

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXXI

EPOCA V

Núms. 135-136

MAYO - AGOSTO

1982

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

	<u>Pág.</u>
— PRINCIPALES PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y MEDICOS EN LAS UNIDADES MEDICAS	135
Dr. Rodolfo Rojas Rubí Dr. Héctor G. Aguirre C.P. Abraham G. Velázquez Guzmán	
— LA COORDINACION ENTRE LAS AREAS MEDICAS Y ADMINISTRATIVAS COMO FACTOR PRINCIPAL DE LA RACIONALIZACION DEL COSTO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS	143
Dr. Rodolfo Rojas Rubí	
— DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION, CAPACIDAD OPORTUNA Y TECNICA, SU UTILIZACION PARA EL ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES Y TOMA DE DECISIONES	149
Ing. Eduardo Jaber Gómez Ing. Rolando Ramírez Bautista	
— IMPORTANCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION EN RELACION A LA RACIONALIZACION DEL COSTO DE LA ATENCION MEDICA	167
Dr. Salvador Jalife García	
— RACIONALIZACION DE LA ADMINISTRACION DE RIESGOS DEL TRABAJO	187
Lic. Jorge A. Hidalgo Rodríguez	
— IMPORTANCIA DE LA MEDICINA PREVENTIVA	215
Dra. Georgina Velázquez Díaz	
CONFERENCIAS	
— EL FINANCIAMIENTO DE REGIMENES OBLIGATORIOS DE PENSIONES BAJO CONDICIONES DINAMICAS Y LAS NUEVAS MATEMATICAS ACTUARIALES	231
Peter Thullen	
— LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA	249
Dr. Gastón Novelo	

IMPORTANCIA DE LA MEDICINA PREVENTIVA

Dra. Georgina Velázquez Díaz

Titular de la Jefatura de Servicios
de Medicina Preventiva.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Como en cualquier otro campo de la ciencia médica, la Medicina Preventiva ha surgido del temor individual y colectivo a perder la salud; miedo sentido por todos, en todas partes, progresivamente transformado en necesidad del hombre por evitar la enfermedad y la muerte.

Hasta hace muy poco tiempo la enfermedad como sinónimo de pérdida de la salud es atendida mediante acciones de tipo curativo y rehabilitatorio, cuyo propósito franco es restaurar el estado de salud exclusivamente.

Aunque, ciertamente, el avance logrado en la lucha contra la enfermedad, la invalidez y la muerte ha sido enorme, debido en gran medida al avance científico y tecnológico de las ciencias biomédicas y sociales y a la creación de servicios integrales en los que las acciones de prevención, curación y rehabilitación forman parte de un todo global que es el ejercicio de la medicina moderna, todavía la medicina curativa y rehabilitatoria es considerada como parte de una medicina asistencial que atiende los padecimientos en forma individual y no colectiva, y por lo mismo separada de la Medicina Preventiva, que se enfoca a grandes grupos de población, a controlar oportunamente riesgos, evitar la enfermedad, y a promover en la población general el conocimiento de la higiene y la salud, de tal manera que conociendo los riesgos a que está expuesta la comunidad, actúe oportunamente para conservarse sana.

Cuando cada individuo y la población en su conjunto manifiestan conductas personales y colectivas favorables a la salud y utilizan en el momento oportuno los recursos humanos y materiales de los servicios médicos a su alcance están participando en apoyo de la acción médico preventiva.

El enfoque social, componente ineludible de la Medicina Preventiva, fue claramente interpretado por Leavell y Clark en 1965 cuando declaran que "La Medicina Preventiva es la ciencia y es arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la eficiencia física y mental del individuo y la familia a través de la interrupción de los mecanismos de la enfermedad por medio de acciones individuales y colectivas"; atribuyendo a esta participación un valor incalculable para la creación de condiciones ambientales favorables a la salud y el mantenimiento de una conducta que la beneficie.

En este último caso estaría la demanda de servicios de protección específica.

El conocimiento y la actividad médico preventiva es producto, como en cualquier otro campo de la ciencia, de las condiciones y características sociopolíticas y económicas del momento histórico que atraviesa una nación. George Pickett, Presidente de la Asociación Americana de Salud Pública, en un artículo titulado "Las tres fases de la Medicina Preventiva en Estados Unidos de América", publicado en el boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana en mayo de 1977 dice que: "después de una primera etapa de la Medicina Preventiva en su país, con énfasis en el saneamiento del medio; una segunda, caracterizada por el auge de la tecnología y el crecimiento de la industria del cuidado de la salud, surge una tercera que de alguna manera retornará a los elementos de la primera, dará menos importancia a la tecnología y a la medicina de la segunda, y con una nueva conciencia del proceso de interacción social se preocupará más de los valores y determinaciones sociales".

Mientras que en 1952 Sigerist² dijo en la Universidad de Londres, refiriéndose a los principios que deberían regir la práctica médica:

1º Que toda persona, independientemente de su raza, credo, opinión política, de si es pobre o rico, de si vive en ciudades o zonas rurales, tiene derecho a la atención médica.

2º Que toda la moderna tecnología médica debe estar al servicio de toda persona, incluidos el médico general, el especialista, el hospital, los laboratorios, la enfermería, la atención domiciliaria, etc.

3º Que la prevención debe estar en el primer plano de toda actividad médica. Por supuesto, agrega el autor, siempre habrá accidentes que requieran del cirujano, pero la prevención debe ser lo predominante en el pensamiento médico.

La Medicina Preventiva tiene lugar y acontece en cualquier organización o sistema social, adquiere su mayor importancia en países como el nuestro que presentan características diversas muchas veces paradójicas como:

Población dispersa, tanto en localidades como a nivel de todo el país, con problemas lingüísticos, económicos y culturales, así como de ambiente geográfico, que repercuten negativamente en la conducta que tanto individuos, como familia y colectividad manifiestan.

Desempleo, que impide la incorporación de los individuos a los sistemas de Seguridad Social; dicho problema es consecuencia de desequilibrios socioeconómicos y marginalidad que ocasionan baja productividad y propician la formación de grandes grupos depauperados y desnutridos.

Proceso de industrialización y crecimiento, en algunas áreas propicia la vida sedentaria, el tabaquismo, las tensiones emocionales, los hábitos alimentarios inadecuados, la mayoría de las veces como consecuencia de la publicidad comercial y, finalmente, la contaminación y deterioro del ambiente.

Deficientes niveles de educación en general y de educación para la salud en particular, que determinan limitada responsabilidad de la población hacia el cuidado de su salud.

Condiciones precarias de saneamiento y vivienda que propician la existencia y el desarrollo de padecimiento que ocupan un primer rango en la patología nacional. Aunado a éstos, en estrecha relación negativa, la mala nutrición y hábitos alimentarios inadecuados que afectan a la población en general, fundamentalmente a la niñez (México: 50% de los niños de 1 a 4 años son desnutridos; 35 millones de personas no alcanzan a cubrir la dieta Mínima), agravan la situación y condiciones de salud.

El diagnóstico de salud, resultado de los factores condicionantes antes mencionados, puede resumirse en los siguientes puntos:

- Elevada frecuencia de padecimientos transmisibles, muchos de ellos vulnerables por vacunación y que aún en nuestro país son causa de muerte en casi la mitad de los niños menores de 5 años.
- Incremento de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, diabetes, padecimientos cardiovasculares y renales y de enfermedades neoplásicas, particularmente cáncer cervicouterino y mamario.
- Aparecen simultáneamente enfermedades y causas de muerte atribuibles a una participación del desarrollo socioeconómico, tales como accidentes, alcoholismo, drogadicción y otras, las cuales han sido denominadas enfermedades sociales.

Atender los problemas de salud que una población tan dispersa tanto dentro de las localidades mismas como en todo el ámbito nacional y con una patología del subdesarrollo participando con otra observable en países desarrollados, implica la inversión de gran cantidad de recursos financieros, de capacidad física instalada y de recursos humanos, que afectan la economía y muchas veces resultan incosteables o difíciles de lograr, si a esto se agrega el que la opinión política necesita proyectar una imagen de resultado a corto plazo y que por lo tanto da prioridad a inversiones en otros sectores que le permiten esto, puede comprenderse la escasez de asignación de recursos para la solución de estos problemas.

En todas las épocas y en todos los tiempos, la población ha manifestado de distintas formas una conducta de interés hacia los aspectos preventivos. Los pueblos mesopotámicos expresan esta preocupación al utilizar amuletos que aún hoy conservan los "civilizados" habitantes de las grandes urbes del mundo occidental; lo mismo acontece con mayas, incas y araucanos con sus ofrendas y oraciones a los dioses rezando por su salud. La más antigua demostración del proceder preventivo es la inoculación con canuto de bambú del líquido de una pústula nasal de viruela por los chinos en el año 2800 a.C.

El "tratado de higiene personal de Galeno" es una de las primeras comunicaciones científicas en que se revelan las medidas individuales que deben ser realizadas para mantener la salud personal.

El comienzo de la investigación científica para prevenir las enfermedades mediante la inmunización está marcado por el experimento inmunológico de Jenner en 1776, que publicó dos años más tarde bajo el título de "Investigación sobre la causa y efectos de la viruela vacuna".

En nuestro país es muy popular el proverbio de "más vale prevenir que lamentar" que expresa la sabiduría popular sobre prevención, cuyo origen se remonta a la época prehispánica. Fray Pánfilo de Benavente refiere recomendaciones de los códices aztecas en los que se hace patente el carácter preventivo, como la que expresa "al principio de las comidas lávate las manos".

En la época colonial se dan ordenamientos con amenaza de castigo a los que no limpiaban las calles, lotes baldíos o protegían depósitos de agua, así como los que no se vacunaban.

El respaldo legal que requiere la acción preventiva surge con la primera legislación sobre la materia, en el año de 1920. En la década de 1930 a 1940 se declara la necesidad imprescindible de la participación comunitaria para lograr elevar el nivel de salud. Además se creó el servicio social ejidal y se aprueba el servicio social médico obligatorio, consolidándose así la participación de la comunidad médica en los programas de salud, declarándose como principio rector que "el médico debe integrarse a la comunidad para cumplir su misión".

La Dirección de Bienestar Social Rural, creada en 1953, plantea la obligatoriedad de trabajar a "comunidad abierta" para atender la necesidad de salud de la población.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social y como consecuencia de las recomendaciones de organismos internacionales de Seguridad Social, los programas son enfocados, más que a la prevención, a la institución de la salud ya perdida. Sin embargo, posteriormente se reconoce la importancia de la Medicina Preventiva en las instituciones de Seguridad Social, al

afirmar en 1951 que el trabajador no sólo debe ser protegido de eventualidades negativas, sino que tiene derecho al bienestar, como consecuencia de su participación en la riqueza nacional.

En 1969 se establecen como prioritarios los programas médico-preventivos con la esperanza de reducir los costos de la atención médica y combatir las causas, en su origen, que afectan la salud e inciden en la productividad, y se establece como norma que los servicios médicos de la Seguridad Social deben ser de carácter integral; norma cuya instrumentación ya se había iniciado desde 1950, aunque la manera limitada, mediante los programas de prevención de padecimientos transmisibles a través de la protección específica y la promoción de la salud.

En forma progresiva, posteriormente, se van incorporando nuevos programas; la detección oportuna de ciertos padecimientos seleccionados por su mayor frecuencia en la población amparada, la vigilancia del estado nutricional y la educación para la salud, el mejoramiento del ambiente y de la vivienda, etc.

Son ejemplos de las nuevas acciones del quehacer preventivo que la Seguridad Social está realizando y ahora, no solamente para la población derechohabiente sino también para grupos humanos no cotizantes, que habitan en comunidades rurales y urbanas marginadas, mediante el programa de Solidaridad Social cuya aplicación real se manifiesta en el sistema IMSS-COPLAMAR, las Brigadas de Medicina Preventiva a Centros Laborales y de Saneamiento de la Vivienda Familiar, así como los servicios regulares del Instituto.

Actualmente Políticas de Salud en el país

Plan Global de Desarrollo 1980-1982 establece importancia de las acciones médico-preventivas a áreas marginadas rurales y urbanas.⁶

Atención de padecimientos infecciosos y enfermedades transmisibles, aplicar esquemas completos de vacunación a población menor de 5 años, servicios de detección oportuna, contribuir a reducir índices de desnutrición en zonas marginadas; ampliar en población atendida con los servicios de agua potable y alcantarillado, e incorporar a los beneficios de la Seguridad Social la población que aún permanece al margen de ella.

Actualmente en el IMSS

Organización en 3 niveles:

1. Técnico normativo central.
2. Coordinador Asesor facilita retroinformación: promueve evaluación sistemática, agiliza implantación de acciones.
3. Operativo: Adecua programas a condiciones epidemiológicas locales para optimizar recursos.

Políticas, Estrategias, Objetivos

Para establecer las políticas, estrategias y programas de medicina preventiva es necesario disponer de información básica y confiable.

Salud, se mide en términos de pérdida: enfermedad y muerte.

Es necesario tener un sistema que aporte la información básica que permita establecer programas acordes con la realidad.

Logros en materia de información:

1. Mortalidad hospitalaria hasta 1980.
2. Motivos de consulta en población usuaria 1980.
3. Padecimientos transmisibles actualizada (boletines, epidemiológicos).
4. Futuro: morbilidad y mortalidad en el medio rural.

Además: Predicciones sobre comportamiento de padecimientos según se mantengan acciones previstas o no, en relación con sarampión y poliomielitis.

Políticas

- Extender los beneficios de la medicina preventiva a toda la población derechohabiente.
- Lograr que las acciones preventivas estén acordes con las prioridades según el diagnóstico de salud, representado fundamentalmente por las enfermedades transmisibles agudas y las crónicas y degenerativas.
- Pugnar porque la educación para la salud sea un componente básico de todas las acciones médicas a fin de que la población participe en forma activa y decidida en el cuidado de su salud.
- Contribuir a la formación y superación de los recursos humanos en el campo de la medicina preventiva.
- Favorecer la coordinación con otras instituciones.
- Promover las investigaciones epidemiológicas y operativas para mejorar los programas médico preventivos, principalmente en las enfermedades transmisibles agudas y las crónicas y degenerativas.

Estrategias

- Fomentar la participación de todo el personal en los Programas de Medicina Preventiva.
- Acercar los servicios de prevención a la población que no ha tenido acceso a ellos.
- Implementar técnicas sencillas, de gran cobertura y bajo costo, aplicadas por personal también sencillo para atender problemas comunes a grandes grupos humanos.

- Difundir ampliamente los programas de medicina preventiva para que la población los conozca, acepte y decida lo más conveniente sobre su salud.
- Apoyarse en los grupos organizados, para lograr la penetración y aceptación de los programas de medicina preventiva.

Objetivos

- Abatir la frecuencia de las enfermedades evitables principalmente enfermedades infecciosas.
- Descubrir oportunamente algunos padecimientos crónicos.
- Dar a conocer a la población las distintas formas de prevenir las enfermedades y manera de promover la salud individual y colectiva.
- Disminuir los costos por atención médica, al evitar algunas enfermedades o al descubrir tempranamente otras.

Programas Prioritarios y Resultados

Programas Prioritarios.

En base a las condiciones concretas de salud, a las políticas, estrategias y objetivos, se han establecido con carácter prioritario los siguientes programas médico-preventivos.

- Sarampión
- Poliomielitis
- Difteria
- Tos ferina
- Tétanos
- Tuberculosis
- Malnutrición — Mediante orientación nutricional o embarazadas
 - Alimentación al seno materno
 - Alimentación del menor de 4 años.
- Diabetes
- Cáncer Cervicouterino
- Cáncer Mamario (experimental)
- Fiebre Reumática, Hipertensión Arterial (experimental)
- Accidentes

Resultados.⁷

Programa de Control de Enfermedades Vulnerables por Vacunación.

POLIOMIELITIS: entre 1976 y 1978 18.917,987 dosis
en 1980 5.586,120 ,,
en 1981 8.948,945 ,,

Reducción de la incidencia

en 1980 igual a $1.2 \times 100,000$ d.h. (1975-0.4)

En menores de un año para 1981 el 65.5% quedó inmunizado.
1ª Fase Intensiva Poliomieltis 1982 (18-22 enero)
3.671,910.

DIFTERIA: prácticamente 0 en los últimos años

TOS FERINA: de 1976 a 1980 15.735,646 dosis
incidencia: $9.8 \times 100,000$ d.h.
1981 4.780,979 ,,
Para 1981 el 50.7% de los menores de 1 año quedó inmunizado

SARAMPION: 1976 a 1980 aplicación de: 6.117,271 dosis
en 1981 aplicación de: 3.788,927 ,,
en 1976 coeficiente de casos en población
asegurada fue de: $235.8 \times 100,000$ d.h.
en 1980 fue de: $69.5 \times 100,000$ d.h.
IMSS primero que inició vacunación
antisarampionosa sistemática
cobertura en niños de 1 a 4 años: 25.7%

TETANOS: 1976 a 1980 aplicación de: 16.321,710 dosis
en 1980 fase intensiva vac. 2.171,426 ,,
Tasa en 1980: $1.1 \times 100,000$ d.h.
1981 10.090,579 ,,

F. TIFOIDEA: 1976 a 1980 aplicación de: 11.164,078 ,,
1981 2.212,679 ,,
Tasa en 1980: $24.8 \times 100,000$ d.h.

1980. Total dosis aplicadas, más de 21 millones, 58.5% más que en 1976.

1981. Dosis aplicadas, 31.892,679.

Nuevas Estrategias

Fases intensivas. Cruzadas Regionales, Oaxaca, Tabasco, Chiapas y Guerrero, 3 etapas:

VACUNA	CRUZADA	\bar{X} QUINQUENIO 76-80
Sabin	743,123	211,814
D.P.T.	744,779	171,689
Antisarampión	389,429	74,702
Toxoide tetánico	1.524,114	240,102
TOTAL:	3.401,445	698,307

Programa de Control de la Tuberculosis.

TUBERCULOSIS: (Diez primeras causas de defunción).

1976 a 1980: Aplicación de 6.132,110 dosis

Detecciones. (Basiloscopias) 1.037,113 "

1981 (noviembre) 212,471 "

Meta: 73.5%

Programa de Control de las Enfermedades Venéreas.

Enfermedades venéreas: (Factores sociales y comportamiento sexual).

SIFILIS: De 69.4 descendió a $21.4 \times 100,000$ d.h.

GONORREA: De 100 a $150 \times 100,000$ d.h.

Detecciones: (seguimiento, contactos, educación).

Sífilis. 1976 a 1980 4.075,718

1981 (noviembre) 1.083,828

(Persisten casos de sífilis congénita).

Meta en 1980: 67.3%.

Cobertura en universo en estudio 6.6% (mayores 15 años).

Esfuerzo de detección en Centros Laborales (Brigadas).

Programa de Control de Fiebre Reumática.

Importante: Por complicaciones cardiacas que produce. Inició hace 20 años.

1976 a 1980, detecciones	4.163,692
1981 noviembre	1.688,704
Meta 1980	74.0%
Cobertura en derechohabientes de 4 a 14 años.	13.2%

Programa de Control de Diabetes Mellitus.

Importante: Por efectos, incapacidades, demanda de consulta y uno de los primeros lugares entre las causas de defunción.

1976 a 1980, detecciones	5.931,738
1981 noviembre, detecciones	1.916,335
Meta 1980	82.3% (casi 1.500,000)
Cobertura	18.2% (1 de cada 5 personas de 5 años y más)

Programa de Detección Oportuna de Cáncer.

Importante: Primeros lugares de mortalidad. El uterino es el más frecuente como causa de defunción en población asegurada.

De 1976 a 1980, detecciones	3.205,975	1981 (Nov.) = 838.135
Meta de 1980	78.8%	
Cobertura	18.9%	(1 de cada 5)

Programa de Nutrición, importancia, relación con padecimientos y defunciones.

- Detección oportuna y sistemática en niños menores de 5 años, vigilancia y control de casos.
- Orientación nutricional para mejorar situación de grupos vulnerables.

De 1978 a 1980, detecciones	2.061,930	1981 (Nov.) = 2.412,274
Meta de 1980	97.4%	
Cobertura	30.0%	(3 de cada 10 niños)

Programa de Nutrición, importancia, relación con padecimientos y defunciones.

- Detección oportuna y sistemática en niños menores de 5 años, vigilancia y control de casos.
- Orientación nutricional para mejorar situación de grupos vulnerables

De 1978 a 1980, detecciones	2.061,930	1981 (Nov.) = 2.412,274
Meta de 1980	97.4%	
Cobertura	30.0%	(3 de cada 10 niños)

Programa de Odontología Preventiva.

Educación, aplicación sales de flúor (cepillado dental correcto).

De 1976 a 1980:	7.180,997 niños atendidos
	18.557,053 actividades
Meta 1980: 79.8%	
1981 (noviembre)	2.571,707 niños atendidos
	5.928,047 actividades

Programa de Educación para la Salud.
Importancia.

1980	700,000 sesiones
	7.500,000 millones de asistentes
1981 (noviembre)	1.077,532 sesiones
	11.734,821 millones de asistentes

Programa de Adiestramiento.

En 1980...	10,000 cursos con 83,869 asistentes
En 1982 (noviembre)	11,531 cursos con 117,312 asistentes

Programa de Brigadas de Medicina Preventiva.

En 1980: Brigadas Rurales:	113
Brigadas en Centros Laborales Urbanos:	25
Brigadas de Saneamiento:	8

Recursos Móviles.

Extensión de la cobertura de los servicios regulares, solidaridad social y promoción de la salud, a grupos de población derechohabiente y no derechohabiente, geográficamente dispersa y de difícil acceso.

Laborales: Centros de trabajo, detecciones, inmunizaciones, orientación, seguimiento de casos.

Se probaron son exitosas.

Bajo costo de acciones y amplia aceptación.

Saneamiento: Programa de esfuerzo compartido.

Formar repetidores de educación y acciones.

Participación comunitaria.

Cambio más lento pero consistente con obra material que asegura la persistencia de las conductas.

Todas las Brigadas:

De 1976 a 1980	1981 (noviembre)
5.147,423 dosis	1.632,960 dosis
620,446 detecciones	110,892 detecciones
	11,449 Obras comunales
	27,718 Mejoramiento de la vivienda

Valoración: Creciente número de acciones.

Resultados sobre la patología.

Aceptación comunitaria.

Involucración del personal (creatividad).

Penetración en Centros Laborales y comunidades rurales.

Optimización de recursos institucionales.

Coordinación intra e interinstitucional (Ej. Cruzadas).

Infecciones Intrahospitalarias

Problemas: Prolongación de estancias hospitalarias 1979 sobre-estancia en 10 hospitales del país fue de: 12.5 días.

Riesgos innecesarios.

Gasto Estimado 1980 = 1,437 millones de pesos.

Costo familiar afectivo y económico.

Costo laboral.

Multicausal: Personal no adiestrado (Intendencia a Médicos).

Violación de normas.

Antibióticos (abuso, inadecuados).

Exposición por ambiente.

Población.

Cirugía (Tecnología Médica).

Saneamiento.

1974 "Actividades básicas para la realización de acciones médico-preventivas en Hospitales".

1979 "Comité para la Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias".

1980 Egresos IMSS: 1.595,000.

Tasa 1.9 infecciones intrahospitalarias producen 30,305 pacientes infecciosos potenciales.

Sobreestancia de 14.38 días: 435,785 días/paciente.

Costo día-paciente \$3,300.00: 1,437 millones de pesos.

Programas Experimentales.

— Hipertensión Arterial.

Inicio: Julio 1981.

O.M.S. estima que del 8 al 18% de todos los adultos padecen hipertensión.

A diciembre 1981: 20,600 personas estudiadas.

La mitad de los hipertensos desconocía este hecho.

El programa tiene: aceptación, es fácil de implementar, gran utilidad preventiva.

— Descubrimiento Oportuno de Cáncer Mamario.

Neoplasia más frecuente en mujeres mayores de 25 años.

Índice de sospecha en mujeres estudiadas durante los primeros 6 meses: 1.2%.

A diciembre 1981 se habían examinado: 13,000 mujeres.

Conclusiones y recomendaciones

La acción médico-preventiva ha evolucionado desde una concepción antigua en la que intervienen elementos mágico-religiosos, básicamente individuales, hasta el concepto actual evidentemente científico por el cual se identifica, como parte integrante del quehacer médico total y mediante el cual, se tiene la oportunidad de atender a grandes grupos de población en todos y cada uno de los niveles de los sistemas de atención médica.

La importancia de la Medicina Preventiva radica en el hecho de que acciones sencillas y de bajo costo pueden ser realizadas por personal especializado en Salud Pública, así como por personal médico y paramédico de todas las áreas, atendiendo a las necesidades de prevención y mantenimiento de la salud de grandes núcleos humanos en el primer nivel de atención, evitando acciones médicas más costosas y sofisticadas de los niveles segundo y tercero de la pirámide organizativa del sistema de salud.

El mismo proceso de prevención de la enfermedad y la muerte da por resultado el evitar sufrimientos y dolor a nivel individual y familiar y para la comunidad ahorro de dinero e incremento de la productividad.

Es claro que la acción médico-preventiva confronta en la práctica problemas que deben ser resueltos en la ejecución misma de los programas, tales como los patrones culturales contrarios a las acciones médico-preventivas, la inadecuada concepción y percepción del médico inclinado a dar mayor importancia a la medicina asistencial y a la atención hospitalaria sofisticada, lo que requiere de un cambio completo de esta concepción mediante una educación médica continua así como reestructuración de los programas educativos universitarios.

Debe ser incorporada en un esquema de evaluación holística, la valorización del trabajo médico preventivo, los resultados de éste y la contribución de acciones que sectores externos al de la salud realizan estimulados por el equipo médico preventivo a favor de la conservación del bienestar de la comunidad, como lo son las actividades del saneamiento del medio, mejoramiento de la vivienda, de la agricultura, etc.

Los programas médicos-preventivos requerirán para ser más efectivos de una mayor diversificación en el ataque de los problemas de salud actuales y de aquellos que se empiezan a manifestar.

Será necesario también, modificar estrategias para lograr la participación activa de la comunidad en la mayor penetración de los programas médico-preventivos; sólo así se logrará la máxima cobertura y el mayor beneficio de las acciones de salud pública y medicina preventiva.

La Medicina Preventiva constituye, y así lo ha demostrado, el mejor instrumento de racionalización del gasto y costo de la atención médica. Representa la mejor opción de inversión para los países en vías de desarrollo. Es así como el Instituto Mexicano del Seguro Social da prioridad e impulso a este tipo de acciones en su programa para 1982, cuando en el informe a la asamblea en 1981 ante el Presidente de la República, Lic. José López Portillo, el Director General del Instituto, Lic. Arsenio Farell Cubillas, señaló: "Fomentaremos las actividades de control epidemiológico y las tareas de salud comunitaria. La Medicina Preventiva Institucional ha logrado magníficos resultados en estos programas, ya que promueven la ayuda a los habitantes de las poblaciones rurales, así como la transformación de sus hábitos higiénicos y alimenticios.

"En una Institución como la nuestra no podemos permitir estructuras inflexibles de subordinación que impidan la participación colectiva".

Para terminar, recordamos a su vez la aseveración hecha en el cuerpo del informe de actividades realizadas en 1981 "Reiteramos nuestro decidido impulso a la Medicina Preventiva".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LEAVELL Y CLARK, E.G. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community, an Epidemiological Approach*. Mc Graw Hill Book Co. 1965, p. 12.
2. SIGERIST, H. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo XXI. Salud y Sociedad, 1981, p. 35.
3. BARQUÍN, M. *Historia de la Medicina*. Impresiones Modernas. México, 1971, p. 7.
4. VELÁZQUEZ DÍAZ, G. *Introducción*. Consulta Popular "La Situación Actual de Salud y los Programas Preventivos", IEPES. Febrero 9, 1982.
5. INCLÁN, S. y PAULLADA, P. *La Medicina Preventiva en el IMSS*, ponencia al Congreso Médico del III Aniversario. Mimeógrafo 1973, pp. 1 a 3.
6. PLAN GLOBAL DE DESARROLLO. 1980-82, p. 350 en adelante.
7. JEFATURA DE SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA. Oficina de Análisis Estadístico. Publicaciones varias.