

# Experiencias en la organización de servicios de atención médica en el medio rural\*

Dra. Liria Yamamoto \*\*  
Dr. José Narro Robles §

## Introducción

Todos los años, miles de estudiantes de medicina se dispersan por la nación para prestar su servicio social en comunidades rurales; en el pasado reciente, la mayoría de los pasantes cumplían su servicio trabajando en poblaciones que carecían de servicios de atención médica. Posteriormente, al construirse Centros de Salud tipo "C" en cientos de comunidades mayores de 2,500 habitantes, se dio prioridad a dichos centros para captar este recurso. Actualmente, la mayoría de ellos cuentan permanentemente con un pasante de medicina; sin embargo, el rendimiento de ellos es insatisfactorio y aunque en conjunto representa una acción importante de prestación de servicios de salud hacia las comunidades rurales, la evaluación directa del trabajo del pasante, muestra una serie de deficiencias teórico-prácticas.

Por otro lado, es importante revisar, así sea brevemente, el mecanismo para la formación de este recurso humano, hoy por hoy, responsabilidad de los organismos de enseñanza superior. De éstos depende en mucho, la definición de los papeles de la educación médica y la dirección de las actividades de enseñanza y aprendizaje en esta área.

El programa para la carrera de médico

cirujano desde un punto de vista general, muestra una carga teórico-práctica formal que a lo largo de los primeros cinco años muestra un equilibrio en sus actividades, aun cuando persisten vicios tradicionales del tipo de la falta de integración de las ciencias básicas y la clínica, de la irregularidad en la conjunción teoría-práctica y de la concentración en unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel.

Estas acciones son continuamente evaluadas y finalmente sirven de marco general en el desarrollo del médico. Las actividades y conocimientos adquiridos durante este periodo, presuponen al individuo capacitado para dar atención médica a la sociedad. Es en el año del servicio social, donde se observa la desarticulación del binomio teoría-práctica, dejando abierta la posibilidad de adquirir en mayor cuantía, conocimientos y/o actitudes incorrectas y empíricas, que lógicamente ocasionarán el deterioro de la calidad de la atención médica. Además, por la dimensión del problema, ha sido extremadamente difícil para las Escuelas de Medicina llevar a cabo la supervisión y el control que aseguren la exactitud de las actividades realizadas y el cumplimiento de los programas docentes por parte del médico en servicio social.

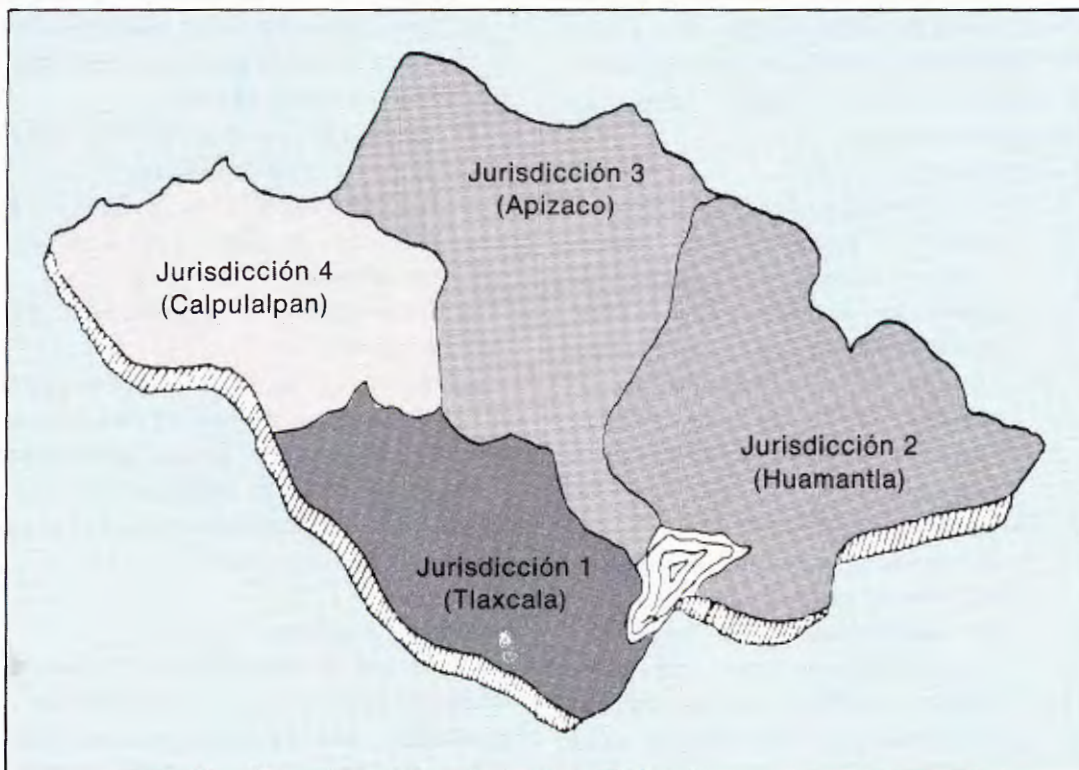
El diseño de objetivos educacionales, constituye una de las actividades primarias de los organismos encargados de la formación del médico. Estos objetivos de enseñanza-aprendizaje deben basarse en los resultados de la investigación de la realidad nacional, por lo que las funciones de inves-

\* Trabajo presentado en el Taller de Medicina General-Familiar. México, 6-9 de agosto de 1980.

\*\* Profesora del Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria.

§ Jefe del Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria.

**Fig. 1 Servicios coordinados de salud pública en el estado de Tlaxcala. Jurisdicciones sanitarias**



tigación y docencia están íntimamente ligadas.

El papel de los pasantes en servicio social como recurso humano importante en la investigación y docencia en el campo de la salud permite, además de lo antes señalado, la descentralización de la acción educativa y la preparación de los profesionales de la salud en los lugares mismos donde van a realizar su función.

Conociendo los problemas existentes, el Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la UNAM, diseñó un proyecto para establecer un sistema de atención médica de contacto primario para el medio rural, en la Jurisdicción de Huamantla, Tlaxcala (fig. 1). En esta Jurisdicción, se cuenta con las siguientes unidades de atención: un Centro de Salud "B" con hospital ubicado en la ciudad de Huamantla, y 11 Centros de Salud "C" (fig. 2). La población de la jurisdicción

es superior a los 80,000 habitantes. La distribución por grupos de edad se presenta en la figura 3. Este proyecto se justificó por la necesidad de encontrar sistemas de atención médica integral para el medio rural, que permitan definir y jerarquizar las verdaderas necesidades de salud y aprovechar los recursos presentes en las comunidades. No puede decidirse *a priori* qué tipo de organización debe tener un programa de atención médica sin antes realizar trabajos serios de investigación en el seno de las mismas. En este sentido, las universidades tienen una función primordial en la medida que constituyen organismos sensibles, capaces de dar respuesta a las necesidades de cambio y a las demandas sociales de la población.

Aprovechando el impulso que durante los últimos años ha dado la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. a la investigación sociomédica y tomando ventaja del contacto con

los servicios aplicativos y la comunidad a través del año de servicio social, se estableció en colaboración con los Servicios Coordinados de Salud Pública en el estado de Tlaxcala un programa de investigación de la atención médica en el medio rural con los siguientes objetivos.

1. De servicio:

- a) Dar atención médica de contacto primario a la población de la jurisdicción con énfasis en las acciones de prevención, en los servicios de salud materno-infantil, en la prevención primaria de las enfermedades transmisibles, en el saneamiento ambiental, en la nutrición y en la educación para la salud.

2. De docencia:

- a) Promover en el pasante de medicina en servicio social, la adquisición de los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias, para identificar y resolver científica y humanísticamente los problemas de salud individuales y colectivos de su comunidad.
- b) Integrar a las instituciones de atención médica y de educación superior, en tareas de responsabilidad simultánea compartida con la comunidad.

El programa de atención médica se ha estado llevando a cabo desde 1975 e incluye tres fases importantes: la primera, se llevó a cabo de 1975 a 1976 con la planeación y aplicación del programa y consistió en:

- a) La estructuración e integración de la coordinación general.
- b) El diseño de los objetivos y del programa general de actividades.
- c) La selección de las comunidades.
- d) La elaboración del diagnóstico de salud de la jurisdicción.
- e) La rehabilitación de las unidades participantes.
- f) La organización de los sistemas locales de atención médica.
- g) La instrumentación del programa.

La segunda fase se llevó a cabo de 1977 a 1978 y estuvo constituida por las siguientes actividades:

- a) La introducción de un modelo de descentralización administrativa con autofinanciamiento parcial.
- b) La introducción de un servicio farmacéutico a nivel jurisdiccional.
- c) La elaboración de un análisis de la prestación de servicios de salud proporcionados.
- d) La evaluación de las actividades desarrolladas.

La tercera fase se inició en 1979 con la introducción de un módulo docente-asistencial rural, en el que se llevan a cabo actividades de asistencia, de docencia y de investigación que en las primeras fases no fueron factibles de llevarse a cabo.

### Resultados obtenidos

Por lo que se refiere al número de consultas otorgadas a sanos y enfermos en la jurisdicción, han existido modificaciones sustanciales. Mientras que en 1972 se dieron 2,870 consultas en los Centros de Salud "C", en 1979 la cantidad se había incrementado casi siete veces (tabla 1).

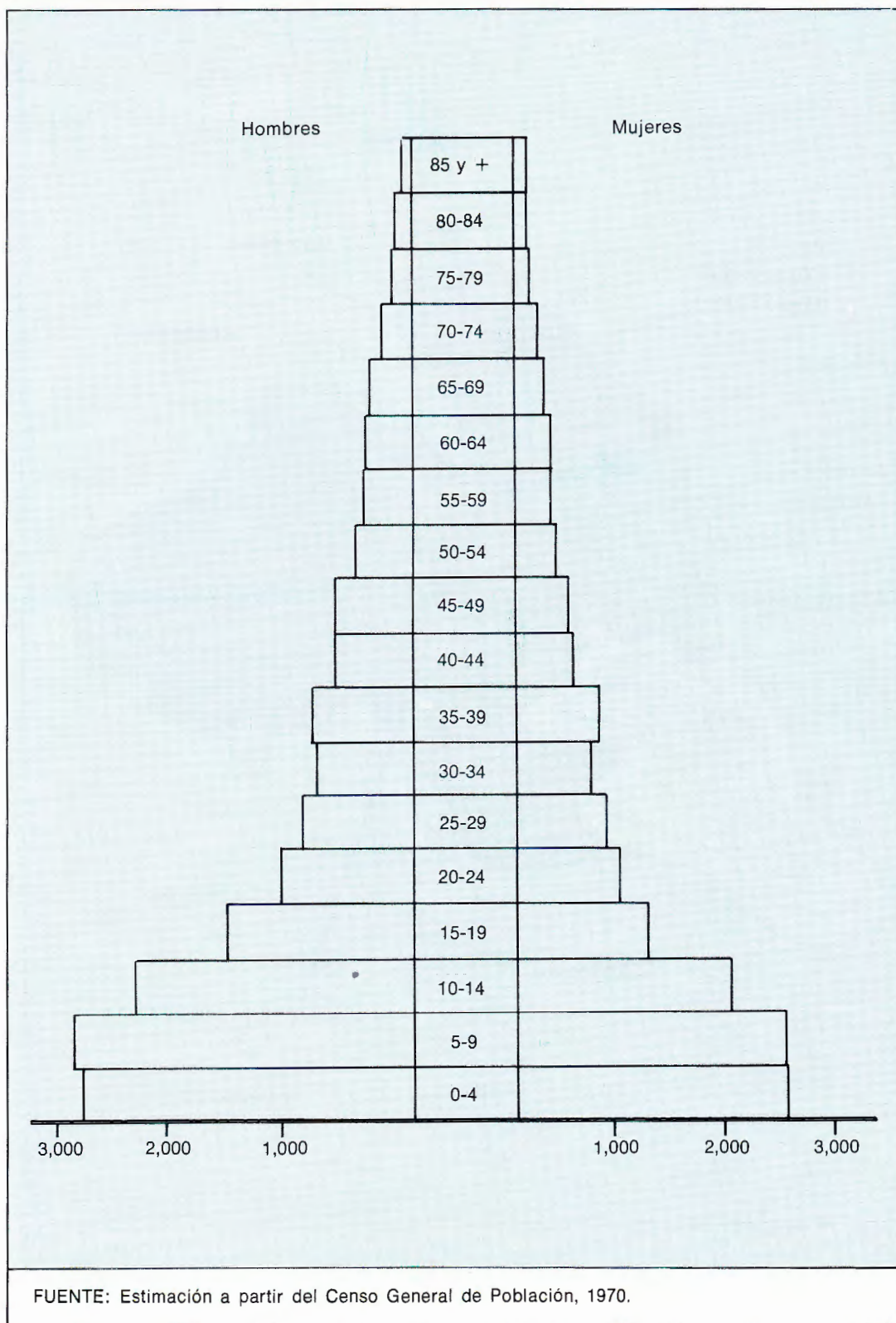
Si se analizan los rendimientos según el tipo de unidad a lo largo del periodo 1972-1977, se puede apreciar que mientras que en 1972 solamente el 9.7 de la consulta de la jurisdicción fue dada por los Centros "C", en 1977 la atención otorgada en estas unidades representó el 74.3 por ciento (tabla 2).

Algo semejante sucede en relación al número de partos atendidos y notificados por las unidades de la jurisdicción. Antes del inicio del programa, el 99.3 por ciento de los partos se atendían en el Centro "B", y únicamente el 0.7 en los Centros "C" (cuatro partos en los 10 centros en un año). A partir de 1976 se han modificado los porcentajes y se atiende un mayor número de partos; en las comunidades periféricas, de tal forma que en 1978 los partos atendidos en los Centros "C" constituyeron el 25.1 por

**Fig. 2 Distribución de establecimientos de salud de la S.S.A. en la Jurisdicción Sanitaria de Hamantla, Tlaxcala**



**Fig. 3 Distribución de la población según sexo y edad en 11 localidades de la Jurisdicción de Huamantla, Tlaxcala en el año de 1978**



**Tabla 1 Número anual de consultas en los Centros de Salud "C" de la Jurisdicción de Huamantla de 1972 a 1978**

Año	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979*
Núm. de consultas	2,870	4,568	3,389	5,601	12,304	14,729	18,207	18,887
* Datos preliminares.								

ciento del total atendido en unidades médicas de la jurisdicción (tabla 3).

En términos generales, los servicios de laboratorio y rayos X de la jurisdicción, que se prestan en el Centro de Salud "B" de Huamantla, han sido subutilizados. A partir de la introducción del modelo de descentralización administrativa que permitió el manejo por el programa del 50 por ciento de las cuotas de recuperación, se han hecho inversiones, sobre todo en el laboratorio, y se ha ampliado el tipo de servicios que se prestaban. Anteriormente, se realizaban ahí únicamente citologías hemáticas, reacciones febriles, reacciones serológicas, exámenes generales de orina, coproparasitoscópicos, baciloscopías y pruebas de embarazo. En la actualidad, a más de los servicios mencionados, se cuenta con la posibilidad de realizar: químicas sanguíneas, glicemias, pruebas de funcionamiento hepático, pruebas de coagulación, exámenes coprológicos y determinación de antiestreptolisinas.

Hasta agosto de 1977, fecha en que fue

otorgado el 50 por ciento de las cuotas de recuperación de la jurisdicción como fondo para ser manejado localmente, no existían propiamente servicios farmacéuticos. La forma en que operaba la jurisdicción en este aspecto era la siguiente: se contaba con un presupuesto muy reducido para medicamentos, los cuales eran suministrados en un 70 por ciento por botiquines provenientes de la Dirección de Adquisiciones y por remesas enviadas por la Jefatura de Servicios Coordinados del Estado a cargo del presupuesto de la Jurisdicción. El 30 por ciento restante se otorgaba como subsidio y se podían realizar las compras de medicamentos por parte de la Jurisdicción. Todo este mecanismo implicaba un suministro de medicamentos no siempre útiles, no adecuados a la morbilidad local, y que no cubrían las necesidades de prescripción regionales y de contacto primario.

En agosto de 1978 se diseñó un cuadro básico de medicamentos con 132 presentaciones que cubren las necesidades de pres-

**Tabla 2 Porcentaje de consultas proporcionadas según tipo de Centro de Salud en el periodo 1972-1978**

Porcentaje de consultas	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Centros "C"	9.7	17.3	17.9	44.2	56.8	74.3	76.32
Centro "B"	90.3	82.7	82.1	55.8	43.2	25.7	23.78

**Tabla 3 Número de partos atendidos en la Jurisdicción de Huamantla. Según tipo de Centro de Salud. De 1975 a 1978**

Partos	1975		1976		1977		1978	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Centros "C"	4	0.7	89	16.2	137	25.0	180	25.1
Centro "B"	604	99.3	461	83.8	407	75.0	538	74.9

FUENTE: Archivo del Centro de Salud "B" de la S.S.A. de Huamantla, Tlaxcala.  
Registro diario de consulta de los médicos en servicio social del Programa A.M.C.P.R.

cripción del contacto primario y secundario, las cuales se obtienen, y por tanto pueden expendirse, a precios bastante bajos, que en promedio representan un ahorro de 25 a 40 por ciento, con respecto al precio máximo al público.

Cada Centro de Salud "C" ha sido dotado de una pequeña farmacia, y en el Centro de Salud "B" se cuenta con un almacén que surte al Hospital y a los Centros "C". La inclusión de este cuadro básico ha aumentado las cuotas de recuperación por venta de medicamentos, en los Centros "C" en un 47 por ciento y las cuotas de recuperación por servicios en el mismo tipo de establecimiento en un 34 por ciento.

En términos generales, a través de la introducción del sistema se ha logrado:

- Una disminución en el costo de los medicamentos.
- Evitar que el paciente se traslade fuera de su comunidad para obtener el medicamento.
- Un incremento en la consulta por la facilidad de adquirir el medicamento.
- Facilidad en el manejo de medicamentos por parte del paciente.
- Mejor control de la calidad de la prescripción.

Como podría esperarse, el incremento en el rendimiento de los servicios se ha acompañado de un aumento de los ingresos por cuotas de recuperación. Así, en tanto que en 1972 los ingresos por este concepto en la

jurisdicción era del orden de los 199 000 pesos, en 1978 se obtuvieron entradas por 1 160 000 pesos.

La Facultad de Medicina ha continuado desarrollando proyectos de investigación en la Jurisdicción; en la actualidad, existen dos áreas prioritarias: el establecimiento de un módulo docente-asistencial y la instrumentación de programas de investigación en el renglón de los servicios de salud. En relación al primer capítulo, se ha planteado como objetivo general el siguiente:

Dotar a una jurisdicción sanitaria de la S.S.A. de los recursos necesarios para que actúe como módulo docente asistencial, en el que se desarrollen actividades docentes en el pregrado y en el posgrado, actividades asistenciales a nivel de la atención médica de contacto primario y secundario en el medio rural y acciones de investigación.

Al establecer este módulo docente-asistencial, se pretende que, a través de la dotación de los recursos humanos y materiales necesarios, la jurisdicción pueda actuar como sede de programas educacionales para estudiantes de medicina de pregrado y de posgrado, así como para el personal paramédico que labora en la jurisdicción. Es factible sostener que, mediante estas acciones, se podrá elevar la calidad de la atención a la salud que prestan las unidades jurisdiccionales.

Una de las actividades que se pretende llevar a cabo es la modificación de la orga-

nización de la atención médica en el Centro "B", transformándola a una atención basada en la adscripción de familias a médicos encargados de la atención integral de las mismas, con horarios uniformes, y laborando a partir de equipos de salud. Otro aspecto importante consiste en el reforzamiento del Hospital existente en Huamantla, para que realmente funcione como unidad de contacto secundario, que dependen del mismo.

Vale la pena señalar que se ha planeado que los residentes de Medicina General/Familiar roten por la jurisdicción a partir de marzo de 1981. Seguramente, la presencia de los residentes contribuirá a mejorar la calidad de la atención médica prestada.

Por lo que se refiere a los proyectos de investigación en el área de los servicios de salud, éstos pueden clasificarse en tres grupos diferentes:

a) Diseño y prueba de un sistema básico

de información. Dentro de este capítulo se encuentran intentos que pretenden arrojar experiencias sobre el registro de las defunciones y los nacimientos en el medio rural y sobre la utilización del expediente clínico familiar en unidades rurales de atención médica de contacto primario.

- b) Establecimiento de un sistema de laboratorio clínico en las unidades de la jurisdicción, con características y complejidad variable.
- c) Instrumentación de un sistema de referencia entre los Centros "C" y el Centro "B".

Los programas mencionados se encuentran con diversos grados de desarrollo, y en plazos breves se podrá contar con información que ayude a evaluar los resultados de esta experiencia.