



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ

MODULO XII

SERVICIO SOCIAL REGIONALIZADO

PROGRAMA OPERATIVO





UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



DIRECTORIO

MTRO. ROBERTO FERNANDO SOLIS HERNANDEZ
DIRECTOR

MTRA. ROSA MARTHA VELÁSICO MARTÍNEZ
SECRETARIO ACADEMICO

MTRO. AMHAD SOLTANI DARANI
JEFE DE ENSEÑANZA

DR. OEL CRUZ PÉREZ
CORDINADOR DE INTERNADO ROTATORIO
Y SERVICIO SOCIAL

DR. CARLOS ALBERTO LÓPEZ JIMÉNEZ
SUPERVISOR DE SERVICIO SOCIAL



INDICE

1. INTRODUCCION

2. ANTECEDENTES

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 Estado de Salud de la Población

3.1.1. Ámbito Municipal

3.1.2. Ámbito Estatal

3.1.3. Ámbito Nacional

4. EL SISTEMA EDUCATIVO Y EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD

4.1. Formación de Recursos Humanos

4.2. El sistema de Servicios de Salud en Chiapas

Y el plan de estudios de la carrera de médico cirujano

5. EL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE MEDICO CIRUJANO

5.1. Programa de servicio social 1993

5.2. El servicio social regionalizado

6. ESTRATEGIAS

6.1. Regionalizado

6.2. Organización de las actividades

6.3 Concertación Interinstitucional

7. PROGRAMA OPERATIVO

7.1. Programa de Atención a la Salud Comunitaria

7.2. Supervisión

7.3. Evaluación

8. RELACIÓN DE PLAZAS, PROMOCIÓN AGOSTO 2015-JULIO 2016

8.1. Plazas SSA; IMSS

8.2. Requisitos



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



1. INTRODUCCION

El servicio social regionalizado está sustentado en la conformación de grupos de trabajo dedicados a la aplicación de programas que en el caso de salud integran el paquete básico aplicado en el ámbito estatal, incluyéndose actividades de investigación y capacitación de grupos específicos de la comunidad, orientados a la búsqueda de soluciones transformadoras que faciliten el alcance de metas efectivas en la atención a la salud.

Esta estrategia podrá ayudar a una mejor orientación, para la formación de recursos humanos y su inserción en los servicios asistenciales tomando en cuenta la existencia de una pluralidad de profesiones que en forma de inter o multidisciplinaria inciden sobre el objeto de transformación en donde el modelo tradicional predominante ha demostrado su ineficiencia y se ha vuelto insuficiente.

La operacionalización de estas actividades intra e interinstitucional sitúa en un eje de instancia jerárquica al pasante de medicina, por las características propias de su estancia continua durante doce meses en la comunidad, su interrelación y semejanzas de actividades con los pasantes de su profesión existentes en el área y egresados de otras universidades y su ubicación en el sistema de atención a la salud, en donde se identifica la obligatoriedad y la temporalidad de sus actividades enmarcadas en ordenamientos legalmente establecidos.

Fundamentalmente se ha adoptado para el desarrollo de esta estrategia a escenarios con problemas de salud-marginación en donde además existe la voluntad política de las autoridades del municipio y la infraestructura mínima para la operacionalización del servicio, incluyendo todos los recursos existentes, sean públicos, de la seguridad social o privadas.

Por otro lado, las unidades de auto enseñanza propuestas, involucran en mayor o menor medida, aspectos tendientes a la profundización de un área del conocimiento médico que pueden ser objeto de investigaciones complementarias o por lo menos de mayor elaboración en un plan didáctico-pedagógico. Para la aplicación de estas actividades se ha pensado en puntos de identidad entre las facultades y escuelas de medicina que convergen en la entidad y desarrollo de una red interinstitucional de cooperación técnica.

En la revisión de las unidades de auto enseñanza no se trata de añadir el contenido rutinario más elementos conceptuales más bien se está buscando que mediante el análisis de los temas se identifiquen situaciones que permitan ahondar en el entendimiento y en la formación de estrategias en un contexto de amplia apertura para liberarse de los paradigmas tradicionales y convencidos de la necesidad de cambio.

Esta estrategia permitirá promover el permanente desarrollo en la formación de recursos humanos para la salud, así como asegurar su orientación en torno a las transformaciones necesarias para la meta de salud, así como asegurar su reorientación en torno a las transformaciones necesarias para la meta de salud en el año 2000, acorde con las declaraciones de ALMA-ATA y Edimburgo;

esperamos que se inscriban en su ámbito más amplio con la incorporación de las instituciones que por su carácter interdisciplinario o multidisciplinario nos permitirá poner el conocimiento al alcance de la población en forma de acción social.

2. ANTECEDENTES

En octubre de 1936 se establece en nuestro país el servicio social para los pasantes de Medicina para dar cumplimiento a lo estipulado en los artículos 4º y 5º Constitucional, expresada en la Ley Reglamentaria que especifica su obligatoriedad, temporalidad y como requisito previo a la obtención del título profesional. Para 1982 se publica en el Diario Oficial de la Federación en un decreto que norma y regula el servicio social de todas las profesiones en el área de salud y que en la actualidad conserva su vigencia. Cabe destacar que el servicio social surge para dar respuesta a los siguientes postulados:

1. Contribuir a lograr una distribución más conveniente de los médicos en el territorio nacional.
2. Desarrollar una labor de educación higiénica y médica.
3. Realizar trabajos de medicina preventiva a nivel individual y agrupar a la población.
4. Proporcionar servicios médico-terapéuticos.
5. Realizar investigación científica y sanitaria.
6. Recolectar información estadística básica en la salud.

El servicio social se inició en la Facultad de Medicina Humana de la UNACH en el año de 1981, con 46 pasantes y su objetivo primordial fue: "llevar al medio rural los servicios médicos", en el Plan de Estudios se concibió como una actividad temporal que el pasante debe realizar preferentemente en los medios más necesitados y en interés de la sociedad que ha contribuido a su capacitación; se contribuyó por sí misma en una fuente permanente de información que además de enriquecer la experiencia del pasante, permitió a la institución retroalimentar la planificación del proceso educativo, íntimamente vinculado a la realidad.

En la década de 1980-1989 esta actividad se desarrolló mediante la aplicación de programas de salud sustentado en un modelo de atención en que el pasante se concentraba en las labores de consulta y medicina preventiva pero con un impacto muy pobre en el bienestar colectivo; en esta década las instituciones educativas y las instituciones de salud establecieron programas unilaterales de servicio, con escasa colaboración interinstitucional; las primeras declaraban que no se les tomaba en cuenta para planificar los programas de salud, y la segunda, que no se formaban los elementos que requería el Sistema Nacional de Salud. Afortunadamente, hoy estamos en el umbral de superar esta controversia.

A partir de 1990, la Facultad de Medicina Humana estableció el Servicio Social Regionalizado, en el que participaron 28 pasantes de medicina por cada generación, mediante un programa piloto que arrojó interesantes experiencias, en los denominados "Plan Margaritas" y "Plan Altos", que abordaba a 12 municipios de la zona indígena. La definición del modelo requirió de un ejercicio de varios meses de planeación en el que participaron un grupo de docentes de la facultad, personal de la Secretaría de Educación y Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. A través de estas reuniones se definieron las características y el número de unidades necesarias, se identifican prioridades de acuerdo a los problemas de salud relevantes y en forma



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



importante se definió la estrategia a desarrollar cuyo denominador común se puede resumir en los siguientes aspectos:

- Se promovió la participación de la comunidad en el cuidado de su salud
- Se aplicaron programas de atención primaria de salud, en relación con los componentes del desarrollo social como el trabajo, la educación y la urbanización, entre otros.
- Se incorporaron experiencias de las culturas tradicionales que se observaron benéficas para la atención de la salud
- Se estableció un sistema de atención de pacientes en función de su complejidad con un seguimiento en el nivel secundario y terciario.

Paralelamente se aplicó un sistema de supervisión y evaluación de las actividades del pasante en el que se brindaba asesoría para la aplicación de los programas, para el desarrollo de la investigación epidemiológica y para la revisión de unidades temáticas, lamentablemente durante este proceso no se logró concertar el apoyo de pasantes de otras áreas de formación académica y del desarrollo científico de la UNACH.

En enero de 1994, debido a la situación de conflicto social prevaleciente en la zona donde se aplicaba el programa, este fue suspendido, tratándose de iniciar en la zona de la Frailesca y el municipio de Ocozocoautla, pero sin resultados alentadores.

En verdad que la difícil situación actual impone limitaciones a la estrategia que queremos desarrollar, pero también es igualmente verdadero que esta crisis nos obliga a acelerar la toma de decisiones para enfrentar la inercia de modelos antiguos y rígidos. En este sentido, es imperativa una comunicación constante entre los sectores responsables del cuidado de la salud y quienes formamos los profesionistas que la hacen posible; esa comunicación actualmente parece darse en el seno de la Comisión Interinstitucional de formación de recursos humanos para la salud, de cuya labor deben desprenderse recomendaciones trascendentes que permitan vincularnos en una labor de amplio beneficio para nuestra población mismas que en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas tratamos de hacer una realidad a través de este proyecto de Servicio Social Regionalizado Municipal.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1. Estado de Salud en la Población

3.1.1. Ámbito Nacional

La educación, como la salud son producto de una evolución creciente y constante sujetas a los problemas políticos, sociales y económicos que integran el marco general de la sociedad, en la formación de los médicos, el conocimiento y la dinámica de los mismos posibilita un enfoque adecuado para la orientación que se requiera, en el momento justo u en la dimensión idónea.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



En México, durante la última década se ha insistido hablar de *"transición epidemiológica"*, en donde por diversos factores externos propios de esta década, hacen cambiar la mortalidad y morbilidad imperantes; la pregunta lógica sería *¿cambian o se reorientan los profesionales en función de los periodos de transición?*; se toman en cuenta estos periodos para el modelo de atención médica.

Resulta pertinente comentar que cuando se habla de TRANSICION, se habla de un proceso multifactorial, este término fue descrito por OMRAN, profesor de Salud Pública de la Escuela Pública de la Universidad de Carolina del Norte, refiriéndose a la transición epidemiológica como un proceso de largo plazo en el que existe cambio en los patrones de salud, enfermedad, discapacidad y muerte de una población en forma específica.

Las respuestas podemos encontrarlas al comparar los perfiles, el modelo de atención y las características epidemiológicas.

Durante los últimos años, México ha experimentado cambios en su patrón de salud, enfermedad y muerte, estos cambios están estrechamente relacionados con sus particularidades demográficas sociales y culturales que determinan importantemente este proceso.

La comparación de las seis principales causas de muerte en México de hace 40 años con la actualidad ha cambiado de importancia. En 1950 las enfermedades de tipo infeccioso y las respiratorias representaban el 34.6 y el 20%, respectivamente. Las del aparato circulatorio y digestivo sumaban en 11.3% y los accidentes y tumores malignos ocupaban los últimos lugares con el 6.0 y 2%, respectivamente.

Para 1990, el primer lugar lo ocupan las enfermedades del aparato circulatorio con el 20%, seguidos por los tumores y accidentes con el 14.4% respectivamente, las enfermedades de tipo infecto-contagiosas y las respiratorias suman el 20%.

La mortalidad infantil en los cinco estados de la Republica más pobres, es el doble de la mortalidad infantil de los estados más ricos.

A medida que va adquiriendo más importancia los padecimientos crónicos, es mayor el tiempo que pasa entre que aparece una enfermedad y ocurre el desenlace, ya sea que se cure la persona o que se muera. La consecuencia de permanecer enfermo por largo tiempo es que la discapacidad va adquiriendo más peso en definir la situación de la salud de la comunidad.

Cuando una comunidad esta denominada por causas agudas, como son las infecciones, el peso de la morbilidad es relativamente pequeño porque los niños se enferman, se curan o se mueren rápidamente; pero a medida que aumentan las causas no transmisibles, que son típicamente crónicas, aumenta el peso de la discapacidad. Esto sugiere que podemos entender la expresión de salud simplemente por referencia a la mortalidad.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



En este sentido, observamos la nueva aparición de enfermedades infecciosas como el cólera, el dengue, el SIDA, el dengue hemorrágico, etc. y el incremento en la frecuencia de la diabetes, la hipertensión, las enfermedades neurológicas, del corazón y tumores malignos.

Todo parece indicar que continuara por algunos años la tendencia al deterioro de los indicadores sociales que se han observado en las últimas dos décadas; la intranquilidad social y la violencia política no muestra signos de disminuir y las tensiones entre algunos grupos de la población, probablemente se mantendrán iguales. Esto tiene relación directa con los problemas de malestar y agitación social, de conflicto, de disminución tanto de capacidad productiva como del ingreso y sus devastadores efectos en salud. No hay razones para prever una mejoría de los índices de desempleo y la deuda externa continuara gravitando sobre la economía del país.

Por otra parte, los desplazamientos poblacionales masivos causan una mayor demanda que excede y distorsiona la capacidad real del estado, para brindar atención de salud en las zonas afectadas.

Actualmente aún y cuando se habla de mejoramiento de las condiciones sanitarias en nuestro país, la discapacidad entre los diversos grupos que la conforman se hace evidente, la diferencia entre los dos grandes estratos de la población – los ricos y los populares y opresores y oprimidos – en cuanto a la esperanza de vida demuestran grandes contrastes representados por la desnutrición, la desigualdad económica, la mortalidad infantil y el analfabetismo entre algunos, por otro lado la relación entre medio ambiente y salud y sus consecuencias para un desarrollo sostenido es crucial, de ahí que es posible aseverar que la población mayoritaria de nuestro país seguirá expuesta a un estado de extrema vulnerabilidad al iniciar el nuevo milenio.

3.1.2. Ámbito estatal

La difícil geografía chiapaneca, su diversidad de climas, su incomunicación, el precario desarrollo socioeconómico de sus comunidades, la desnutrición y el analfabetismo, son, entre otros múltiples factores, las condiciones que más han influido en el nivel de salud de nuestros pueblos.

El nivel de cobertura de los servicios de salud y su asistencia social está también condicionado por el fenómeno de la dispersión poblacional, siendo éste una de las causas de enorme rezago acumulado en dichos sectores.

Por ello, el desarrollo social y económico que nos hemos propuesto para el Chiapas del año 2000 debe, principalmente, reflejar un considerable mejoramiento en los niveles de bienestar de los chiapanecos y de sus comunidades.

En este sentido la salud constituye un elemento imprescindible para el desarrollo. La justicia social que perseguimos considera una atención prioritaria de los requerimientos de salud de la población chiapaneca, sin distinguir socioeconómico.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



Mediante el presente Programa Estatal de Salud y Asistencia Social 1996-2000, hemos definido una estrategia clara para llevar los servicios a todas las regiones de Chiapas, de manera permanente y organizada.

En este instrumento de planeación hemos considerado la enorme importancia que tienen los programas de salud curativa, pero se reconoce que los programas de salud preventiva llevarán a cabo las acciones fundamentales para generar un mejoramiento creciente y definitivo en el nivel de salud de los chiapanecos.

Hemos previsto intensificar y coordinar nuestras acciones y propósitos para hacer más eficientes los servicios, disponiendo adecuadamente de la infraestructura existente. La urgencia de este aspecto es que todas las clínicas y hospitales cuenten con el equipo, el personal y los medicamentos en cantidad y calidad suficientes.

De acuerdo con las propuestas del presente Programa Estatal de Salud y Asistencia Social 1995-2000, en los lugares donde no existan aun servicios de salud, se profundizará el rescate de la medicina tradicional y serán introducidos los servicios siguiendo un nuevo modelo de atención escalonado, que considera también los propósitos que presentamos dentro del Sistema Estatal de Pueblos y Ciudades. El objetivo es lograr, mediante la construcción de nueva infraestructura, una mayor cercanía y acceso a los servicios de salud para la población dispersa.

El fortalecimiento de las Unidades Médicas Móviles es parte fundamental de esta estrategia, junto con la incorporación de promotores de salud de las propias comunidades.

La mayor participación y corresponsabilidad de la población en las actividades de prevención y control de enfermedades es otra de nuestras prioridades para el desarrollo del sector. Por ello, las acciones del sector de salud y de asistencia social están dirigidas a afrontar las causas de las enfermedades, promoviendo un mayor nivel de conocimientos en las actividades preventivas.

Asimismo, el cambio de una asistencia social curativa a una asistencia social propositiva y participativa en áreas básicas como alimentación, nutrición, y apoyo a mujeres, niños, discapacitados y grupos vulnerables, nos permitirá ejercer responsabilidades y alternativas para que los beneficiarios temporales puedan superar sus circunstancias y hacer frente, por sí mismos, a su realidad.

Corregir y eliminar las causas de la desigualdad demanda tareas conjuntas, sistemáticas, cuidadosas y planeadas. Así está diseñado el presente Programa Estatal de Salud y Asistencia Social 1995-2000.

Alcanzar sus objetivos y propósitos es tarea que a todos nos compete y a todos nos beneficia.

3.1.3. Ámbito Municipal

El estado de Chiapas, se ha caracterizado por la complejidad de los problemas que se afrontan y los escasos recursos con los que cuentan los municipios para su atención integral.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



El atraso y marginación de cada uno de los contextos municipales forman una complicada geografía económica y política con variantes que implican un abordaje individualizado; por lo que las poblaciones demandan una atención, en que la convergencia de los esfuerzos, tanto de la Federación como de los Gobiernos Estatal y Municipal se ven obligados a diseñar nuevas estrategias de responsabilidades, medios y funciones para cumplir con las expectativas que demandan las diversas poblaciones sociales con el fin de lograr un avance consustancial que los impulse del estado de marginación en que se encuentran y que en forma definitiva impactan sobre el nivel de salud que constituye su realidad actual; nivel que dista mucho de alcanzar los estándares mínimos aceptables.

Esta realidad aun coloca la gran mayoría de las comunidades como zonas en las que la prevalencia de patologías infecciosas y nutricionales que se encuentran íntimamente ligadas con la pobreza y la carencia educativa en materia de salud, conforman el denominador común y que en muchas de las ocasiones el centralismo de los recursos de salud ha sido uno de los principales obstáculos a vencer.

Una de las principales propuestas ha sido la de dotar a los municipios recursos suficientes para la superación de sus propios problemas, camino difícil si no se cuenta con una vinculación estrecha entre las instituciones del Sector Salud y la cooperación de la sociedad en conjunto.

Para lograr lo anterior se hace necesario fortalecer a los municipios por medio de formulas que equilibren la asignación de recursos para la solución de los problemas de salud en cada uno de ellos, no solamente estimulando y fortaleciendo la asistencia, por medio de la creación de nuevos centros de atención clínica y hospitalaria, sino realizando acciones a fondo, tendientes a combatir el origen de las enfermedades y no solamente sus manifestaciones.

La creación de una cultura de salud, es de vital importancia; esta debe de surgir de una propuesta municipal, la cual debe esforzarse en elevar los niveles nutricionales, de hábitat y de educación, puesto que se enlazan íntimamente a los procesos de salud-enfermedad, siendo necesario la superación conjunta de todos los problemas que estos representan, para elevar el nivel de vida en la población.

4. EL SISTEMA EDUCATIVO Y EL SISTEMA DE ATENCION A LA SALUD

4.1. Formación de Recursos Humanos

La formación actual de los médicos responde a una serie de características que la han ubicado constantemente en el ámbito institucional, con un enfoque curativo que se personifica en un modelo asistencial que constituye el paradigma actual de la práctica médica fuertemente determinada por el desarrollo tecnológico y por sus acciones prioritariamente hospitalarias.

La carrera de Medicina ha experimentado múltiples influencias, algunas de tipo administrativo o político y en ocasiones sobre cuestiones al bagaje de materias o habilidades requeridas, de ahí que en la formación de Médicos Generales se hayan utilizado diversas nominaciones: Médico Cirujano y Partero o Médico Cirujano y Homeópata; pero resulta evidente que aún y con diferentes nominaciones

se conserva intacto el sustento fundamental que condiciona al recurso en formación y que los dirige hacia una práctica individual y curativa.

Los planes de estudio presentan lineamientos generales que cobran características particulares de acuerdo a las condiciones socioeconómicas, políticas e ideológicas, de un momento determinado y tienen como denominador las necesidades que para el desarrollo social marca el Estado, en donde es posible aseverar que el diseño de determinado curriculum se da en respuesta a la demanda cualitativa del Sistema de Salud y que es la capacidad de este sistema (el asistencial) el que permite hacer variables o no las propuestas del sistema educativo.

Algunos antecedentes que han influido en la formación del médico, son los siguientes: *su formación estuvo ampliamente influenciada por la Escuela Francesa y a principios del presente siglo por la estadounidense, teniendo su máxima expresión en el informe Flexner, a través de sus principales propuestas que se resumen en: la separación del conocimiento en Ciencias Básicas, la Educación Clínica, en el espacio hospitalario como práctica prioritaria, la integración de las Escuelas de Medicina a los hospitales y el de ofrecer un mayor peso al conocimiento clínico.* Para el período 1945-1955 cobra importancia la enseñanza de la medicina comunitaria y la medicina preventiva, reproduciéndose un modelo norteamericano que tiene sus antecedentes próximos en miembros de la Fundación Rockefeller, uno de ellos, Joe D. Wray, diseño y recomendó un tipo de perfil para la formación de los médicos que respondía a intereses económicos definidos; en las décadas de los 60 y 70 la enseñanza de la medicina preventiva, la Planificación Familiar, la Atención Maternos-Infantil y la Medicina Comunitaria se convierten en las directrices de la enseñanza de la Medicina en México, se promueve y se alienta, se promueve y se alienta, a través de foros, la creación de Médicos Comunitarios mediante la articulación Docente-Asistencial, a partir de la década de los 70, la enseñanza médica gira en torno al compromiso de "Salud para todos en el año 2000", con un enfoque hacia la atención primaria. Actualmente el punto de referencia más importante para el rediseño de los Planes de Estudio, lo constituye la declaración de Edimburgo en donde se menciona la necesidad de generar un médico con amplia capacidad y sensibilidad para la atención del enfermo, que responda a los principales problemas de salud y que tenga como fundamento los valores y el análisis social.

Los estudios relacionados con la práctica médica han permitido actualmente aportar algunos elementos sobre la oferta y la demanda, su distribución geográfica, los sistemas locales de salud y el mercado de trabajo, las características de su inserción a la vida productiva, sus preferencias en el posgrado, etc., y nos ofrecen una visión definida de su desarrollo y perspectivas, sin embargo dejan sentir un gran desequilibrio entre la atención médica y los servicios asistenciales, sustentando en un modelo que ha mostrado su agotamiento y que ha agudizado situaciones de desigualdad y polarización social en cuanto al impacto esperado en la búsqueda del bienestar colectivo, a estas alturas queda claro que una de las dificultades que más llama la atención de los investigadores se refiere a la escasez o al exceso de médicos sobre estas mediciones ha sido posible conocer otros aspectos como los que a continuación se exponen:

- Para 1960, existían en el país 20,950 médicos lo que arrojaba una proporción de 57 por cada 100,000 habitantes, para 1990, el número de médicos era de 166,309 significando 205 por cada 100,000 habitantes. De acuerdo a este crecimiento, se calcula que para el año 2005 la cifra se habrá duplicado y el país tendría un médico por cada 285 habitantes, cifra que actualmente existe en el Distrito Federal.

- Para el año 1997, se observa que la relación médico-habitantes es de 1 por 500-550, pero también es posible aseverar que existen unos 14,000,000 de mexicanos sin ningún acceso a los servicios de salud; los médicos se concentran (75%) en localidades de más de 100 mil habitantes en el que se brinda atención al 45% de la población total en contraste con las localidades de menos de 20,000 habitantes, a las que acceden solamente el 13%, es posible afirmar, entonces, que el problema es de una mala distribución.

4.2. El sistema de servicios de salud en Chiapas y el Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano

El cambio estructural del Sistema de Servicios de Salud en México, iniciado en 1980, ha tenido sin duda, un impacto positivo en el estado de salud de la población mexicana, en el que, sin embargo, aún existen espacios que necesitan un mayor impulso. Las políticas nacionales y estatales de salud son una respuesta a esta situación.

De los lineamientos del **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-1999:**

1. La elección de los usuarios como instrumento para mejorar la calidad
2. Ampliación de la cobertura de la seguridad social
3. La descentralización
4. La participación municipal en la salud
5. Ampliación de la cobertura a través de un paquete básico
6. Hacia una nueva organización del modelo de sistema de salud

Y de las estrategias del **Programa de Salud y Asistencia Social 1995-2000** del Gobierno del Estado:

- Reducción de los riesgos y daños a la salud
- Salud comunitaria
- Descentralización
- Modelo de atención

La Universidad Autónoma de Chiapas, puede, en lo general, con el modelo de vinculación, en lo particular con el nuevo programa de servicio social para el desarrollo municipal y en lo específico con esta propuesta de servicio social regionalizado municipal, impulsar el proceso de descentralización mediante el estímulo a la *participación municipal en salud* por medio de su incorporación al programa *Municipio Saludable* descrito en el programa de Reforma del Sector Salud en los siguientes términos:

Es conveniente echar a andar el programa Municipio Saludable en todo su vigor, para que su ejecución sirva como estructura fundamental para la reducción del riesgo, evitable, de enfermar y morir.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ”
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



La propuesta de la Universidad Autónoma de Chiapas en cuanto a este aspecto, va mas allá de las actividades medico-asistenciales que puedan realizar sus pasantes en servicio social ya que se convierte en una verdadera mística de servicio, en la que mejorar, mantener y vigilar el estado de salud de los habitantes de todos y cada uno de los municipios, se convierte en su tarea y su misión.

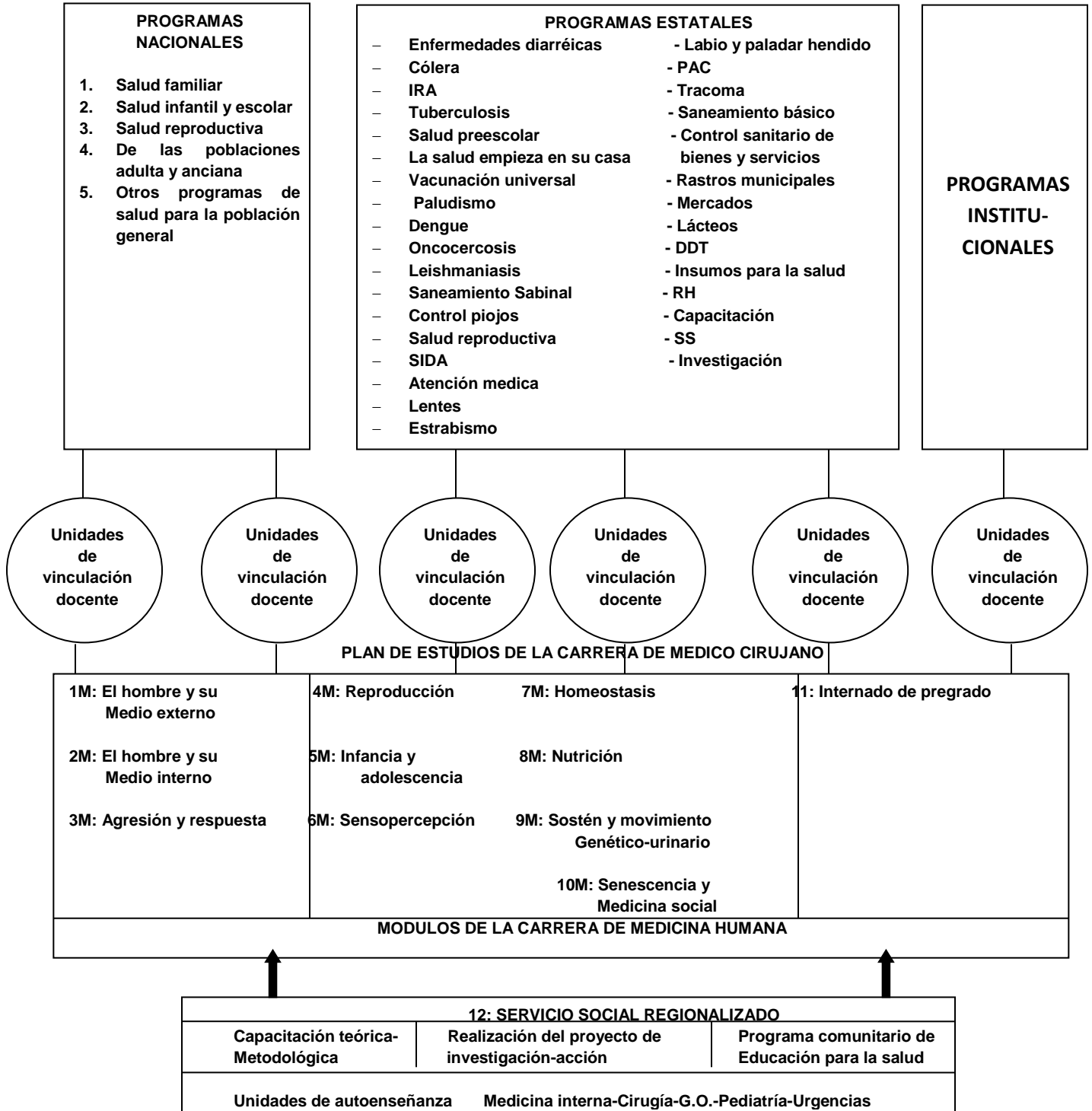
Estamos seguros que a través de la promoción de la salud y de un sistema de vigilancia municipal con este concepto, pueda desarrollarse una cultura de autocuidado, en la que cada jefe de familia se convierta en un verdadero promotor de las acciones que conduzcan en su propia familia y al sumarse a los demás, a toda una comunidad en los constructores de un Municipio Saludable.

Bajo esta propuesta universitaria, el pasante de servicio social de la Facultad de Medicina Humana, trabajara en el diseño de un sistema de programación local, para que los preceptos del subprograma Municipio Saludable, respondan con precisión a las necesidades reales de la comunidad, bajo el espíritu de la multi e interdisciplinariedad y la interinstitucional.

El programa de Municipio Saludable se constituye en el mecanismo rector de las actividades que propicien la participación organizada de la comunidad en la definición de prioridades, elaboración de programas de salud local y la realización y evaluación de las actividades programadas. Este programa contribuirá a mejorar los niveles de salud de la población, a través de la realización de proyectos definidos de manera conjunta por los diversos sectores de la sociedad en los planes locales de cada municipio.

Los programas nacionales del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y los proyectos del Programa de Salud y Asistencia Social 1995-2000 del Gobierno del estado de Chiapas, serán impulsos por el nuevo Programa de Servicio Social Regionalizado Municipal de la Facultad de Medicina Humana, mediante la incorporación de estudiantes en formación, a través de las Unidades de Vinculación Docente (UVD), buscando incorporar al estudiante en formación a las acciones de servicio desde el principio de su formación profesional.

Marco conceptual:





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ”
COORDINACIÓN DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



5. EL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE MEDICO CIRUJANO

5.1. Programa de Servicio Social 1993

El servicio social para los estudiantes de Medicina de las universidades de la República Mexicana, se implanta en el año de 1936, teniendo como objetivo fundamental retribuir a la sociedad, por parte del estudiante, lo que esta invirtió en su formación por medio de la atención médica a los actores sociales más desprotegidos. Esta exigencia se fundamentó en la Ley Reglamentaria de los Artículos 4° y 5° Constitucionales, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal y en los artículos 84, 85 y 86 de la Ley General de Salud.

Esta disposición específicamente reglamentaria, al ser aplicada a estudiantes que concluyen sus estudios formales, pudo en poco tiempo convertirse, al ponerlo en contacto con la realidad social, en un excelente paso formativo, en cuya pasantía el alumno, ahora fuera del salón de clases, construye su conciencia social, entendida ésta como el conocimiento científico de la realidad. Crisol en el que forja su experiencia, comprueba sus conocimientos teóricos y contribuye a satisfacer las expectativas de la población a la que sirve.

No obstante, desde el momento en que se instituye, el servicio social, hasta la actualidad, se ha caracterizado por una falta de seguimiento de las acciones que realiza el pasante por parte de la universidad; a la vez que en muchos de los casos se le supervisa casi únicamente por su productividad por las instancias institucionales a las que son asignados sus servicios.

La Universidad Autónoma de Chiapas, preocupada por la situación de ambigüedad que caracteriza a este período formativo y ante la inigualable oportunidad de aprovechar el espacio comunitario para el desarrollo de la conciencia de servicio de sus alumnos, propone regionalizar el servicio social, con el fin de optimizar el espacio comunitario, área en la que se pueden amalgamar los elementos básicos del sistema modular de la carrera de Medicina Humana con tres funciones sustantivas en la universidad (Docencia, Investigación y Extensión), y que además, representa una maravillosa oportunidad para la interacción escenario ideal para el aprendizaje y la aplicación de los conocimientos adquiridos de manera teórica de los pasantes como de los estudiantes de módulos procedentes.

Por otro lado, la regionalización del servicio social de medicina, apoya y permite consolidar definitivamente la filosofía de la vinculación, basada en el trabajo inter y multidisciplinario y en la interinstitucionalidad en la realización de tareas comunes, favoreciéndose con esto la solución de problemas que han perdurado porque se les ha abordado parcialmente y solo desde una óptica unidimensional.

La propuesta de la Universidad Autónoma de Chiapas, basada en el Plan de Estudios para la carrera de Medicina Humana, es la regionalización del servicio social, dentro de un área geográfica y poblacional controlada desde el punto de vista académico para dar seguimiento y asesoría a los alumnos que realizan su pasantía, favoreciendo su formación continua y proveyéndoles de lo



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



necesario para la elaboración de su tesis para obtener su título, de tal manera que ésta responda a inquietudes científicas nacidas del contacto con la realidad.

Objetivo general

Dar seguimiento y capacitar al estudiante en la descripción, análisis y transformación de los problemas de salud comunitarios, mediante el uso del método científico en sus expresiones clínicas, epidemiológica y de administración de salud.

Datos generales

1. El servicio social regionalizado (SSR) es de carácter obligatorio y estará a cargo de:
 - 1.1. la Facultad de Medicina Humana "Dr. Manuel Velasco Suárez": por el Coordinador de Internado de Pregrado y Servicio Social;
 - 1.2. las Instituciones de Salud en donde se encuentre adscrito el médico pasante, los responsables correspondientes del área.
2. Se localiza en la fase III de la Licenciatura en Médico Cirujano que se imparte en la Facultad de Medicina Humana "Dr. Manuel Velasco Suárez" y su tipo de enseñanza será teórica-práctica.
3. Tendrá un total de 120 horas al mes, 500 horas al semestre y 1,000 horas a su conclusión dentro del lapso de un año.
4. El número total de horas a la semana será de 30, de las cuales 10 serán de preparación teórica y 20 se dedicarán a la práctica de la medicina.
5. Los créditos que avalará su pasantía sumarán un total de 80.
6. El servicio social será evaluado periódicamente y al finalizar el ciclo, correspondiente se integrará la evaluación global del pasante.

El programa constará de cuatro unidades, las cuales tienen el objetivo de culminar con la preparación teórica, práctica y epistemológica del estudiante, y son las siguientes:

I. Capacitación teórico-metodológica

- A) Desarrollo comunitario
 1. Técnicas de desarrollo comunitario
 2. Modelos explicativos del proceso salud-enfermedad en sociedades rurales y urbanas marginadas
 3. Participación comunitaria en salud
 4. Los programas de salud en la situación intercultural

II. Unidades de autoenseñanza

- A) Medicina interna
 1. Hipertensión arterial
 2. Diabetes mellitus
 3. Arteriosclerosis

4. Cardiopatía isquémica
5. Evento vascular cerebral
6. Insuficiencia renal
7. Infección de vías respiratorias
8. Diarrea infecciosa aguda
9. Salmonelosis
10. Cólera
11. Dengue
12. Infecciones de vías urinarias
13. Cirrosis hepática
14. Hemorragia del tubo digestivo
15. Síndrome icterico
16. Amibiasis y absceso hepático amibiano
17. Síndrome convulsivo
18. Anemias
19. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
20. Tuberculosis pulmonar

B) Cirugía general

1. Infecciones en cirugía
2. Respuesta metabólica al trauma
3. Complicaciones postoperatorias inmediatas y mediatas
4. Colecistitis y coledocolitiasis
5. Hernias de la pared abdominal
6. Apendicitis
7. Oclusión intestinal
8. Abdomen agudo
9. Padecimiento ano rectales
10. Pancreatitis aguda y crónica
11. Absceso hepático
12. Insuficiencia vascular periférica
13. Litiasis renal y de conductos urinarios

C) Pediatría

1. Niño sano
2. El recién nacido
3. Principales problemas pediátricos en México
4. Nutrición: desnutrición, obesidad y ablactación
5. Síndrome de vías respiratorias
6. Síndrome diarreico
7. Deshidratación y desequilibrio ácido-base
8. Síndrome febril
9. Fiebres eruptivas de la infancia
10. Parasitosis intestinales
11. Infecciones del sistema nervioso central
12. Otras enfermedades infectocontagiosas
13. Accidentes y violencias
14. Inmunizaciones

D) Ginecología y obstetricia

1. Etapa pregestional
2. Etapa prenatal

3. Etapa natal
4. Etapa postnatal
5. Patología obstétrica
 - a) Hiperémesis gravídica
 - b) Amenaza de aborto
 - c) Embarazo molar
 - d) Embarazo ectópico
 - e) Embarazo múltiple
 - f) Otras

E) Urgencias médico-quirúrgicas

1. Estado de choque
2. Desequilibrio
3. Insuficiencia respiratoria aguda
4. Insuficiencia cardíaca
5. Crisis hipertensiva
6. Hemorragia del aparato digestivo
7. Síndrome abdominal agudo
8. Complicaciones agudas de diabetes mellitus

III. Realización del Estudio de Comunidad.

- A) Introducción:** En esta unidad se planificará el Estudio de Comunidad.
- B) Objetivo:** elaborar el estudio de comunidad que el pasante realizará durante el servicio social.
- C) Recolección de la información**
- D) Procesamiento de la información**
- E) Análisis de la información**
- F) Captura de la información por medios electrónicos**
- G) Edición**
- H) Presentación en formato digital del Estudio de Comunidad**

5.2. El servicio social regionalizado en el modelo de vinculación

En el proyecto Académico 1995-1999, las políticas universitarias de vinculación para el desarrollo económico y social de Chiapas se desarrollan mediante un modelo que tiene como objetivos diseñar, ejecutar y evaluar programas de docencia, investigación y servicio social y alumnos en formación en unión con los grupos sociales comunitarios; realizar proyectos integrales, sociales y económicos que, conservando el medio ambiente, mejoren las condiciones de vida de los grupos marginados y generen estudios y propuestas de desarrollo regional que permitan organizar con mayor justicia los servicios, y la infraestructura, promoviendo modelos de desarrollo regional y local.

El modelo se implementa con base en tres estrategias generales: la multidisciplinariedad para el estudio ya acción sobre los problemas que obstaculizan el desarrollo; la participación social comunitaria propiciando que los grupos sociales sean sujetos de su propio desarrollo y la interinstitucionalidad que pretende formar profesionales preparados para la realización de una práctica profesional transformadora e innovadora.

Las líneas de acción que se trabaja son: las Unidades de Vinculación Docente, modelos integrales para el desarrollo económico y social comunitario, formación continua, el programa de vinculación para el desarrollo municipal y el servicio social. El marco de referencia del programa de



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ”
COORDINACIÓN DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



vinculación está basado en 13 planes de desarrollo agropecuario, social (salud, educación, vivienda, alimentación) y fortalecimiento administrativo municipal, en 13 municipios ubicados en las nueve regiones socioeconómicas.

El nuevo programa de servicio social tiene dos objetivos centrales; primero recuperar el carácter pedagógico que posee para convertirlo en una etapa de enriquecimiento de la formación del profesional universitario, estableciendo su relación con la docencia y la investigación y segundo, ser un instrumento de impacto social fortaleciendo el carácter que posee como elemento para mejorar las condiciones de vida de la población.

Las características del servicio social de la carrera de Medicina Humana, entre las que destacan; su duración de doce meses, su continuidad al ser sitios fijos de atención a la salud, y el hecho de ser realizado en la etapa final del plan de estudios, les otorgan un papel central a las acciones universitarias en materia de vinculación con el medio social. La salud como medio para el desarrollo está ligada con la capacidad para el trabajo y para la producción de los grupos sociales comunitarios con el fin del desarrollo y como fin del desarrollo en expresión de las formas de producción de bienes y servicios y de la manera en que se distribuyen en la sociedad.

En este contexto el servicio social en Medicina Humana esta llamado a ser el elemento central alrededor del cual se nuclea el servicio social de las otras disciplinas científicas que se ofrecen en la universidad y construir los modelos integrales para el desarrollo económico y social de las comunidades en donde están ubicados las unidades de primer nivel de atención (Centros de Salud y Unidades Médico-Rurales) y elevar a la salud a la condición de centinela en el monitoreo del desarrollo humano de los grupos sociales.

6. Estrategias

El planeamiento estratégico está orientado a una actividad interdisciplinaria adecuada a una realidad de salud con condiciones socio-económicas uniformes para toda una región, teniendo como centro de operación el Centro de Salud o la Unidad Médico Rural, que integraran las brigadas de trabajo, por otro lado la estrategia orientada a la formación autóctona del personal ajustadas a las alternativas de proveer el cuidado primario de la salud con la participación de la comunidad dentro de los lineamientos establecidos en cada programa de los que integran el paquete de salud.

Fundamentalmente se busca priorizar en la relevancia social de las metas de salud orientadas a mejorar el nivel de vida de la región seleccionada, a través de métodos que puedan ser aplicados de inmediato con la organización de los recursos existentes; se hará énfasis en la simplificación y racionalización, pero en especial en un esfuerzo de autodeterminación, autoconfianza y autosuficiencia.

En este sentido, los pasantes de la carrera de Médico Cirujano, coordinarán su trabajo con pasantes de otras profesiones, de los que será necesario definir su campo de acción, orientar



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



adecuadamente su influencia y hacer de su actualización una actividad racionalizada y destinada a resolver necesidades específicas.

Los asesores de este proceso serán instrumentos de análisis y perfeccionamiento de los diferentes métodos, materiales, equipos, aspectos logísticos empleados.

Paralelamente se promoverá la investigación socioepidemiológica como base para definir modalidades de servicio que posibilite las actividades señaladas en los programas del paquete básico de salud.

6.1. Regionalización

La Facultad de Medicina Humana de la UNACH, tiene establecido un programa de servicio social que funciona con regular suficiencia desde 1981. El pasante es enviado a un Centro de Salud o Unidad Médica Rural dotado de los elementos mínimos para su trabajo, entra en contacto con autoridades municipales, con el Comité de Salud y los líderes de la comunidad, a través de ellos procura hacer conciencia de la utilidad de los servicios asistenciales y desarrolla actividades preventivas acorde a los programas de salud, sin embargo, su labor casi siempre se forma aislada e independiente, con poca relación con los profesionales para la atención de la salud en el medio y los recursos disponibles.

Después de revisar las experiencias obtenidas por diversas generaciones, se ha identificado la necesidad de que las instituciones asistenciales y educativas de salud establezcan una coordinación efectiva para cumplir mutuamente sus responsabilidades y funciones respectivas. En principio, habrá que regionalizar el servicio social tomando en cuenta un área geográfica que por sus características de marginación y desarrollo sea considerada como prioritaria para las acciones básicas de atención a la salud; ésta regionalización posibilitará vincular esfuerzos y recursos a través de los planes y programas que se establezcan y una evaluación constante del impacto de las acciones asistenciales.

Por otro lado, la regionalización permitirá a la Facultad de Medicina Humana un seguimiento de sus pasantes a través de la asesoría y la supervisión periódica en coordinación con las instituciones asistenciales que intervengan; posibilitara la interacción de los pasantes de una misma disciplina con la de otras carreras y la capacitación, el adiestramiento y la utilización de un sistema de delegación de funciones en miembros de las comunidades abordadas y por lo tanto, la cobertura de los servicios de salud.

La ubicación de los pasantes está sujeta a las particularidades de los diversos municipios del Estado, los que consideran "de alta marginación" dadas las condiciones socioeconómicas que presentan y las características referentes a los daños a la salud expresados en un patrón de morbilidad y mortalidad en donde preponderan las enfermedades transmisibles y las derivadas de una atención, poco oportuna y eficiente del embarazo, del parto y del recién nacido.

Los municipios que han sido seleccionados para desarrollar el presente proyecto son los siguientes: Ocoatepec, Coapilla, Villaflores, Pijijapan, Huehuetán, Siltepec, Sitalá, Chalchihuitán, Sunuapa, Pichucalco y Tzimol. Para esta primera etapa, también se agregará el municipio de Oxchuc, a través de sus Unidades Médicas Rurales en Yoschib, Tuxaquiljá y Tzunun, en donde se han estado llevando actividades sobre la detención y manejo del Tracoma.

Estos municipios se encuentran ubicados en diversas jurisdicciones sanitarias, de acuerdo a la sectorización de la Secretaría de Salud y cuentan con Centros de Salud de la SSA o Unidades Médicas Rurales del IMSS y con comités de salud debidamente constituidos, los que constituyen un apoyo muy valioso para las actividades del pasante.

Estos municipios están integrados por localidades que, en su mayoría tienen menos de 2,500 habitantes, con viviendas que generalmente pertenecen a un modelo de construcción monótono, insuficiente y escaso que utiliza como material de construcción adobe, el bajareque, la madera, la lámina, y la teja, presentando graves problemas de saneamiento con una inadecuada disposición de excretas y de abastecimiento y utilización del agua lo que ocasiona numerosos problemas de salud entre los que destacan las enfermedades gastrointestinales, respiratorias, las referentes a la piel y las relacionadas con la multiplicación de vectores como el paludismo, el dengue o el tracoma, según sea su ubicación.

Cabe señalar que las autoridades municipales de estos municipios han sido sensibilizados para el trabajo que se desea desarrollar y cuentan con el programa respectivo.

La regionalización propuesta por nuestra universidad le permitirá a los pasantes integrar el diagnóstico regional y establecer continuidad en las acciones a corto y mediano plazo o el desarrollo de investigaciones epidemiológicas que se consideran y puedan ser abordadas de una generación a otra.

6.2. Organización de las actividades

Las características que deben asumir los pasantes en el proyecto regionalizado de servicio social plantean una serie de dificultades de abordaje.

En primer lugar, debe quedar claro que será el espacio-población y el espacio-local, con sus atributos y características, los que determinarán los programas y la estrategia en particular y los recursos humanos que habrán de actuar, esto en función de la prioridad establecida para la identificación previa en función de tres aspectos:

1. El municipio y su problemática de salud
2. La estructura existente de los servicios para la atención de la salud
3. El personal de atención disponible

Sin embargo, aun y cuando la fase operativa implementada en cada municipio tenga su propia especialidad se deberán precisar las siguientes actividades:

Fase 1:

Diagnóstico situacional:

Considerando que el municipio no solo es un territorio geográfico, sino también un espacio demográfico, epidemiológico, tecnológico, económico, social y político, es necesario integrar una visión de esa realidad en su conjunto. Esa visión la denominaremos **situación**, que incluirá:

- La identificación de la problemática en salud
- La cadena causal del problema
- El establecimiento de un espacio del problema

Aquí se identificarán las determinantes que inciden sobre los problemas particulares y las condiciones específicas, es decir, singulares, la serie acumulada de hechos que rigen en un espacio singular. Se requiere por parte del equipo de trabajo una comprensión de la problemática encontrada, una explicación del mismo y un diseño de formas posibles de enfrentarlo.

Fase 2:

Aplicación de las actividades:

Esto se llevará a cabo por interrelación con:

- a) Actividades asistenciales
- b) De educación continua
- c) De investigación

Fase 3:

Evaluación:

La evaluación será un proceso de carácter permanente. Para asegurar este carácter, debe desarrollarse en forma simultánea e integrada con el desarrollo del propio proceso; la principal implicación de esto es que se convierte también en análisis continuo del contexto y la identificación de necesidades de capacitación, de tal forma que el proceso capacitante estará siempre en condiciones de dar respuesta a los problemas que se detecten:



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



La evaluación no solo se dirigirá al producto del programa de salud, sino también al pasante de Medicina Humana, de acuerdo con las necesidades de aprendizaje planteadas en el manual para el servicio social.

El proceso se apoyará en la supervisión e investigación:

- **La supervisión:** como un mecanismo para detectar deficiencias y reforzar la capacitación y consolidar el aprendizaje. Los responsables de la supervisión serán los docentes de la Facultad de Medicina Humana, o en su caso, personal específico de la institución de salud (ambos denominados facilitadores), los que harán un análisis del desempeño a los participantes del grupo de trabajo, los modos de trabajo y el contexto señalado.
- **La investigación:** servirá para el momento del diagnóstico y para crear las condiciones para aplicar las modalidades o estrategias en función del programa de salud, implica la participación en acciones, así como la organización, ejecución y evaluación de las actividades.

6.3. Concertación interinstitucional

Para el desarrollo de las actividades planteadas es necesario establecer una amplia comunicación entre todas las instancias que participaran, de ahí la necesidad de concertar acciones con las instituciones de salud (SSA e IMSS) del Estado, las presidencias municipales de los municipios seleccionados y la dependencia de nuestra universidad que participa como responsable del servicio social. Cabe señalar que se han realizado reuniones previas con presidentes municipales de trece municipios, así como con las autoridades del sector salud quienes han mostrado su conformidad para el desarrollo del programa de **Servicio Social Regionalizado Municipal** de la Facultad de Medicina Humana de la UNACH.

A los presidentes municipales se les ha dado a conocer el programa para instrumentar el Plan de Desarrollo Municipal, en donde se abordan los subprogramas que se han considerado prioritarios para esta propuesta universitaria.



7. PROGRAMA OPERATIVO

- 7.1. Programa de Atención a la Salud Comunitaria**
- 7.2. Supervisión**
- 7.3. Evaluación**

PROGRAMAS DE ATENCION A LA SALUD COMUNITARIA

LOS PROGRAMAS QUE A CONTINUACION SE MENCIONAN SE ENCUENTRAN INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE ATENCION A LA SALUD QUE TANTO LAS UNIDADES MEDICAS DEL IMSS, COMO EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA SSA SE APLICA ACORDE AL MODELO DE ATENCION VIGENTE.

EN ESTOS PROGRAMAS SE OBSERVAN LOS OBJETIVOS Y LAS ACCIONES QUE EL PASANTE DE MEDICINA DEBE DE DESARROLLAR, SE MENCIONAN TAMBIEN ALGUNAS ACTIVIDADES QUE EL EQUIPO DE ENFERMERIA Y EL DE TECNICOS EN SALUD COMUNITARIA DESARROLLAN POR CONSIDERARLO ESTRATEGICO PARA QUE EN SU APLICACIÓN NO SE PIERDA DE VISTA EN EL ENFOQUE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO.

ESTOS PROGRAMAS HAN SIDO SELECCIONADOS EN FORMA CONJUNTA CON LAS INSTITUCIONES DE SALUD RESPECTIVAS.

ESTRATEGIAS:

Siguiendo los lineamientos del Programa Nacional de Salud 2001-2006, las estrategias a seguir están basadas en las prioridades de salud contempladas por grupos (etáreos) las cuales surgen a partir del diagnóstico Estatal de Salud con la finalidad de alcanzar la calidad en el otorgamiento de servicios a la población.

I. SALUD DEL NIÑO

La promoción de la salud y prevención de la enfermedad abordarán los aspectos de crecimiento, desarrollo psicosocial y motor, salud preescolar y escolar, inmunizaciones, salud oral, uso adecuado de medicamentos, prevención de malformaciones congénitas y prácticas sostenidas del ejercicio físico, en daños a la salud, las actividades se dirigen a la atención de las enfermedades diarreicas y respiratorias, priorizando en el corto y mediano plazo la lucha contra la desnutrición de la población menor de 5 años.

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) y las enfermedades diarreicas (EDAS) ocupan el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 1 año tiene más riesgo de morir por IRA y los preescolares por EDAS.

A) MANEJO EFECTIVO DE ENFERMEADES DIARREICAS

OBJETIVOS: Contribuir a disminuir la morbilidad por enfermedades diarreicas agudas en los niños menores de 5 años de edad.

ESPECIFICOS:

- a) Mejorar la calidad de la atención del paciente con enfermedad diarreica en las unidades de salud y en el hogar.
- b) Difundir entre el personal de salud, la metodología de la consulta educativa para elevar el nivel de conocimientos de las madres, respecto al manejo de niños con diarrea en el hogar.
- c) Fomentar la lactancia materna hasta los 4 a 6 meses de edad.
- d) Impulsar la higiene personal y doméstica
- e) Gestionar la disponibilidad de agua limpia para el consumo y el saneamiento básico.

El 80% de los casos de EDA es producido por rota virus escherichia coli, salmonella sp, y campilobacter jejuni, también está plenamente reconocido que la deshidratación es la causa principal de la muerte en las enfermedades diarreicas, lo cual se puede evitar con la terapia de hidratación oral (tho) con sueros de vida suero oral (vso).

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000 HABITANTES
Médico P.S.S Enfermera P.S.S Técnico en salud comunitaria	Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar.	-Educación para la salud	26
		-Información y capacitación a la población	
		-Capacitación y atención medica	26
		-Abasto de sobres V.S.O	106
		-Referencia oportuna para tratamiento a niveles de atención	6
		-Reconocimiento de signos de alarma	26
		-Realización de autopsias verbales	6
		-Educación para la salud	6
		-Promoción y saneamiento básico (higiene del hogar, higiene personal, higiene de alimentos)	
		-Ministración de antiparasitarios	6

B) MANEJO EFECTIVO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

OBJETIVO GENERAL.- Contribuir en la disminución y control de la morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años de edad.

ESPECIFICOS:

- Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 4 o 6 meses y complementarla hasta los 2 años de edad.
- Suministrar periódicamente vitamina A entre la población infantil menor de 5 años de edad.
- Apoyar el programa de vacunación Universal contra el sarampión y DPT.
- Capacitar a las madres que tengan hijos menores de 5 años de edad en el manejo efectivo de infecciones respiratorias agudas.
- Impulsar el tratamiento efectivo de los casos en todas las unidades médicas de 1° y 2° Nivel de Atención que ha sido propuesto por la OMS – UNICEF – OPS para los casos de infecciones respiratorias agudas y sus complicaciones.
- Mantener al abasto oportuno de fármacos y equipo necesario para el tratamiento efectivo de los casos.

De las IRAS, la neumonía constituye la forma más grave y es responsable del 80% de los fallecimientos por estos padecimientos. Los agentes bacterianos son los patógenos más frecuentemente identificados.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL POR 3000 HAB.
Médico P.S.S Enfermera P.S.S Técnico en salud comunitaria P.S.S	Manejo efectivo de las infecciones respiratorias agudas.	-Educación para la salud -Reconocimiento de signos de alarma en niños menores de: - 1 año - De 1 a 4 años - De 5 a 14 años -Tratamiento específico -Referencia oportuna para tratamientos a niveles de atención -Capacitación a madres	3 45 36 45 6 45

C) VIGILANCIA DE LA NUTRICION Y CRECIMIENTO DEL NIÑO

OBJETIVOS:

Realizar la detección, vigilancia y promoción de un adecuado estado de nutrición y crecimiento en los menores de 5 años.

ESPECIFICOS:

- a) Realizar la detección del estado de nutrición de los niños entre 1 y 4 años de edad y la promoción para que los menores de 1 año sean valorados en su nutrición y crecimiento.
- b) Efectuar pláticas para promover una mejor alimentación familiar a través de la capacitación a madres de familia

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3000 HABITANTES
Médico P.S.S Enfermera P.S.S Técnico en salud comunitaria P.S.S	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a todos los menores de 5 años que viven en la comunidad. - Promover la valoración del estado nutricional de todos los niños menores de 5 años. - Canalizar a los niños con problemas de nutrición a la unidad de salud. - Efectuar seguimiento periódico del estado nutricional de todos los niños menores de 5 años. - Orientar sobre cuidados alimentarios e higiénicos del menor de 5 años. - Promover una mejor alimentación familiar a través de la capacitación a madres. - Promover y vigilar que los menores de 5 años reciban vitamina A en la semana Nacional de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> -Educación para la salud -Identificación de menores de 5 años -Detección -Diagnóstico -Referencia -Seguimiento -Ministración de micronutrientes a preescolares -A madres embarazadas 	<ul style="list-style-type: none"> 456 38 19 7 19 2090 385

D) PROGRAMA DE VACUNACION UNIVERSAL

OBJETIVO GENERAL: Mantener la erradicación del virus silvestre de la poliomielitis del territorio nacional, eliminar el sarampión, la difteria y el tétanos neonatal y controlar la tosferina y las formas graves de tuberculosis.

ESPECIFICOS:

- a) Mantener y en su caso incrementar las coberturas de vacunación, según los criterios de certificación, mediante la aplicación de la dosis faltante al grupo de menores de 5 años.
- b) Mantener la uniformidad de los sistemas de control para todas las Instituciones de Salud a través del uso permanente del censo nominal.
- c) Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación como parte del proceso de control de las mismas.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL POR 3000 HAB.
Médico P.S.S Enfermera P.S.S Técnico en salud comunitaria P.S.S	Programa de vacunación universal.	-Educación para la salud -Elaboración de censo nominal Identificación de susceptibles menores de 1 año De 1 a 4 años De 5 a 14 años -Ministración de vacunas a menores de 1 año BCG DPT SABIN DE 1 A 4 AÑOS BCG OPT SABIN ANTISARAMPIÓN DE 5 A 14 AÑOS BCG -Aplicar toxoide tetánico a mujeres en edad fértil y embarazada -Aplicar biológico del P.A.I (otras vacunas)	84 34 29 7 21 21 31 24 24 31 72 54

E) SALUD DEL JOVEN

VIH-SIDA.

OBJETIVOS: Prevenir y controlar el VIH/SIDA en grupos vulnerables o de riesgo.

ESPECIFICOS:

- Incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS.
- Garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del Sector Salud.
- Desarrollar estrategias preventivas especiales, de acuerdo a las necesidades de cada grupo y a las mejores prácticas, dirigidas a las poblaciones con prácticas de riesgo, tales como: mujeres, jóvenes, indígenas, personas privadas de la libertad.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000 HABITANTES
MEDICO P.S.S.	<ul style="list-style-type: none"> Prevenición, detección y control de infecciones de transmisión sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> Educación para la Salud. 	4 pláticas
ENFERMERA P.S.S.		<ul style="list-style-type: none"> Información sobre las características de las infecciones transmitidas sexualmente. Promoción de uso de condón. Referir a exámenes de laboratorio los casos sospechosos, 	4 grupos de 50 personas cada uno 3
TEC. EN SALUD COMUNITARIA P.S.S.		<ul style="list-style-type: none"> Notificar los casos. Vigilancia epidemiológica. Incrementar la difusión de campañas que se apeguen a los lineamientos técnicos y que promuevan comportamientos sexuales excentos de riesgo para prevenir la transmisión del VIH/SIDA e ITS. Desarrollar estrategias preventivas especiales, de acuerdo a las necesidades de cada grupo y a las mejores prácticas, dirigidas a las poblaciones con prácticas de riesgo, tales como: mujeres, jóvenes, indígenas, personas privadas de la libertad. 	100% 3 Distribuir 200 trípticos 100 folletos 5 carteles

F) SALUD DE LOS/LAS ADOLESCENTES:

OBJETIVO:

- Proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente, a la información, educación comunicación y servicios de salud sexual y reproductiva con una visión integral.
- Fomentar en las/los adolescentes actividades y conductas responsables que le permitan asumir su sexualidad de manera autónoma y con el menor riesgo posible.

ESPECIFICOS:

1. Fomentar una cultura de salud integral de las/los adolescentes, en los prestadores de servicios, padres de familia, maestros y en los propios adolescentes.
2. Brindar a la población adolescente, atención en salud física y mental, por personal técnicamente capacitado.
3. Proporcionar orientación a la población adolescente para que el ejercicio de su sexualidad sea de manera informada y responsable, con el fin de garantizar de modo integral la transición a la vida adulta.
4. Informar a la población adolescente sobre los riesgos de maternidad temprana, adicciones y enfermedades de transmisión sexual.
5. Coadyuvar a la sensibilización de la población, en edad fértil, en la importancia del riesgo preconcepcional, el control prenatal, la atención del parto, la vigilancia del puerperio y el control del recién nacido.
6. Brindar atención y orientación para la prevención y diagnóstico de infertilidad.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3000 HABITANTES
Médico, P.S.S. Enfermera P.S.S Técnico en salud comunitaria P.S.S	<ul style="list-style-type: none"> - Atención integral a los adolescentes que acudan a solicitar los servicios. - Promoción y difusión de los servicios que se brinda a los adolescentes. - Promoción y difusión de los servicios de atención que brindan las unidades aplicativas, en la atención de los/las adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta a adolescentes - Platicas - Seguimiento a pacientes. 	<p>30</p> <p>30</p> <p>30</p>

G) SALUD REPRODUCTIVA

OBJETIVO GENERAL.- Que toda la población tenga acceso a información amplia y a una gama completa de servicios de salud con calidad y con una clara perspectiva de género.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Establecer estrategias para la identificación y manejo de los riesgos preconcepcionales, obstétricos y perinatales e incrementar la calidad de la atención a la salud materna en las unidades de 1° y 2° niveles.
- b) Definir el conjunto de servicios esenciales para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en el sistema nacional de salud.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL POR 3000 HAB.
Médico, P.S.S. Enfermera P.S.S. Técnico en salud comunitaria, P.S.S.	Planificación familiar	-Educación para la salud -Consejería a los adolescentes y población en riesgo de 2 grupos de: -Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos. -Referencia a los niveles correspondientes para la aplicación de: DIU Salpingoclasias y vasectomías sin bisturí	30 55 6 3
	Atención de la mujer durante el embarazo, puerperio y atención del recién nacido.	-Educación para la salud materna-infantil -Identificación de embarazadas -Consulta prenatal de primera vez y subsecuente -Referencia de embarazadas de alto riesgo a niveles de atención correspondiente a: -Aplicación de toxoide tetánico -Ministración de hierro a embarazadas -Promoción de lactancia materna -Atención del parto eutócico en el primer nivel de atención -Atención inmediata al recién nacido -Prevención y detección oportuna de bajo peso al nacer -Referencia del recién nacido con problemas -Toma de tamiz para prevención y detección del retraso mental por hipotiroidismo congénito -Aplicación de vacunas BCG y SABIN al recién nacido Vigilar puerperio inmediato (Primeras 24 horas postparto normal) -Promoción lactancia materna exclusiva	4 21 12 21 21 4 4 1 1 21 21 21

H) ADICCIONES

OBJETIVOS.- Disminuir el uso y abuso de bebidas alcohólicas, tabaco y sustancias adictivas, así como brindar atención oportuna a los casos de Fármaco – dependencia y problemas asociados al consumo de drogas en la población del Estado de Chiapas.

ESPECIFICOS:

- Conocer la magnitud del problema del uso y abuso de drogas en el Estado.
- Promover estilos de vida saludables en la población, a fin de disminuir las enfermedades asociadas al consumo de drogas.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000 HABITANTES	
MEDICO P.S.S.	- Información publica	- Pláticas		
		• Alcoholismo	10	
		• Tabaquismo	10	
		• Farmacodependencia	10	
	- Participación comunitaria	• Sesiones de Educación para la salud.	10	
		- Atención curativa		
		- Participación comunitaria	- Formar redes juveniles contra las adicciones	4
			- Apoyar a grupos	100%
			- Promover actividades	3
			• Deportivas	2
• Culturales				
- Elaborar diagnostico farmacodependiente				
ENFERMERA P.S.S.	- Información publica	• Tabaquismo		
		• Alcoholismo		
		- Orientación		
		- Detecciones		
		- Referencias		
		- Desintoxicaciones		
		- Participación comunitaria	- Pláticas	4
			• Alcoholismo	4
			• Tabaquismo	4
			• Farmacodependencia	4
	- Participación comunitaria	• Sesiones de educación para la salud	4	
		- Apoyo para la formación de redes juveniles	100%	
TEC. EN SALUD COMUNITARIA P.S.S.	➤ Participación en actividades de días conmemorativos: día mundial sin fumar, Día internacional de la lucha contra el tráfico ilícito de drogas	- Apoyo a grupos	100%	
		- Promover actividades deportivas y culturales	100%	

III. SALUD DEL ADULTO.

I) PREVENCIÓN Y CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES

OBJETIVO GENERAL.- Proporcionar elementos que ayuden a identificar, prevenir, controlar y tratar a los individuos que padecen hipertensión y diabetes mellitus.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores que influyen en la aparición de la hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- Brindar orientación para el control de un paciente con hipertensión arterial.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL POR 3000 HAB.
Médico, P.S.S. Enfermera, P.S.S. Técnico en salud comunitaria, P.S.S.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a la comunidad las medidas de prevención, control y tratamiento de la hipertensión arterial. - Conocer la importancia sintomatológica y factores de riesgo de la diabetes mellitus. - Explicar a la comunidad las medidas para vigilar al paciente diabético. 	-Educación para la salud	105
		-Detección de hipertensión en pacientes de 25 y mas años	84
		-Tratamiento oportuno y adecuado en pacientes con hipertensión	11
		-Tratamiento oportuno y adecuado en pacientes con diabetes	14
		-Detección de diabetes en pacientes de 40 o más años	1
		-Referencia oportuna de hipertensos a niveles de atención	1
		-Referencia oportuna de diabéticos a niveles de atención	84
		-Abasto de medicamentos en: Hipertensos	11
		Diabéticos	
		-Capacitación y atención médica	

J) PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS PULMONAR

OBJETIVOS: Interrumpir la cadena de transmisión de la tuberculosis, mediante el Diagnóstico oportuno y el ingreso a tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES).

ESPECÍFICOS:

- Aplicar los conocimientos teóricos para diagnosticar oportunamente la tuberculosis entre la población demandante de consulta.
- Ingresar al 100% de los casos diagnosticados a tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES).

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL POR 3000 HAB.
Médico, P.S.S. Enfermera, P.S.S. Técnico en salud comunitaria P.S.S.	Prevención y control de tuberculosis pulmonar	-Educación para la salud -Detección de tosedores crónicos -Promoción de participación social -Mejoramiento de la nutrición y vivienda -Aplicación de BCG a contactos no vacunados y quimio-profilaxis -Abasto de medicamentos -Tratamiento supervisado y casos confirmados y de contactos	3 3 15 3

K) MORTALIDAD MATERNA

OBJETIVOS: Con las premisas básicas de un embarazo saludable y un parto puerperio seguros, fortalecer la capacitación continua con enfoque de riesgo, con la visión al año 2006 de reducción en un 35% la tasa de mortalidad materna en relación a la reportada para el 2001.

ESPECÍFICOS:

- a) Disminuir la mortalidad materna intra hospitalaria.
- b) Atención prenatal con calidad.
- c) Atención del parto y puerperio por personal capacitado.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000 HABITANTES
Médico, P.S.S.	- Reducir la mortalidad materna intra hospitalaria	- Atención de las urgencias obstétricas.	100%
		- Garantizar insumos para la atención de las urgencias obstétricas.	80%
	- Atención prenatal con calidad	- Capacitación para la atención prenatal con calidad.	1
		- Referencia oportuna de embarazos con factores de riesgo.	100%
		- Censo de embarazadas.	2 por año
		- Censos de parteras tradicionales.	2 por año
Enfermera, P.S.S.	- Atención del parto y puerperio	- Capacitación para el desempeño en la atención del parto, del recién nacido y del puerperio.	1
		- Garantizar insumos para la salud.	80%
		- Notificación inmediata de muerte materna.	100%
Técnico en salud comunitaria P.S.S.	- Vigilancia epidemiológica específica	- Dictaminación de la defunción.	100%

L) CACU

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la morbilidad por cáncer cervicouterino en la población femenina del Estado.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Incrementar la detección oportuna por cáncer cervicouterino
- Brindar servicios de calidad para la detección, tratamiento y seguimiento de mujeres con cáncer cervicouterino

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000 HABITANTES
MEDICO P.S.S.	- Asegurar la citología cervical clínica cada 3 años en mujeres de 25 – 64 años con dos citologías previas anuales consecutivas con resultados.	- Estratificar la población femenina existente de 25 – 64 años por grupo etéreo.	2 por año
		- Focalizar la atención en grupos de edad prioritarios así como atención del rezago existente.	4 por mes
		- Ofertar sistemáticamente la toma de citología en todos los servicios existentes.	20
		- Asegurar la aceptación voluntaria e informada de la usuaria.	20
		- Toma de la citología durante toda la jornada de trabajo del personal de salud de la unidad médica.	4
ENFERMERA P.S.S.		- La toma de la citología la deben e realizar un médico o enfermera, debidamente capacitados.	
	- Garantizar al 100% la entrega de resultados a las usuarias y antes de 30 días.	20	
TEC. EN SALUD COMUNITARIA P.S.S.		- Disponer permanentemente de los insumos necesarios para la toma de citología.	12 meses

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000 HABITANTES 2 por año
MEDICO P.S.S.	- Aplicar el diagnostico y tratamiento oportuno de lesiones premalignas y cáncer.	- Garantizar el manejo adecuado de los procesos inflamatorios, así como el seguimiento y control de acuerdo al cuadro del tratamiento del programa.	100%
ENFERMERA P.S.S.	- Garantizar al control de calidad en todas las etapas del programa.	- Localizar y referir a clínicas de displacías a las mujeres con citologías positivas o anormales para su atención o tratamiento correspondiente.	100%
		- Tomar la muestra a toda mujer de 25 – 64 años con un periodo tri – anual posterior a dos citologías negativas y su control a través de la cartilla Nacional de Salud de la mujer.	100%
TEC. EN SALUD COMUNITARIA P.S.S.	- Fortalecer las actividades de información, educación y comunicación.	- Participar en la evaluación del control de calidad en la toma de la muestra considerando que las laminillas inadecuadas no excederán al 3% de laminillas estudiadas, basadas en los registros de PROCACU 2000 Y SISPA.	100%
		- Coordinar con grupos comunitarios la difusión de acciones de prevención y control del cáncer cervicouterino	4
		- Aplicar materiales educativos adecuados a la cultura y estilo de vida de su población.	100%
		- Aprovechar eventos comunitarios para promover la atención oportuna y la toma de citología cervical.	4
		- Usar materiales y técnicas alternativas (sociodramas, teatro guiñol, periódicos murales, etc.) para la difusión de materiales de riesgo.	2

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000 HABITANTES
MEDICO P.S.S.	- Eficientar la vigilancia epidemiológica y gerencia del programa a través del uso del PROCACU 2000.	- Generar mensajes y pláticas, específicas para la población masculina, con la finalidad de promover su participación en la prevención del Ca Cu.	3
ENFERMERA P.S.S.		- Otorgar pláticas en las salas de espera, para difundir factores de riesgo y toma de citología cervical.	20
		- Registrar en forma concreta y completa la información en el formato solicitud y reporte de resultado de citología cervical, en original y copia con letra legible.	100%
		- Enviar al laboratorio de citología cada semana original y copia de los formatos junto con la laminilla correspondiente.	4
		- Entregar inmediatamente los resultados del estudio citológico a las usuarias, priorizando los casos positivos.	100%
		- Asegurar la referencia y seguimiento de los casos positivos de displacias y cáncer.	100%
TEC. EN SALUD COMUNITARIA P.S.S.		- Repetir la toma de muestra en toda mujer que presente displacia cada 6 meses durante 3 años.	100%
	- Promover y apoyar las actividades de investigación en el programa.		
	- Promover la investigación operativa sobre cáncer cervicouterino.	- Fomentar la investigación operativa para obtener conocimientos sobre la dinámica, distribución y necesidades de la población a quien va dirigida las acciones del programa.	



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



M) CANCER DE MAMA

OBJETIVO:

- Disminuir la mortalidad por cáncer mamario en la población femenina del Estado de Chiapas.
- Incrementar la detección oportuna por cáncer mamario.
- Brindar servicios de calidad para la detección tratamiento y seguimiento de mujeres con cáncer mamario.

ESPECIFICOS:

- Difundir y promover la aplicación de la NOM-PROY-NOM-041-SSA A2 2000. Para la prevención, tratamiento control y vigilancia Epidemiológica del cáncer de mama.
- Ofertar sistemáticamente en las Unidades de Salud, la enseñanza de la autoexploración mamaria a toda mujer desde menarca y el examen clínico de mamas a mayores de 25 años.
- Sensibilizar a la población femenina y al prestador de servicios sobre factores de riesgo y la importancia de la detección oportuna.
- Integrar actividades de comunicación educativas dirigidas al público en general con énfasis en la población femenina.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000 HABITANTES
MEDICO P.S.S.	<ul style="list-style-type: none"> - Detección oportuna. - Autoexploración. - Examen clínico sistemático (factores de riesgo). - Canalizar a 2° nivel de atención Médica. - Envío a mastografías. - Platicas - Detección oportuna - Enseñanza de autoexploración mamaria. - Platicas informativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clínico. - Enfoque de riesgo. - Referencia 2° nivel de atención. - Seguimiento a pacientes. - Platicas con enfoque de riesgo. - Enseñanza de autoexploración mamaria. 	<p>649x3000 habitantes 649x3 consulta al año =1.947 78 exploraciones clínicas por mes</p> <p>78 enseñanzas de autoexploración mamaria por mes</p> <p>30 pláticas por mes</p> <p>30 pláticas por mes</p>
ENFERMERA P.S.S.	<ul style="list-style-type: none"> - Canalizar pacientes a consulta con médico pasante servicio social. - Platicas sobre cáncer mamario enfoque de riesgo - Enseñanza de autoexploración mamaria mensual. - Referencia de pacientes con el médico pasante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de Ca. Mama. Referencia a Médico pasante en Servicio Social. - Realizar pláticas a grupos de mujeres vulnerables. - Enfoque de riesgo. - Enseñanza de autoexploración mamaria. - Enseñanza de auto cuidado de salud, detección de cáncer mamario. - Canalizar pacientes a médicos pasantes en servicio social. 	<p>20 pláticas por mes</p> <p>Canalizar pacientes a médicos pasantes en servicio social cuando se les detecte patología mamaria.</p>
TEC. EN SALUD COMUNITARIA P.S.S.			

N) PLANIFICACION FAMILIAR

OBJETIVOS:

- Contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados, mediante la oferta sistemática de métodos anticonceptivos modernos y confiables y la prestación de servicios de calidad a toda la población, con énfasis en las áreas rurales y urbanas marginados, a los y las adolescentes y a las comunidades indígenas.

ESPECIFICOS:

- Garantizar el acceso a la información, educación y servicios de planificación familiar a la población.
- Mejorar la calidad de los servicios de Planificación Familiar en todos los niveles respetando los derechos reproductivos y el consentimiento informado de la población.
- Aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en los municipios de alta prioridad.
- Incrementar la participación del varón en el uso de métodos anticonceptivos.
- Contribuir a ampliar el espacio intergenésico a través del reforzamiento de las prácticas de la anticoncepción. Post-evento obstétrico.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000 HABITANTES
MEDICO P.S.S. ENFERMERA P.S.S. TEC. EN SALUD COMUNITARIA P.S.S.	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar información amplia sobre los beneficios y riesgos de la planificación familiar en términos de salud, calidad de vida y bienestar familiar. - Garantizar el consentimiento informado de las/los usuarios en la elección de un método para la regulación de la fertilidad. - En los diferentes niveles de atención toda consulta de planificación familiar de primera vez requiere de la de la apertura o actualización del expediente clínico, la historia clínica notas de de evaluación (incluyendo signos vitales, peso corporal, examen de mamas, exploración ginecológica y toma de citología cervicouterina. - Brindar información amplia sobre los beneficios y riesgos de la planificación familiar en términos de salud calidad de vida y bienestar familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de Planificación Familiar - Seguimiento a pacientes - Platicas sobre planificación familiar 	<p>80</p> <p>100%</p> <p>20</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar el consentimiento informado de las/los usuarios en la elección de un método para la regulación de la fertilidad. - Brindar información amplia sobre los beneficios y riesgos de la planificación familiar en términos de salud, calidad de vida y bienestar familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de Planificación Familiar. - Seguimiento a pacientes. - Platicas sobre Planificación Familiar. 	<p>20 platicas por mujer</p> <p>20 platicas por mujer</p>

P) DENGUE

OBJETIVOS: Reducir y mantener bajo control epidemiológico el dengue hemorrágico en el territorio del Estado de Chiapas.

ESPECIFICOS:

- a) Disminuir los índices larvarios de infección aedica por debajo de los umbrales de riesgo para la transmisión
- b) Lograr que la comunidad conozca, acepte, participe y se responsabilice en el auto cuidado de la salud.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000 HABITANTES
MEDICO P.S.S. ENFERMERA P.S.S. TEC. EN SALUD COMUNITARIA	- Tratamiento anti larvario - Participación Comunitaria (saneamiento básico)	- Participar en la coordinación de la aplicación de abato al 1% en gránulos a todo deposito susceptible de tratamiento. - Organizar y dirigir campañas permanentemente de limpieza para la eliminación de cacharros y maleza del domicilio, coordinadamente con Autoridades Municipales, instituciones y Comunidad.	4 4

Q) PALUDISMO

OBJETIVOS:

Alcanzar el control epidemiológico del padecimiento en todo el territorio del Estado de Chiapas.

ESPECIFICOS:

- a) Mantener en cero la mortalidad por paludismo.
- b) Eliminar la transmisión por Plasmodium falciparum.
- c) Abatir la transmisión en los focos de persistencia palúdica.

RESPONSABLE	ACCIONES	ACTIVIDADES	META MENSUAL X 3,000
-------------	----------	-------------	-------------------------

			HABITANTES
MEDICO P.S.S.	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación progresiva del programa antipalúdico en los diferentes niveles orgánicos de los servicios de salud en el marco de la atención primaria de la salud. - Adiestramiento permanente al personal participante. - Fortalecimiento de la coordinación intra e intersectorial. - Participación activa y responsable de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación para la salud. - Orientación a la población. • Motivar la responsabilidad personal y colectiva. • Promover la solicitud de atención médica y seguimiento del tratamiento. • Participación social. • Sensibilidad de la población. • Medidas generales de control. • Tratamiento médico. • Uso de insecticidas. • Ordenamiento del médico. • Disposición adecuada de aguas negras. • Colocación de mallas protectoras en puertas y ventanas. 	<p>4 pláticas</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>
ENFERMERA P.S.S.			
TEC. EN SALUD COMUNITARIO			

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION

La investigación en salud permite tener un conocimiento acerca de los factores biológicos, psicológicos y sociales que inciden en el proceso salud – enfermedad así como de los factores de riesgo de las medidas que pueden utilizarse para prevenir y limitar el daño del individuo, familia y comunidad.

Para desarrollar investigación en salud en esta etapa formativa, el pasante debe aplicar el método científico en la elaboración o actualización o diagnóstico de salud en la comunidad, en el estudio y seguimiento de casos problema y colaborar en proyectos de investigación, ya sea local, jurisdiccional o estatal, cuando se requiere de su participación, así como en la integración y desarrollo de al menos un proyecto propio.

OBJETIVO:

Integrar las actividades de enseñanza y servicio, a partir de la realización de acciones de investigación, que permitan el estudio y solución de los problemas colectivos de salud más importantes en su comunidad y jurisdicción de adscripción.

		TRIMESTRE			
		1º	2º	3º	4º
Elaboración del diagnóstico de salud bajo la modalidad de "investigación de servicios de salud"	A. IDENTIFICACION DE LA COMUNIDAD a) Llenado de la caratula b) Croquis de la localidad o área de influencia c) Población (grafica por años de edad)	●			
	B. DAÑOS A LA SALUD a) Diez principales causas de enfermedad general b) Cinco principales causas de enfermedad en menores de 5 años c) Condicionantes d) Recursos para la atención de la salud e) Programación f) Información adicional	●			
Elaboración de canales endémicos mensuales, para los últimos 5 años, de las 3 causas de morbilidad más frecuente.	Información de 5 años atrás por año y mes	●			
Proyecto de investigación	Elaboración de un proyecto de investigación aprobada Conducción del proyecto de investigación Elaboración del escrito médico.	●	●	●	●
Registro de actividades y reporte final.					●

SUPERVISION

La supervisión a pasantes en servicio social se dirigió fundamentalmente a favorecer el desarrollo académico y profesional del mismo, mediante actividades docentes que facilitan el desarrollo del programa de servicio social.

Siendo considerada esta etapa como parte del proceso educativo enseñanza – aprendizaje, donde el pasante es apoyado por el equipo zonal encargado del seguimiento y evaluación de las actividades médico-asistenciales y comunitarias desarrolladas por el pasante.

Esta supervisión se realizara cada tres meses por la institución educativa en coordinación en cada jurisdicción.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
COORDINACION DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO Y SERVICIO SOCIAL



“

OBJETIVOS GENERALES..

1. Supervisar y evaluar el cumplimiento del programa de servicio social.
2. Supervisar y evaluar la continuidad académica del pasante en servicio social.
3. Favorecer el desarrollo académico y fortalecer las habilidades del pasante en la solución de problemas inherentes al desarrollo de su servicio social.
4. Propiciar en el pasante en servicio social interés por realizar protocolos de investigación y favorecer el desarrollo de los mismos.

EVALUACION

La evaluación responde siempre a una preocupación por el bienestar de la comunidad específica servida, y a establecer si el programa de servicio social está fundamentado y sus resultados son satisfactorios, tanto por la comunidad, como por el alumno y la institución social.

La evaluación implica un proceso continuo que se realizara trimestralmente en cada visita de supervisión, con elementos recabados de esta y acorde a los objetivos para cada subprograma de servicio social.

El propósito de la evaluación está encaminado a determinar los logros del alumno en las distintas actividades del desarrollo de servicio social, atención integral a la salud, medicina asistencial y comunitaria, docencia e investigación, además de permitir verificar las actividades de carácter técnico administrativo.

Para dar objetividad a este proceso de evaluación; se utilizara como instrumento de medición una cedula previamente diseñada tomando como base todas las actividades contenidas en programa de servicio social, susceptibles de ser evaluadas, que consta de 3 áreas a evaluar:

- a) Atención integral y promoción a la salud
- b) Educación continua
- c) Investigación

Cedula de evaluación trimestral para pasantes en servicio social del área de salud.

CEDULA DE EVALUACION TRIMESTRAL

NOMBRE _____

TRIMESTRE _____

1º 2º 3º 4º

AREA	ACTIVIDADES A EVALUAR	CALIFICACION
ATENCION INTEGRAL A LA SALUD	PROMUEVE Y FOMENTA LA SALUD INDIVIDUAL FAMILIAR Y COMUNITARIA.	_____
	PARTICIPA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE PROTECCION ESPECIFICA	_____
	COLABORA EN LA ATENCION DE PACIENTES Y FAMILIARES EN FORMA OPORTUNA, LIMITACION DEL DAÑO Y REHABILITACION DEL PACIENTE.	_____
	REGISTRA ADECUADAMENTE LOS DATOS QUE SE LE INDICAN EN LOS FORMATOS INSTITUCIONALES Y EN SU REGISTRO TRIMESTRAL.	_____
	REGISTRA ADECUADAMENTE LOS DATOS QUE SE LE INDICAN EN LOS FORMATOS INSTITUCIONALES Y EN SU REGISTRO TRIMESTRAL	_____
EDUCACION CONTINUA	PARTICIPA EN LAS SESIONES ACADEMICAS PROGRAMADAS EN FORMA ACTIVA Y OPORTUNA	_____
	CALIDAD DE LA MONOGRAFIA ELABORADA DURANTE EL TRIMESTRE CONFORME A LA TEMATICA PROGRAMADA	_____
	UTILIZA ADECUADAMENTE METODOS Y TECNICAS DIDACTICAS EN EL FORMATO DE REGISTRO TRIMESTRAL	_____
INVESTIGACION	ACTUALIZA EL DIAGNOSTICO DE SALUD AL INICIO DEL SERVICIO SOCIAL Y REGISTRA SUS ACTIVIDADES TRIMESTRALES OPORTUNAMENTE.	_____
	CALIDAD DEL ESTUDIO DEL PACIENTE O FAMILIA, INVESTIGADO DURANTE EL TRIMESTRE.	_____
	TOTAL	
	CALIFICACION TRIMESTRAL (TOTAL ENTRE DIEZ)	