala, fundado en 1536, para servir y enterrar los pobres y para celebrar fiestas.
- Hospital de San Martín de San Juan de Ulúa. Hospital de Veracruz, fundado en 1579 por el Virrey Martín Enriquez de Almanzal, atendían a los inmigrantes, pobres y desamparados que traían las flotas, y después los conducían a las ciudades de Puebla y México.

- Hospital de la Concepción de Jalapa, fundado por Bernardino Alvarez para alojar a los inmigrantes que enfermos o necesitados se encontraban en el Puerto de Veracruz.

- Hospitales del Arzobispado de Michoacán, varios de ellos fueron fundados en parroquias y pueblos de importancia, como el de la Laguna, Pátzcuaro, Salamanca, e Irapuato.

- Hospital de la Purísima Concepción, de Querétaro, fundado en 1586 por Diego de Tapia.

- Hospital de la ciudad de Guanajuato, para atender indios otomies, tarascos, mexicanos y mazahuas.

- Hospital de la Santa Veracruz de Guadalajara, fundado en 1557, para atender la población de los pueblos de la comarca.

- Hospital de San Miguel de Guadalajara, fundado en 1581, por el cabildo eclesiástico de Guadalajara.

- Hospital de San Juan de los Lagos, se fundó en el siglo XVI y no subsistió mucho tiempo.

- Hospital de Acapulco, fundación de Bernardino Alvarez, para pobres que se embarcaban rumbo a China y el Perú, y para enfermos.

- Hospital de San Cristobal, en la Ciudad Real de Chiapa, fundado en 1594, para pasajeros pobres y enfermos.

- Hospital de Nuestra Señora del Rosario de Mérida Yucatán, fundado en 1575 por Gaspar Xuarez, para atender indios.

Otro de los sucesos que vale la pena anotar, lo constituye la fundación de la Cátedra de Vísperas de Medicina la cual fue erigida en 1598. En el año 1600 se graduaron de Bachilleres en Medicina muchos estudiantes, dice B. de la Plaza J.

En los siguientes 200 años, continuó el crecimiento del grupo de hospitales, surgían unos y desaparecían otros. Asimismo la Enseñanza Médica se desarrollaba poco a poco, incorporando los adelantos científicos y técnicos que aparecían en Europa.

El incipiente sistema de salud luchaba contra las epidemias que iban apareciendo como fue la del cólera en casi todo el territorio nacional, la del sarampión, la de la fiebre amarilla, la de la fiebre epidémica y endémica, la de las viruelas, la del paludismo, etc.

A partir de la Independencia y la iniciación de la Reforma hubo dos influencias principales sobre la asistencia: en primer término, la fuerza del derecho natural al establecer el apotagma de la igualdad humana dió principio a la transformación de las ideas de caridad en servicios de beneficencia pública o privada y en segundo término la estabilidad política, y como consecuencia de ella las luchas armadas.

En 1864 se constituyó la Beneficencia Pública de la Ciudad de México con el hospicio de pobres, la Parcialidad, en la que se atendía a los indios descendientes de tlaxeloltecas, el hospital general de San Andrés, el hospital de San Pablo (hoy hospital Juárez), el hospital de San Juan de Dios y el del Divino Salvador.

El hospital Juárez atendía a víctimas de accidente en vía pública, heridos en riñas callejeras, abandonados a su suerte, enfermos por miseria, alcohol, tíficos y leproso.

En el Estado de Jalisco había 33 establecimientos de beneficencia pública y privada, le seguía Guanajuato con 31, México con 23, el Distrito Federal con 21, Puebla con 20 y Veracruz con 17. En Coahuila, Nuevo León y Tabasco existía uno solo, en Campeche, Durango y Querétaro habían dos hospitales.

En 1804 el hospital general antes de San Andrés inició la enseñanza de la Clínica Médica y en 1808 se hizo obligatorio para todos los estudiantes. El 22 de noviembre de 1895 se nombró al Dr. Eduardo Liceaga Director Médico del nuevo hospital el cual fue inaugurado el 5 de febrero de 1905.

En ese acto se presentó una composición poética de Amado Nervo y un extenso discurso del Dr. Liceaga. El acta fue firmada por el Presidente de la República General Porfirio Díaz.

En 1910 fue inaugurado el Hospital de la Castañeda. En 1937 el Presidente Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de Asistencia Pública, posteriormente el hospital de Huipulco para tuberculosos, y en 1941 el hospital del Niño. En 1943 fue creada la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la consiguiente desaparición del Departamento de Salubridad Pública y de la Secretaría de Asistencia Pública.

En la memoria de Salubridad y Asistencia en 1945 se decía: "estudios minuciosos realizados a lo largo de varios años y basados en el conocimiento de nuestra realidad y en el de la técnica y la administración sanitaria y asistencial, vinieron a demostrar que si bien en algunos países puede ser útil la separación de las actividades puramente sanitarias de las meramente asistenciales, en México donde los problemas de asistencia y de salubridad alcanzan magnitudes extraordinarias y revisten características muy peculiares, no hay razón para mantener tal separación".

En 1919 inició la campaña antituberculosa y en octubre de 1946 por decreto presidencial, se creó el Sanatorio Hospital "Dr. Manuel Gea González". Sus funciones fueron de atención médica y quirúrgica de enfermos tuberculosos de cualquier grado. El 3 de diciembre de 1952 se expidió el decreto presidencial que lo elevó a la categoría de Instituto. Se le dotó de las instalaciones necesarias y se le otorgó el nombre oficial de Instituto Nacional de Neumología "Manuel Gea González".

El 18 de abril de 1944, fue inaugurado el Instituto Nacional de Cardiología. El Dr. Ignacio Chávez desde el año de 1927 había logrado adaptar el pabellón 21 del Hospital General para destinarlo exclusivamente a la atención de enfermos cardiovasculares. Posteriormente hubo necesidad de construir el edificio propio, con funcionamiento autónomo. El Instituto de Cardiología atiende el problema de los enfermos cardíacos desde diversos puntos de vista que van desde la prevención de las enfermedades del corazón hasta la atención de enfermos ambulatorios y encamados.

En 1943 se fundó el Instituto Nacional de Nutriología que posteriormente fue el Instituto Nacional de Enfermedades de la Nutrición.

Al iniciarse el sexenio del Gobierno 1952-1958 la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tomando como base el resultado de la encuesta realizada por la Comisión Nacional de Hospitales y teniendo en cuenta que numerosos lugares del país aún carecían de los servicios médicos hospitalarios que les eran indispensables por su población y por su lejanía respecto de los hospitales que existían, resolvió que la propia Comisión de Hospitales, la Dirección General de Bienestar Social Rural y la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, conjuntamente se encargaran de la formulación de un proyecto que fijara la localización de los nuevos hospitales que demandaba la resolución de este problema nacional.

Durante el sexenio se construyeron y terminaron 374 nuevos nosocomios y sanatorios rurales con un total de 6,702 camas distribuidas de la manera siguiente: 39 hospitales regionales con 2,094 camas; 239 sanatorios rurales con 2,868 camas; 8 hospitales infantiles con 298 camas; 9 hospitales y clínicas de neumología con 425 camas; 2 granjas para recuperación de enfermos mentales con 600 camas; 13 maternidades con 159 camas; 5 pabellones anexos a hospitales con 125 camas; 3 puestos de socorros con 33 camas; 9 ampliaciones y reconstrucciones y una casa de la enfermera con 100 camas.

## **Desarrollo de los Servicios de 1959 a 1994**

### **1959-1994**

A partir de 1959 se estableció que la salud pública era uno de los recursos para el desarrollo de México, basado en el mejoramiento de las condiciones de vida de todos sus habitantes. La población era de 38 millones, alta natalidad, y fuerte proporción de población menor de 35 años.

La medicina recibió una clara orientación social, sin separar la medicina curativa de la preventiva. La salud pública se entendió como una sola unidad de servicio, para prevenir, tratar, rehabilitar, investigar y educar, orientada hacia la protección y promoción de la vida humana, con pleno disfrute de salud.

Correspondió a los programas de salud pública en las zonas rurales la organización de la comunidad, pues se consideró que todos los factores que tienen relación directa con la salud como son el aprovisionamiento de agua, el mejoramiento de la habitación, las actividades de saneamiento, la construcción de letrinas y los programas de nutrición, formaban parte de las actividades de los centros de salud rurales.

En el período que nos ocupa los programas para la erradicación de la malaria, del tifo, del mal del pinto, y de la poliomielitis progresaron continuamente. La erradicación de la fiebre amarilla terminó en 1962, lo que fue cuidadosamente corroborado por un grupo de expertos de la organización panamericana de la salud.

La esperanza de vida había aumentado de 26 años en 1900 a 62 en 1962; la mortalidad infantil en el mismo período descendió de 223 a 67.4; la mortalidad general se redujo de 33.6 por mil habitantes a 10.4; no se registraron defunciones por paludismo en 1962; existían 731 hospitales con 23,478 camas en 1964.

Los centros de salud "A" proporcionaron servicios públicos en ciudades capitales de más de 50,000 habitantes; los centros de salud "B" que tenían sanatorio, contaban con 12 camas. En 1964 existían 372 centros para dar protección sanitaria y asistencia médica a 9 millones de personas.

En ese período destacaron los programas de Lucha contra las Enfermedades Transmisibles, las Campañas Nacionales contra la Poliomielitis, la Tosferina, la Difteria y el Tétanos, contra las Diarreas, el Programa de Nutrición, la Campaña contra las Neumonías, contra la Tuberculosis, para la Prevención de la Fiebre Reumática, contra el Mal del Pinto, la Oncocercosis, la Lepra y el Programa Nacional contra las Enfermedades de la Piel y la Campaña Nacional de Prevención de Accidentes.

## 1965-1970

Los objetivos esenciales de la política sanitaria en México fueron promover la salud, prevenir las enfermedades, curar a los enfermos, rehabilitar a los incapacitados y asistir a los desvalidos.

Las dependencias gubernamentales y las instituciones descentralizadas, cuyas actividades de beneficio social son análogas a las de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, coordinaron su acción a través de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, creada por decreto presidencial el 6 de Agosto de 1965. La Comisión fue reconocida en el extranjero como modelo para la organización sanitaria y asistencial de los países americanos.

Se pretendía que sus acciones aseguraran el óptimo aprovechamiento de los recursos y evitaran en el futuro la duplicidad innecesaria de inversiones. Además se llegó al acuerdo de una misma política sanitaria y de iguales procedimientos de trabajo en la prevención de las enfermedades y conducta similar en la atención de los enfermos.

El personal de la Secretaría de Educación Pública cooperó en todos los casos en los que se solicitó la ayuda de los maestros, tanto en los programas de educación, en higiene como en la orientación de los grupos sociales para las diferentes campañas.

Con la Secretaría de la Defensa Nacional se coordinaron las actividades de las campañas sanitarias y para los casos de desastre. Con la Secretaría de Recursos Hidráulicos se estableció coordinación en los programas de agua potable. Con la Secretaría de Agricultura y Ganadería se coordinaron actividades para asegurar la vigilancia sanitaria en el abasto de alimentos y en la campaña contra la rabia. Con la Secretaría de Industria y Comercio se coordinaron actividades a fin de lograr el máximo de seguridad en las plantas y equipos de gas licuado. Con la Campaña Nacional de Subsistencias Populares se estableció coordinación para los Programas de Obras Rurales por Cooperación y además, en el estudio encaminado a enriquecer con proteínas y vitaminas la harina de maíz para consumo del pueblo.

Se continuó apoyando la construcción y ampliación de hospitales para la asistencia psiquiátrica, destacando que el conjunto de éstas instituciones tenía 3,040 camas con lo que se substituyó al Manicomio de La Castañeda.

Se reconstruyeron y equiparon pabellones en el Hospital General, en el Hospital Juárez, en el Sanatorio de Tuberculosos de Huipulco, la Unidad de Investigación del Instituto de Nutrición, el Hospital Ejidal de Torreón y los Hospitales Civiles de la Paz, Ciudad Victoria y Matamoros, así como 7 centros de salud rurales dotados de 3 y 6 camas.

Fueron creadas la Escuela Nacional de Ciegos, la Escuela Nacional de Sordomudos, el Instituto Nacional de Neurología, el Hospital Teodoro Gildred para la rehabilitación de niños y ancianos y se inició la edificación de la Escuela de Salud Pública, y se redactó el anteproyecto del Nuevo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos que fue aprobado en 1973.

### 1971-1976

Los logros alcanzados en este período, son fruto de la continuidad de acción en la prosecución de metas perfectamente definidas en sus propósitos de la promoción, protección y restauración de la salud, llevados a cabo principalmente en las áreas rurales y zonas marginadas de la ciudad.

Dentro de las acciones realizadas en materia de salud pública, se destaca la promulgación en el Diario Oficial del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, igualmente se formuló el Plan Nacional de Salud, el cual estableció entre sus principales objetivos en promover la coordinación de los recursos destinados a la atención de los problemas de salud.

En este tiempo fueron creados programas y servicios de planeación familiar y paternidad responsable con el propósito de influir en la estructuración de la familia, el mejoramiento de la salud y el desarrollo del país. La Secretaría de Salubridad y Asistencia reforzó significativamente las labores actuales de vacunación contra diversas enfermedades como la difteria, la tosferina y el tétano.

Fue motivo de especial atención el estudio, la aprobación y la adopción de diversas medidas legales y aplicativas para prevenir y controlar la contaminación del ambiente.

En el lapso comprendido de 1970 a 1975, la población de México aumentó de 49 millones 89 mil habitantes a 60 millones 147 mil, crecimiento extraordinario con predominio de la población joven, apreciándose un desplazamiento poblacional del campo a la ciudad, esta movilización tiene serias repercusiones debidas básicamente a la falta de educación, preparación y patrones culturales, lo cual propició la formación de los llamados cinturones de miseria o zonas marginadas.

De 1970 a 1973 se observó un abatimiento de la mortalidad general, que pasó de 9.9 por 1 000 habitantes en el primer año, a 8.4 en el segundo. En este notable decremento jugó un papel decisivo, la disminución de la mortalidad infantil.

En cuanto a la morbilidad, las diez principales causas por enfermedades transmisibles fueron la enteritis, el paludismo, la influenza, el sarampión, la disentería amibiana, la tosferina, la tuberculosis, la blenorragia, la sífilis y la poliomiélitis. Entre las enfermedades no transmisibles los principales problemas los constituyeron: los accidentes, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, las neoplasias y la cirrosis hepática.

La principal modificación a la organización de actividades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fue la creación de la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente. En julio de 1973, se llevó a cabo la Primera Convención Nacional de Salud, en la cual se definieron las bases y estrategias para la formulación del Plan Nacional de Salud, que regirían en el período 1974-1983.

La Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), se creó por decreto, como un organismo público descentralizado, con el propósito central de brindarle atención al menor que haya sido abandonado por diferentes causas tales como: niños huérfanos, extraviados o por conducta antisocial de los padres.

Durante este sexenio se construyeron 1846 unidades de salud, elevándose el número de camas disponibles a 65,000.

## 1976-1982

Dentro del crecimiento y desarrollo del país durante estos años, tuvo cambios sustanciales producidos por el área de la salud, reflejados en el panorama epidemiológico y en la estructura administrativa en materia de salud.

La situación política y socio-económica de la época propiciaron la reforma administrativa del sector público, emitiéndose en 1976 la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la cual estableció la sectorización del aparato administrativo y las cabezas de sector para coordinar las entidades presupuestales.

Dentro del Plan de Gobierno en materia de salud para este sexenio destacaron las siguientes políticas: extensión de cobertura, programas prioritarios para la atención de la población rural y de la marginal de las grandes ciudades, reforzamiento de la atención materno infantil, fortalecimiento de la infraestructura, insumos y equipamiento en las unidades de salud, establecimiento de los niveles de salud, con prioridad en el primer nivel, promoción de mejoramiento del ambiente, entre otras.

Se planteó la integración del Sistema Nacional de Salud, proponiéndose como requisitos la universalización de procedimientos, condiciones laborales y normas técnicas y el diseño de la descentralización de los estados.

El 15 de abril de 1980, entró en vigor el decreto por el cual se aprueba el Plan Global de Desarrollo 1980-1982. Dentro de este se define la estrategia de salud y seguridad social, la cual consiste en la integración de los diferentes niveles de atención y su coordinación, a fin de evitar duplicidad de funciones y lograr el mejor aprovechamiento de los recursos.

Se sabe que la mortalidad general en el país se redujo gradualmente al pasar de una tasa de 7.5 por mil habitantes, en 1974, a 6.4 para 1978, lo que significó un descenso del 1.4% en 5 años. En cuanto a la mortalidad por causas, durante el período de estudio, se tiene que la neumonía influenza, la enteritis y otras enfermedades diarreicas, continua apareciendo dentro de las primeras causas en el país; las enfermedades del corazón que en 1974 se encontraban en cuarto lugar, en 1978 pasaron a hacer la primera causa de muerte.

En cuanto a morbilidad, durante el período 1974-1980 se observaron incrementos en las tasas de enteritis y otras enfermedades diarreicas; infecciones respiratorias, amibiasis, salmonelosis, varicela. En cambio se observaron decrementos en influenza, neumonía, tuberculosis, paludismo y sífilis.

A partir de 1980, paralelamente al mejoramiento y ampliación de la infraestructura de la Secretaría, se llevó a cabo la actualización del Reglamento Interior y el Manual de Organización.

En el campo del mejoramiento del ambiente, se revisó la legislación básica planteándose una mayor capacidad de control de la contaminación del aire, del agua y del suelo; así como un mayor énfasis en el ordenamiento de los factores ambientales que repercuten en la salud y bienestar del hombre.

El esfuerzo en esta administración, fue tendiente a actualizar los programas de salud ante los constantes cambios sociales, económicos y políticos del país, que obligaron a replantear prioridades, objetivos y estrategias con bases en los factores derivados del conocimiento objetivo de la situación de salud, del marco epidemiológico, las demandas de población y el avance tecnológico, además de tomar en cuenta factores como los mecanismos de planeación nacional, la integración sectorial y las formas de administración de los recursos.

Dentro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al término del sexenio contaba con 11,002 establecimientos de salud de los cuales 599 correspondían a hospitales de segundo y tercer nivel, incluyendo los institutos con régimen descentralizado, 1,785 centros de salud urbanos, semiurbanos y rurales, atendidos por un médico en servicio social y un auxiliar de enfermería; 8,594 unidades eran atendidas por diverso tipo de personal. En total la SSA disponía de 17,511 camas censables.

La Secretaría, confrontó problemas estructurales y de planeación que debían de resolverse para poder llevar a cabo las políticas sectoriales enunciadas en el Plan Global de Desarrollo.

Por lo anterior durante la administración 1977-1982 se registró un número importante de cambios en materia de administración, con objeto de adecuar las

estructuras a los grandes objetivos nacionales, impulsándose la reforma administrativa, la cual constituye el medio para lograr que las dependencias estén acordes a los requerimientos que demanda el desarrollo económico y social del país.

Para el logro de lo anterior, la Secretaría de Salubridad y Asistencia consideró imperativo e ineludible actualizar las políticas, efectuar cambios en las estructuras en el marco jurídico, así como desarrollar servicios y obtener la participación activa de la comunidad.

En Agosto de 1981 por acuerdo presidencial, fue creada la Coordinación de los Servicios de Salud; su principal objetivo consistió en determinar los elementos técnicos, normativos, administrativos y financieros para establecer las bases que permitieran integrar los servicios públicos de salud dentro de un Sistema Nacional de Salud que diera cobertura a toda la población.

### 1982-1988

La Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, a efecto de mantener estrecha relación con las dependencias federales y con las entidades federativas en todo lo concerniente a los servicios de salud, constituyeron un Consejo Consultivo, que permitió establecer criterios normativos en materia de programación, presupuestación, información y evaluación, por una parte, y el análisis de las estructuras y procedimientos administrativos de los organismos que brindaban servicios de salud, por la otra.

La Coordinación contrajo un compromiso que fue el de apoyar acciones inmediatas y de mediano plazo. Las inmediatas consistieron en celebrar convenios de integración como son:

- 1.- Entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), para transferir a la primera algunas unidades de atención médica primaria del DIF.
- 2.- Entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Secretaría de Educación

Pública, con el objeto de transferir a la primera los servicios de higiene escolar proporcionados por la segunda, en escuelas del Distrito Federal y en los estados.

3.- Entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado, para transferir a este Instituto los servicios médicos que la Secretaría venía proporcionando a su personal en el Distrito Federal.

En los convenios que se llevaron a la práctica, se aseguro la continuidad, la calidad y la cantidad de los servicios prestados y no sufrieron menoscabo los derechos adquiridos por los trabajadores que cambiaron de adscripción. Esta medida se pudo considerar como una demostración de las posibilidades de integrar los servicios de salud, preservando su funcionamiento y protegiendo el orden social.

En lo que se refiere a las acciones mediatas, la Coordinación se planteó la tarea de realizar un diagnóstico de la salud en el país, que permitiera identificar elementos políticos, organizacionales e institucionales, que condicionaban el desarrollo de los servicios de salud.

El desarrollo tradicional de los servicios de salud en México, frenaba la orientación de los recursos a programas determinados por un diagnóstico de riesgo y daños a la salud. Por ello se consideró necesario establecer sistemas de coordinación e integración de servicios, con los apoyos legales correspondientes para lograr el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, que respondiera a planteamientos de interés general.

Desde el punto de vista de su planeación y operación, la integración de los servicios institucionales de salud contribuiría a definir políticas, objetivos y programas comunes, determinados por necesidades y prioridades nacionales; Mejorar los sistemas de asignación de recursos a programas y servicios; Desarrollar programas integrales de desconcentración y descentralización administrativa, así como mejorar la coordinación entre el sector y otros sectores cuyas acciones contribuyan a elevar el nivel de salud.

En esta línea de ideas se consideró al Sistema Nacional de Salud como el conjunto armónico y coordinado de todas las instituciones y entidades que prestan servicios de salud.

En el año de 1984 simultáneamente a la promulgación de la Ley General de Salud, fue constituido el Sistema Nacional de Salud, el cual sería encabezado y coordinado por la dependencia federal denominada Secretaría de Salud.

A partir de entonces de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud a la Secretaría de Salud le ha correspondido entre otras:

Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;

Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;

Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud.

Una de las acciones más importantes fue el haber iniciado la descentralización de la administración de los servicios de salud, lo que se llevó a cabo en forma integral en catorce entidades federativas, como son: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco, Tlaxcala.

Asimismo la promulgación de la Ley Estatal de Salud en cada una de las entidades federativas. El diseño del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, la descentralización de los Institutos Nacionales de Salud y de los Grandes centros hospitalarios de la ciudad de México.

Cabe mencionar que correspondió a esa administración atender los serios problemas causados por los sismos de 1985, y coordinarse con la Secretaría de la Defensa Nacional y las otras instituciones públicas de salud y de asistencia social, en la atención de la población del Distrito Federal y de los Estados afectados.

Derivado de lo anterior correspondió por tanto a esa administración coordinar los esfuerzos para la creación de los respectivos sistemas institucionales de reconstrucción de unidades médicas.

### 1988-1994

Una vez trascendida la crisis económica del sexenio anterior y concluida el programa de la reconstrucción, el panorama de la salud en México enfrentó una serie de cambios, derivados de diversas transiciones, las cuales se enmarcaron en un desarrollo aparentemente estable y sostenido de la economía nacional.

Los indicadores de salud tuvieron avances significativos, se erradicaron algunas enfermedades como la poliomielitis, y se redujeron otras en razón a la oportunidad de los programas preventivos. Sin embargo a pesar de todos los esfuerzos no pudo ser detenida la epidemia de cólera, que afectó a un elevado número de personas.

En los últimos años, el Sistema Nacional de Salud ha superado un sinnúmero de problemas y ha sido factor fundamental en el aumento de la esperanza de vida, en la reducción de la mortalidad infantil y en el control de muchas enfermedades infecciosas.

Dentro del capítulo de planeación y coordinación educativa, vale la pena mencionar que después de nueve años de discusión en la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, se logró establecer el Convenio General de Coordinación y Concertación de Acciones para la Instrumentación del Servicio Social de los Estudiantes de las Profesiones de la Salud en Instituciones de Educación Superior y el Convenio Específico de Colaboración en Materia de Prestación de Servicio Social de los Estudiantes de las Carreras del Área de la Salud.

### **III. EL PAPEL DEL SERVICIO SOCIAL MEDICO EN EL SISTEMA DE SALUD DE MEXICO**

#### **Antecedentes Socioeconómicos y Culturales que Contribuyeron a la Institución del Servicio Social de la Carrera de Medicina en México**

Las condiciones sociales y económicas que prevalecían en México al terminar el porfiriato, producían en las clases económicamente débiles una marcada carga en cuanto a la miseria, a la enfermedad y a la ignorancia, lo que representaba una clara diferencia con la población de mejores recursos.

Existían tres clases sociales bien definidas, constituyendo una sociedad formada por la clase alta, que era una élite europeizada, decadente, usufructuaria de las riquezas del país, formada por los terratenientes nacionales y extranjeros, los comerciantes poderosos, la casta militar y el clero.

La clase media, débil, de regular tamaño, en su mayor parte de población urbana. La clase baja que constituía la mayor población, desvalida e insegura, formada por indígenas, peones, obreros y el proletariado urbano marginado.

Las clases populares se encontraban en un estado de abandono total, su deficiente alimentación y bajo nivel de vida producían que fueran presa fácil de las enfermedades epidémicas como el cólera, la influenza, la viruela. Las enfermedades endémicas que causaban más riesgos a la población eran las gastroenteritis, el paludismo y las parasitosis, el tifo y la tuberculosis.

Las condiciones higiénicas eran deplorables, la vivienda estaba constituida por un cuarto pequeño para cada familia, en el cocinaban, dormían y realizaban todas sus actividades.

El salario de un peón en regiones de clima frío era de veinticinco centavos y en tierra caliente era de 30, lo que casi totalmente invertían en alimentos adquiridos en la "tienda de raya", y lo demás en la renta. Para sus otras necesidades recurrían a préstamos del patrón, los que casi nunca podían pagar y por tanto debían heredar la deuda a los hijos. En esta forma, cubrir el costo de la atención médica era casi imposible.

La opresión y la injusticia llegaron a su punto crítico, desencadenando la revolución que hicieron las clases populares y la media, la cual culminó con la promulgación de la Constitución de 1917, que incorporaba una serie de elementos reivindicadores entre los cuales se contaba con el derecho del pueblo a la salud.

Las condiciones sanitarias del país limitaban la esperanza de vida al nacer a 28 años en 1910. El coeficiente de mortalidad general era de 33 defunciones por cada 1000 habitantes. La mortalidad infantil era de 323 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.

Había un médico por cada 5,900 habitantes, lo que considerando la dispersión de la población, las insuficientes comunicaciones y la pobreza, significaban que existían servicios de salud deficientes, lo cual era más alarmante en el área rural.

En 1927 el Presidente Plutarco Elías Calles solicitó a los Gobernadores que realizaran un esfuerzo enérgico para el mejoramiento de las condiciones sanitarias. Inclusive les propuso, que en cada municipio se creara una unidad sanitaria en la que hubiera una enfermera y un agente sanitario en las localidades que no excedieran de 10,000 habitantes.

En el año de 1936 el Dr. Gustavo Baz, entonces Director de la Facultad de Medicina de la U. N. A. M. y el Departamento de Salubridad del Gobierno Federal, establecieron un acuerdo para que los egresados de la carrera efectuaran cinco meses de servicio social, como parte de su formación profesional.

Los pasantes acudían a las comunidades rurales a efectuar labores de educación higiénica y proporcionaban atención preventiva individual y colectiva, servicios médicos curativos y participaban en la elaboración de estadísticas médicas.

### **Institución y Desarrollo del Servicio Social Médico**

La situación del país condicionaba una serie de dificultades para prestar servicios de salud en las comunidades rurales, motivo por lo cual en ese año de 1936 el Director de la Escuela Nacional de Medicina Dr. Gustavo Baz, planeó el establecimiento de un servicio médico social en las comunidades rurales carentes de ese servicio y los encargados de prestarlo eran los estudiantes de medicina que en ese año finalizaban sus estudios. Esto les brindaba a los alumnos la oportunidad de practicar la medicina antes de su graduación, al mismo tiempo que ayudaban a solucionar el problema de falta de asistencia médica en el área rural.

Este proyecto fue presentado al Presidente de la República, General Lazaro Cárdenas quien lo encontró útil y autorizó su realización, dando instrucciones para que el Departamento de Salubridad Pública aportara el presupuesto necesario. El aporte económico oficial significó que el Departamento de Salubridad Pública tomara a su cargo la distribución y el control de los pasantes, incorporándolos como elementos de acción sanitaria.

Así quedó estipulado en el Convenio que suscribieron la Universidad Nacional Autónoma de México y el Departamento de Salud Pública, en el que también se enfatizó que el Servicio Médico Social sería un requisito de tipo académico necesario para obtener el título de Médico Cirujano. Durante el período de servicio social los pasantes ostentarían un nombramiento oficial del Departamento de Salubridad Pública en el que se les acreditaba como Médico Cirujano en Servicio Social.

Se convino que el programa debería tener como objetivo beneficiar al pueblo cumpliendo los siguientes postulados:

- a).- Contribuir a lograr una conveniente distribución de los médicos en el territorio nacional.
- b).- Realizar labor de educación higiénica y médica.
- c).- Proporcionar servicio profiláctico individual y colectivo.

- d).- Proporcionar servicio médico curativo.
- e).- Realizar investigación científica y sanitaria, con el propósito de que los resultados tuvieran aplicación práctica en la región.
- f).- Colaborar efectivamente con el Departamento de Salubridad Pública para la formación de estadísticas, censos, gráficas, mapas, etc.etc.

Los pasantes debían abstenerse de fines utilitarios, y en compensación se les autorizaba la práctica médica remunerada, pues se estimaba que la escasa asignación económica que se les proporcionaba era insuficiente para su sostenimiento.

La duración del período de servicio social fue de cinco meses, debido a que el presupuesto autorizado fue de \$15,000 pesos y no alcanzaba para cubrir un tiempo mayor. Cada pasante recibía la cantidad de \$90.00 pesos mensuales durante el tiempo antes referido. Ya desde esa época el Dr. Baz sugería que la duración mínima del servicio social debió haber sido de un año.

A partir de octubre de 1936, cada año los pasantes de la Escuela Nacional de Medicina prestaron el Servicio Médico Social, y a los 10 años habían realizado esta actividad 3,157 pasantes en las poblaciones rurales carentes de servicio médico.

En 1942 el Dr. Salvador Iturbide Alvérez dijo ante la Academia Nacional de Medicina que los resultados del servicio social no eran los que se esperaban en cuanto arraigo de los pasantes, puesto que muy pocos de ellos que ahora eran profesionistas titulados, habían hechado raíces y vivían en el lugar de su práctica social. Comentaba, que por razones oficiales, sociales o de tipo personal, los pasantes hacían todo lo posible para no desplazarse a las comunidades rurales; que en muchas de esas comunidades realizaban exclusivamente actividades médico curativas, olvidándose de sus funciones profilácticas y de educación higiénica y médica.

Señalaba también que eran muchas las comunidades que no tenían médico y que en otras el pasante falseaba y abultaba las cifras por lo que no se podía tener la certeza de la situación epidemiológica y sanitaria de algunas comunidades, sin embargo, decían que el servicio social de los pasantes de medicina era digno de elogio y sólo parecía necesario hacerlo efectivo, prepararlo debidamente, completarlo y corregirlo.

En el año de 1944 al surgir la Ley de Profesiones el servicio social se convirtió en una actividad obligatoria, señalándose además cuales eran las disciplinas que debían realizarlo para obtener el título profesional.

Una vez que la Ley de Profesiones estableció la obligatoriedad del servicio social otras escuelas de medicina de la República lo implantaron, así en 1948 lo hicieron las Escuelas de Michoacán, San Luis Potosí, Oaxaca y la Escuela de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional.

En 1948 y 1950 lo hicieron las escuelas de medicina de Guadalajara y Nuevo León, de 1954 a 1955 las de León y de Puebla, y de 1958 a 1960 las de Veracruz, Yucatán, Estado de México y Chihuahua. A medida que surgían otras escuelas fueron incorporando esta etapa académica, en su plan de estudios.

En 1952 el Lic. Miguel Alemán expide un decreto en el que obliga a todas las Secretarías de Estado e Instituciones Descentralizadas a participar en el programa de servicio social de estudiantes y en 1957 el Dr. Miguel Bustamante propone que el servicio social fuese de doce meses, que se incrementara la beca y se establecieran medidas para que las poblaciones que contaban con este servicio nunca se vieran privadas de él.

En 1968, se extiende a un año el período de servicio social en todas las escuelas y facultades del país. En el año de 1970 aumentaron considerablemente el número de escuelas y facultades de medicina, a expensas tanto de las instituciones públicas como de las privadas. Como dato de referencia en esa década, en la Ciudad de México iniciaron sus actividades seis escuelas de las Universidades establecidas en el área metropolitana.

En las entidades federativas el proceso fue similar, lo que originó que para el año 1975 existiera una matrícula de 93,000 alumnos en 56 escuelas y facultades de medicina. Para el año de 1978 el número de pasantes de medicina fueron de 20,436. A partir de 1979 se inicia una reducción importante de esta cifra, la cual en el año de 1980 fue de 16,044 para incorporarse al Sistema Nacional de Salud para realizar el servicio social.

En la reunión de la Organización Mundial de la Salud de 1978 realizada en Alma Ata, México adquirió el compromiso de apoyar la estrategia de Atención Primaria a la Salud, con intenciones de aproximarse a la Meta de Salud Para Todos en el Año 2000.

A partir de 1983 se establecieron las bases para la prestación de servicios en el área rural, en coincidencia con la definición de atención primaria "... la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnología práctica, con fundamento científico, socialmente aceptada, accesible a la comunidad" y que " se genera en las unidades de primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud".

Las instituciones prestadoras del servicio por tanto, incrementaron el número de unidades médicas en el área rural, de tal forma que esto permitiera la ampliación de la cobertura, de acuerdo a la demanda de la población que también venía aumentando considerablemente. El incremento en el número de las unidades médicas no contó con el soporte presupuestal suficiente para crear puestos de base de médicos, enfermeras, odontólogos y otros profesionales y técnicos del equipo de salud, por lo que la responsabilidad de prestar los servicios se depositó en los pasantes de éstas carreras.

El número de prestadores disponibles excedía a las necesidades, lo que produjo que se autorizaran hasta tres pasantes de medicina en las unidades que se encuentran ubicadas en localidades de población concentrada, dos en las localidades que atienden entre 2,500 y 5,000 usuarios de población dispersa y uno en unidades auxiliares de salud y en unidades móviles. También se autorizaba que los pasantes se adscribieran a sus instituciones educativas y a programas de investigación.

La relación inversa (egreso de las escuelas-necesidades del sistema) provocó una situación delicada en el año de 1988, por lo que se cancelaron las plazas de investigación en las escuelas, así como las plazas de las localidades urbanas marginadas. En 1990 se tuvieron que cancelar las plazas que se adscribían a centros de salud de las localidades de población concentrada, considerando que dichas comunidades cuentan con servicios de salud de otras instituciones públicas, además de médicos generales particulares.

La disminución se ha mantenido durante los últimos años, y en 1994 solamente fueron ocupadas en la Secretaría de Salud 4,298 plazas de pasantes de medicina, de las 5,854 que están disponibles considerando un pasante en cada una de las unidades médicas del área rural.

Es bien conocido el hecho de que en la enseñanza médica comparten responsabilidades las instituciones educativas y de salud y uno de los problemas que se observó durante esa época, fue la incompleta planeación de la formación y el desarrollo de los recursos humanos para la prestación de los servicios, puesto que a pesar de que esta situación se generó en ambos sentidos durante los últimos diez años, las soluciones que se propusieron fueron inconsistentes ya que no incorporaron todos los elementos del contexto educación - salud.

Dentro de la falta de planeación antes referida destaca la ausencia de otros tipos de personal, la diferenciación clara de las acciones de los pasantes de medicina, la subutilización de sus capacidades en algunos aspectos de la práctica médica, la insuficiente incorporación de los recursos humanos de la localidad para el desarrollo de actividades técnicas.

Por otro lado la falta de precisión de los instrumentos legales que configuraran un marco jurídico sólido, del cual se derivara una reglamentación que facilitara la operación de los programas desde la óptica de las necesidades de la sociedad y los intereses institucionales, propició dificultades de mayor nivel para la instrumentación del servicio social de las profesiones para la salud.

La creación en 1984 de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, cuyo propósito es el de identificar las áreas de

coordinación entre las instituciones educativas y las instituciones de salud, permitió concertar entre ellas, los mecanismos para asegurar los objetivos académicos de las primeras y de prestación de servicios de las segundas.

La implantación en 1985 del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta por parte de la Secretaría de Salud, cuyo propósito ha sido corregir las disparidades que con frecuencia se apreciaban entre los servicios asistenciales y los de solidaridad social, para hacer posible su integración efectiva y avanzar en la uniformación de la calidad de la atención.

El Modelo y sus normas técnicas pretende asegurar la uniformidad de principios, criterios, políticas y estrategias en materia de salud, así como otros instrumentos de aplicación que den su debido contenido sustantivo al proceso de descentralización.

El Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta ha constituido una instancia intermedia entre la profesionalización de la atención primaria, es decir la prestación de servicios con personal profesional o técnico con educación formal, y los esquemas de atención sustentados fundamentalmente en personal becario y voluntario (auxiliar de salud) apoyados de manera temporal y periódica por personal profesional, pero desvinculados de la operación normal de las unidades de salud.

## **Marco Jurídico y Normativo del Servicio Social en el Área de la Salud**

El Servicio Social es una actividad académica, curricular, incluida en los planes de estudio de las carreras profesionales y técnicas, que cuenta con un basto marco jurídico tanto en lo que se refiere a las disciplinas en lo general, como para los estudiantes del área de la salud.

El marco jurídico del Servicio Social en México se configura de varios ordenamientos como son:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículos 3o, 4o y 5o; Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativa al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal (Ley de Profesiones); Ley Federal de Educación; Ley Nacional de Educación para Adultos; Ley General de Salud; Ley Federal de Reforma Agraria; Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o Constitucional; Recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud para la Instrumentación del Servicio Social de Estudiantes de las Profesiones de la Salud; Reglamentos Internos de las Secretarías de Salud y de Educación Pública; y, Reglamentos de Servicio Social de las Instituciones Educativas.

Esta diversidad de ordenamientos, trasluce una dificultad importante sobre el análisis del tema, puesto que no es posible interpretar adecuadamente el sentido del Servicio Social, sin caer en el error de llegar a conclusiones incompletas, contradictorias o redundantes.

Por lo anterior, tomaremos las que son reconocidas por todas las Instituciones Educativas y las de Salud, en el proceso de coordinación y concertación de acciones en materia de Servicio Social.

### **A) CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

**Artículo 3º Fracción VIII.-** Las Universidades y las demás instituciones de educación superior a las que la ley otorga autonomía, tendrán la facultad y la

responsabilidad de gobernarse a sí mismas; realizar sus fines de educar, investigar y difundir la cultura de acuerdo con los principios de este artículo, respetando la libertad de cátedra e investigación y de libre examen y discusión de las ideas; determinarán sus planes y sus programas; fijarán los términos de ingreso, promoción y permanencia de su personal académico; y administrarán su patrimonio.

Artículo 4º, Párrafo 3º.- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de Salubridad General, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.

Artículo 5º, Párrafo 2º.- La ley determinará en cada Estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deben llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.

## **B) LEY FEDERAL DE EDUCACION**

Artículo 24.- Los beneficiados directamente por los servicios educativos deberán prestar servicio social en los casos y términos de las disposiciones reglamentarias correspondientes. En estas se preverá la prestación del servicio social como requisito previo para obtener título o grado académico.

## **C) LEY PARA LA COORDINACION DE LA EDUCACION SUPERIOR**

Artículo 1º.- La presente ley es de observancia general en toda la República y tiene por objeto establecer bases para la distribución de la función educativa de tipo superior entre la Federación, los Estados y Municipios, así como prever las aportaciones económicas correspondientes, a fin de coadyuvar al desarrollo y coordinación de la educación superior.

## **D) LEY GENERAL DE SALUD**

### **Título Cuarto.- Recursos humanos para los servicios de salud**

**Artículo 84.-** Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y de esta Ley.

**Artículo 85.-** Los aspectos docentes de la prestación del servicio social se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorgan las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes.

La operación de los programas en los establecimientos de salud se llevará a cabo de acuerdo con los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes.

**Artículo 86.-** Para los efectos de la eficaz prestación del servicio social de pasantes de las profesiones para la salud, se establecerán mecanismos de coordinación entre las autoridades de salud y las educativas, con la participación que corresponda a otras dependencias competentes.

**Artículo 87.-** La prestación del servicio social de los pasantes de las profesiones para la salud, se llevará a cabo mediante la participación de los mismos en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social.

**Artículo 88.-** La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, con la participación de las instituciones de educación superior, elaborarán programas de carácter social para los

profesionales de la salud, en beneficio de la colectividad, de conformidad con las disposiciones legales aplicables al ejercicio profesional.

**E) LEY REGLAMENTARIA DEL ARTICULO 5º CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL DISTRITO FEDERAL**

Artículo 52.- Todos los estudiantes de las profesiones a que se refiere esta ley, así como los profesionistas no mayores de 50 años, no impedidos por enfermedad grave, ejerzan o no deberán prestar el servicio social en los términos de esta ley

Artículo 55.- Los planes de preparación profesional, según la naturaleza de la profesión y de las necesidades sociales que se trate de satisfacer, exigirán a los estudiantes de las profesiones a que se refiere esta ley, como requisito previo para otorgarles el título, que presenten servicio social durante el tiempo no menor de seis meses ni mayor de dos años.

Artículo 59.- Cuando el servicio social absorba totalmente las actividades del estudiante o del profesionista, la remuneración respectiva deberá ser suficiente para satisfacer decorosamente sus necesidades.

Artículo 60.- En circunstancias de peligro nacional, derivado de conflictos interinstitucionales o calamidades públicas, todos los profesionistas, estén o no en ejercicio, quedarán a disposición del Gobierno Federal para que éste utilice sus servicios cuando así lo dispongan las leyes de emergencia respectivas.

Artículo 85.- El servicio social de los estudiantes quedará al cuidado y responsabilidad de las escuelas de enseñanza profesional, conforme a sus planes de estudio.

**Artículo 91.-** Los estudiantes y profesionistas trabajadores de la Federación y del Gobierno del Distrito Federal no estarán obligados a prestar ningún servicio social distinto del desempeño de sus funciones.

## **F) REGLAMENTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO SOCIAL DE LOS ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR EN LA REPUBLICA MEXICANA**

**Artículo 5º.-** Las dependencias del Ejecutivo Federal dictarán las medidas necesarias para instrumentar el servicio social en sus áreas de competencia, de acuerdo con los lineamientos de este Reglamento.

**Artículo 11º.-** El servicio social deberá cubrirse preferentemente en aquellos planes y programas que establezca el Ejecutivo Federal y que contribuyan al desarrollo económico, social y cultural de la Nación.

## **G) LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL**

**Artículo 39.-** A la Secretaría de Salud corresponde el despacho de los siguientes asuntos.

- XX. Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal.
- XXI. Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y a ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general.

## **H) REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA**

**Artículo 32.-** Corresponde a la Dirección General de Profesiones.

- VII. Vigilar el cumplimiento del servicio social de los estudiantes.

## **D) REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE SALUD**

**Artículo 15.-** La Dirección General de Enseñanza en Salud tiene competencia para:

- V. Normar, supervisar y evaluar la asignación: de campos clínicos, plazas de internado de pregrado, de servicio social de estudiantes y profesionales y de residencias, en coordinación con las entidades del Sector Salud y de las unidades responsables a nivel estatal y a través de éstas con las del municipal.

## **J) CONSTITUCIONES POLITICAS DE LOS ESTADOS DE LA REPUBLICA**

En todas las Constituciones Políticas de los Estados se hace referencia a los Títulos Profesionales y a la Educación Superior, siendo en la mayoría de ellos una atribución del Poder Ejecutivo y específicamente del Gobernador del Estado, y estas son los siguientes:

Aguascalientes	Artículo 46
Baja California	Artículo 49
Baja California Sur	Artículo 79
Coahuila	Artículo 119
Colima	Artículo 58
Chiapas	Artículo 42
Chihuahua	Artículo 93
Guanajuato	Artículo 77
Guerrero	Artículo 74
Hidalgo	Artículo 71
Michoacán	Artículo 144
Morelos	Artículo 70
Nayarit	Artículo 69
Nuevo León	Artículo 85
Puebla	Artículo 119
San Luis Potosí	Artículo 100
Sinaloa	Artículo 65
Sonora	Artículo 94
Tabasco	Artículo 51
Tamaulipas	Artículo 91

Tlaxcala	Artículo 70
Veracruz	Artículo 87
Yucatán	Artículo 30
Zacatecas	Artículo 59

## **K) LEYES ESTATALES DE SALUD**

Por lo que respecta a las leyes estatales de salud, en todas ellas lo relativo al servicio social de pasantes y profesionales se encuentra incluido en el Título Cuarto, Capítulo II, con excepción de los Estados de Aguascalientes y Quintana Roo, que lo incorporan en el Título Quinto, Capítulos Segundo y Primero respectivamente.

## **CONCLUSION**

El Marco Jurídico que sustenta el servicio social de pasantes del área de la salud le otorga a la Secretaría de Salud y a las instituciones educativas, las facultades que le son propias para organizar esta etapa académica, con base en los objetivos curriculares de los planes y programas de estudio y las necesidades de los Servicios Estatales de Salud.

### **El Servicio Social de las Carreras de la Salud en el Modelo de Atención a Población Abierta**

En la década de los años sesenta hubo un aumento importante en el número de los centros de salud en las comunidades rurales, en concordancia con el incremento de la población. De manera paralela existió un incremento desmedido en el número de alumnos que ingresaron a las carreras de medicina, enfermería y odontología, quienes al egresar debían realizar el servicio social en el Sistema Nacional de Salud.

Esta situación condicionó un incremento en el número de plazas de servicio social, con lo que se pudo sostener el ritmo de crecimiento de las unidades médicas rurales, diseñar programas de trabajo extramural y ampliar la cobertura de los servicios.

En el Modelo de Atención a la Población Abierta se encuentran bien identificados los tipos de unidad en los que se adscriben los pasantes para llevar a cabo los programas prioritarios de la secretaría y proporcionar los cuidados y acciones médicas que corresponden al primer nivel de atención.

Cada uno de los profesionales que participan tiene bien definidas las actividades a realizar, agrupándolas en promoción y educación para la salud, prevención, curación y rehabilitación en su caso.

El servicio social de pasantes constituye uno de los recursos básicos para el Sistema Nacional de Salud, puesto que el compromiso social de los estudiantes de estas carreras, permite ofrecer servicios de salud de buena calidad a las comunidades pequeñas y apartadas, que por razones diversas se encuentran marginadas del desarrollo económico y social. Dentro de éstos grupos poblacionales destacan los de asentamientos indígenas, para los cuales es necesario organizar un proyecto específico, preferiblemente multidisciplinario, en el que se considere cada uno de los aspectos que han impedido su desarrollo.

#### **IV. MODELO DE APOYO PROPUESTO**

##### **Título: Organización de un Sistema de Apoyo para la Prestación de Servicios de Salud en el Área Rural de la República Mexicana**

La prestación de los servicios de salud en las comunidades rurales, es una responsabilidad que recae en el Gobierno Federal y en los Gobiernos Estatales quienes con un esfuerzo conjunto tienen la obligación de hacer efectivo el Artículo Cuarto Constitucional relativo al Derecho a la Protección de la Salud.

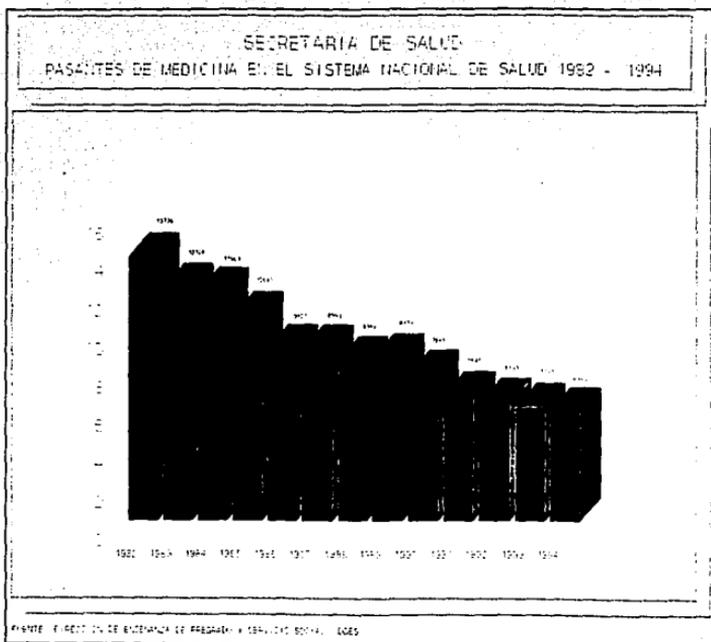
Así entendido, la propuesta que se hace a continuación, debe considerarse como un modelo complementario al que ahora se encuentra vigente y por tanto requiere que en su administración participen en forma conjunta las instancias responsables en el nivel nacional, estatal y municipal, quienes establecerán las estrategias que permitan orientar las acciones con base en las necesidades específicas de cada estado y región.

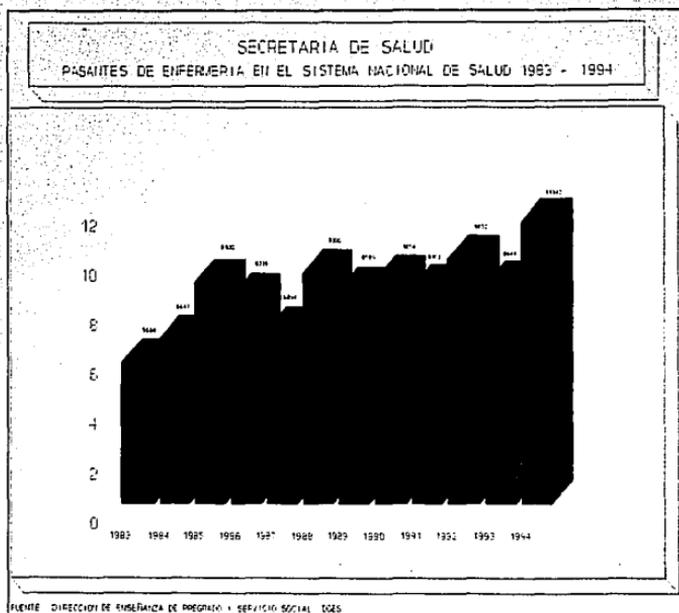
##### **Planteamiento del Problema**

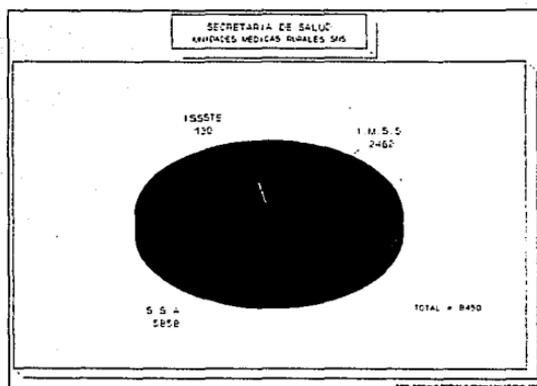
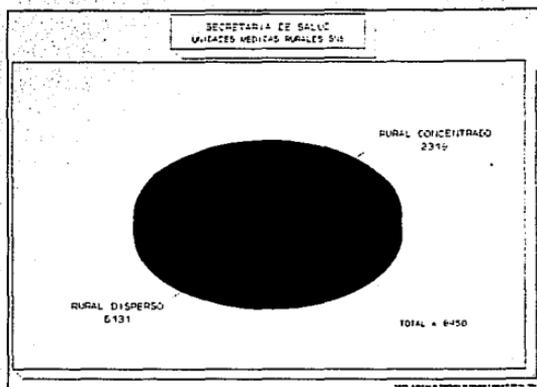
El Servicio Social de la carrera de Medicina se realiza de manera ininterrumpida desde 1936, por lo que en este año se cumplen 59 años de su desarrollo.

Actualmente existe disponibilidad y capacidad instalada para los usuarios del sistema de población abierta en alrededor de ocho mil comunidades y el egreso de las escuelas y facultades de medicina en el país ha descendido en más del cincuenta por ciento de la cifra que existía en 1982, y como esta tendencia se ha mantenido hasta 1994, el número de estudiantes que se incorporó a las diversas instituciones de salud fue de 5,739 aproximadamente.

El aumento de la población del área rural, creó la necesidad de construir sin adecuada planeación, un número mayor de unidades médicas en zonas donde los habitantes se encuentran dispersos, así como en los poblados de mayor concentración de personas, en los que además se ha tenido que ampliar la capacidad instalada de las unidades existentes.







La demanda de servicios ha sobrepasado la capacidad de atenderla solamente con pasantes de la carrera de medicina y en el corto y mediano plazo esta situación será permanente, sin dejar de reconocer que no son los únicos profesionales que tienen la responsabilidad de resolver las necesidades de atención en el área rural.

Algunos otros componentes del equipo de salud participan en la prestación de estos servicios, pero no son suficientes en número y el tipo de recurso, lo que poco contribuye por ahora a la solución integral de la falta de atención.

Por lo anterior es necesario organizar un sistema de apoyo a la prestación de servicios de salud en las unidades médicas del primer nivel de atención, a través del servicio social de los recursos humanos para la salud que se encuentran en la fase terminal de su formación, que coadyuven junto con los pasantes de la carrera de medicina, a prestar servicios de calidad y en la magnitud requerida por la población de las áreas rurales.

### **Justificación**

Durante la década de los setentas y la mitad de los ochentas, la prestación de los servicios de salud en el área rural se realizó en gran medida, con base en las acciones de los pasantes de medicina que realizaban en esas comunidades su servicio social.

El aumento de la población durante los últimos 20 años exigió a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, que ampliaran el número de unidades médicas, la cobertura de los servicios y que incrementaran la calidad de la atención.

Esto coincidió con una marcada disminución en el número de alumnos que ingresaron a la carrera de medicina al principio de los años ochentas, produciendo como consecuencia una disminución muy importante de los egresos de las escuelas durante esa década.

En el momento actual existe una desproporción entre la oferta que hacen las instituciones de salud y la demanda por parte de los estudiantes de medicina recién egresados, produciendo que un importante grupo poblacional no tenga suficiente atención médica.

Existe así mismo, un grupo importante de médicos generales que por diversas razones no se incorporan a las instituciones de salud al concluir la carrera, ya sea por estar en espera de continuar estudios de posgrado, o porque no fueron aceptados para realizar una residencia médica.

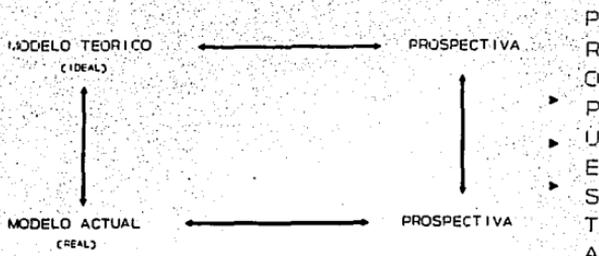
Asimismo, un grupo importante de pasantes de enfermería, se incorporan para realizar el servicio social en los hospitales del segundo nivel de atención en las diferentes instituciones de salud, al no tener ubicación precisa en las comunidades rurales. Este miembro del equipo de salud tiene suficiente preparación para responsabilizarse de una serie de acciones en beneficio de la salud de estas poblaciones marginadas.

Existe también un número determinado de personal técnico en salud, que está en posibilidades de integrarse al programa.

### **Modelo de Investigación**

Se llevará a cabo analizando el Modelo de Atención a la Salud de Población Abierta, específicamente el comportamiento de sus componentes humanos y físicos lo que corresponde al modelo teórico (ideal), y se proyectará en prospectiva. Asimismo se analizará la situación actual de la atención a la salud de población abierta (modelo real), determinando el comportamiento de sus componentes y se hará un estudio en prospectiva. Ambos modelos constituyen la base para la elaboración de la propuesta.

## MODELO DE LA INVESTIGACION



## PROPOSITO

Contribuir a través de un sistema de apoyo a la prestación de los servicios de salud en el área rural, integrando diversos tipos de personal para realizar las acciones de los programas prioritarios, que permita la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de la atención.

## OBJETIVOS

1. Organizar un sistema de apoyo a la prestación de servicios, a partir de los conceptos y estrategias en los que se sustenta El Modelo de Atención a Población Abierta.
2. Incorporar diversos tipos de personal a la estructura del equipo de salud que desarrolla la función de prestación de servicios en las comunidades rurales.

3. **Identificar el perfil profesional de cada una de los tipos de prestadores de servicios en el primer nivel de atención en el área rural.**
4. **Redefinir el concepto del servicio social de los pasantes de la carrera de medicina, sin soslayar los principios que le dieron origen.**
5. **Diseñar mecanismos que contribuyan a la capacitación continua y a la actualización de los conocimientos del personal que participa en el modelo propuesto.**
6. **Propiciar la creación de fuentes de trabajo del personal.**
7. **Integrar al sistema de prestación de servicios en el área rural personal médico más calificado.**

## **MARCO TEORICO**

### **A.- Modelo de Atención a Población Abierta (IDEAL)**

El Modelo de Atención a la Salud constituye una instancia intermedia entre la "profesionalización de la atención primaria" con personal profesional o técnico con educación formal y los esquemas de atención sustentados fundamentalmente en personal voluntario (auxiliar de salud).

El derecho social a la protección de la salud es resultado de un largo proceso histórico en el que el Estado ha venido asumiendo mayores responsabilidades en materia de atención a la salud.

La década de los años setenta se caracterizó tanto en el plano nacional como en el internacional por el reconocimiento de la distribución desigual en la prestación de servicios de salud y la necesidad de adoptar nuevas estrategias considerando que el acceso a servicios de salud es un derecho fundamental del hombre en el plano internacional, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud suscribieron en Alma-Ata en 1978, el compromiso de "Salud para todos en el año 2000".

Para ello, se formuló la estrategia de atención primaria a la salud que propone un concepto adaptable a las condiciones de cada país.

Este concepto fue definido como: "Atención a la salud puesta al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país. La atención primaria forma parte integral del Sistema Nacional de Salud y se vincula con el desarrollo económico y social de la comunidad".

Se señaló así mismo que los servicios proporcionados por la atención primaria varían según el país y la comunidad, pero comprenden al menos los siguientes servicios básicos: promoción de una nutrición adecuada, aprovisionamiento suficiente en agua potable, saneamiento básico, atención materno infantil, planificación familiar, vacunación, prevención y control de enfermedades

endémicas locales, educación para la salud y tratamiento de las enfermedades y traumatismos frecuentes que no requieren de servicios especializados. Los demás niveles de atención deben asegurar la prestación de servicios especializados.

El concepto no se limita a una mera extensión de los servicios, si no que se enmarca en un proceso de autorresponsabilidad y autodeterminación de las comunidades, constituyéndose de este modo en un elemento generador del desarrollo económico y social.

La incorporación de este concepto por las diferentes instituciones prestadoras de servicios en nuestro país y su aplicación en distintos medios socioeconómicos y ambientales han conformado modalidades operativas diversas bajo los mismos principios filosóficos.

En estas modalidades la participación de la comunidad vinculada con los recursos materiales y humanos institucionales permite orientar la prestación de servicios conforme a programas de trabajo formulados en base a un diagnóstico donde se identifican los factores de riesgo y las necesidades de salud específicas de cada comunidad.

### **Características del Modelo**

Las finalidades del derecho a la protección de la salud reglamentado por la Ley General de Salud, sientan las bases para la conformación del modelo de atención y son las siguientes:

- **Universalidad:** Los servicios deben brindarse a toda la comunidad sin excepción, bajo criterios de calidad básica uniforme, otorgando prioridad a los grupos más desfavorecidos.
- **Integralidad:** Los servicios deben responder a la concepción de la salud enfermedad como un proceso determinado por factores físicos, biológicos, psicológicos y sociales. La gama de servicios de salud contempla las acciones que caracterizan los 3 campos de la salubridad general, -atención

médica, salud pública y asistencia social- estando dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente, por lo que comprenden actividades de promoción, protección, restauración y rehabilitación de la salud, así como el fomento y la regulación sanitaria.

Por lo anterior, en el modelo se considera como esencial la adopción y el fortalecimiento de mecanismos de coordinación intersectorial, que propicien el desarrollo armónico y compatibilizado de acciones relacionadas con los factores socio-económicos y culturales que condicionan el estado general de salud de la población.

- **Accesibilidad:** Debe garantizar la oferta y disponibilidad de servicios de salud estratégicamente ubicados y lo más cercano que sea posible al lugar donde se demanden o requieran, a efecto de propiciar su utilización racional y oportuna por la comunidad. Para ello, en la ubicación de unidades de salud se deben considerar criterios geográficos, demográficos, epidemiológicos, sanitarios, económicos y culturales.
- **Flexibilidad:** El Modelo, aunque diseñado para proporcionar servicios de salud a toda la población, debe contener mecanismos específicos para atender a grupos prioritarios y resolver problemas de salud de carácter local o regional, así como fórmulas de infraestructura de recursos humanos para atender las diversas demandas de la población, y por tanto adaptable a las características demográficas y sanitarias, así como a las posibilidades de instrumentación en cada entidad federativa.
- **Gratuidad:** Los servicios a población no cubierta por la seguridad social se otorgarán en forma gratuita eximiendo a los usuarios del pago de cuotas de recuperación, sin embargo se deberán considerar otras formas de contraprestación acordes a los principios de solidaridad social. Asimismo, los medicamentos se otorgarán gratuitamente de conformidad con los cuadros básicos que se establezcan.

Por lo que respecta a los servicios de regulación y control sanitarios, la Secretaría de Salud y los Gobiernos Estatales, de conformidad con la

distribución de competencias, adoptarán criterios que permitan recuperar los costos de operación asociados a la prestación de los servicios correspondientes.

- **Eficiencia:** La oferta de servicios se estructurará con base en combinaciones óptimas de recursos acordes a la complejidad del problema y que permitan mejorar su calidad al menor costo posible.

### **Estructuración regionalizada y escalonada:**

- **Regionalización:** Los Servicios Estatales de Salud se estructuran por jurisdicciones que tendrán bajo su responsabilidad áreas geográficas definidas, por lo que deben contar con la autoridad y capacidad operativa que les permita organizar la prestación de servicios, optimizando la utilización de los recursos conforme a alternativas, combinaciones o categorías que mejor respondan al tamaño, dispersión o concentración de la población, así como a sus necesidades de atención a la salud.
- **Escalonamiento por niveles:** Los servicios de salud se estratifican funcionalmente por niveles de atención, los cuales corresponden a la agrupación de combinaciones diferenciadas de recursos que optimicen y racionalicen la producción y prestación de servicios.

El concepto de 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.

El escalonamiento por niveles de atención consecuentemente requiere de un sistema de referencia de pacientes, así como de casos y problemas relacionados con la vigilancia epidemiológica y la regulación sanitaria, lo que implica y exige la vinculación de los diversos niveles administrativos y operativos.

### **Funcionamiento descentralizado:**

- **Descentralización:** El Modelo de Atención a la Salud responde a la estrategia de descentralización de los servicios por lo que contempla mecanismo y procedimientos acordes con la redistribución de competencias entre los tres niveles de gobierno y con la integración orgánica de los Servicios Estatales de Salud para población abierta.

### **Objetivos y prioridades del modelo:**

De conformidad con los propósitos y objetivos del Sistema Nacional de Salud y del Programa Nacional de Salud, el Modelo de Atención a la Salud de la Población abierta contempla los objetivos, prioridades y estrategias siguientes:

#### **Objetivos:**

- 1.- Mejorar el nivel de salud de la población, procurando su cobertura total con servicios integrales de calidad básica homogénea, fortaleciendo las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos.
- 2.- Optimizar la organización y funcionamiento de los Servicios Estatales de Salud, para que en forma homogénea se pueda asegurar a la población la disponibilidad y acceso a los servicios, que satisfagan eficaz y oportunamente sus necesidades.

#### **Prioridades:**

- 1.- Fortalecimiento de la atención primaria, como fórmula para proveer a toda la población de servicios básicos de salud individual y comunitaria, por lo que otorga especial énfasis a la realización de acciones preventivas, educativas y asistenciales, de promoción y fomento de la participación comunitaria en la operación de los servicios y el autocuidado de la salud, así como de aquellas relacionadas con la preservación y conservación de condiciones sanitarias y ambientales adecuadas.

2.- Asegurar la atención equilibrada de las diversas regiones del país, sustentada en la utilización racional de los recursos existentes y en el desarrollo de la infraestructura de servicios, previendo el necesario equilibrio al que debe sujetarse el crecimiento de cada nivel de atención.

### **Estrategias:**

En relación con la primera prioridad, se instrumentan las estrategias siguientes:

- a).- Impulsar y fortalecer la realización de acciones preventivas, educativas y asistenciales, con base a programas específicos que respondan a las necesidades locales y regionales.
- b).- Promover y fomentar la participación de la comunidad en la operación de los servicios y en el autocuidado de la salud.
- c).- Mejorar y apoyar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- d).- Implantar y desarrollar el Sistema Nacional de Regulación y Fomento Sanitarios.
- e).- Promover el desarrollo de la investigación clínica, epidemiológica y operativa.
- f).- Formular e implantar la normatividad técnica que oriente y regule la prestación de los servicios y que determine los criterios y procedimientos que deben seguir los responsables de su desarrollo.
- g).- 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.

En lo referente a la segunda prioridad, las estrategias a seguir se agrupan en torno a dos aspectos fundamentales:

a).- El uso y aprovechamiento racional de la infraestructura a través de la reorganización funcional y operativa de las unidades de salud existentes, así como su fortalecimiento.

b).- Extensión de la cobertura mediante la ampliación de la infraestructura, principalmente en el primer nivel, pero sin descuidar el necesario equilibrio que debe mantener con el segundo nivel.

### **Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud en el Modelo de Atención a Población Abierta.**

La vinculación inicial y más importante de la población con los servicios de salud se da en el primer nivel de atención, por lo que éste constituye la puerta de entrada a los servicios y comprende por tanto acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente, estando enfocados los servicios básicamente a preservar y conservar la salud por medio de actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica y planificación familiar, así como de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de aquellos padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya solución es factible mediante la atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica.

En el segundo nivel se otorgan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de aquellos que presentan espontáneamente con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Se efectúan además acciones de vigilancia epidemiológica y de fomento sanitario en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

En el tercer nivel de atención se desarrollan actividades de restauración y rehabilitación de la salud de los usuarios, referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento. Asimismo, en este nivel se realizan las funciones de apoyo especializado a la vigilancia epidemiológica y a la regulación y el fomento sanitarios, a través de los laboratorios regionales de salud pública.

En el modelo se incluyen acciones de regulación y fomento sanitarios. Esto se refiere a las funciones de normatividad y ejercicio de la autoridad en materia de control y vigilancia de los productos, bienes y servicios destinados al uso y consumo humano y del medio ambiente. Las acciones de fomento sanitario son responsabilidad específica de los niveles aplicativos y en particular del primer nivel de atención, en donde representan una de las actividades sustantivas y prioritarias.

### **1.- Estructura operacional de los servicios de salud**

Las unidades de primer y segundo niveles deben garantizar la prestación de servicios en la cantidad, calidad y oportunidad acordes con las necesidades y demandas de la población en general que habite en sus áreas de influencia, y estarán dirigidas fundamentalmente a la población no protegida por la seguridad social y con escasas posibilidades de acceso a la medicina privada.

#### **- Primer nivel**

El funcionamiento de las unidades de este nivel se sustentará en el trabajo conjunto de los recursos institucionales y comunitarios, mismos que podrán adquirir modalidades específicas de acuerdo a los distintos ámbitos de aplicación del modelo.

De esta manera, para el medio rural que se caracteriza por una alta dispersión geográfica de las localidades y por la cantidad de pequeños centros poblacionales, se ha definido como estrategia para extender la cobertura de los servicios, el establecimiento de unidades de salud ubicadas en localidades estratégicas, en tanto que para las localidades restantes se prevé la operación con personal técnico y auxiliar.

Por lo anterior se incluyen localidades con población de mil a dos mil quinientos habitantes (localidades sede), en las que se ubicará un centro de salud rural cuyo funcionamiento estará a cargo de un equipo de salud conformado por un médico general o en servicio social y una auxiliar de enfermería.

La extensión de los servicios a localidades de menor rango poblacional se establecerá a través de la participación de elementos originados de las propias comunidades. Así, las localidades con rango de población de quinientos a mil habitantes (casas de salud y unidades auxiliares de salud) cuentan con auxiliares de salud encargados de otorgar los servicios básicos de atención primaria, estableciendo para el desempeño de sus funciones una vinculación estrecha y permanente con el equipo de salud del centro de salud rural.

Con base en el análisis cuantitativo de las localidades por rango poblacional, se estima que los centros de salud ubicados en el área rural dispersa, apoyados por las unidades auxiliares de salud pueden cubrir entre cinco mil y ocho mil habitantes, distribuidos en un número variable de localidades.

#### **- Segundo nivel**

Las unidades hospitalarias se ubican fundamentalmente en localidades rurales concentradas y urbanas. Sus acciones están orientadas básicamente a la atención curativa ambulatoria y hospitalaria especializada y a la rehabilitación de pacientes.

#### **Regionalización operativa**

Las unidades de salud se organizan operativamente en áreas geográficas autosuficientes determinadas con forme a criterios demográficos y sanitarios, con base a su capacidad de resolución y apoyadas en mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia y en su caso de subrogación interinstitucional.

La regionalización operativa de las unidades de salud en áreas geográficas predeterminadas, debe entenderse como la identificación, agrupación y operación organizada y homogénea de las unidades aplicativas del primer nivel de atención, en estrecha correspondencia programática y funcional con la unidad hospitalaria con la que establezcan mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes y de problemas de salud pública.

Las unidades hospitalarias se constituirán en un instrumento fundamental para asegurar la formulación, ejecución y seguimiento de los programas a cargo de las unidades de primer nivel, conforme a las políticas y lineamientos que determinen los niveles jurisdiccional, estatal y central.

Los mecanismos y procedimientos de referencia y contrarreferencia deberán ser establecidos a partir del análisis del grado y poder de resolución, así como de la complejidad técnico-operativa tanto de las unidades de un mismo nivel, como de otros niveles.

La referencia puede establecerse entre unidades de primer nivel ubicadas en áreas rurales dispersas y concentradas, con respecto a los centros urbanos que cuenten con servicios de gabinete y laboratorio, así como entre unidades de primer y segundo niveles y de éstas últimas respecto a las del tercero.

Cabe aclarar que no obstante que la autosuficiencia en sentido estricto incluye a las unidades del tercer nivel, éstas se excluyen del Modelo en virtud de que no se consideran dentro de las prioridades establecidas en la política de salud, aunado a su carácter de alcance regional y nacional, así como al alto costo que representan.

La referencia debe complementarse con mecanismos de contrarreferencia entre los diversos niveles y unidades, que permitan a la unidad efectora el manejo y control subsecuente de los pacientes y problemas referidos, lo que contribuirá a una mejor organización y operación de los servicios y de las unidades de salud.

## **2.- Caracterización de la Red de Unidades de Salud**

La red de unidades es la base para ordenar la infraestructura de los servicios existentes, misma que de acuerdo al resultado de los estudios de campo específicos, se adecúa en cada estado, así como la identificación de necesidades de construcción de nuevas unidades.

La red se configura por diez tipos de unidades de salud del primer y segundo niveles de atención, ordenadas en grado creciente de complejidad en función de los servicios que otorgan los recursos con que cuentan; estas unidades se vinculan estrechamente a través de mecanismos eficientes de coordinación y apoyo.

### **- Primer nivel**

Para este nivel se han definido unidades cuya denominación y características responden a las particularidades de las áreas rural y urbana. así, para el primer ámbito se prevé el funcionamiento de casas de salud, unidades móviles, unidades auxiliares de salud, centros de salud para población dispersa y para población concentrada; en tanto que en el segundo operarán centros de salud urbanos.

**Casa de salud.**- Opera en localidades de acción intensiva con población entre quinientos y mil habitantes, siendo responsable de su funcionamiento la auxiliar de salud. Los servicios que otorga son: promoción y orientación sobre programas preventivos, de planificación familiar, saneamiento básico y fomento sanitario, consulta elemental con un botiquín básico y participación en la vigilancia epidemiológica.

**Unidad auxiliar de salud.**- Se ubican en localidades dispersas de difícil acceso, y panorama epidemiológico crítico; con una población entre 500 y 1,000 habitantes. El recurso humano es un médico en servicio social o un técnico en salud; los servicios que otorga incluyen todos los de la atención primaria (educación para la salud, promoción de la salud, saneamiento ambiental, fomento sanitario, organización de la comunidad, visita domiciliaria, primeros auxilios, detección de problemas ambientales y sanitarios, notificación de problemas y casos y referencias de pacientes), variando tan solo aquellos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de pacientes de acuerdo con el tipo de recursos humanos que se adopte.

**Unidad Móvil.**- Está adscrita a la jurisdicción o centro de salud estratégicamente ubicado. Representa una opción importante para brindar servicios de salud a la población que habita en localidades dispersas y difícilmente accesibles. Los recursos humanos que integran esas unidades son: un médico en servicio social, una auxiliar de enfermería, un odontólogo y un chofer. Otorga servicios similares a los de un centro de salud rural, adicionando los relativos a la atención odontológica. El equipo de salud cuenta con un vehículo para su transporte y con el equipo instrumental e insumos necesarios.

**Centro de Salud Rural para Población Dispersa.**- Se ubica en localidades sede de más de 1,000 y menos de 2,500 habitantes, estando a cargo de su operación el equipo de salud compuesto por un médico general o en servicio social y una auxiliar de enfermería, quienes otorgan servicios de consulta externa general, atención de pacientes en observación, atención de urgencias, atención de pacientes referidos, vigilancia epidemiológica, notificación de casos, educación para la salud, promoción de la salud, saneamiento ambiental, fomento sanitario, organización de la comunidad, visitas domiciliarias, primeros auxilios y detección y referencia de pacientes y problemas ambientales y sanitarios.

**Centro de Salud Rural para Población Concentrada.**- Se ubica en una localidad sede de más de 2,500 y menos de 15,000 habitantes. Los servicios que otorga son similares a los del centro de salud para población dispersa. Basa su operación en equipos de salud cuyo número varía de uno a tres y se integra por un médico general o en servicio social, una auxiliar de enfermería y un promotor de salud, así como un pasante de odontología por centro.

**Centro de Salud Urbano.**- Se ubica en localidades de más de 15,000 habitantes, en las que pueden existir varios centros de salud. Los servicios que otorga son similares a la unidad descrita anteriormente, incluyéndose además el apoyo en laboratorio y rayos "X" bajo las normas establecidas.

## **- Segundo nivel**

La red de unidades de este nivel está integrado por hospitales en los que debido a su heterogeneidad en relación a los servicios que prestan y a sus diferentes grados de complejidad en sus servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento requieren orientar su operación y aproximarse a la función y caracterización determinada.

En estas unidades se otorgan servicios de atención ambulatoria y de hospitalización en las cuatro ramas básicas de la medicina, como son: ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna, así como los correspondientes a otras subespecialidades que integran cada área, en función de su demanda.

El hospital es una unidad que funciona con adecuados índices de rendimiento, ocupación y costo por lo que para el dimensionamiento de su capacidad resolutive se consideran los aspectos siguientes: la demanda de servicios de atención ambulatoria y de hospitalización, que se relacione con el número y complejidad de unidades de primer nivel existentes dentro de su área de influencia; el grado de dispersión o concentración de los asentamientos poblacionales; accesibilidad física en relación a la distancia y tiempo de traslado de la población al hospital, para su atención ordinaria y de urgencias; accesibilidad cultural o social en relación a las posibles barreras derivadas de las etnias.

Hospital General de 30 camas.- Su operación se basa en los siguientes indicadores de programación: 365 días al año en hospitalización y 232 días al año en consulta externa, de rendimiento de 3 a 4 consultas por hora médico, 4 días de promedio de estancia y 65 % de ocupación, de utilización, 8 horas de consultorio al día, del recurso humano: 3.5 trabajadores por cama distribuidos de la siguiente forma, del 17 al 22% de personal profesional, 43 al 48 % de personal técnico y del 32 al 37 % de personal administrativo.

Hospital General de 60 camas.- Se localiza en ciudades de 20,000 a 50,000 habitantes; sus indicadores de operación son: de programación, 365 y 232 días al año en hospitalización y consulta externa, respectivamente; de rendimiento: 3-4 consultas por hora médico, 5 días de promedio de estancia y 75% de ocupación; de utilización 8 horas

de consultorio al día; del recurso humano: 3.5 trabajadores por cama y de personal técnico y administrativo un rango de 15 a 20%, 45 a 50% y 30 a 35% en el mismo orden.

**Hospital General de 120 camas.**- Se ubica en localidades de 50,000 a 100,000 habitantes. Su operación se guía por los indicadores siguientes: de programación, 365 días para hospitalización y 232 días para consulta externa; de rendimiento, de 3 a 4 consultas por hora médico, 6 días de promedio de estancia y un 80% de ocupación; de utilización, 8 horas de consultorio al día; de recurso humano, 3.5 empleados por cama, el personal profesional del 12 al 17%, el personal técnico de 50 a 55% y de 25 a 35% el administrativo.

**Hospital General de 180 camas.**- Se localiza en las grandes ciudades con población mayor de 100,000 habitantes. Los indicadores que orientan su operación son: de programación, 365 y 232 días al año para hospitalización y consulta externa, respectivamente; de rendimiento, de 3 a 4 consultas por hora médico, 7 días de promedio de estancia y 85% de ocupación de camas; de utilización, 8 horas consultorio al día; de recursos humanos, 3.5 trabajadores por cama, del total de personal corresponderá al profesional de 10 a 15%, al técnico de 45 a 55% y al administrativo de 35 a 45%.

## **B.-Situación Actual de la Prestación de Servicios de Salud en el Area Rural (REAL)**

La gran dispersión geográfica de la población que habita en localidades con menos de 500 habitantes, requiere de pequeñas instalaciones y de personal preparado para proporcionar atención primaria, pues otro tipo de unidades que utilizadas como base de operación, implicarían la construcción de dichas unidades y por ende de cuantiosos recursos de inversión y operación, además de contar con personal más preparado.

Mención especial merecen las comunidades de población indígena, que por razones sociales, económicas, culturales, políticas, educativas y de salud, persisten las desigualdades con respecto a las áreas urbanas.

Actualmente existe disponibilidad y capacidad instalada para la atención de los usuarios del sistema de población abierta aproximadamente en ocho mil comunidades. Sin embargo el egreso de las escuelas y facultades de medicina en el país ha descendido en tal medida que se cuenta con menos de seis mil pasantes para ofrecer servicios de salud de buena calidad.

El aumento de la población en el área rural, ha hecho surgir la necesidad de crear unidades médicas en zonas donde los habitantes se encuentran dispersos, así como en los poblados de mayor concentración de personas, y en otros casos ha sido necesario ampliar la capacidad instalada de las unidades existentes.

La demanda de servicios ha sobrepasado la capacidad de atenderla solamente con pasantes de medicina y en el corto y mediano plazo esta situación será permanente.

Algunos otros componentes del equipo de salud que participan en la atención de la comunidad, ha permitido disminuir las consecuencias, pero no son suficientes en número y en tipo de recurso, lo que poco contribuye por ahora a la solución integral de la falta de servicios. Por otro lado, no tienen un mercado de trabajo bien definido, lo que los lleva al terminar su preparación a tratar de insertarse en otros puestos, con buenos resultados en algunos casos.

En México al igual que otros países se vive en la época actual, una etapa de cambios en las estructuras sociales y económicas buscando mejores posibilidades de desarrollo, en la que la atención a la salud ha dejado de ser un patrimonio exclusivo del médico, para transformarse en un proceso que involucra a otros profesionales, a la población en

general y a cada individuo en lo particular. Actualmente nadie pone en duda que el autocuidado y la participación de la comunidad y de otros sectores en forma organizada, son aspectos que deben ser tomados en cuenta si se quieren obtener niveles aceptables de salud para toda la población.

### **Situación Actual en Zonas de Población General**

En los últimos años los principales indicadores generales de salud de la población mexicana (mortalidad, morbilidad, natalidad, esperanza de vida) han demostrado una evolución lenta hacia la mejoría tal como lo revela, por ejemplo, el incremento en la esperanza de vida al nacer a 70 años y la disminución de la tasa de mortalidad a 6.3 por mil habitantes. Sin embargo, cuando se analizan indicadores específicos por causa, lo anterior no se refleja de manera uniforme pues hay indicadores como la morbi-mortalidad por padecimientos crónico-degenerativos, accidentes y violencias, que han mostrado una franca tendencia al incremento; y otros, como los de enfermedades transmisibles o infecciosas que, aún cuando persisten como problemas primarios en nuestro país, han mostrado una tendencia decreciente, con algunas excepciones.

Aunque varían en algunas entidades federativas, a continuación se presenta un cuadro que para efectos de este trabajo se considera el promedio general del país en cuanto a las principales causas de mortalidad general e infantil.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL	
NUM. DE ORDEN	CAUSA
1	Enf. Infecciosas Intestinales
2	Enf. del Corazón
3	Accidentes
4	Tumores Malignos
5	Lesiones
6	Deficiencias Nutrición
7	Sarampión
8	Neumonía e Influenza
9	Enf. origen perinatal
10	Cirrosis y Enf. Hígado
11	E. Cerebrovasculares
12	Diabetes Mellitus
13	Tuberculosis Pulmonar
14	Anemias
15	Nefritis S. Nefrótico
16	Bronquitis Crónica
17	Alcoholismo
18	Anomalías congénitas
19	Inf. Resp. Agudas
20	Úlcera Gástrica y Duodenal

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	
NUM. DE ORDEN	CAUSA
1	Afecciones del Periodo Perinatal
2	Enf. Infec. Intestinales
3	Anomalías Congénitas
4	Neumonía e Influenza
5	Deficiencias Nutrición
6	Sarampión
7	Infec. Resp. Agudas
8	Bronquitis crónica
9	Anemias
10	Accidentes y violencias
11	Septicemia
12	Meningitis
13	Enf. del Corazón
14	Obstrucción Intestinal
15	Tosferina
16	Nefritis y Enf. Renales
17	Enf. Cerebrovascular
18	Neumoconiosis
19	Sífilis
20	Tumores Malignos

Estas causas son resultado de la compleja interacción de las condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales que determinan el desarrollo del país y que se han manifestado en una situación dual en materia de salud y enfermedad, ya que por un lado persisten las enfermedades predominantes en sociedades en vías de desarrollo (padecimientos infecto-contagiosos) y por otro se encuentran en incremento los padecimientos propios de países altamente desarrollados (padecimientos crónico-degenerativos).

En respuesta a esta situación, los esquemas de atención a la salud, rehabilitación y asistencia social en nuestro país, que han sido tradicionalmente dirigidos a los aspectos curativos, siguen actualmente la tendencia a renovar el impulso en el terreno de las acciones preventivas, utilizando como estrategia la atención primaria a la salud. Esta tendencia a surgido del reconocimiento de que un alto porcentaje de enfermedades y muertes pueden evitarse mediante dichas acciones, conjugadas con medidas sociales, ambientales y una atención médica adecuada y eficaz.

Debido a la rapidez de los cambios epidemiológicos, a la necesidad de atender demandas apremiantes y de resolver problemas en el marco de las urgencias planteadas por la situación socio-económica, el desarrollo de los sistemas de atención a la salud no ha sido uniforme, ni se ha dado dentro de un esquema de regulación general, lo cual ha ocasionado divergencias, esquemas diferentes de atención, desequilibrios regionales, y falta de armonía en la estructura general de los servicios de salud.

En el área rural del país existen servicios de salud proporcionados por sistemas de seguridad social que alcanzan un cierto grado de desarrollo en su cobertura, y el sistema de atención a la salud a la población abierta que proporciona la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del programa IMSS-SOLIDARIDAD.

El Sistema de Atención a la Salud de la Población Abierta es administrado por la Secretaría de Salud conjuntamente con los Gobiernos de los Estados, mediante un Convenio de Coordinación en 18 entidades federativas y en las otras 14 existen Convenios de Descentralización de la Administración de los Servicios. En total la población cubierta en el área rural, con estas dos modalidades es de aproximadamente 14 millones de habitantes.

La existencia de diversos sistemas de salud en el área rural, con sus distintas estructuras y diferencias en la disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros ha planteado algunos problemas de carácter social.

En este sentido, es frecuente observar que en las mismas áreas geográficas existen servicios de distintas instituciones, translapándose sus universos lo que ha

producido duplicación de servicios para una misma población, cuando otras áreas carecen de ellos.

Estas condiciones han propiciado entre otras cosas, la inadecuada distribución de los recursos para la salud y la poca eficiencia en los programas y servicios. Se estima que el déficit de cobertura en comunidades de difícil acceso, de gran dispersión y por tanto muy pequeñas, podría estar en el orden de los cinco millones de habitantes.

En la actualidad existen en el Sistema Nacional de Salud 8,450 unidades médicas rurales, correspondiendo 6,131 a localidades de población dispersa y 2,319 a localidades de población concentrada.

En estas cifras se incluye las Unidades Auxiliares de Salud, que tienen su ubicación en localidades de aproximadamente 500 habitantes. No se han considerado las unidades denominadas Casa de Salud, en razón a que se ubican en localidades muy pequeñas.

Los Servicios Estatales de Salud que han descentralizado su administración son los siguientes: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco, Tlaxcala. Los Servicios de Salud de estas entidades dependen directamente del Gobierno del Estado, y al descentralizarse incorporaron todos los servicios existentes que atienden a la población abierta.

Los Servicios Estatales de Salud que por Convenios de Coordinación siguen dependiendo de la Secretaría de Salud son los siguientes: Baja California Norte, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

En estas entidades existen diversas instituciones que prestan servicios en a la población abierta, como son además de la Secretaría de Salud, el Programa IMSS - Solidaridad, el DIF.

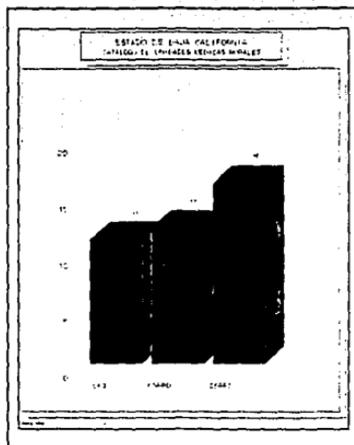
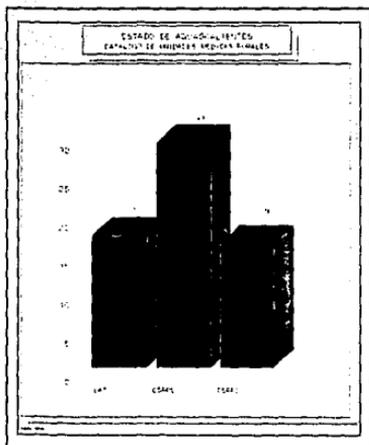
Por lo que respecta a la Secretaría de Salud existen 5,513 unidades médicas rurales, lo que se muestra en el cuadro siguiente, además de 1,137 unidades ubicadas en áreas urbanas.

**UNIDADES MEDICAS RURALES SSA 1994**

ESTADOS	UAS	CSRPD	CSPRC	CSU	H.G.	
AGUASCALIENTES	17	29	16	12	2	
BAJA CALIFORNIA NORTE	11	12	16	28	3	
BAJA CALIFORNIA SUR	13	25	9	3	2	
CAMPECHE	22	22	18	2	3	
COAHUILA	52	24	13	17	10	
COLIMA	37	28	9	6	9	
CHIAPAS	19	55	50	32	4	
CHIHUAHUA	62	54	24	48	5	
DURANGO	16	48	24	33	10	
GUANAJUATO	95	200	28	54	9	
GUERRERO	66	350	73	56	5	
HIDALGO	107	148	34	24	11	
JALISCO	118	117	18	90	17	
MEXICO	0	598	7	106	4	
MICHOACAN	36	64	12	27	4	
MORELOS	39	49	48	27	2	
NAYARIT	26	39	17	2	5	
NUEVO LEON	108	62	28	129	8	
OAXACA	48	143	32	10	8	
PUEBLA	42	152	42	27	4	
QUERETARO	52	73	20	6	4	
QUINTANA ROO	53	29	15	14	2	
SAN LUIS POTOSI	14	45	26	29	3	
SINALOA	36	85	18	19	11	
SONORA	78	76	23	12	9	
TABASCO	23	228	30	12	4	
TAMAULIPAS	27	37	20	58	4	
TLAXCALA	66	55	19	2	3	
VERACRUZ	68	122	99	63	2	
YUCATAN	3	39	16	5	2	
ZACATECAS	16	69	9	12	2	
<b>TOTALES</b>	<b>1370</b>	<b>3077</b>	<b>1066</b>	<b>965</b>	<b>172</b>	<b>6650</b>

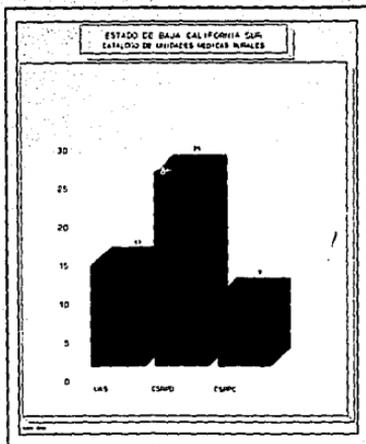
UAS= Unidad Auxiliar de Salud CSRPD= Centro de Salud de Población Rural Dispersa II G. = Hospital General  
 CSPRC= Centro de Salud de Población Rural Concentrada CSU= Centro de Salud Urbano

## GRAFICAS DE LAS UNIDADES MEDICAS RURALES EN LA SECRETARIA DE SALUD 1994

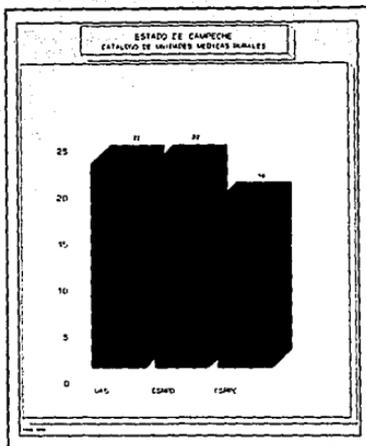


Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994

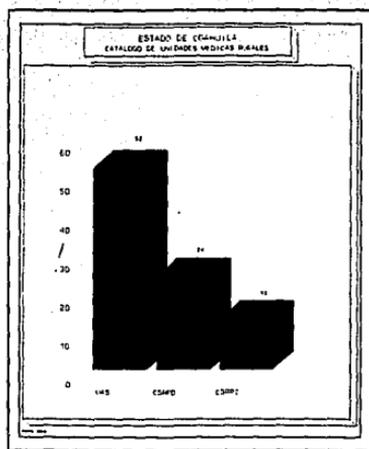
FALLA DE ORIGEN



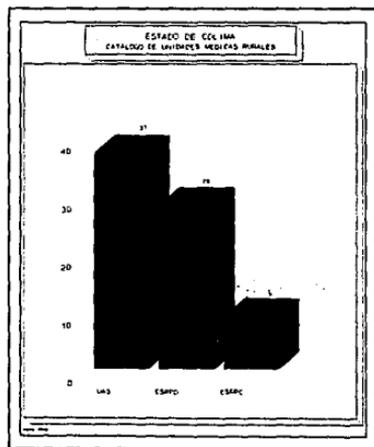
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



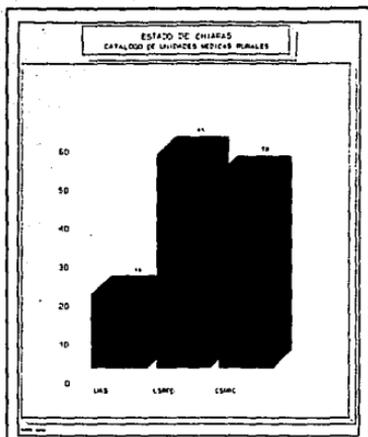
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



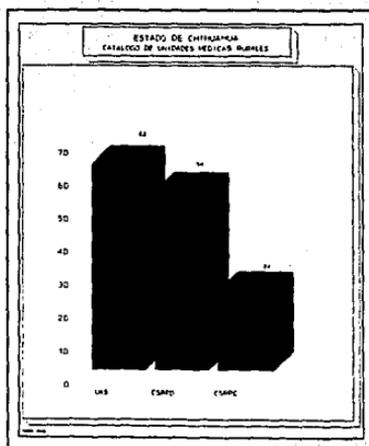
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



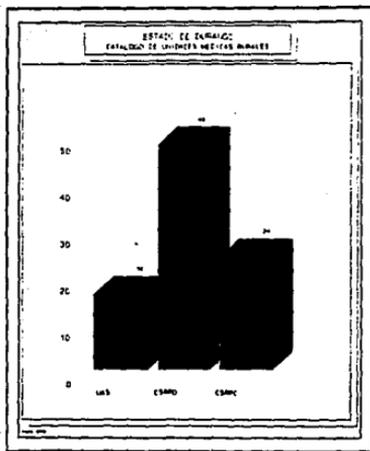
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



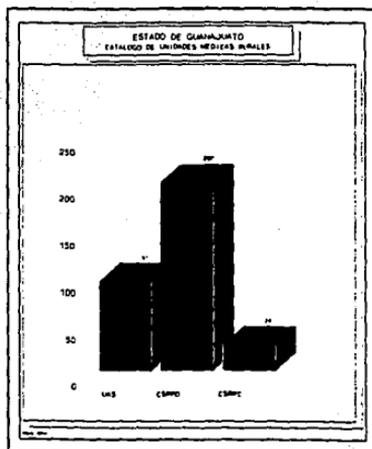
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



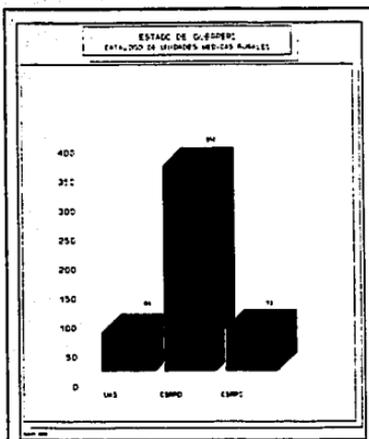
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



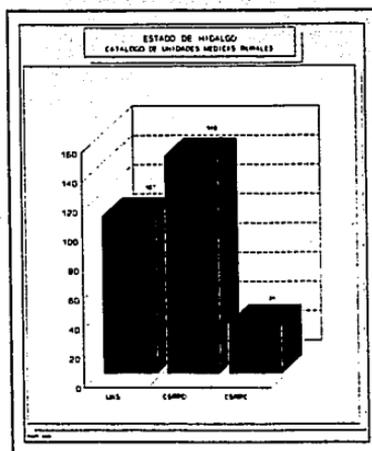
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



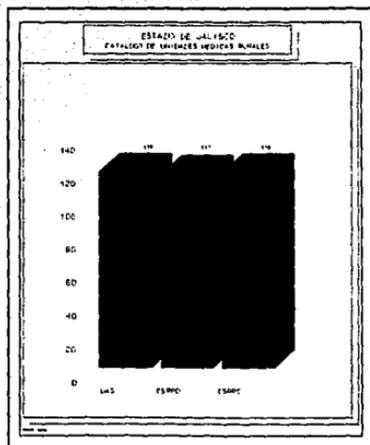
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



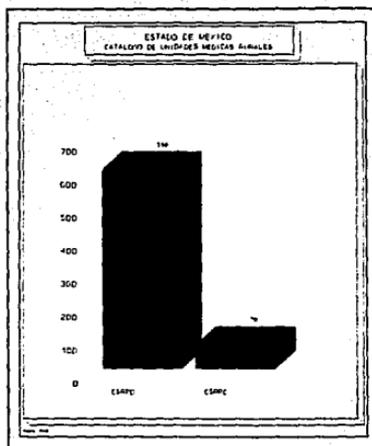
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994



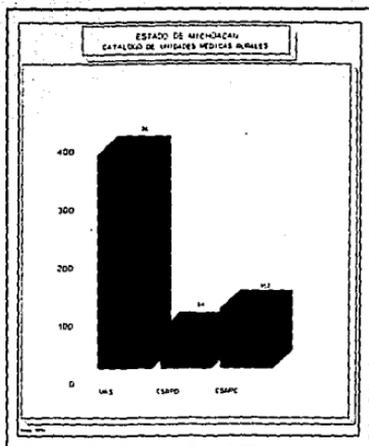
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994



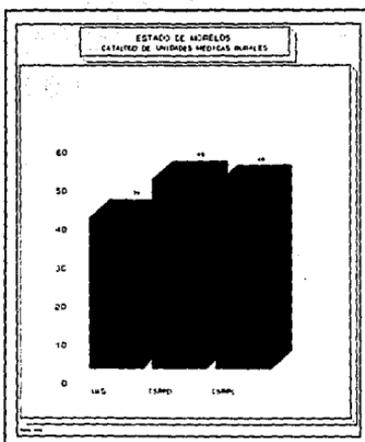
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994



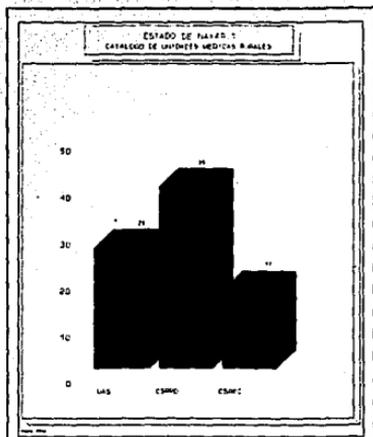
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994



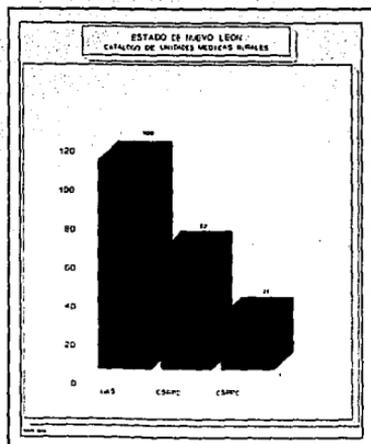
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



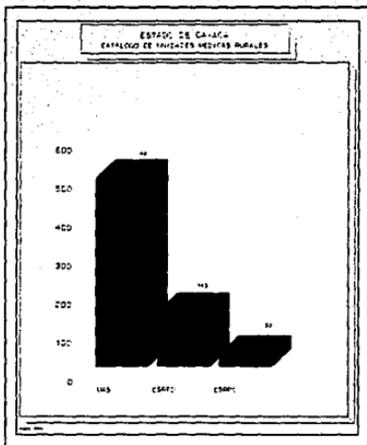
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



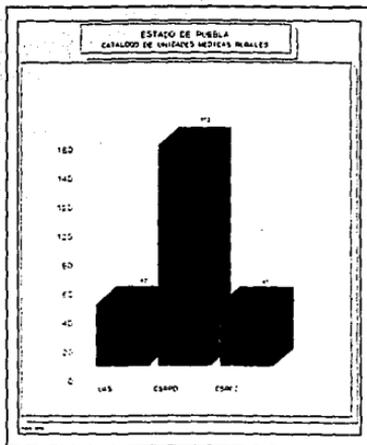
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994



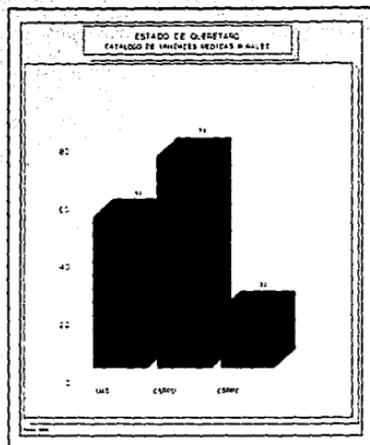
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994



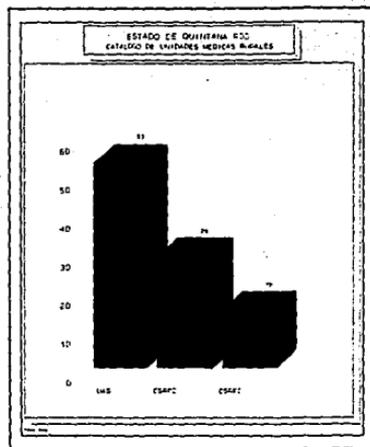
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



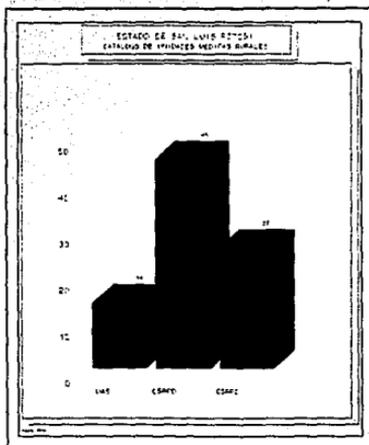
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



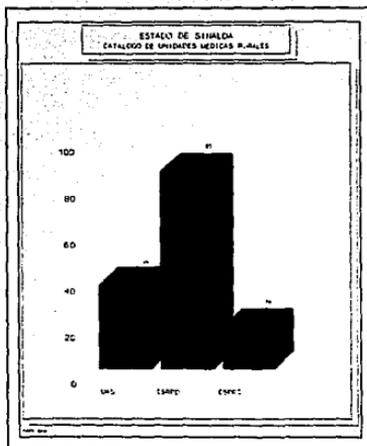
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994



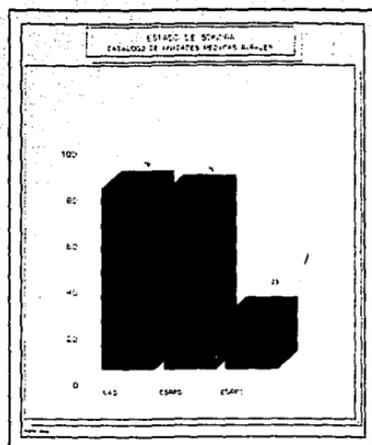
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994



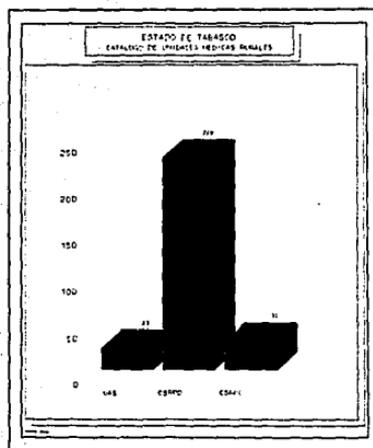
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



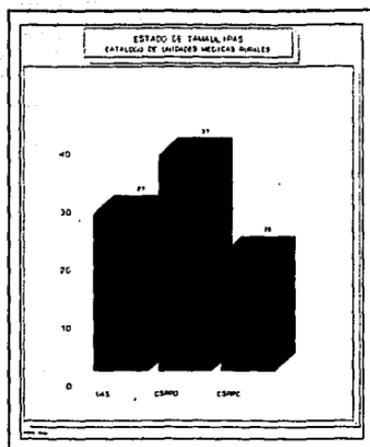
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



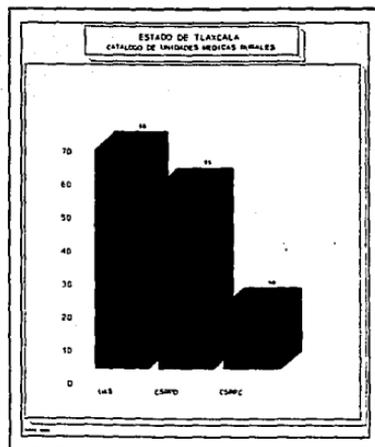
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994



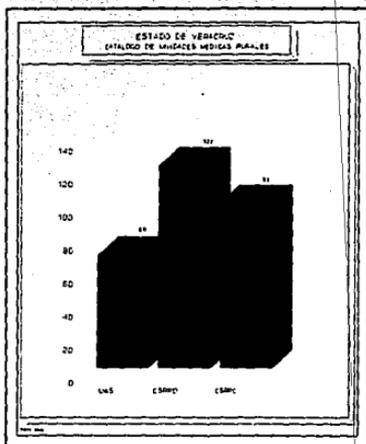
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA. 1994



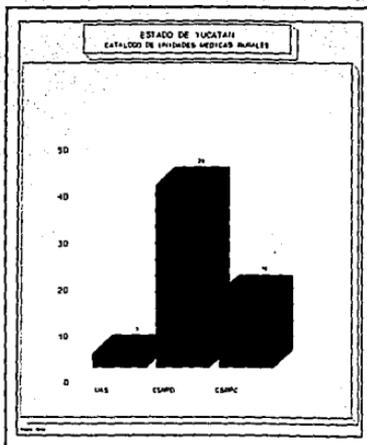
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



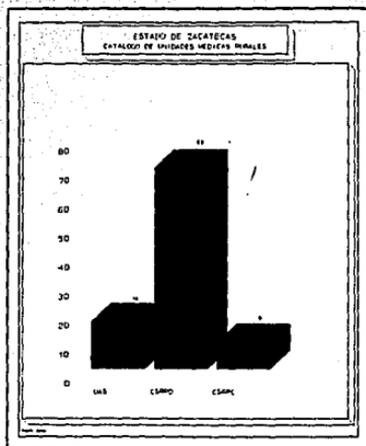
Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



Fuente: Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994



Fuente: Dirección de Enseñanzas de Pregrado y Servicio Social, SSA, 1994

### **Situación Actual en Zonas de Población Indígena.**

Durante los últimos años, el Gobierno de la República ha puesto especial atención a los asentamientos poblacionales del área rural, en donde debido principalmente a la falta de planeación, persisten las desigualdades con respecto al área urbana de las condiciones sociales, económicas, culturales, políticas, educativas y de salud, especialmente en las zonas en las que predomina la población indígena.

En cierta medida esto se ha debido a que varios de los grupos indígenas no se han integrado a la civilización actual, y persiste en ellos un nivel económico y cultural inferior al promedio nacional, sin omitir que los patrones culturales de estos grupos han dificultado la aplicación de diversos programas nacionales y por lo tanto, el propósito de dichos programas.

Es conocido el hecho de que nuestro país tiene aproximadamente ocho millones de pobladores indígenas, representando la población de este tipo más numerosa en el mundo, quienes por determinantes históricos se desarrollan en condiciones de desigualdad y marginación, en comparación con otras zonas rurales y con la población urbana.

En más de nueve mil comunidades indígenas, la Secretaría de Educación Pública atiende las necesidades de educación inicial, preescolar y primaria con más de treinta mil profesores, quienes en la lengua nativa de los grupos étnicos y con un enfoque bicultural vinculan su quehacer escolar con otros aspectos de la vida familiar y comunitaria.

La posibilidad de proporcionar servicios de salud en un importante número de estas poblaciones, tiene dificultades derivadas de la dispersión, el difícil acceso a las localidades, el rezago cultural y la falta de recursos.

El análisis de las tasas de morbilidad y mortalidad refleja la persistencia de causas que fueron superadas hace varios años en otras zonas del país, lo que consecuentemente exige adoptar medidas específicas para tratar de modificar el perfil epidemiológico de esas comunidades y prestar servicios de salud en forma permanente.

El servicio social de la carrera de medicina, que se realiza en forma continua desde hace más de cincuenta años, ha servido para llevar atención médica de calidad en muchas de las poblaciones, sin embargo, en la actualidad se convierte en un instrumento que permite incidir directamente en los programas prioritarios de la Secretaría y contribuir a la solución de los problemas y necesidades de atención a la salud de la población indígena.

### Aspectos Demográficos

En 25 de las 32 entidades federativas que configuran la República Mexicana existen asentamientos poblacionales indígenas, sin embargo el número de estos pobladores varía mucho, como son por ejemplo el estado de Oaxaca en el que se estima viven 721,142 personas y en el estado de Coahuila el último censo se arrojó información de 500 personas de origen indígena.

Gran parte de la población indígena se localiza en ocho estados de la República Mexicana, en los que se concentra el 80.8% de ésta y su distribución es la siguiente: Oaxaca 18.9%, Chiapas 13.8%, Veracruz 11%, Yucatán 9.8%, Puebla 9.5%, Estado de México 6.2%, Hidalgo 6% y Guerrero 5.6%. El resto de la población antes referida corresponde a una minoría y se encuentra dispersa en las demás entidades federativas.

Existen 542 municipios que incluyen a 4.035,026 personas cuyo lenguaje es indígena y representan el 62.9% de este tipo de población. El resto de los pobladores se encuentra disperso en algunas comunidades del país.

Dentro de cada entidad federativa existe una región fundamentalmente indígena como es en Chiapas los Altos y el norte; en Guerrero, la Montaña; en Hidalgo, San Luis Potosí y Veracruz, las Huastecas; en Puebla, la Sierra Norte; en Yucatán, la región Henequenera; en Nayarit, la Sierra; en Campeche, la región de los Chenes; y en Oaxaca, aunque ocupan casi todo el territorio, se encuentran concentrados en la Sierra Juárez, la Sierra Sur, la Mixteca y la Cañada.

Gran parte de estas regiones mantienen algunos rasgos que le son comunes, como son: localizadas en zonas accidentadas y escabrosas, con escaso terreno apto para la agricultura y con economía poco diversificada, generalmente agrícola de temporal para la autosubsistencia.

Se tiene conocimiento de 56 grupos étnicos en la República Mexicana los cuales convierten al país en un mosaico pluricultural que debe ser abordado en cuanto a la atención a la salud, teniendo en cuenta el desarrollo histórico, antropológico y cultural de ese pueblo, incluyendo costumbres, tradiciones, lenguaje y grado de desarrollo social.

Es importante no perder de vista que existen zonas interétnicas, donde la densidad demográfica indígena es más acentuada como en los estados de Oaxaca, Chiapas, y la península de Yucatán. Así mismo existen estados en los que habita un solo grupo indígena como es el caso de Coahuila.

También podemos observar que la distribución de estos grupos se acentúa en los estados del pacífico sur y en la península de Yucatán y por tanto existe una gama de lenguas, las que en la mayoría de los casos poseen varios dialectos como son Amuzgo, Náhuatl, Mixteco, Tlapaneco, en Guerrero; Chatino, Chinanteco, Chocho, Chontal, Huave, Mazateco, Náhuatl, Mixe, Mixteco, Popolca, Trique, Zapoteco y Zoque en Oaxaca; Chol, Maya, Tzeltal, Tzolzil, Zoque, Mame, Tojolabal y Quiché, en Chiapas. En la actualidad se reconocen 56 lenguas que son producto de troncos comunes como el Macro-mayense y el Yuto-Azteca.

A manera de contraste debe mencionarse la península de Yucatán integrada por los estados Campeche, Yucatán y Quintana Roo, donde la lengua Maya es una sola, sin variante alguna.

Por lo que se refiere a la región del noroeste, desde los Huicholes hasta los Papagos, fue asiento de grupos indígenas más bien nomádicos que jamás alcanzaron planos de cultura avanzada.

### Aspectos Educativos

La población que habita en esas regiones es considerada predominantemente rural, mayoritariamente de lengua indígena y menores de 15 años, en los que aproximadamente el 38.4% no sabe leer ni escribir, ya que entre otras cosas, si consideramos la asistencia escolar como un buen indicador de la capacidad educativa de sus niños entre 5 y 14 años, el porcentaje de inasistencia es del doble de la media nacional (27.8 / 15.6). Según estadísticas recientes que la diferencia entre el analfabetismo y la inasistencia escolar apunta a una creciente educación de la población indígena joven.

### Aspectos Económicos

Existe una gran variedad de actividades generalmente de autoconsumo, que realizan los grupos indígenas para su subsistencia, además de participar en otras tareas que se consideran subempleo. Realizan algunos trabajos relacionados con la economía formal a través de empresas u organizaciones diversas. La mujer tiene poca actividad económica activa.

La población que se encuentra en edad para participar en el trabajo, con gran frecuencia emigra a otras localidades del país e inclusive al extranjero, y solamente remiten dinero para la subsistencia familiar.

A esto obedece entre otras cosas, que en las actividades productivas de la agricultura participan muchos niños, incorporándose a estas tareas desde los 12 años de edad aproximadamente.

Como ejemplo podemos mencionar que la tasa de participación registrada en el censo de un estudio realizado por el Dr. Jaime Sepúlveda Amor, se encontró como promedio el 30.4 %, con algunas cifras específicas como en Chiapas el 44.2%, en Guerrero el 29.8%, en Jalisco el 28.5 % y en Durango el 20.8% entre otros.

### Aspectos Sanitarios

Las condiciones de vivienda de éstos grupos son sensiblemente más precarias que el promedio nacional. Mientras a nivel nacional el 87.5 % de viviendas dispone de electricidad, 70.4 % cuenta con agua y 63.6 % tiene drenaje, en las zonas indígenas sólo el 54.3 % tiene electricidad el 38.1 % cuenta con agua entubada y el 15.7 % tiene drenaje.

Lo anterior muestra una gran diferencia con el promedio nacional, ya que en cuanto al agua y el drenaje, el primero es la mitad en disponibilidad y el segundo es la cuarta parte.

Como se observa en los datos anteriores, es evidente las malas condiciones sanitarias en las que viven los indígenas, puesto que el 93 % del grupo estudiado por Sepúlveda habita en municipios donde más del 50 por ciento de las viviendas no cuentan con red sanitaria. Dentro de ellos existen comunidades en condiciones más precarias, pues por ejemplo en Oaxaca, existen once municipios en donde ninguna de las viviendas cuentan con drenaje.

La disponibilidad de agua en las viviendas de los municipios estudiados es muy heterogénea entre los estados. Mientras en Guerrero y Veracruz el promedio es de 19.0 y 19.4 por ciento de viviendas con agua, en Quintana Roo asciende a 80.5 y puede decirse que en 85 de los 542 municipios estudiados, donde habitan 423,796 indígenas, el 90 por ciento de sus viviendas no tienen agua, localizados principalmente en Oaxaca, Chiapas y Veracruz.

Las altas proporciones de viviendas sin agua entubada y sin drenaje entre los grupos indígenas, van ligadas a un 61.8 % de viviendas con piso de tierra en el total de los municipios estudiados por Sepúlveda, conformando un escenario de condiciones sumamente adversas para la salud.

Además de las malas condiciones sanitarias se tiene el alto hacinamiento entre las comunidades indígenas, pues la mayoría tiene solo un cuarto que puede servir para cocinar y dormir.

### Morbilidad y Mortalidad

El estado de Salud y Enfermedad de un pueblo depende en gran medida de la estructura socioeconómica del país, como se observa en la esfera sanitaria durante las crisis.

La expresión colectiva de la salud y la enfermedad no constituye un simple reflejo mecánico de los hechos estructurales. Estos se suman a las características de la naturaleza, que están presentes en un ámbito específico, así como a la dinámica social y a los patrones culturales que de ella surgen.

El hacinamiento, la falta de servicios básicos de agua potable y disposición de excreta, así como la contaminación biológica de los alimentos, la educación, las costumbres y otros factores culturales, son factores de gran importancia para la situación de salud de las comunidades rurales en lo general, y los grupos indígenas en lo particular.

La contaminación por hidrocarburos, plomo y mercurio ha venido cobrando importancia en ríos, lagunas, esteros y aguas marinas de las zonas petroleras.

Al analizar la mortalidad según las causas de muerte, encontramos que aún existen en el área rural y por tanto en la población indígena numerosas defunciones por causas que han sido superadas en las zonas urbanas del país y que la transición epidemiológica ha tenido un grado menor en esas zonas.

Es importante destacar, que al revisar la evolución que ha tenido en algunos estados de la república la mortalidad por padecimientos infecciosos y crónico-degenerativos, se observa en los primeros una tendencia estacionaria como sucede con la influenza, la neumonía, las gastroenteritis y colitis infecciosas.

El comportamiento de la tuberculosis, la tifoidea y las enfermedades prevenibles por vacunación han tenido descensos mayores. Es evidente que la mortalidad por padecimientos crónicos y degenerativos no ha tenido un crecimiento igual en las zonas rurales que en las urbanas.

Por ejemplo en el Estado de Veracruz que tiene poca concentración de población indígena se observa entre las primeras diez causas de mortalidad general al igual que las de mortalidad infantil una transición importante entre 1950 y 1990.

Para el caso del Estado de Guerrero que sólo tiene 5.6 % de población indígena, la transición epidemiológica ha tenido un curso similar al del Estado de Veracruz.

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más evidentes del atraso sanitario en las zonas indígenas, a pesar de ser un dato en el que el subregistro es elevado.

En Oaxaca podemos observar que las diez principales causas de mortalidad infantil al igual que las de mortalidad general en 1950, para el año 1990 encontramos entre las diez principales causas todavía las enfermedades infecciosas intestinales, el sarampión, los problemas respiratorios agudos, y sólo se han agregado algunas en las que ahora se hace el diagnóstico temprano como son anomalías congénitas, afecciones originadas en el período perinatal y deficiencias de la nutrición.

Por lo que respecta al Estado de Yucatán que tiene mayor concentración de población indígena, entre las primeras diez causas de mortalidad infantil se encuentra un perfil epidemiológico similar al de Oaxaca.

### Servicios de Salud

Como se mencionó al inicio del documento existen aproximadamente ocho millones de pobladores indígenas en la República Mexicana, distribuidos en zonas urbanas y en áreas rurales, tanto dispersas como concentradas.

El servicio social de la carrera de medicina se desarrolla ininterrumpidamente desde 1936, y su objetivo ha sido durante todo ese tiempo el ampliar la cobertura de los servicios, mejorar la calidad de la atención médica y contribuir a la formación profesional de los médicos.

De todos es conocido que esta acción ha sido posible dada la concertación entre las instituciones educativas y de salud, quienes de manera singular han unido esfuerzos en beneficio de las poblaciones más necesitadas de nuestro país.

## POBLACION INDIGENA 1994

No.EDO	ESTADO	TOTAL DE POB.
2	BAJA CALIFORNIA NORTE	1,228
4	CAMPECHE	231,295
5	COAHUILA	500
6	COLIMA	8,491
7	CHIAPAS	553,847
8	CHIHUAHUA	61,865
9	DURANGO	27,026
11	GUANAJUATO	5,735
12	GUERRERO	233,203
13	HIDALGO	299,464
14	JALISCO	10,840
15	MEXICO	105,336
16	MICHOACAN	795,745
17	MORELOS	25,342
18	NAYARIT	14,913
20	OAXACA	721,142
21	PUEBLA	357,339
22	QUERETARO	19,404
23	QUINTANA ROO	92,579
24	SAN LUIS POTOSI	57,245
25	SINALOA	69,118
26	SONORA	143,131
27	TABASCO	62,833
29	TLAXCALA	86,223
30	VERACRUZ	109,253
31	YUCATAN	139,510
	T O T A L	4'232,269

En los últimos 17 años, ha crecido la capacidad instalada en cerca del 300 por ciento como se demuestra en el cuadro siguiente:

**INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD  
CIFRAS COMPARATIVAS DEL NUMERO TOTAL DE  
UNIDADES POR ENTIDAD FEDERATIVA  
1977-1991**

ESTADO	1977 "	1991 "
AGUASCALIENTES	28	80
BAJA CALIFORNIA	22	70
B. CALIFORNIA SUR	33	53
CAMPECHE	40	67
COAHUILA	61	123
COLIMA	36	87
CHIAPAS	90	166
CHIHUAHUA	82	193
DURANGO	77	127
GUANAJUATO	109	394
GUERRERO	97	554
HIDALGO	99	319
JALISCO	165	457
MEXICO	109	805
MICHOACAN	129	241
MORELOS	38	167
NAYARIT	64	94
NUEVO LEON	72	357
OAXACA	105	242
PUEBLA	94	272
QUERETARO	46	156
QUINTANA ROO	25	116
SAN LUIS POTOSI	59	117
SINALOA	80	161
SONORA	119	208
TABASCO	60	318
TAMAULPAS	60	148
TLAXCALA	54	149
VERACRUZ	145	355
YUCATAN	45	71
ZACATECAS	81	109
<b>TOTAL</b>	<b>2,324</b>	<b>6,776</b>

**UNIDADES MEDICAS EN ZONA DE  
POBLACION INDIGENA  
1994**

EDOS.	NOM. DEL ESTADO	TOTAL	C.S.P.R.D.	C.S.P.R.C.	U.MOV.	U.A.S.	C.S.U.
2	BAJA CALIFORNIA N.	8	0	0	0	8	0
4	CAMPECHE	59	18	34	0	7	0
5	COAHUILA	1	0	0	0	1	0
6	COLIMA	85	29	8	3	0	0
7	CHIAPAS	129	48	61	0	17	0
8	CHIHUAHUA	23	9	5	0	8	1
9	DURANGO	13	2	0	0	10	1
11	GUANAJUATO	5	1	0	0	4	0
12	GUERRERO	94	61	21	0	12	0
13	HIDALGO	254	60	9	0	183	2
14	JALISCO	13	2	0	0	11	0
15	MEXICO	25	9	11	0	4	1
16	MICHOACAN	205	92	88	0	23	2
17	MORELOS	10	8	2	0	0	0
18	NAYARIT	12	7	0	0	5	0
20	OAXACA	340	221	34	0	85	0
21	PUEBLA	75	19	45	0	10	1
22	QUERETARO	19	6	0	0	13	0
23	QUINTANA ROO	55	21	6	0	28	0
24	SAN LUIS POTOSI	67	18	0	0	49	0
25	SINALOA	21	9	7	0	5	0
26	SUNORA	99	33	11	0	55	0
27	TABASCO	45	14	3	0	28	0
29	TLAXCALA	13	5	7	0	0	1
30	VERACRUZ	21	7	11	0	2	1
31	YUCATAN	49	27	17	0	5	0
	TOTAL	1,740	726	399	3	572	10

**NUMERO DE UNIDADES MEDICAS POR TIPO EN LOS ESTADOS DESCONCENTRADOS  
1994**

No. EDO.	NOM. DEL ESTADO	T O T A L	C.S.P.R.D.	C.S.P.R.C.	U.A.S.	C.S.U.
2	BAJA CALIFORNIA N.	8	0	0	8	0
4	CAMPECHE	59	18	34	7	0
5	COAHUILA	1	0	0	1	0
7	CHIAPAS	129	48	61	17	3
8	CHIHUAHUA	23	9	5	8	1
9	DURANGO	13	2	0	10	1
13	HIDALGO	254	60	9	183	2
16	MICHOACAN	205	92	88	23	2
18	NAYARIT	12	7	0	5	0
20	OAXACA	340	221	34	85	0
21	PUEBLA	75	19	45	10	1
23	QUINTANA ROO	55	21	6	28	0
24	SAN LUIS POTOSI	67	18	0	49	0
25	SINALOA	21	9	7	5	0
30	VERACRUZ	21	7	11	2	1
31	YUCATAN	49	27	17	5	0
T O T A L		1518	649	311	548	10

**NUMERO DE UNIDADES MEDICAS POR TIPO EN LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS  
1994**

No. EDO.	NOM. DEL ESTADO	T O T A L	C.S.P.R.D.	C.S.P.R.C.	U.A.S.	C.S.U.	U.MOV.
6	COLIMA	85	29	8	45	0	3
11	GUANAJUATO	5	1	0	4	0	0
12	GUERRERO	94	61	21	12	0	0
14	JALISCO	13	2	0	11	0	0
15	MEXICO	25	9	11	4	1	0
17	MORELOS	10	8	2	0	0	0
22	QUERETARO	19	6	0	13	0	0
26	SONORA	99	33	11	55	0	0
27	TABASCO	45	14	3	28	0	0
29	TLAXCALA	13	5	7	0	1	0
T O T A L		408	168	63	172	2	3

## **HIPOTESIS**

Si se organiza la prestación del servicio en torno a un programa integral de atención médica y se amplía el número y tipo de prestadores de servicio social, técnicos en atención primaria y médicos de contrato, se obtendrá un esquema equivalente al modelo teórico (ideal) vigente de atención a la salud para población abierta.

### **Hipótesis Nula**

Si se organiza la prestación del servicio en torno a un programa integral de atención médica y se amplía el número y tipo de prestadores de servicio social, técnicos en atención primaria y médicos de contrato, no se modifica el modelo vigente de atención a la salud para población abierta.

### **Variables**

- Número de unidades del primer nivel de atención a la salud de población abierta.
- Número de pasantes de medicina en las unidades del primer nivel de atención a la salud de población abierta.
- Número de pasantes de enfermería en las unidades del primer nivel de atención a la salud de población abierta.
- Número de técnicos en atención primaria en las unidades médicas del primer nivel de atención a la salud de población abierta.
- Número de médicos generales de contratación temporal en las unidades médicas del primer nivel de atención a la salud de población abierta.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

### **a) Tipo de investigación**

1.- Retrospectiva, se realizará registrando información sobre hechos ocurridos previamente al diseño del estudio. Refiriéndose al comportamiento de los componentes del Modelo de Atención a la Salud de Población Abierta.

2.- Longitudinal de acuerdo a su período y secuencia, el tiempo es determinante la relación causa - efecto.

3.- Descriptivo, se considera un estudio descriptivo, ya que pretende determinar como está la situación de las variables estudiadas (sus características, su proporción, los factores asociados a la problemática, los factores administrativos). En este caso los recursos humanos y materiales pertenecientes al Modelo de Atención a la Salud de Población Abierta.

### **b) Universo de Estudio**

1.- Area de estudio.- Los pasantes de medicina y enfermería en servicio social, así como otro tipo de personal que labora en las unidades del primer nivel de atención a la salud de población abierta, que están ubicadas y dispersas en todas las regiones sanitarias del país.

2.- Universo.- La población o universo de estudio está constituido por el total de pasantes de medicina y enfermería en servicio social, así como otro tipo de personal que labora en las unidades del primer nivel de atención a la salud de población abierta.

3.- Unidades de atención médica que participan en el modelo.

### **c) Unidad de Análisis**

- Unidades del primer nivel de atención a la salud de población abierta.
- Número de pasantes de medicina que realizan su servicio social en unidades del primer nivel de atención a la salud de la población abierta.

- **Número de pasantes de enfermería en servicio social en las unidades del primer nivel de atención a la salud de la población abierta.**
- **Número de técnicos en atención primaria que presta sus servicios en unidades del primer nivel de atención a la salud de la población abierta.**
- **Número de médicos generales de contratación temporal que presta sus servicios en unidades del primer nivel de atención a la salud de la población abierta.**

**Nota:** Todos pertenecientes a las 32 entidades federativas del país.

**c) Información requerida:**

- **Número de pasantes de medicina en servicio social en las unidades médicas del primer nivel de atención a la salud de la población abierta.**
- **Número de pasantes de enfermería en servicio social en las unidades médicas del primer nivel de atención a la salud de la población abierta.**
- **Número de médicos generales de contrato que prestan sus servicios en las unidades médicas del primer nivel de atención a la salud de población abierta.**
- **Número de técnicos en atención primaria que prestan sus servicios en las unidades médicas del primer nivel de atención a la salud de población abierta.**
- **Número de unidades médicas de atención a la salud de población abierta que existen en el país.**
- **Distribución de dichas unidades.**
- **Características funcionales de las unidades.**
- **Perfil profesional de las disciplinas que participan en el modelo.**

**d) Métodos e instrumentos de recolección de datos:**

Los datos se obtuvieron de fuentes secundarias, ya que se recolectó la información mediante análisis bibliográfico, anuarios estadísticos, catálogos de recursos, documentos normativos editados por la Secretaría de Salud, y material de archivo.

**e) Método de Análisis:**

La tabulación y análisis de los datos se realizó en un sistema computarizado, aplicando la estadística descriptiva, determinando las variables analizadas y los resultados se presentan en forma narrativa y analítica acompañados de gráficas y cuadros, ya sea individualmente o agrupados por variables y áreas de análisis.

## **V. CARACTERIZACION DEL MODELO PROPUESTO**

### **A.- PROGRAMA DE ATENCION A LA SALUD**

#### **1.- MARCO CONCEPTUAL**

El programa ofrece servicios de atención médica general, en localidades de 100 a 500 familias o 1,000 a 3,000 habitantes en unidades rurales.

La atención está orientada a pacientes con padecimientos de baja complejidad y alta demanda, que requieren tecnología médica básica, sustentada en la morbilidad propia de la localidad.

El núcleo básico de salud ofrece atención médica al individuo, la familia y la comunidad con su participación organizada.

Los servicios se orientan a la prevención, curación y rehabilitación de carácter básicamente ambulatorio.

#### **2.- ESTRUCTURA OPERACIONAL**

Este programa ofrece sus servicios en el primer nivel de atención, en unidades cuyo rango poblacional y ubicación geográfica lo ameriten, constituye el contacto inicial y directo con el paciente.

Como mecanismos de dirección y enlace administrativo, depende directamente del nivel jerárquico local, representado por la Jurisdicción Sanitaria.

El personal profesional y técnico está integrado por el núcleo básico de salud, en el que participan un médico general y dos enfermeras generales por módulo.

Participa en el sistema de referencia atendiendo pacientes de otras unidades, quienes hayan sido referidos para su control y deriva a una unidad de primer nivel

de mayor complejidad, ó a una de segundo nivel de atención, aquellos casos que lo requieren de acuerdo a la valoración médica.

Para la adecuada organización y funcionamiento de los servicios, a partir del diagnóstico de salud elaborado con participación social, estructura sus actividades a través de programas generales y específicos, los que cuentan con una guía de autoevaluación.

### **3.- SERVICIOS QUE SE OFRECEN**

#### **a).- PREVENTIVOS:**

- Educación para la salud.
- Fomento para la salud.
- Autocuidado de la salud.
- Programas de la nutrición.
- Saneamiento básico (ambiente y vivienda).
- Detección de enfermedades prevenibles por vacunación.
  - Aplicación de biológicos.
- Fomento de la salud reproductiva.
- Riesgo preconcepcional.
- Planificación familiar.
- Detección del embarazo de alto riesgo.

- **Detección del cáncer cérvico uterino y mamario.**
- **Identificación de grupos de riesgo.**
  - **Enfermedades diarreicas.**
  - **Enfermedades respiratorias.**
  - **Enfermedades infecciosas y parasitarias.**
  - **Cólera.**
  - **Tuberculosis.**
- **Detección de enfermedades crónico-degenerativas.**
- **Atención integral de adolescentes.**
- **Prevención de accidentes.**
- **Organización comunitaria.**

**b).- CURATIVOS:**

- **Atención médica general.**
- **Atención del embarazo, parto eutócico y puerperio.**
- **Control de enfermedades endémicas.**
- **Control de enfermedades crónico degenerativas.**
- **Control de enfermedades infecciosas y parasitarias.**

- Control de grupos y casos de riesgo.
- Programa de rehidratación oral.
- Aplicación del sistema de referencia y control de pacientes.
- Referencia de pacientes para asistencia social.

**Servicios de Apoyo:**

- Cuenta con un paquete de determinaciones clínicas con tiras reactivas y determinación de grupo sanguíneo y factor Rh.

**c).- REHABILITATORIOS:**

- Control de la rehabilitación simplificada.
- Referencia de pacientes para su rehabilitación en unidades de mayor complejidad.

**4.- PERFIL DE LA UNIDAD**

Este programa ofrece sus servicios en unidades del primer nivel de atención.

Los módulos de atención médica están caracterizados por un médico general y dos enfermeras para atender la salud de 100 a 500 familias o 500 a 3,000 habitantes.

La unidad cuenta con un paquete básico de determinaciones clínicas con tiras reactivas, que permite efectuar exámenes simples de rutina y que no requieren de personal específico para su funcionamiento.

La población por atender se encuentra dispersa en áreas rurales, y en algunos casos concentrada en pequeñas poblaciones.

La infraestructura, recursos y organización de este tipo de unidad, responden al hecho de que su propósito fundamental es la atención de la salud simple, pero continua, de poca complejidad y accesible a la población que habita en la comunidad o en sus inmediaciones.

Las actividades que realiza el equipo de salud en este nivel son: aplicación de las vacunas más comunes; consulta médica general y control de padecimientos crónico-degenerativos e infecto-contagiosos; orientación nutricional; control y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles; detección de incapacidades y referencia para su rehabilitación; seguimiento y control de los pacientes rehabilitados; referencia de pacientes al paquete de servicios de mayor complejidad.

## **B.- RECURSOS**

### **1.- Humanos**

#### **Perfil del Pasante de Medicina y del Médico General de Contratación Temporal.**

##### **Conocimientos**

- Es capaz de comprender el concepto, la metodología y las políticas de la atención integral de la salud, así como los objetivos y organización del Programa de Atención Primaria a la Salud.
- Es capaz comprender los factores ecológicos, biológicos, sociales, económicos y culturales que intervienen en el proceso salud enfermedad de la comunidad, la familia y el individuo.
- Es capaz de comprender las bases de la atención primaria a la salud en la epidemiología, medicina preventiva, salud pública, el método clínico, la terapéutica, los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento y la administración en salud.

- Es capaz de comprender la importancia de la participación de la comunidad y la formación de grupos que propicien su desarrollo y el mejoramiento de los niveles de salud.
- Es capaz de comprender la historia natural de las enfermedades más frecuentes en el primer nivel de atención y ejecuta las medidas preventivas oportunamente.
- Es capaz de comprender las bases conceptuales del método científico, en la investigación clínica, epidemiológica y social.
- Es capaz de comprender los fundamentos de la medicina tradicional e identifica a los personajes que la practican en la comunidad.

### Funciones

- Realiza acciones de promoción y educación en salud y de prevención de enfermedades, orientadas al individuo, la familia y la comunidad.
- Aplica las técnicas de diagnóstico y tratamiento a los usuarios que demandan atención médica individualizada en su centro de adscripción, con estricto apego al método clínico.
- Aplica las técnicas y procedimientos a los usuarios del servicio y a la comunidad en general, establecidos en el método epidemiológico.
- Recurre a los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento a su alcance.
- Establece un sistema de referencia y contrarreferencia dentro de su subsistema de atención.
- Promueve y participa en la organización de un subsistema escalonado por niveles de atención.

- **Atiende los casos de urgencia que se presenten a la unidad médica y deriva oportunamente al nivel correspondiente, al paciente que lo amerite.**
- **Organiza un programa de trabajo específico para el universo que atiende, de acuerdo al perfil epidemiológico de la región, incluyendo acciones de rehabilitación y de prevención de invalideces, tomando en cuenta los factores de daño y riesgo potencial.**
- **Dirige y coordina las acciones necesarias en caso de emergencia o catástrofe, en base a las normas establecidas por la Jefatura de la Jurisdicción.**
- **Informa periódicamente de las actividades realizadas y de los avances del programa específico.**
- **Desarrolla un programa organizado de estudio de la comunidad, en base al método científico, para establecer el diagnóstico de salud de la misma.**
- **Incorpora los resultados de sus investigaciones al programa de trabajo específico.**
- **Organiza y desarrolla un sistema de registro familiar e individual a través del expediente por problemas, y un sistema de registro general de la comunidad.**
- **Utiliza adecuadamente las formas de registro clínico y estadístico.**
- **Realiza las acciones intra y extramurales establecidas en el Programa de Trabajo.**
- **Participa en las actividades académicas de enseñanza continua y capacitación.**
- **Participa en la coordinación de las actividades preventivas intersectoriales.**

## **Perfil del Pasante de Enfermería**

### **Conocimientos**

- Es capaz de comprender el concepto, la metodología y las políticas de la atención integral de la salud, así como los objetivos y la organización del Programa de Atención Primaria a la salud.
- Cuenta con bases para comprender los factores que intervienen en el proceso salud enfermedad de la comunidad, la familia y el individuo.
- Identifica las bases de la atención primaria a la salud, de la medicina preventiva, la salud pública y la administración en salud.
- Es capaz de comprender la importancia de la participación de la comunidad y la formación de grupos que propicien su desarrollo y el mejoramiento de los niveles de salud.
- Cuenta con bases para ejecutar medidas preventivas oportunamente.
- Identifica aspectos de la medicina tradicional e identifica a los personajes que la practican en la comunidad.

### **Funciones**

- Participa en la elaboración del diagnóstico situacional de salud de la comunidad.
- Selecciona e implanta técnicas y sistemas de comunicación que estimulen y faciliten la adopción de actitudes encaminadas a mejorar las condiciones de salud de la población.
- Participa en la elaboración de programas de educación para la salud y/o fomento sanitario.

- Participa en la promoción de la salud de la comunidad.
- Desarrolla el proceso de enfermería en el programa de atención médica.
- Se responsabiliza del enlace entre la unidad de salud y el nivel jurisdiccional.
- Participa en la elaboración del programa de trabajo de la unidad.
- Propone alternativas para mejorar la calidad de la atención de enfermería.
- Informa periódicamente sobre sus actividades.

### **Perfil del Técnico en Atención Primaria**

#### **Conocimientos**

- Comprende el concepto, la metodología y políticas de la atención integral a la salud, así como los objetivos y la organización del Programa de Atención Primaria a la Salud.
- Cuenta con bases para entender los factores que intervienen en el proceso salud enfermedad de la comunidad, la familia y el individuo.
- Conoce las bases de la atención primaria, la medicina preventiva y la salud pública.
- Comprende la importancia de la participación de la comunidad y la formación de grupos que propicien su desarrollo en el mejoramiento de los niveles de salud.
- Conoce las enfermedades más frecuentes en el primer nivel de atención y ejecuta las medidas preventivas que se le indican.

- Conoce la medicina tradicional e identifica a los personajes que la practican en la comunidad.

### **Funciones**

- Participar en el diagnóstico, tratamiento y control de los padecimientos más frecuentes en la comunidad.
- Desarrollar programas de fomento a la salud.
- Participar en la promoción de acciones de saneamiento básico, ambiental y obras de desarrollo comunitario.
- Programar sus actividades con base en el diagnóstico de salud.
- Participar en el programa de asistencia social.
- Participar en actividades de capacitación.
- Participar en el sistema de referencia y contrarreferencia.
- Participar en el sistema institucional de información.
- Informar periódicamente de sus actividades.

## **2.- Físicos**

Respetando el planteamiento del Modelo de Atención, la organización de los centros de salud se realiza por jurisdicción sanitaria, puesto que existen sistemas institucionales y comunitarios de abasto, de referencia y contrarreferencia, de vigilancia epidemiológica, de supervisión y de evaluación.

Como se mencionó anteriormente la regionalización operativa que se propone, se considera una estrategia técnico - administrativa que identifica la capacidad

instalada de los servicios de salud dirigidos a la población abierta. Establece un marco geográfico y demográfico en el que se define las áreas de responsabilidad, y organiza las relaciones entre el primero y segundo niveles de atención.

Como instrumento de planeación contribuye a racionalizar la toma de decisiones para el crecimiento de la infraestructura de servicios de salud, a elaborar los programas a corto y mediano plazo, a elaborar los diagnósticos de salud, a conocer la cobertura funcional por área de influencia, así como para asignar los recursos a las unidades de salud de acuerdo al tipo de unidad que corresponda.

En este trabajo se seleccionó una jurisdicción de cada entidad federativa que por su estructura, permitiera ejemplificar más claramente la propuesta. Se incluyen por lo tanto las Unidades Auxiliares de Salud, los Centros de Salud Rurales de Población Dispersa, los Centros de Salud Rurales de Población Concentrada, los Centros de Salud Urbanos y en su caso los Hospitales Generales.

Los rangos de población que establece el modelo y que se utilizan en la propuesta son los siguientes:

- UAS de 500 a 1,000 habitantes
- CSRPD de 1,000 a menos de 2,500
- CSRPC de 2,500 a menos de 15,000
- CSU de más de 15,000

### JURISDICCIONES SANITARIAS

ESTADO	TIPO
AGUASCALIENTES	CALVILLO
BAJA CALIFORNIA NORTE	ENSENADA
BAJA CALIFORNIA SUR	LOS CABOS IV
CAMPECHE	CARMEN
COAHUILA	JURISDICCION III
COLIMA	JURISDICCION III
CHIAPAS	SAN CRISTOBAL
CHIHUAHUA	OJINADA
DISTRITO FEDERAL	IZTACALCO
DURANGO	SANTIAGO PAPASQUIARO
GUANAJUATO	CELAYA
GUERRERO	CENTRO
HIDALGO	TULA
JALISCO	TEPATITLAN
MEXICO	JILOTEPEC
MICHOACAN	JURISDICCION III
MORELOS	CUATLA
NAYARIT	TUXPAN
NUEVO LEON	JURISDICCION III
OAXACA	TUXTEPEC
PUEBLA	ZACAPOAXTLA
QUERETARO	JURISDICCION III
QUINTANA ROO	FELIPE CARRILLO PUERTO
SAN LUIS POTOSI	SOLEDAD DE GRACIANO
SINALOA	HUAMUCHIL
SONORA	SANTANA
TABASCO	CENTLA
TAMAULIPAS	MATAMOROS
TLAXCALA	APIZACO
VERACRUZ	POZARICA
YUCATAN	TICUL
ZACATECAS	FRESNILLO

FALLA DE ORIGEN

### **Organización del Modelo Propuesto**

Se presenta a continuación dentro de la caracterización de la propuesta una jurisdicción del Estado de Oaxaca con el propósito de ejemplificar un caso específico, y se incluye en los anexos una jurisdicción de cada entidad federativa.

**ESTADO DE OAXACA  
JURISDICCION 3  
"TUXTEPEC"**

<b>TIPO DE UNIDAD</b>	<b>LOCALIDAD</b>	<b>MUNICIPIO</b>
<b>UAS</b>	EL BARBASCO	ACATLAN DE P. FIGUEROA
	MACIN CHICO	SAN J.B. TUXTEPEC
	PASO RINCON	SAN J.B. TUXTEPEC
	EL PORVENIR	SAN J.B. TUXTEPEC
	SAN FCO. SALSIPUEDES	SAN J.B. TUXTEPEC
	SAN FELIPE DE LEON	VALLE NACIONAL
<b>CSRPD</b>	PAPALOAPAN	SAN J.B. TUXTEPEC
	SAN SILVERIO EL CEDRAL	SAN J.B. TUXTEPEC
	SAN PEDRO IXCATLAN	SAN PEDRO IXCATLAN
	SAN JUAN DEL RIO	SANTIAGO CHOAPAN
	SAN J.B. VALLE NAL	VALLE NACIONAL
<b>CSRPC</b>	ACATLAN DE P. FIGUEROA	ACATLAN PEREZ F.
	COSOLAPA	COSOLAPA
	SAN FELIPE JALAPA DE D.	SAN FELIPE J. DE DIAZ
	SAN FELIPE USILA	SAN FELIPE USILA
	SAN LUCAS OJITLAN	SAN LUCAS OJITLAN
	TEMAZCAL	SAN MIGUEL SOYALTEPEC
<b>CSU</b>	LOMA BONITA	LOMA BONITA
<b>HOSPITAL GENERAL</b>	SAN J.B. TUXTEPEC	SAN J.B. TUXTEPEC

Continuando con el ejemplo de Oaxaca la población total en la Jurisdicción Tuxtepec corresponde cuando menos a 123,000 habitantes, a quienes se les proporciona servicios de salud en 6 Unidades Auxiliares de Salud, 5 Centros de Salud Rurales de Población Dispersa, 6 Centros de Salud Rurales de Población Concentrada, 1 Centro de Salud Urbano y 1 Hospital General.

En el Modelo propuesto se considera que en cada una de las Unidades Auxiliares de Salud se adscribe un Técnico en Atención Primaria, (TAP); en cada Centro de Salud Rural de Población Dispersa se adscribe un Pasante de Medicina (PM) o de Enfermería, (PE); en cada Centro de Salud Rural de Población Concentrada se adscribe un Pasante de Medicina o un Médico General de Contrato Temporal, (MGCT). Siguiendo ésta línea de pensamiento, en la Jurisdicción Tuxtepec. se adscriben en UAS 6 TAP, en CSRPD 3 PM y 2 PE, en CSRPC 3 PM y 3 MGCT. ya que en el CSU y en el Hospital existe personal profesional.

Cabe mencionar, que cada Jurisdicción Sanitaria tendrá las variantes propias del número y tipo de unidades médicas con las que cuenta, en correlación con el número de personas de los diferentes perfiles profesionales que egresan de las instituciones educativas de la entidad y de los recursos disponibles en los diversos estados del país.

### Actividades del Equipo de Salud

Las actividades de los pasantes se orientan específicamente a las acciones que permiten cumplir los objetivos establecidos en los Programas Prioritarios que desarrolla la Secretaría de Salud, como son:

- Materno Infantil
- Planificación Familiar
- Control del Niño Sano
- Vacunación Universal

- Enfermedades Respiratorias Agudas
- Enfermedades Diarréicas Agudas
- Enfermedades Crónico Degenerativas
- Enfermedades Transmisibles
- Enfermedades Prevenibles por Vacunación
- Cólera

Además de los enunciados, el Equipo de Salud realiza actividades específicas en los siguientes programas:

- Hipertensión Arterial
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- Fiebre Reumática
- Detección Oportuna de Cáncer

Con el propósito de ejemplificar las diferentes acciones de los miembros del Equipo de Salud en los diversos sitios de adscripción, a continuación se caracteriza un tema:

**Programa:** Enfermedades Diarréicas Agudas

**Tema:** Gastroenteritis

**UAS.- Técnico en Atención Primaria**

- Participa directamente con la población, para la educación de la comunidad sobre los factores que intervienen en el programa a desarrollar.
- Desarrolla acciones básicas y maneja las técnicas simplificadas para la detección de síntomas y signos de la patología más frecuente.
- Participa en la capacitación del personal auxiliar propuesto por el Comité de Salud de la comunidad.
- Aplica las medidas señaladas en el programa, para el manejo del paciente.
- Aplica los procedimientos del sistema de referencia-contrarreferencia.

#### **CSRPD.- Pasante de Medicina o de Enfermería**

- Establece el diagnóstico de la condición sanitaria de la comunidad
- Realiza diagnóstico etiológico, utilizando los métodos auxiliares a su alcance
- Detecta las complicaciones de las diarreas agudas y crónicas
- Indica el tratamiento integral del paciente con diarrea aguda o crónica y sus complicaciones
- Indica medidas de prevención para evitar infecciones, así como malos hábitos alimentarios
- Realiza el estudio de los riesgos más comunes de la comunidad
- Aplica los procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia
- Aplica los procedimientos del método epidemiológico

### **CSRPC.- Pasante de Medicina o Médico General**

- Realiza las actividades propias de la unidad intra y extramurales
- Establece los tratamientos correspondientes al nivel de atención
- Realiza el diagnóstico etiológico, utilizando los métodos auxiliares de diagnóstico a su alcance
- Vigila periódicamente a la población en riesgo aplicando el método epidemiológico
- Aplica las medidas terapéuticas oportunamente para evitar complicaciones
- Aplica los procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El Plan Nacional de Desarrollo ha establecido las políticas y estrategias que plasmadas en el Programa Nacional de Salud, tienen el propósito de favorecer y fortalecer el acceso universal a los servicios de salud, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención médica dentro de los principios de equidad y calidez.

En ese orden de ideas es necesario optimizar la utilización de los recursos disponibles, aportar ideas creativas, innovar, realizar una planeación más adecuada y en consecuencia mejorar el proceso de prestación de servicios de salud a la población.

Los perfiles epidemiológicos en México se han vuelto más complejos. A pesar de los avances científicos y tecnológicos, nuestro país se encuentra ante una serie de cambios y retos políticos, sociales y económicos, que apuntan hacia un importante incremento en la demanda de servicios de salud.

La propuesta que aquí se presenta contribuye a responder a las nuevas realidades de nuestro país, ya que significa una alternativa que supera deficiencias y responde a las nuevas condiciones en las que se prestan los servicios de salud, puesto que apoya su acceso y mejora la utilización de la capacidad instalada.

Es evidente que la organización funcional de los servicios de salud debe fortalecerse, dentro de lo cual es necesario consolidar los aspectos normativos, de regulación y operación de servicios, la dotación de insumos y tecnología apropiada, la capacitación de los recursos humanos y su distribución adecuada en tipo y número.

Del estudio y revisión para la elaboración de éste trabajo se desprende su utilidad en tres vertientes como son: modernización, descentralización y elevación de la calidad, como se expresa a continuación:

**1.- Modernización.-** Contribuye a solucionar los requerimientos de calidad y de organización de los servicios, lo que produce un mejor fortalecimiento regional, en las siguientes líneas:

- Amplía la cobertura de servicios de salud a la población desprotegida, cuyas condiciones de marginalidad limitan su incorporación al desarrollo.
- Amplía el acceso a los servicios de salud a la población de zonas indígenas en las áreas rurales dispersa y concentrada, mediante la estrategia de incorporar personal técnico y auxiliar bien capacitado.
- Involucra a toda la población en el mejoramiento de sus condiciones de salud, tanto al individuo, a la familia y a la comunidad.
- Permite desarrollar e impulsar un modelo de atención integral, lo que favorece la red de servicios de salud.
- Fortalece la vigilancia epidemiológica y el control sanitario para disminuir los riesgos y daños a la salud.
- Contribuye a promover la desregulación y la simplificación administrativa.
- Contribuye al desarrollo de los servicios de salud.

**2.- Descentralización.-** Contribuye a lograr una regionalización adecuada para la operación de los servicios de salud, a través de lo siguiente:

- Aporta criterios para actualizar estudios de regionalización operativa.
- Contribuye a la integración de las acciones de salud en los niveles regional y local.
- Contribuye a darle congruencia a los programas y servicios de acuerdo a las características socioeconómicas y culturales de cada región.

- Promueve el arraigo de los recursos humanos y su incorporación definitiva a los servicios de salud.

**3.- Calidad.-** La modernización y la descentralización son instrumentos para lograr avances continuos que propicien la mejoría en la calidad de los servicios de salud, para lo cual se requiere:

- Establecer comités de salud para organizar las acciones de salud y analizar los avances.
- Incorporar la opinión de los usuarios y de los responsables de la prestación del servicio, para retroalimentar el programa.
- Desarrollar programas intensivos de educación, promoción y autocuidado de la salud, así como el uso adecuado de los servicios.
- Desarrollar un sistema de información.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece la necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud, en virtud de que la forma de organización actual no da total respuesta a las necesidades de la población.

La Secretaría de Salud tiene la responsabilidad del cuidado y la atención a la salud de la población abierta y entre uno de sus retos se encuentran la ampliación de cobertura, la mejoría de la calidad de los servicios y la distribución racional de los recursos en beneficio de los grupos más necesitados.

En la variación al modelo que se presenta se incorporan experiencias del personal de salud de algunas entidades federativas, así como de la revisión de la organización y el funcionamiento de las unidades que operan en la actualidad.

En la primera parte del documento se presenta a modo de marco de referencia algunas reflexiones que explicitan los motivos por los cuales decidí elaborar este proyecto.

En el tercer capítulo se presenta un resumen del desarrollo histórico del Sistema de Salud en México desde 1831 hasta la actualidad y se correlaciona con el capítulo siguiente en el que se hace un amplio análisis del papel del servicio social médico en el Sistema de Salud de México, toda vez que en gran medida los últimos 60 años han incorporado a los estudiantes que concluyen la carrera, como elemento fundamental para la prestación de los servicios en el área rural.

En el cuarto capítulo se presenta el modelo de apoyo propuesto para la prestación de servicios de salud en el área rural de la República Mexicana, en el que siguiendo el protocolo aprobado se expone el planteamiento del problema, la justificación del trabajo, el modelo de investigación, el propósito del proyecto y sus objetivos.

En esta parte del documento, el Marco Teórico destaca el modelo de atención para la población abierta (ideal) y la situación actual de la prestación de servicios en el área rural (real), la hipótesis de trabajo y el diseño metodológico.

En el quinto capítulo se presenta la caracterización del modelo propuesto incluyendo su estructura, los perfiles de los recursos humanos que participan y los recursos físicos.

Se concluye con un apartado de consideraciones finales y la bibliografía.

En México han existido diversos modelos para la prestación de servicios de salud influenciados por las diversas épocas tanto en el área urbana como en la rural. Algunos sustentados en personal médico, otros en pasantes en servicio social y personal de salud no formal, derivados de las necesidades de la población o de programas diseñados a nivel institucional.

En algunos casos han surgido programas patrocinados por las instituciones educativas cuyo objetivo ha sido al igual que los mencionados en el párrafo anterior, resolver los problemas de salud existentes en el área rural. Sin embargo ambos tipos de programa conformaron una estructura heterogénea, carente de uniformidad y en ocasiones descontextuada, lo que ha dificultado su organización y control.

El modelo de apoyo propuesta conjunta elementos y acciones articuladas, con el que se pueden organizar estructuras y establecer programas con mayor amplitud, sin perder de vista que existe un Programa Nacional de Salud.

La propuesta que aquí se plantea esta acorde a la política actual de reforma, modernización y consolidación del Sistema Nacional de Salud, pues incluye en su diseño conceptos y métodos flexibles e innovadores para la prestación de servicios y está abierto a la incorporación de tecnologías disponibles para el primer nivel de atención.

Propicia la ampliación de la cobertura, participa en la mejoría de la calidad de los servicios y no excluye a las medicinas alternativa y tradicional.

La participación de diversos tipos de personal favorece el equilibrio establecido en los programas entre las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. Permite también privilegiar lo preventivo y lo integral sobre lo curativo y episódico.

Se mantiene la flexibilidad para ser adaptado y aplicado en las entidades federativas, fortaleciendo los sistemas locales y estatales de salud, el proceso de descentralización y las fuentes de financiamiento. Evidentemente propicia el uso de acciones y programas innovadores de atención a la salud, así como la organización de los profesionales y técnicos de la salud, la medicina tradicional y los recursos comunitarios.

Cabe destacar que la propuesta promueve la participación consciente y comprometida de la comunidad en los programas de atención, lo que podrá lograrse a través de la formación de comités y patronatos en las unidades de salud y en las comunidades.

El modelo propuesto permite su adecuación a las necesidades de las localidades y permite utilizar en forma óptima la capacidad instalada de los servicios de salud y por tanto favorece la continuidad de la atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

La propuesta contribuye a reparar daños, a identificar los riesgos a la salud y a implantar medidas antes de que exista daño, a través de las acciones coordinadas de los miembros del equipo de salud.

El modelo propuesto permite organizar redes de servicios para lograr integralidad en la atención de la población, pues facilita la interrelación que complementa los servicios que se ofrecen en unidades pequeñas, lógicamente sin tener que aumentar la capacidad instalada.

Deja abierta la oportunidad para relacionarse con unidades médicas del segundo nivel de atención, para que a través del sistema de referencia y contrarreferencia se pueda realizar el seguimiento de pacientes. Permite también capacitar en servicio al personal formal y no formal que trabaja en sitios alejados.

La propuesta contribuye a obtener directamente información sobre morbilidad, mortalidad y datos demográficos para el sistema de vigilancia epidemiológica, inclusive en los sitios donde no existen servicios formales de salud.

La implantación y el desarrollo del modelo propuesto será responsabilidad de los niveles estatal, jurisdiccional y municipal.

Cada entidad federativa establecerá los mecanismos de control los que deberán dirigirse a mantener la productividad, la utilización óptima de los recursos y a preservar y elevar la calidad de la atención.

Asimismo cada servicio estatal de salud establecerá los mecanismos de supervisión, para verificar la ejecución de las actividades previstas, la calidad de su realización, el cumplimiento de los programas, con el propósito de atender en forma oportuna la calidad de la atención.

La evaluación debe ser periódica, apoyada en indicadores cuantitativos y cualitativos que permitan su interpretación y detectar desviaciones.

Finalmente podemos decir que el modelo propuesto contribuye a mejorar el nivel de salud de la población, a través de acciones que permiten ampliar la cobertura en el primer nivel de atención, ofreciendo servicios integrales, de calidad básica homogénea que mejore la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios.

Favorece la descentralización ya que permite que cada entidad federativa determine la estructura y organización de los servicios con criterios geográficos, demográficos y epidemiológicos.

Contribuye a asegurar a la población la disponibilidad y acceso a servicios de salud de calidad.

## **BIBLIOGRAFIA**

Alvarez Manilla de la Peña, José Manuel, "Estrategias para Sustituir a los Pasantes de Medicina en el Medio Rural y en los Centros Urbanos", DGES - SSA, Diciembre de 1987. (mimeo)

Alvarez Manilla de la Peña, José Manuel, "Proyecto del Programa para el Servicio Social en los Pasantes de Medicina de la UNAM", Facultad de Medicina-UNAM, 1962. (tesis recepcional).

Alvarez Manilla de la Peña, José Manuel, "Servicio Social, Historia de su Implantación", Revista de la Facultad de Medicina - UNAM, 295-302.

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, Secretaría de Educación Pública, "El Servicio Social Médico en México", AMFEM-SEP, 1979. (mimeo)

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, "El Servicio Social Médico en México", XXIII Reunión Ordinaria, Morelia, Michoacán, Mayo 1980.

Bravo García, Enrique, "Perfil Académico del Pasante de Medicina", Memorias del IV Seminario Interinstitucional de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado e Investigación, Coordinación de la Maestría de Educación Médica-UNAM, 1987.

Castro Abitia, Hector, "Programas Especiales a través de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional", I Convención Nacional de Salud, México, 1974, SSA-IMSS-ISSSTE, Tomo V: 183-188.

Comisión Coordinadora del Servicio Social, "Estudio Jurídico sobre el Servicio Social", UAM, 1984. (mimeo)

Cuevas García, David, "Constitución y Servicio Social", Universidad y Legislación. 111 (9), Universidad Autónoma del Estado de México, 1985.

50 años de Servicio Social Médico, UNAM-SSP-SEP, Junio de 1986.

Departamento de Salud Pública, "El Servicio Médico Social", Boletín de Salubridad e Higiene, 1941, Tomo IV: (3-4):301-304.

Dirección General de Enseñanza e Investigación en Salud, "Proyecto del Programa General del Servicio Social", DGEISSA, Diciembre de 1983. (mimeo)

Dirección General de Enseñanza en Salud, "Programa de Servicio Social de la Carrera de Medicina", DGES-SSA, Abril 1985. (mimeo)

Dirección General de Enseñanza en Salud, "Procedimientos para el Desarrollo y Control del Servicio Social", Departamento de Planeación, DGES-SSA, Junio de 1986. (mimeo)

Dirección General de Enseñanza en Salud, Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, Catálogo de Unidades, Secretaría de Salud, 1990.

Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados SSA, Servicio Social de Pasantes del Sector Salud, SSA, México, 1979.

Dubón Peniche, María del Carmen, "La Enseñanza de las Ciencias de la Salud", Facultad de Medicina, U. A. Hidalgo, 1994. Coautor.

Dubón Peniche, María del Carmen, "Necesidades de Servicios de Salud en la Población Indígena de México", Morelia Michoacán, 1994. Coautor.

González Avelar Miguel y Leoncio Lara Saenz, Legislación Mexicana de la Enseñanza Superior, México, III-UNAM, 1969, serie A. Fuentes, b) Textos y Estudios Legislativos No. 7.

González Narvaez Ma. Alicia y Maricela Castañón Hernández, "Un Acercamiento al Estudio del Servicio Social como Práctica Académica", Pedagogía, Abril-Junio de 1987, 4(10): 59-44.

Gutiérrez Melendez, Ricardo, (comp.), "El Marco Jurídico del Servicio Social en México 1917-1990", Dirección General de Enseñanza en Salud-SSA, México, 1991. (mimeo)

Luján Vallado, Humberto, "Guías Académicas del Servicio Social de Pasantes", Ponencia Presentada en el 50 Aniversario del Servicio Social en el Area de la Salud 1936-1986, DGES-SSA, Junio de 1986, (mimeo)

Luján Vallado, Humberto, "Las Perspectivas del Servicio Social en la Organización del Sistema Nacional de Salud", Ponencia Presentada en la Reunión de la AMFEM, Abril de 1984. (mimeo)

Luján Vallado, Humberto, "Acciones y Políticas Prospectivas para el Servicio Social", Ponencia Presentada en la Reunión de la AMFEM, Agosto 1986, (mimeo)

Luján Vallado, Humberto, "La Enseñanza en el Primer Nivel de Atención", Seminario-Taller de Difusión del MASP, México 1987.

Luján Vallado, Humberto, "Informe de Actividades de la Dirección de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social 1989 - 1994", Secretaría de Salud, Documento Mimeografiado, 1994.

"La Medicatura Rural en la América Latina", Educación Médica y Salud, 1977, 11(3): 310-314. (reseñas)

Martínez Narvaez, Gregorio, "Evaluación de Servicio Social de Pasantes 1985", México, SSA, 1985.

Medina Bobadilla, Enrique, "El Servicio Social Universitario en Materia Jurídica", Universidad y Legislación, Dir. Gral. Jurídica y Consultiva-UAEM, México, 1983, (1):49:59.

Mac Gregor Carlos y Joel Velasco Areas, "El Internado Rotatorio de Servicio Social", Bernardo Sepúlveda (Coord.), Seminario sobre problemas de la Medicina en México, El Colegio Nacional, 1982: 93-113.

Olvera Huerta, Horacio, "El Servicio Social de los Estudiantes y Profesionales de las Disciplinas de la Salud", I Convención Nacional de Salud, México, 1974, SSA-IMSS-ISSSTE, Tomo V: 195-211. (memoria)

OPS-OMS, "Informe del Seminario Internacional de Servicio Social, Documento Mimeografiado, México 1988.

Pick de Weiss, Susan, "Como Investigar en Ciencias Sociales", Editorial Trillas 1990.

Pontones S., Jaime, et. al. "Sociedad, Universidad y Servicio Social", Didac, 1983, (3):39-45.

Pruneda Alfonso, "El Servicio Médico Social en la Universidad Nacional", Gaceta Médica de México, Tomo 70, 1940.

Pérez Luna Roberto y J. Francisco Olvera Martínez, "El Servicio Social Continuo Dentro de la Formación Profesional Médica y su Repercusión en la Salud de la Comunidad", I Convención Nacional de Salud, México, 1974, SSA-IMSS-ISSSTE, Tomo V: 192-195. (memoria)

Pérez Martínez, Ramón Alberto, " Metodología de la Investigación Científica", Editorial Trillas, 1991.

Reunión Regional de Revisión del Servicio Social en las Profesiones de Salud, Educación Médica y Salud, 1985, 21(2):166-168. (noticias)

Reunión Regional Sobre Servicio Social de Egresados de Profesiones de Salud, OPS-SSA, México, 1987. (informe final)

Sánchez Ramírez, Roberto, "Orígenes del Servicio Social en México", Facultad de Medicina- UNAM, 1985. (cuadernos sociomédicos No. 4)

Secretaría de Salubridad y Asistencia, Plan Nacional de Salud, 1974-1976 y 1977-1983, México, 1974, SSA, Vol. III Programas: 20.

Secretaría de Salud, Plan Nacional de Salud, 1984-1988, México, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud, Plan Nacional de Salud, 1989-1994, México, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud, "Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta", (Mimeo), México 1985.

Secretaría de Salud, Dirección General de Asuntos Jurídicos, Ley General de Salud, México, D.F., 1988.

Secretaría de Educación Pública, Prontuario de Disposiciones Legales sobre Educación Pública, Leyes de Profesiones de las Entidades Federativas, México, Dirección General de Asuntos Jurídicos y Revalidación de estudios-SEP, 1976.

Subsecretaría de Coordinación, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, Breviario Estadístico Sectorial 1980 - 1990, Secretaría de Salud.

Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística 1988, Secretaría de Salud.

Subsecretaría de Planeación Dirección General de Información y Estadística, Anuario Estadístico, Secretaría de Salud, 1985.

Sistema Estatal de Información Básica, Registro Nacional de Infraestructura para la Salud, Directorio de Unidades Médicas, México 1991.

Váldez Olmedo Cuauhtemoc y Manuel Cabrera López, "El Servicio Social y su Proceso de Integración al Consejo Regional para la Planeación de la Educación Superior, Zona Metropolitana", Cuadernos de Pensamientos Universitario, (37), México, CESU-UNAM, s/s.