

11222.

1 ej. 7.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Secretaría de Salud**

**Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación**

**REHABILITACION DE INVALIDOS  
EN EL ESTADO DE QUERETARO  
ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS**

**QUE PRESENTA EL  
DR. HOMERO HERNANDEZ RIVERA  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN  
MEDICINA DE REHABILITACION**

**MEXICO, D. F.**

**1987**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

I.	INTRODUCCION . . . . .	2
II.	ANTECEDENTES . . . . .	4
III.	JUSTIFICACION Y OBJETIVOS . . . . .	6
IV.	DATOS GENERALES DEL ESTADO . . . . .	8
V.	DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD-INVALIDEZ EN EL ESTADO . . . . .	15
VI.	SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE QUERETARO . . . . .	22
VII.	RECURSOS HUMANOS Y FISICOS PARA LA REHABILITACION . . . . .	27
VIII.	PROYECTO DE PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA. SERVICIOS DE REHABILITACION . . . . .	37
IX.	CONCLUSIONES . . . . .	62
X.	ANEXO I. UBICACION DE UNIDADES DE SALUD EN EL ESTADO DE QUERETARO . . . . .	64
XI.	ANEXO II. ISOCRONAS DE TRASLADO DE UNIDADES DE PRIMER NIVEL A UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL EN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS . . . . .	70
XII.	REFERENCIAS . . . . .	74

## INTRODUCCION

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

La prevención de invalidez y la rehabilitación de inválidos, se considera de acuerdo a lo señalado en la Ley General de Salud, -- dentro de la política general de protección a la salud de los -- mexicanos.

La invalidez constituye un importante problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente, - 500 millones de personas sufren de algún tipo de invalidez en todo el mundo. En nuestro país se calcula que un 7% de la población presenta algún tipo de invalidez.

El desarrollo importante de la medicina en las últimas décadas, - ha aumentado la expectativa de vida, mejorando las condiciones de sanidad y disminuyendo la mortalidad. Por otro lado, el progreso tecnológico, la mecanización, el crecimiento demográfico, el incremento de la incidencia de accidentes y hecho violentos, tiene como consecuencia un número creciente de personas con algún tipo de secuelas o invalidez que ameritan atención rehabilitatoria.

Debido a las características demográficas y geográficas de nuestro país y de América Latina en general, la Organización Panamericana de la Salud, calcula que únicamente el 2% de la población -- que requiere de atención rehabilitatoria, tiene acceso a algún -- servicio, por lo que es urgente aumentar la cobertura.

El presente trabajo tiene como finalidad analizar este aspecto en el Estado de Querétaro, así como exponer las bases para desarrollar una estrategia que enfrente esta problemática.

## ANTECEDENTES

## A N T E C E D E N T E S

En diferentes Estados de la República ya se han iniciado programas tendientes a enfrentar el problema de la invalidez desde un punto de vista regional, la descentralización de los servicios de salud, hace más justificado este esfuerzo. La Secretaría de Salud proporciona los lineamientos generales, correspondiendo a los Estados, la aplicación de éstos de acuerdo a sus características regionales y necesidades.

Así, es necesario efectuar un diagnóstico situacional en materia de invalidez y servicios de rehabilitación para enfocar los esfuerzos hacia los puntos más vulnerables.

Los Estados en que se han efectuado estos programas, son pocos, funcionando ya en los Estados de Hidalgo y Guerrero entre otros. Actualmente la Secretaría de Salud por medio de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, en coordinación con el Estado de Nuevo León, trabajan en un programa de servicios de rehabilitación regionalizados de primer nivel para dicho Estado, en otros se han efectuado investigaciones de la demanda que existe de servicios de rehabilitación.

Se han efectuado también trabajos de tesis que investigan las necesidades de alguna entidad o proponen programas de extensión de cobertura de servicios de rehabilitación, entre ellos se pueden mencionar: "Demanda de Servicios de Rehabilitación en Algunas Instituciones de Salud del Estado de Chiapas", del Dr. Alvaro Arteaga Ríos y "Programa de Extensión de Cobertura de Rehabilitación en la Región I Norte en el Distrito Federal, cubierta por la Secretaría de Salud", del Dr. José Manuel Zarrabal García, entre otras.

## **JUSTIFICACION Y OBJETIVOS**



## JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

El Estado de Querétaro, fue de los primeros en efectuar la des- centralización de los servicios de salud; cuenta con una Ley de Salud Estatal, en donde se contempla el problema de la invalidez. En concordancia con la Ley General de Salud, establece el derecho que tienen los inválidos a la salud, a su bienestar, propiciando su integración a la sociedad en una forma equilibrada y justa mediante su rehabilitación física, psicológica y laboral.

El conocimiento de la invalidez en el Estado, se deriva del estudio realizado en 1982 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia a nivel nacional, la Encuesta Nacional de los Inválidos, de donde se desprenden las estimaciones estadísticas actuales.

No se cuenta en la actualidad con un conocimiento preciso del número de inválidos en la entidad, no hay un estudio de los servicios de rehabilitación en las diversas instituciones, su nivel de atención, su ubicación y cobertura, en qué grado cubren las necesidades de la población, la accesibilidad que tiene a estos servicios, y si es necesaria la extensión de cobertura.

El presente trabajo tiene como finalidad hacer un estudio de las diferentes instituciones, su cobertura, distribución, así como plantear un proyecto de extensión de cobertura en el Estado, que enfrente el problema de la invalidez de acuerdo a las estrategias y normas establecidas por los organismos de salud especializados.

**DATOS GENERALES DEL ESTADO**

## DATOS GENERALES DEL ESTADO

### DESCRIPCION GENERAL DEL ESTADO.

Situado en la parte meridional del altiplano cuenta con una superficie de 11,769 km<sup>2</sup>, con una anchura média de 115 km. y longitud de 200 km.

Colinda al norte con San Luis Potosí, al este y sureste con Hidalgo, al sur con México y Michoacán y al oeste y noroeste con Guanajuato.

### OROGRAFIA, HIDROGRAFIA Y GEOLOGIA.

Orografía. El Estado cuenta con un declive muy importante de sur a norte; Amealco se encuentra a 2,065 m. S.N.M., San Juan del Río a 1,890; Querétaro a 1,835; Tolimán a 1,510; Jalpan a 731; Concá a 510 y hay lugares de Jalpan a menos de 500 m. S.N.M.

La superficie es montañosa en el 69% debido a sus sistemas montañosos: La Sierra Gorda y la Sierra Querétaro. Su mayor altura está dada por el Cerro de la Calentura en Amoles con 3,350 m. S.N.M. y la más baja por la Peña de Bernal con 2,550 m. S.N.M.

Hidrografía. El Río Moctezuma sirve de límite con el Estado de Hidalgo y sus afluentes son los Ríos Xichú, Extoras, Tolimán, Tancuilín, San Juan, Arroyo Zarco, San Ildefonso y Caracol. Esta vertiente se localiza en los municipios de Peñamiller, Tolimán, Amoles, San Joaquín, Landa de Matamoros, Cadereyta, Tequisquiapan, San Juan del Río y Amealco.

Los Ríos Querétaro, Pueblito y Juriquilla son afluentes del -- Río Apaseo en el Estado de Guanajuato, que a su vez es afluente -- del Río Lerma. Esta vertiente se localiza en los municipios de -- Querétaro, El Marqués, Huimilpan y Corregidora.

Una tercera vertiente es interna y corresponde a unos vasos o depósitos en Tres Lagunas, Tierra Fría, Tencama, Percola, La Soledad y Conca.

Geología. Cuenta con un 70% de yacimientos minerales y se explota el 5%. Los minerales metálicos son: mercurio, zinc, manganeso, plomo, estaño, antimonio, plata y cobre. Los no metálicos son: -- el ópalo, mármol, fluorita, fosforita, bentonita y piedras calizas.

#### CLIMA Y PRECIPITACION PLUVIAL.

Clima. Semiseco en el 78% del territorio y en el resto es seco. La temperatura oscila entre 16 y 27°C. El mes más caluroso es -- junio.

Precipitación Pluvial. Tiene una media estatal de 638 mm. anuales, la temporada de lluvias es de junio a octubre. La región de más escasa precipitación comprende los municipios de Peñamiller -- Tolimán, Cadereyta, Ezequiel Montes y Tequisquiapan.

#### USO DE SUELOS.

De 1.176,900 hectáreas, el 55% se utiliza para agricultura, ganadería y silvicultura. De ese porcentaje el 27% es para agricultura, y de éste un 70% es de temporal, 25% de riego y 5% de jugo y humedad.

## VIVIENDA.

En el medio urbano las características de la vivienda son los muros de mampostería, de piedra, adobe o tabique; techos de bóveda, de ladrillo o concreto armado, pisos de mosaico o cemento y muros aplanados con servicio de urbanización adecuado, a excepción de las casas de vecindad y zonas suburbanas deprimidas.

En el medio rural, la vivienda se construye con materiales existentes en la región. En el sur y centro del Estado, los muros son de piedra sin recubrir, techos de teja y pisos de tierra; en la parte norte, se utiliza una vara llamada chipiña para formar los muros que aplanan con barro, y el techo se hace con palmas y pencas de maguey.

## POBLACION.

La población estimada para el año de 1986 es de 945,448 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 2.75

La natalidad en el Estado fue en 1985, de 32,054 nacidos vivos registrados, con una tasa de 39.35

La población por grupos de edad, se distribuye con predominio de los grupos de la primera y segunda década de la vida, con una distribución por sexos de aproximadamente el 50% (Figura 1). El 49.3% de todas las edades, corresponde al sexo masculino y el 50.7% al sexo femenino.

El porcentaje de la población de Querétaro en relación a la República Mexicana en 1980, fue de 1.08%

De la población económicamente activa la principal actividad es la agricultura con un 28.4%; obreros y artesanos 22.6%, comercio 8.1%; construcción 7.3%; servicios comunales 11.8%; profesionales 2%, etc.

La población rural ocupa un 49.5% de la población total y la urbana, un 50.5%

En las áreas rurales persiste una situación de dispersión de la población. Las localidades menores de 2,500 habitantes se incrementaron de 1,057 en 1960 a 1,274 en 1980, destacando el aumento de las comunidades menores de 100 habitantes, donde se presentan las mayores carencias en materia de infraestructura y de dotación de servicios sociales.

#### COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.

Querétaro, situado en el corazón de la República Mexicana, es un entronque de las carreteras nacionales. Tiene las supercarreteras México-Querétaro de doble carril, la Querétaro-Celaya de cuota y la Querétaro-San Luis Potosí. La carretera Querétaro-Xolitle la atraviesa de sur a norte y forma la espina dorsal de la entidad; la Querétaro-Huimilpan y Querétaro-Tequisquiapan complementan esta red. Numerosos caminos vecinales facilitan las comunicaciones con las cabeceras municipales y comunidades de importancia. Todas las cabeceras municipales están comunicadas con caminos asfaltados. El centro de salud más alejado de la capital, está en Landa de Matamoros (Agua Zarca) y en condiciones normales de manejo, se recorre en menos de 5 hs. A todas las unidades aplicativas de la Secretaría de Salud, se puede llegar en vehículo.

Los ferrocarriles de México a Laredo, México-Guadalajara, México-Ciudad Juárez, México-Torreón y México-San Luis Potosí-Tampico, - corren por la parte sur del Estado. La doble vía México-Querétaro es un importante medio de comunicación con la capital del país.

**DIVISION POLITICA.**

El Estado se divide política y administrativamente, en 18 municipios. Son los siguientes:

QUERETARO  
EL MARQUES  
CORREGIDORA  
HUILMILPAN  
SAN JUAN DEL RIO  
PEDRO ESCOBEDO  
AMEALCO  
TEQUISQUIAPAN  
EZEQUIEL MONTES  
COLON  
TOLIMAN  
PEÑAMILLER  
CADEREYTA  
SAN JOAQUIN  
JALPAN  
ARROYO SECO  
LANDA DE MATAMOROS  
AMOLES

CUADRO I  
 JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ESTADO  
 DE QUERETARO

1 9 8 7

JURISDICCION	MUNICIPIOS QUE CUBRE
I	QUERETARO EL MARQUES CORREGIDORA
II	SAN JUAN DEL RIO HUIMILPAN PEDRO ESCOBEDO COLON TEQUISQUIAPAN AMEALCO
III	CADEREYTA EZEQUIEL MONTES SAN JOAQUIN TOLIMAN PEÑAMILLER
IV	JALPAN AHOLES ARROYO SECO LANDA DE MATAMOROS



**DIAGNOSTICO SITUACIONAL**

**DE SALUD-INVALIDEZ EN EL ESTADO**

## DIAGNOSTICO DE LA SITUACION SALUD-INVALIDEZ

La invalidez como fenómeno social y epidemiológico, se distribuye en todos los sectores de la población, en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Sin embargo, desde el punto de vista de la magnitud del daño y por las implicaciones que conlleva, afecta más a aquellos grupos humanos con recursos económicos limitados y que carecen de las prestaciones de la seguridad social y muy frecuentemente, de la oportunidad de la educación formal.

La estimación mínima aceptada de la magnitud del problema de la incapacidad, es que al menos uno de cada 10 niños nace con, o adquiere, un impedimento físico, mental o sensorial. Los datos son muy incompletos. Las estimaciones se elevan al 15 ó 20%, según la definición utilizada y las condiciones incluidas. Las cifras de Rehabilitación Internacional son de 500 millones y más de 2/3 partes viven en países en desarrollo, la mayoría de ellos sin servicios de rehabilitación.

### MAGNITUD DEL PROBLEMA EN EL ESTADO DE QUERETARO

El conocimiento estadístico de la incidencia y prevalencia de la invalidez es difícil, debido a los variados conceptos que se utilizan y a los diferentes grados de la misma, sin embargo, se dispone de información que permite tener una estimación fidedigna de la importante magnitud del problema.

En nuestro país diversos estudios en el pasado estimaron que el 7% de la población sufre invalidez, lo que representa que en el Estado de Querétaro existen aproximadamente 66,181 inválidos.

CUADRO 2  
POBLACION. INVALIDA  
EN EL ESTADO DE QUERETARO  
1 9 8 6

POBLACION TOTAL	945,448
POBLACION INVALIDA	66,181

La Organización Panamericana de la Salud, ha calculado la incidencia de las diversas formas de incapacidades en la América Latina, en la siguiente forma:

Problemas del Sistema Musculoesquelético	3.00 %
Retraso Mental	3.00 %
Ceguera	2.00 %
Sordera y Mudez	2.00 %
Invalidez Mental	1.00 %
Parálisis Cerebral	0.06 %
<b>T O T A L :</b>	<b>11.06 %</b>

La Encuesta Nacional de Inválidos realizada en 1982, encontró en el Estado de Querétaro, los siguientes tipos de invalidez:

	No. Inválidos (*)
Secuelas del Sistema Musculoesquelético	28,363
Secuelas de la Comunicación Humana	18,908
Secuelas de Alteraciones de la Visión	18,908
Secuelas de Invalidez Mental	9,454

(\*) - Calculado al año de 1986.

**CUADRO 3**  
**PRINCIPALES GRUPOS DE SECUELAS INVALIDANTES**  
**EN EL ESTADO DE QUERETARO**

SECUELAS SEGUN TIPO	TASA X 100,000 HABTS.
Secuelas por Traumatismos	353
Secuelas de Quemaduras y Cicatrices	41
Secuelas de Poliomieltis	125
Lesiones Medulares	51
Hemiplejia	91
Amputaciones de Extremidades	107
Secuelas de Enfermedades Articulares	283
Malformaciones Congénitas	115
Parálisis Cerebral	111
Labio Leporino y/o Paladar hendido	43
Sordera	219
Mudez	
Tartamudez	150
Ceguera	218
Deficiencia Mental	97
Epilepsia	300
Síndrome de Down	46
Alteraciones Conductuales Permanentes	51
Secuelas de Alcoholismo	564

FUENTE: Encuesta Nacional de Inválidos.

## MAGNITUD DE LA INVALIDEZ.

Como antecedente se tiene la Encuesta Nacional de Inválidos efectuada en junio de 1982, que estudió una población de 655,235 habitantes encontrando, para 20 grupos de secuelas, una prevalencia de 2,839 individuos con una o más secuelas por cada 100,000 habitantes. En particular en el Estado de Querétaro, se encontró, de una población estudiada de 23,147 habitantes, a 2,804 personas -- con algún tipo de invalidez.

La incidencia de invalidez se conoce solamente en poblaciones atendidas en instituciones hospitalarias, en donde diversos grupos estudiados han determinado hasta un 30.4% de inválidos en las áreas de hospitalización, y de 18.7% en las de consulta externa.

La información proveniente de la población general y aquella referente a grupos seleccionados, junto con los datos de lo que sucede en otros países, nos permite estimar una progresión ascendente en la frecuencia de invalidez, asociada a otros indicadores tales -- como el aumento de la esperanza de vida. Así, la Organización Mundial de la Salud estima que un 10% de la población mundial, sufre de algún tipo de invalidez.

## EDAD Y SEXO.

De los estudios realizados en población abierta, se desprende que los grupos de edad más afectados son aquellos de 45 y más años; el grupo masculino resulta más frecuentemente afectado en proporción hasta de un 65%. Los datos anteriores se desprenden de estudios -- realizados a nivel nacional. En el Estado no se cuenta con estudios respecto a los grupos de población por edades y sexo más afectados, aunque no hay razón para pensar que puedan ser muy diferentes a los de las poblaciones estudiadas.

## TIPOS DE INVALIDEZ.

Las categorías de inválidos más frecuentemente estudiadas son -- aquellas que se engloban dentro del grupo denominado "del aparato locomotor" o del "sistema musculoesquelético", en donde generalmente se han encontrado prevalencias de 700 a 1,200 por 100,000 habitantes. Se han estudiado problemas de ceguera, sordera, deficiencia mental en sus manifestaciones más gruesas, obviándose -- aquellos grados de esos mismos problemas que siendo invalidantes, no es posible detectarlos mediante interrogatorio, sino que requiere exploraciones armadas.

## ORIGEN, SEVERIDAD, ESCOLARIDAD Y OCUPACION.

Estas características se han estudiado sistemáticamente en la población inválida atendida en instituciones de rehabilitación y no notificados como casos al Registro Nacional de Inválidos. De un total de 40,938 casos notificados en el lapso de 1975 a 1982, el -- 43.4% ha sido de nacimiento; el 17.5% accidental y el restante -- 39.1% por enfermedad.

Se le ha dado una calificación de leve al 28.7%; de mediana al -- 44.4% y de severa, al 26.9% restante.

En relación con la escolaridad, lo más notable es que el 33.8% -- del grupo de mayores de 10 años de edad son analfabetos. En lo -- referente a la ocupación, el 47% de los mayores de 12 años de -- edad, se encontraban, en el momento de la notificación, desempleados.

## REPERCUSIONES.

La invalidez no sólo limita al individuo que la porta, sino que -- también altera el núcleo familiar a través de una sobrecarga económica y emocional y daño a las relaciones interpersonales que --

pueden desintegrarlo. Como efecto final, frena el progreso de -- una comunidad con el aumento del desempleo, subempleo, mendicidad, delincuencia, etc. Se calcula que 25 millones de personas recién ten indirectamente el problema.

#### TENDENCIA.

Una característica de la invalidez, es su tendencia al incremento debido principalmente al aumento demográfico, a un mayor número - de lesiones con secuelas como resultado de más accidentes por la industrialización y mecanización; avance de la tecnología médica que incrementa la esperanza de vida por un lado, y disminuye la - mortalidad por el otro.

**SERVICIOS DE SALUD  
EN EL ESTADO DE QUERETARO**



## SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE QUERETARO

En los últimos años, en el Estado de Querétaro se ha ampliado la infraestructura para la prestación de los servicios de salud. -- La entidad cuenta con una cama para cada 754 habitantes y un médico especialista por cada 1,222. Los servicios de seguridad social se proporcionan a 355,000 habitantes de los cuales 303,000 -- son derechohabientes del IMSS y 52,000 del ISSSTE, lo que representa el 37.5% de la población del Estado. Por otro lado, - -- 498,000 habitantes son amparados por la Dirección de Salud en el Estado y 41,000 por el sector privado, lo que en conjunto con las instituciones de seguridad social, logra una cobertura del 95% de la población.

### SECRETARIA DE SALUD.

La Secretaría de Salud cuenta con 137 establecimientos de salud -- en el Estado: 4 Hospitales Generales repartidos uno en cada jurisdicción sanitaria; 9 Centros de Salud urbanos, 8 en la jurisdicción 1 y uno en la jurisdicción 2; 18 Centros de Salud para la población rural concentrada; los Centros de Salud para la población rural dispersa son 40, repartidos en las 4 jurisdicciones sa nitarias. Unidades Auxiliares de Salud (Casas de Salud), hay 66 en las 4 jurisdicciones.

En el aspecto de rehabilitación, la Secretaría de Salud cuenta -- con un servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital General de Querétaro, lo que correspondería a un servicio para 500,000 habitantes.

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 18 establecimientos en el Estado: Un Hospital General Regional en la Capital del Estado; un Hospital General de Sub-zona en San Juan del Río; una Unidad de Medicina Familiar con hospitalización en Tequisquiapan; 13 Unidades de Medicina Familiar en las cabeceras municipales; 2 Consultorios de Medicina Familiar en Cadereyta y Jalpan y un puesto de Enfermería en la Planta Termoeléctrica en el Sauz Pedro Escobedo.

Su cobertura hasta junio de 1986, era de 339,083 habitantes.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con un servicio de Medicina Física que se encuentra adjunto al Hospital General Regional, lo que correspondería a un servicio de rehabilitación para 340,000 habitantes.

## INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL A LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

El Instituto de Seguridad y Servicio Social a los Trabajadores del Estado, cuenta con una Clínica Hospital en la Capital del Estado y con 15 puestos periféricos distribuidos en los municipios. No cuenta con servicios de Medicina de Rehabilitación, canalizando a sus derechohabientes que ameritan tratamiento rehabilitatorio, al Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE).

La cobertura de población hasta junio de 1986, fue de 57,710 habitantes. El número de pacientes canalizados al CREE, es de aproximadamente 400 al año, lo que corresponde al 0.7% de su población asegurada.

**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO.**

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado cuenta con la única institución de tercer nivel en la entidad. - El Centro de Rehabilitación y Educación Especial y el Centro de - Atención Rehabilitatoria a la población abierta, están enfocados al tratamiento de todo tipo de invalidez de la población.

CUADRO 4

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRECCION DE SALUD  
DEL ESTADO DE QUERETARO

1 9 8 6

ESTABLECIMIENTO T I P O	JURISDICCION	JURISDICCION	JURISDICCION	JURISDICCION	TOTAL
	I	II	III	IV	
HOSPITAL GENERAL	1	1	1	1	4
CENTRO DE SALUD URBANO ("A")	8	1	0	0	9
CENTRO DE SALUD PARA POBLACION RURAL CON- CENTRADA	5	9	3	1	18
CENTRO DE SALUD PARA POBLACION RURAL DIS- PERSA.	7	20	6	7	40
UNIDAD AUXILIAR DE SALUD	3	21	26	16	66
T O T A L	24	52	36	25	137

CUADRO 5

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS  
EN EL ESTADO DE QUERETARO

1 9 8 6

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	NUMERO	UBICACION	TOTAL
HOSPITAL GRAL. REGIONAL	1	QUERETARO	1
HOSPITAL GRAL. DE SUB-ZONA	1	SAN JUAN DEL RIO	1
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON HOSP.	1	TQUISQUITAPAN	1
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR SIN HOSP.	13	MUNICIPIOS	13
CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR	2	CADEREYTA JALPAN	2
T O T A L			18

**RECURSOS HUMANOS Y FISICOS**

**PARA LA REHABILITACION**

## RECURSOS HUMANOS Y FISICOS PARA LA REHABILITACION

### SECRETARIA DE SALUD.

La Secretaría de Salud proporciona servicios de rehabilitación a la población del Estado, mediante el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación que se encuentra en el Hospital General de la -- Ciudad de Querétaro.

El servicio está integrado por un área de recepción, un consulto rio, área de terapia física y área de terapia ocupacional.

El área de terapia física cuenta a su vez, con áreas de hidrotera pia, mecanoterapia, electroterapia y termoterapia.

El servicio, en cuanto a recursos humanos, cuenta con 4 enfermeras habilitadas, 3 masoterapeutas de tiempo parcial, no teniendo médi co especialista adscrito al servicio, las funciones se llevan a - cabo mediante la coordinación de un médico residente de tercer -- año que permanece en el servicio por un período de 6 meses.

En la actualidad, el servicio atiende un número de pacientes de - primera vez de 1,750 aproximadamente cada año, con un número de - terapias de 13,944 para 1985. El origen de los pacientes además del Estado, se encontraron de los Estados de Guanajuato, San Luis Potosí, Hidalgo y Michoacán.

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con un Servicio de Medicina Física ubicado en el Hospital General Regional, contando con área de recepción, área de consulta y área de terapia física. El área de terapia física cuenta a su vez, con áreas de hidrotera pia, mecanoterapia, electroterapia y termoterapia. El servicio - cuenta con 2 turnos: matutino y vespertino.

En cuanto a recursos humanos cuenta con 2 recepcionistas, una enfermera, 4 terapistas físicos por la mañana y 3 por la tarde y 2 fisiatras.

El número de pacientes atendidos en 1985 fue de 1,893, representando únicamente el 0.55% de su cobertura total estimada. El tipo de padecimientos atendidos, son secuelas de traumatismos y accidentes y afecciones del sistema neuromúsculo-esquelético, sin tener capacidad para atender otros tipos de invalideces.

#### SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO.

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado, cuenta con el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) única Institución de tercer nivel en el Estado, encargada de proporcionar tratamiento rehabilitatorio a la población abierta del Estado.

El CREE se encuentra funcionando desde el año de 1982, atendiendo un promedio de 800 pacientes de nuevo ingreso anualmente.

Cuenta con 4 médicos especialistas: 2 fisiatras, un especialista en medicina de la comunicación humana y un pediatra. El personal técnico son 7 terapistas físicos, 2 terapistas ocupacionales, un terapeuta del lenguaje de tiempo parcial. Hay además 4 psicólogos y 2 trabajadoras sociales.

En cuanto a recursos materiales, cuenta con todos los servicios de un centro de tercer nivel a excepción del taller de ortesis y prótesis.

Las sesiones de terapia física aplicadas anualmente de acuerdo a las estadísticas del Centro, son de un promedio de 15,700 sesiones de terapia física, 9,000 de terapia ocupacional.

El Centro ofrece tratamiento rehabilitatorio a todo tipo de inválidos, predominando dentro de su población atendida, los niños y en padecimientos, las afecciones del sistema neuromúsculo-esquelético.

#### MEDICINA PRIVADA.

Existe un Centro de Rehabilitación formado por una Asociación Civil denominado "El Hospitalito", dicho Centro cuenta con los recursos materiales básicos, contando con un terapeuta físico de tiempo parcial. La institución atiende problemas de secuelas de poliomielitis o secuelas de traumatismos que afecten alguna extremidad, canalizando otro tipo de problemas al CREE.

El número de pacientes atendidos anualmente, es de aproximadamente 100.

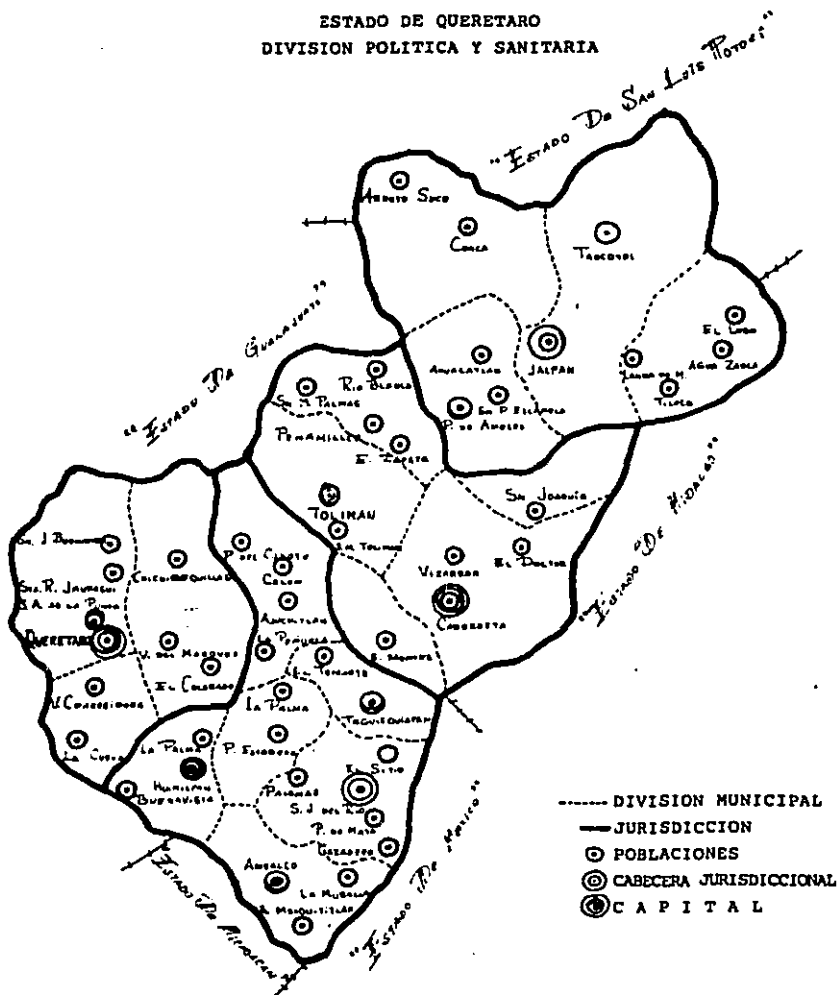
Existe además una Escuela para Invidentes, en donde se proporciona rehabilitación y formación académica a este tipo de personas. En la actualidad, se proporciona atención a 27 invidentes. El equipo que imparte el tratamiento, está integrado por un terapeuta físico invidente, una trabajadora social y una psicóloga.

En la población de Tequisquiapan existe un Centro de Rehabilitación formado por una Asociación Civil que atiende problemas de daños neurológicos, dicho Centro cuenta con una capacidad para aproximadamente 30 pacientes, siendo el número que maneja por lo general.

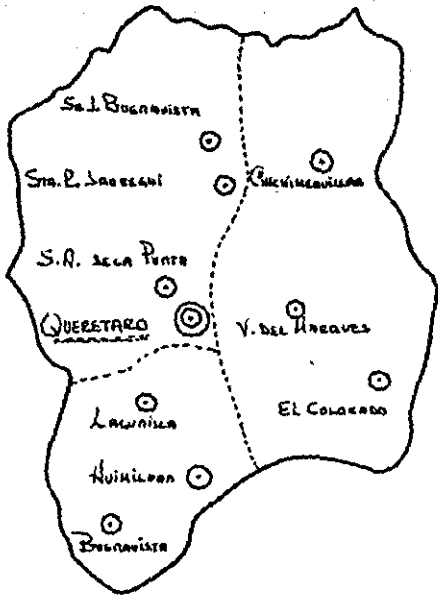
Su equipo está integrado por un terapeuta físico, 2 auxiliares habilitados, un terapeuta de lenguaje y un psicólogo, dando un número aproximado de sesiones de terapia física de 3,000 y de 1,500 sesiones de terapia de lenguaje. El control médico de los pacientes se efectúa en el CREE de Querétaro.



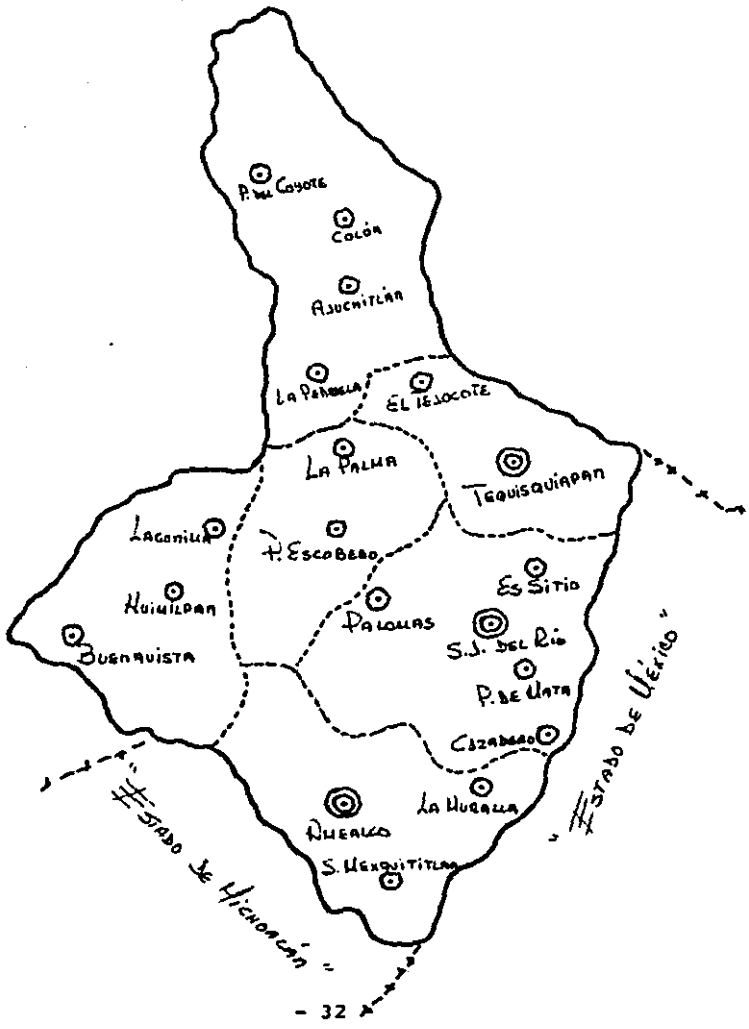
ESTADO DE QUERETARO  
 DIVISION POLITICA Y SANITARIA



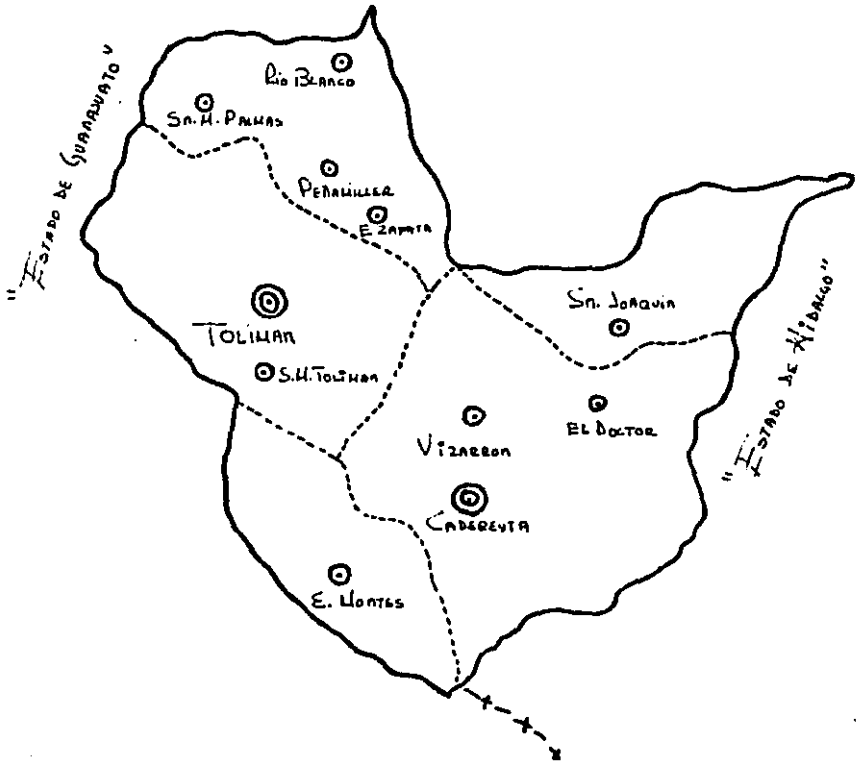
JURISDICCION 1



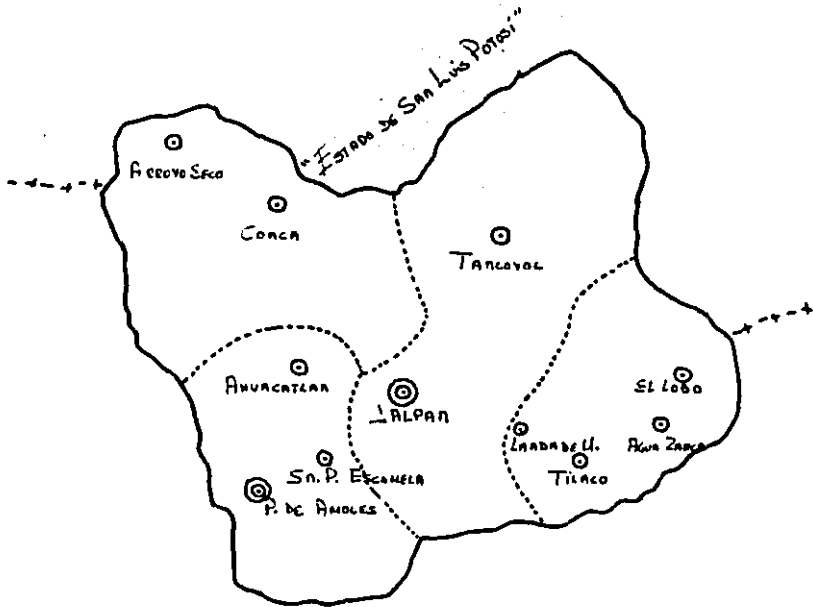
JURISDICCION 2



JURISDICCION 3



JURISDICCION 4





**PROYECTO DE PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA**

**SERVICIOS DE REHABILITACION**

## PROYECTO DE PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA

### SERVICIO DE REHABILITACION

#### RESPONSABILIDAD DEL ESTADO EN MATERIA DE INVALIDEZ Y REHABILITACION

En 1984 fue expedida, en el Diario Oficial de la Federación, la Ley General de Salud estableciendo el marco jurídico para considerar a la salud como un derecho de toda la población. Esta Ley -- fue el resultado de políticas definidas en la década de los años 70's, tanto en el plano nacional como en el internacional y que -- dió como resultado que en 1978, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud suscribieran en el Alma-ATA, el compromiso de "Salud para Todos en el Año 2000".

En materia de invalidez y rehabilitación de inválidos, La Ley -- General de Salud, define claramente el papel del Estado en cuanto a brindar a la población los medios necesarios para su rehabilitación e integración a la sociedad, gozando en lo posible de una vida plena e independiente.

Los Artículos 1, 3, 13, 27, 33, 112, 174, 175, 179 y 180 de esta Ley, especifican el rol del Estado en materia de invalidez y rehabilitación.

Dentro del contexto de Salud para Todos en el Año 2000, se ha determinado que las condiciones actuales de los diversos países son diferentes. En nuestro país, las condiciones en diversas regiones son disímiles en cuanto a la atención de la salud, existiendo distintas necesidades y de diferente magnitud, por lo que se ha -- establecido un programa de descentralización de los servicios de salud, en donde los diferentes Estados asumen la responsabilidad de cubrir las necesidades de salud de su población, de acuerdo a su realidad. Uno de los Estados integrados inicialmente a este -- programa ha sido Querétaro, justificando y fundamentando su realización dentro de un marco jurídico, elaborando en 1985 su Ley Estatal de Salud.



La Ley Estatal de Salud del Estado de Querétaro, define claramente el rol del Estado en materia de invalidez y rehabilitación de inválidos en sus Artículos 3, 6, 28, 38, 100, 132, 149, 150, 152, - 153, 154, 155 y 156.

Definiendo que:

Artículo 3. En los términos de la Ley General de Salud y de la presente Ley, corresponde al Estado de Querétaro:

Fracción XVI. La prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos.

Artículo 6. El Sistema Estatal de Salud tiene los siguientes - objetivos:

Fracción III. Colaborar con el bienestar social de la población del Estado de Querétaro mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.

Artículo 28. Para los efectos de derecho a la protección de la salud, se consideran básicos de salud los referentes a:

Fracción III. La atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación incluyendo la atención de urgencias.

Artículo 38. Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específicas.

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas y mentales.

Artículo 100. La educación para la salud tiene por objeto:

Pracción III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 132. Para los efectos de esta Ley, se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y -- mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Artículo 149. Las autoridades sanitarias del Estado y las educativas en el ámbito de sus respectivas competencias, colaborarán -- para proporcionar atención rehabilitatoria, cuando así se requiera.

Artículo 150. La Dirección de Salud en coordinación con otras -- instituciones públicas, promoverá que en los lugares en que se -- presten servicios públicos, se dispongan facilidades para las personas inválidas.

Artículo 152. Para los efectos de esta Ley, se entiende por invalidez la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social.

Artículo 153. La atención en materia de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos comprende:

I. La investigación de las causas de invalidez y de los factores que la condicionan.

II. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas y factores condicionantes de la invalidez.

III. La identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales o sociales que puedan causar invalidez.

IV. La orientación educativa en materia de rehabilitación a la colectividad en general y en particular a las familias que cuenten con algún inválido, promoviéndolo al efecto la solidaridad social.

V. La atención integral de los inválidos, incluyendo la adaptación de las prótesis, ortesis y ayudas funcionales que requieran.

VI. La promoción para adecuar facilidades urbanísticas y arquitectónicas a las necesidades de los inválidos, y

VII. La promoción de la educación y la capacitación para el trabajo, así como la promoción del empleo de las personas en proceso de rehabilitación.

Artículo 154. Los servicios de rehabilitación que proporcionen los establecimientos que dependan del Estado, estarán vinculados sistemáticamente a los de rehabilitación y asistencia social que preste el organismo a que se refiere el Artículo 137 de esta Ley.

Artículo 155. El Gobierno del Estado, a través del organismo a que se refiere el Artículo 137 de esta Ley, y en coordinación con las dependencias y entidades federales, promoverá el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional para las personas que sufran cualquier tipo de invalidez, así como acciones que faciliten la disponibilidad y adaptación de prótesis, ortesis y ayudas funcionales.

Artículo 156. El organismo del Gobierno Estatal previsto en el -  
Artículo 137 de esta Ley, tendrá entre sus objetivos operar esta-  
blecimientos de rehabilitación, realizar estudios e investigacio-  
nes en materia de invalidez y participar en programas de rehabili-  
tación y educación especial.

## ESCALONAMIENTO Y REGIONALIZACION DE SERVICIOS.

### SISTEMAS DE SALUD.

La Organización Panamericana de Salud (OPS), ha recomendado el Sistema Nacional de Salud como uno de los medios para alcanzar coordinación de los recursos, y de ahí que haya sido definido como "un conjunto de mecanismos a través de los cuales, los recursos humanos y la capacidad instalada se organiza, por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de los servicios de la comunidad, a un costo compatible con los fondos disponibles".

Para que exista un sistema de salud, debe haber recursos humanos y capacidad instalada y un proceso administrativo que reúna este conjunto de elementos en un modelo cibernético y ecológico, a fin de cubrir la demanda de servicios de la comunidad. En otras palabras, los elementos esenciales del sistema de salud son: el insumo (política, planificación, recursos humanos y programas); el proceso (procedimientos, estándares, utilización, eficiencia y costos) y el rendimiento o eficacia (estado de salud de la población, satisfacción y comodidad de los usuarios).

### CRITERIOS PARA EL DISEÑO DE UN SISTEMA DE SALUD.

El Sistema de Salud se establece para satisfacer una función social que se manifiesta por necesidades, aspiraciones y demandas de servicios de salud.

La necesidad es la expresión de una serie de circunstancias biológicas, patológicas, ambientales y culturales, que habitualmente están fuertemente influidas por los valores sociales y el nivel cultural de cada grupo humano. Los indicadores de necesidad, son probablemente los que expresan, en forma más objetiva, la realidad --

medicosocial del ambiente. Esta necesidad es particularmente prioritaria en el aspecto de invalidez.

Por otra parte, las aspiraciones de la comunidad en materia de servicios de salud, incluyen los servicios de rehabilitación de los inválidos, y están determinados por una serie de creencias, hábitos y actitudes de conducta de los individuos que constituyen una sociedad determinada. Por lo tanto, las aspiraciones difieren ampliamente cuando se comparan poblaciones diferentes aún cuando las necesidades pueden ser iguales o muy similares, ésto es evidente en el contexto de invalidez y rehabilitación en donde el conocimiento varía ampliamente dependiendo del nivel cultural de la población.

#### COBERTURA.

Para una cobertura eficaz se requiere un nivel mínimo aceptable de bienestar y la presencia de un espectro amplio de servicios, capaz de atender de manera apropiada diversos estados o diferentes tipos de necesidades derivadas de la pérdida de la salud, o de la invalidez. Esto exige la adopción de políticas orientadas a instaurar y estimular la verdadera acción intersectorial de la salud, así como formas de organización de los servicios que permitan una utilización eficiente de los medios y recursos disponibles y que garanticen a toda la población, un acceso real a dichos servicios. Dentro de la atención médica, la rehabilitación se encuentra como ejemplo de estas necesidades, puesto que únicamente el 2% de la población que requiere de servicios, tiene acceso a ellos.

El mayor problema operativo que afrontan los servicios de salud para hacer efectivas las metas de extensión de cobertura es quizá el de la accesibilidad, por lo tanto, se han cambiado los enfoques anteriores que se orientaban a estimular y favorecer el desarrollo de unidades operativas, en las cuales se ubican los elementos más

complejos de la prestación de servicios, de una forma centralizada y en la actualidad, a causa de la doble necesidad de lograr -- una cobertura más amplia para grupos más numerosos de la población y de hacer compatible la disponibilidad de recursos, con el derecho que tiene cada miembro de la comunidad de recibir atención oportuna, continua y suficiente, se da prioridad al crecimiento y la organización apropiada de los niveles básicos, en particular, del primer nivel de atención.

#### ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

De acuerdo a la declaración de Alma-ATA de la OMS: "La atención primaria de salud, es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". "Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible, la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". "La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas".

Por lo mencionado anteriormente, el lograr una mayor cobertura, -- mejorar la accesibilidad, disminuir el porcentaje de población -- que se encuentra sin acceso a servicios de salud, se ha enfocado a la interrelación de los servicios de salud y el establecimiento de un sistema nacional favoreciendo la atención primaria.

## REGIONALIZACION.

El proceso de regionalización implica la organización de los servicios de salud para la población que habita dentro de una demarcación geográfica, a fin de que los servicios que se ofrezcan - sean de la más alta calidad de acuerdo con los recursos existentes. Como método, la regionalización requiere coordinar o integrar los servicios de manera que éstos funcionen como un sistema único, articulado y de complejidad graduada.

Tanto el país como el Estado se dividen en regiones de servicio, cuyo tamaño en términos de extensión territorial, población, recursos económicos, facilidades y programas de servicio a establecerse, puede determinarse objetiva y científicamente utilizando - para ello, los siguientes factores:

1. Características de la población de cada región:
  - a) Densidad de la población.
  - b) Distribución por sexo, edades, estado civil.
  - c) Migración intra y extra-regional.
  - d) Nivel cultural, económico y social.
  - e) Planes de futuro desarrollo sociocultural.
  
2. Características geográficas de cada región:
  - a) Clima.
  - b) Topografía.
  - c) Recursos naturales.
  - d) Otros.
  
3. Desarrollo económico de cada región:
  - a) Fuentes de trabajo.
  - b) Características agrícolas, comerciales e industriales.
  - c) Vías de comunicación y transporte.
  - d) Planes del futuro desarrollo agrícola, comercial e industrial.



4. Estado médico-social de cada región:
  - a) Programas existentes de salud pública y medicina preventiva, su naturaleza y extensión.
  - b) Programas de servicio médico y de hospitalización; su naturaleza y extensión.
  - c) Programas de bienestar social, su naturaleza y extensión.
  - d) Principales problemas de salud y bienestar social; morbilidad, mortalidad, incapacidad física, mental y social de la población.
  - e) Facilidades físicas disponibles para atender los problemas de atención médica y bienestar social.
  - f) Recursos humanos para prestar servicios de salud y bienestar social.
  - g) Patrones actuales de organización, financiamiento y administración de los servicios de salud y bienestar social.
  - h) Facilidades físicas y su cantidad, capacidad, calidad para la educación y adiestramiento de profesionales de personal médico y de personal auxiliar.
  - i) Necesidades futuras de servicios de salud y bienestar social y planes para afrontarla.
  
5. Estructuras gubernamentales de cada región:
  - a) Divisiones y subdivisiones políticas.
  - b) Estabilidad política en sus aspectos legislativos, ejecutivos y judiciales.
  - c) Legislación social y médico-sanitaria.
  - d) Futuros cambios de la estructura gubernamental.

En la determinación de las regiones de salud, es preciso prestar atención especial a tres elementos:

1. Tamaño.
2. Límites políticos y
3. Red de transportes.

Los aspectos que se deben evitar en la regionalización de servicios, son:

1. Duplicidad de funciones.
2. Baja productividad.
3. Escasa accesibilidad y
4. Deficiencia en la cobertura.

#### NIVELES DE ATENCION EN REHABILITACION DE INVALIDOS.

Los servicios de rehabilitación se han estructurado por niveles para lograr una mayor cobertura y eficacia hacia la población. El establecimiento de niveles de atención en rehabilitación trata de enfrentar, de una manera accesible, el creciente problema de la invalidez a nivel mundial y de manera particular y crítica, en los países en desarrollo. La Organización Panamericana de la Salud ha estimado que el 40% de los inválidos pueden atenderse en el primer nivel, el 20% en el segundo nivel y únicamente el 10% en el tercer nivel.

#### PRIMER NIVEL.

Es el integrado por la red de servicios del Sector Salud en el país, que forma la estructura básica para la atención primaria.

UBICACION. En todas las unidades de primer nivel.

PERSONAL. El médico general o pasante de medicina, la enfermera o auxiliar de enfermería habilitados.

## **FUNCIONES.**

- Establecer sistemas de educación para la salud.
- Capacitar a la familia.
- Prevenir las condiciones que provoquen daño permanente.
- Identificar los casos con deficiencias, incapacidad e invalidez.
- Diagnosticar y establecer el tratamiento de las deficiencias, incapacidades e invalideces a través de métodos simplificados que no requieran de equipo especial.
- Referir a los niveles superiores, los casos que no puedan ser atendidos por su complejidad.
- Establecer el control y seguimiento de pacientes contra referidos.
- Registrar y reportar los casos de invalidez, de acuerdo a las normas establecidas.

## **SEGUNDO NIVEL.**

Funcionará como escalón intermedio, atendiendo a un alto porcentaje de los casos de incapacidad e invalidez referidos por el primer nivel, actuando como filtro para evitar la sobrecarga en el tercer nivel.

**UBICACION.** En los hospitales generales de 30, 60, 120 y 180 camas.

**PERSONAL.** Médico especialista y terapeuta físico.

**FUNCIONES.** Además de las descritas en el primer nivel:

- Establecer el diagnóstico de precisión y el tratamiento especializado de pacientes que no requieran de equipamiento de alta complejidad para su rehabilitación.

- Establecer medidas de supervisión y evaluación:
  - a) Verificar que las actividades del primer nivel de su área de influencia, se realicen conforme a lo -- programado.
  - b) Identificar desviaciones, indicar medidas para su -- corrección y proporcionar la asesoría pertinente.
  
- Establecer acciones de docencia:
  - a) Capacitar al personal no especializado del primer - nivel y colaborar en la formación de recursos huma- nos, médicos y técnicos que se le indiquen.
  - b) Participar en programas de educación continúa del - servicio y del hospital en que esté ubicado, así -- como actividades de investigación.

#### TERCER NIVEL.

Constituye la cúspide del sistema.

UBICACION. En hospitales de especialidades de áreas urbanas, cen- tros especializados y en institutos de salud.

#### PERSONAL.

- Médicos especializados en Medicina de Rehabilitación.
- Médicos especializados en Medicina de la Comunicación Humana.
- Terapistas Físicos.
- Terapistas Ocupacionales.
- Terapistas del lenguaje.
- Trabajadoras Sociales.
- Psicólogos.
- Protesistas y Ortesistas.
- Enfermeras en Rehabilitación.

**FUNCIONES. Además de las del primer y segundo nivel:**

- Elaborar el diagnóstico integral y especializado en los casos con deficiencias, incapacidades e invalideces.
- Proporcionar atención rehabilitatoria especializada a los siguientes tipos de pacientes:
  - a) Del sistema neuromúsculo-esquelético con grado mayor de dificultad para su rehabilitación.
  - b) De la visión y comunicación humana.
  - c) Deficientes mentales menores de edad o con problemas neuromúsculo-esqueléticos.
  - d) Los pacientes del resto de aparatos y sistemas que puedan ser atendidos en base al recurso instalado.
- Referir pacientes que así lo ameriten, a institutos de salud de alta especialidad.
- Establecer medidas de supervisión y evaluación:
  - a) Verificar el cumplimiento de las normas de atención en materia de rehabilitación y evaluar la efectividad de los tratamientos.
  - b) Proporcionar asesoría y asistencia técnica en la materia a los niveles inferiores.
- Efectuar acciones de docencia:
  - a) Formación y desarrollo de los recursos humanos médicos y técnicos en rehabilitación.
  - b) Colaborar en la formación de médicos y paramédicos de otras especialidades.
  - c) Realizar programas de educación continua del servicio y participar en las correspondientes al Hospital.

- Efectuar acciones de investigación:
  - a) Llevar a cabo programas de investigación en el campo específico de la materia.
  - b) Colaborar en actividades de investigación con otros servicios del Hospital.

## UBICACION Y FUNCIONES ESPECIFICAS DE LOS NIVELES.

### PRIMER NIVEL DE ATENCION.

#### OBJETIVO:

Reducir la incidencia de las deficiencias, incapacidades e invalideces y proporcionar atención temprana de las mismas, a través -- del tratamiento a los inválidos por medio de técnicas de rehabilitación simplificada, evitando su evolución a invalideces de grado severo.

#### ORGANIZACION:

Este nivel se encuentra organizado en los centros de salud rurales y urbanos que forman el primer nivel de los servicios de atención médica. Está constituido por un terapeuta físico y el resto del personal de salud.

#### FUNCIONES:

1. Establecer sistemas de educación para la salud.
2. Capacitar a la familia.
3. Prevenir las condiciones que provoquen daño permanente.
4. Identificar los casos con deficiencias, incapacidades e invalidez.

5. Diagnosticar y establecer el tratamiento de las deficien- --  
cias, incapacidades e invalideces a través de métodos simpli  
ficados que no requieren de equipo especial.
6. Referir a los niveles superiores, los casos que no pueden --  
ser atendidos por su complejidad.
7. Establecer un control y seguimiento de pacientes.
8. Registrar y reportar los casos de invalidez.

**CUADRO 6**  
**FUNCIONES DE REHABILITACION DE LAS DIFERENTES UNIDADES**  
**DE PRIMER NIVEL DE ATENCION**  
**CASA DE SALUD**

<b>UBICACION</b>	<b>LOCALIDADES DE 500 A 1,000 HABTS.</b>
<b>FUNCIONES:</b>	- DETECTAR Y REFERIR LOS CASOS DE DEFICIENCIAS, INCAPACIDADES E INVALIDEDES.
<b>ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE SALUD:</b>	- DETECTAR Y REFERIR A LA UNIDAD DE SALUD CORRESPONDIENTE, LOS CASOS QUE REQUIERAN ATENCION -- REHABILITATORIA.

**CUADRO 7**  
**UNIDAD AUXILIAR DE SALUD**

<b>UBICACION</b>	<b>LOCALIDADES DE 500 A 1,000 HABTS., DE DIFICIL - ACCESO GEOGRAFICO Y PANORAMA EPIDEMIOLOGICO - - CRITICO.</b>
<b>FUNCIONES:</b>	- PROPORCIONAR SERVICIOS DE PROMOCION, CURACION Y REHABILITACION.
<b>ACTIVIDADES DEL MEDICO:</b>	- PROPORCIONAR ATENCION MEDICA PREVENTIVA, CURATIVA Y DE REHABILITACION. - PRESCRIBIR LAS ACCIONES DE REHABILITACION A LOS CASOS QUE SE PUEDAN MANEJAR LOCALMENTE DE ACUERDO A LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL MANUAL DE REHABILITACION SIMPLIFICADA.
<b>TECNICO DE SALUD:</b>	- PROPORCIONAR ATENCION BASICA DE SALUD PREVENTIVA, CURATIVA Y DE REHABILITACION. - APLICAR LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACION DE ACUERDO A LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL MANUAL DE REHABILITACION SIMPLIFICADA.



**CUADRO 8**  
**UNIDAD MOVIL**

<b>FUNCIONES:</b>	- PROPORCIONAR SERVICIOS DE PROMOCION, CURACION Y REHABILITACION.
<b>ACTIVIDADES DEL MEDICO:</b>	- PRESCRIBIR LAS ACCIONES DE REHABILITACION A -- LOS CASOS QUE SE PUEDAN MANEJAR LOCALMENTE Y DE ACUERDO A LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL MANUAL DE REHABILITACION SIMPLIFICADA.
<b>ENFERMERA:</b>	- PARTICIPAR EN LA ENSEÑANZA DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACION SIMPLIFICADA A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE.

**CUADRO 9**  
**CENTRO DE SALUD RURAL PARA POBLACION DISPERSA**

<b>UBICACION:</b>	- LOCALIDADES DE MAS DE 1,000 Y MENOS DE 2,500 HABITANTES.
<b>FUNCIONES:</b>	- PROPORCIONAR SERVICIOS DE PROMOCION, CURACION Y REHABILITACION.
<b>ACTIVIDADES DEL MEDICO:</b>	- PROPORCIONAR ATENCION MEDICA PREVENTIVA, CURATIVA Y DE REHABILITACION. - PRESCRIBIR LAS ACCIONES DE REHABILITACION A -- LOS CASOS QUE SE PUEDAN MANEJAR LOCALMENTE, DE ACUERDO A LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL MANUAL DE REHABILITACION SIMPLIFICADA.
<b>ENFERMERA:</b>	- APLICAR LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACION DE ACUERDO AL MANUAL DE REHABILITACION SIMPLIFICADA. - PARTICIPAR EN LA ENSEÑANZA DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACION SIMPLIFICADA A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE.

**CUADRO 10**  
**CENTRO DE SALUD RURAL PARA POBLACION CONCENTRADA**

<b>UBICACION:</b>	- LOCALIDADES DE MAS DE 2,500 Y MENOS DE 15,000 HABITANTES.
<b>FUNCIONES:</b>	- PROPORCIONAR SERVICIOS DE PROMOCION, PREVEN-- CION, CURACION Y REHABILITACION.
<b>ACTIVIDADES DEL MEDICO:</b>	- PROPORCIONAR ATENCION MEDICA PREVENTIVA, CURA TIVA Y DE REHABILITACION. - PRESCRIBIR LAS ACCIONES DE REHABILITACION A -- LOS CASOS QUE SE PUEDAN MANEJAR LOCALMENTE Y DE ACUERDO A LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL -- MANUAL DE REHABILITACION SIMPLIFICADA.
<b>ENFERMERA:</b>	- APLICAR LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACION DE ACUERDO AL MANUAL DE REHABILITACION SIMPLIFICADA - PARTICIPAR EN LA ENSEÑANZA DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACION SIMPLIFICADA A LOS FAMILIARES DEL PCTE.

**CUADRO 11**  
**CENTRO DE SALUD URBANO**

<b>UBICACION</b>	- LOCALIDADES DE MAS DE 15,000 HABITANTES.
<b>FUNCIONES:</b>	- PROPORCIONAR SERVICIOS DE PROMOCION, PREVEN-- CION, CURACION Y REHABILITACION.
<b>ACTIVIDADES DEL MEDICO:</b>	- PROPORCIONAR ATENCION MEDICA PREVENTIVA, CURA TIVA Y DE REHABILITACION. - PRESCRIBIR MEDIDAS DE TRATAMIENTO PARA LOS CA SOS DE DEFICIENCIAS, INCAPACIDADES E INVALIDE CES DE ACUERDO AL MANUAL DE REHABILITACION SIMPLIFCDA. - SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA, DEL PROMOTOR DE SALUD Y DEL TERA PISTA FISICO.
<b>ENFERMERA:</b>	- PARTICIPAR EN EL TRATAMIENTO DE REHABILITACION SIMPLIFICADA A LOS FAMILIARES DEL PCTE. INVALIDO
<b>TERAPISTA FISICO:</b>	- REALIZAR, PREVIO DIAGNOSTICO MEDICO, SESIONES DE TRATAMIENTO A TRAVES DE LAS TECNICAS DE REHA BILITACION CONTEMPLADAS EN EL MANUAL DE REHA BILITACION SIMPLIFICADA. - CAPACITAR A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SO BRE LAS TECNICAS DE REHABILITACION SIMPLIFICA DA QUE DEBERAN EFECTUARSE EN EL DOMICILIO.

## SEGUNDO NIVEL.

Los segundos niveles de atención en rehabilitación de inválidos - funcionarán en los Hospitales de 30, 60, 120 y 180 camas. Todo Hospital debe contar con un servicio de medicina física y rehabilitación.

Los servicios se pueden definir como unidades clínicas hospitalarias encargadas del diagnóstico, tratamiento y prevención de las incapacidades, mediante la medicina física.

Hospitalización. El criterio para que el Departamento de Medicina Física tenga camas está basado en:

1. Manejo de estados recientes de invalidez.
2. Programas intensivos de rehabilitación.
3. Disminución de tiempo de hospitalización.
4. Manejo de pacientes hospitalizados.

Se considera que el 10% de los pacientes internados, si no más, - requieren de los servicios de medicina física. El 20% de los pacientes de consulta externa, requieren de los servicios de medicina física.

De acuerdo al número de camas de los Hospitales, las unidades de rehabilitación tendrán las variantes de:

- Fisioterapia, los Hospitales de 30 camas.
- Medicina Física, los Hospitales de 60 camas.
- Medicina Física y Rehabilitación, los Hospitales de 120 y - 180 camas.

**CUADRO 12**  
**UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL**

HOSPITAL GENERAL DE 30 CAMAS	- DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
HOSPITAL GENERAL DE 60 CAMAS	- DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA
HOSPITAL GENERAL DE 120 CAMAS	- DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
HOSPITAL GENERAL DE 180 CAMAS	- DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

**TERCER NIVEL.**

Funcionará en institutos de salud y centros especializados en -- atender problemas de invalidez, contando con todos los recursos -- materiales y humanos ya especificados anteriormente.

**OPERATIVIDAD.**

El sistema debe funcionar de acuerdo a la delimitación de jurisdicciones, estableciendo los criterios generales para la configuración de zonas de supervisión, asesoría y apoyo logístico, optimizando el área de influencia conforme al desplazamiento de la población de las localidades periféricas a la localidad sede, la -- disponibilidad de medios y vías de comunicación asociada a isocronas de traslado, definidas de acuerdo a las condiciones locales y teniendo en cuenta la dificultad de traslación, las barreras arquitectónicas y de acceso para las personas inválidas. (El modo lo señala como indicador general y flexible, una hora para las --

áreas rurales dispersas y 30 minutos para las áreas rural concentrada y urbana; estos indicadores deben ser modificados en el caso de los inválidos).

Las unidades de primer nivel deben estar adscritas a un área de influencia de un hospital general de segundo nivel, manteniendo un sistema dinámico de referencia y contrarreferencia de pacientes, enviando los casos que así lo requieran, del segundo al tercer nivel de atención.

#### PROPOSITO BASICO DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA.

Una de las acciones básicas del actual gobierno orientada al impulso de una sociedad igualitaria, ha consistido en la elevación del "Derecho a la Protección de la Salud" a rango constitucional, para dar la base a un sólido Sistema Nacional de Salud que coadyuve a que el individuo y la comunidad, accedan a una vida plena.

"El Derecho a la Protección de la Salud", tiene las siguientes finalidades:

- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana.
- El disfrute de servicio de salud y asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente, las necesidades de la población.
- El adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

#### PROPOSITOS GENERALES DEL PROGRAMA.

- Proporcionar servicios de rehabilitación a toda la población y mejorar y homogeneizar la calidad básica de los mismos, -- atendiendo a los problemas prioritarios y a los factores que causan y condicionan daños invalidantes.
- Promover la rehabilitación de la población inválida, disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en riesgo y fomentando el autocuidado, particularmente de los sectores rural y urbano y con especial preocupación por los grupos más - vulnerables.

#### OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA.

- Abatir y controlar los daños a la salud que puedan producir - deficiencias, incapacidades e invalidez.
- Lograr que los servicios de rehabilitación, sean accesibles a toda la población del Estado de Querétaro.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROGRAMA.

- Desarrollar un sistema de servicios de rehabilitación regionalizado, para atender la demanda de los pacientes con deficiencias, incapacidades e invalidez.

#### METAS DE RESULTADOS.

Se pretende que todos los habitantes del Estado de Querétaro que presenten invalidez, tengan acceso a los servicios de atención médica rehabilitatoria, mediante la ampliación de la infraestructura

1. Implementación de Servicios de Rehabilitación de Primer Nivel.
2. Implementación de Servicios de Rehabilitación en los hospitales generales de San Juan del Río, Cadereyta de Montes y Jalpan.
3. Optimizar el Servicio de Rehabilitación del Hospital General de Querétaro.
4. Optimización del centro de tercer nivel (CREE).
5. Optimización de los servicios a través de la regionalización y escalonamiento de los servicios de rehabilitación.
6. Desarrollo de cursos de capacitación en Rehabilitación Simplificada a enfermeras, médicos y en general a todo el personal de salud.

## CONCLUSIONES



## CONCLUSIONES

El Estado de Querétaro cuenta con un sistema de salud escalonado que presta atención médica a aproximadamente el 95% de la población. Es un Estado con alto porcentaje de población dispersa y con la mitad de su población total concentrada en la capital del Estado. Los servicios de salud de segundo y tercer nivel, además de la capital, se encuentran en las cabeceras de jurisdicciones sanitarias, contando con 3 hospitales de 30 camas, fuera de la ciudad de Querétaro. La regionalización se ha efectuado en 4 jurisdicciones sanitarias.

La atención rehabilitatoria se da únicamente en la capital. No hay un sistema escalonado en cuanto a la atención rehabilitatoria proporcionándose servicio únicamente en la ciudad de Querétaro. La regionalización de los servicios no funciona en el área de rehabilitación, quedando un porcentaje alto de la población sin accesibilidad a algún tipo de atención rehabilitatoria; los criterios de accesibilidad e isocronas de traslado no se cumplen.

Todo esto crea una deficiencia en la cobertura, con un sistema centralizado, de escasa penetración, con grandes sectores de población que carecen de atención rehabilitatoria y perpetuando el problema de la invalidez.

Es necesario establecer, en todos los centros de primer nivel, cursos de capacitación al personal para que se establezcan medidas de rehabilitación simplificada.

Los centros de segundo nivel deben prestar apoyo a las unidades de primer nivel, en el aspecto rehabilitatorio.

Se debe intensificar la interacción de los diferentes sectores de salud, para lograr la mayor cobertura de población con problemas de invalidez.

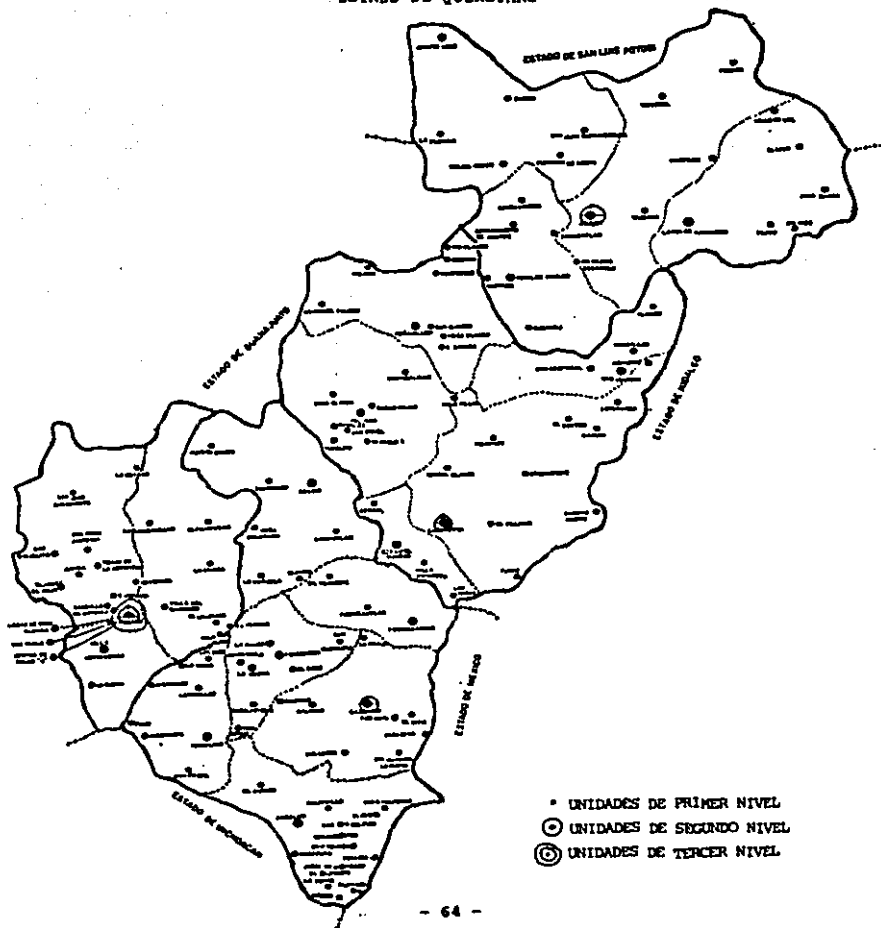
**A N E X O I**

**UBICACION DE LAS UNIDADES DE SALUD**

**DE LA SECRETARIA DE SALUD**

**EN EL ESTADO DE QUERETARO**

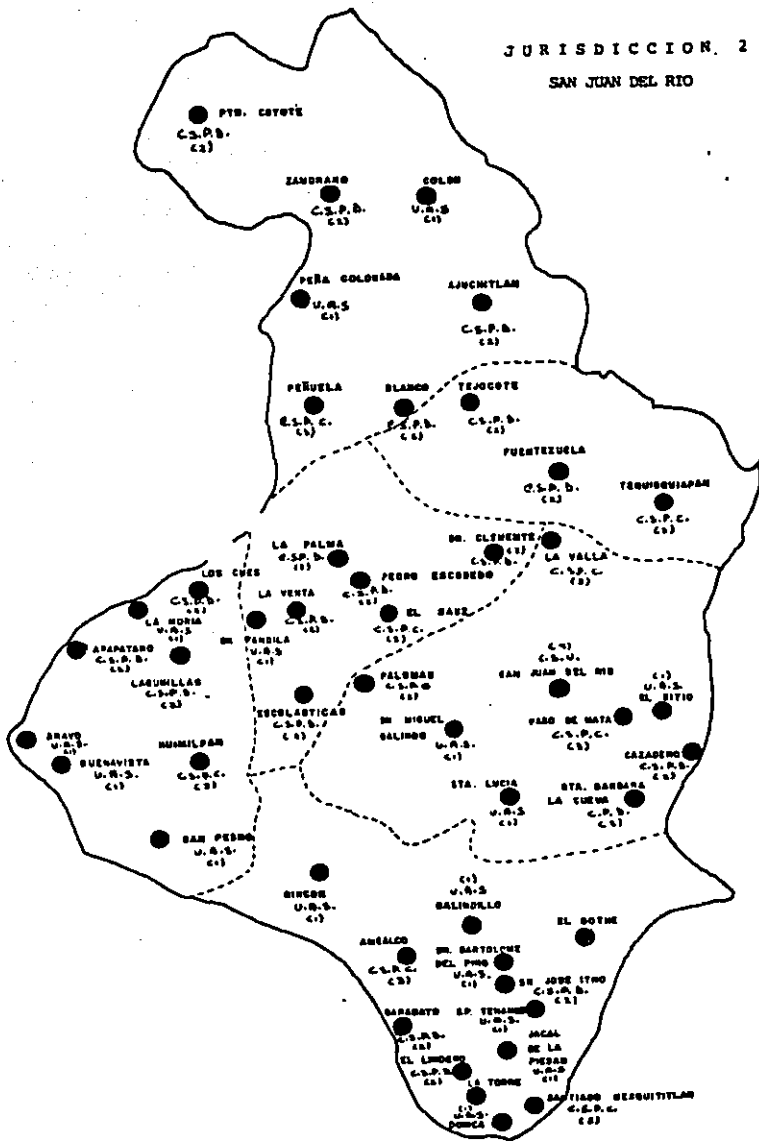
UNIDADES DE SALUD  
ESTADO DE QUERETARO





JURISDICCION. 2

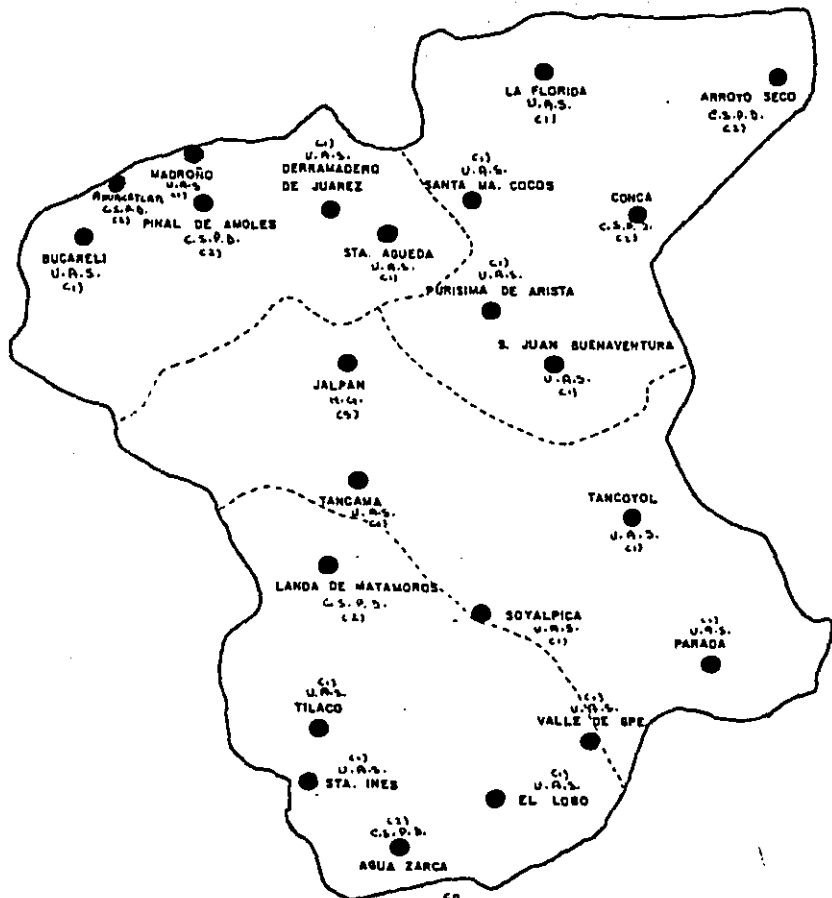
SAN JOAN DEL RIO





JURISDICCION 4

JALPAN



**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**A N E X O II**

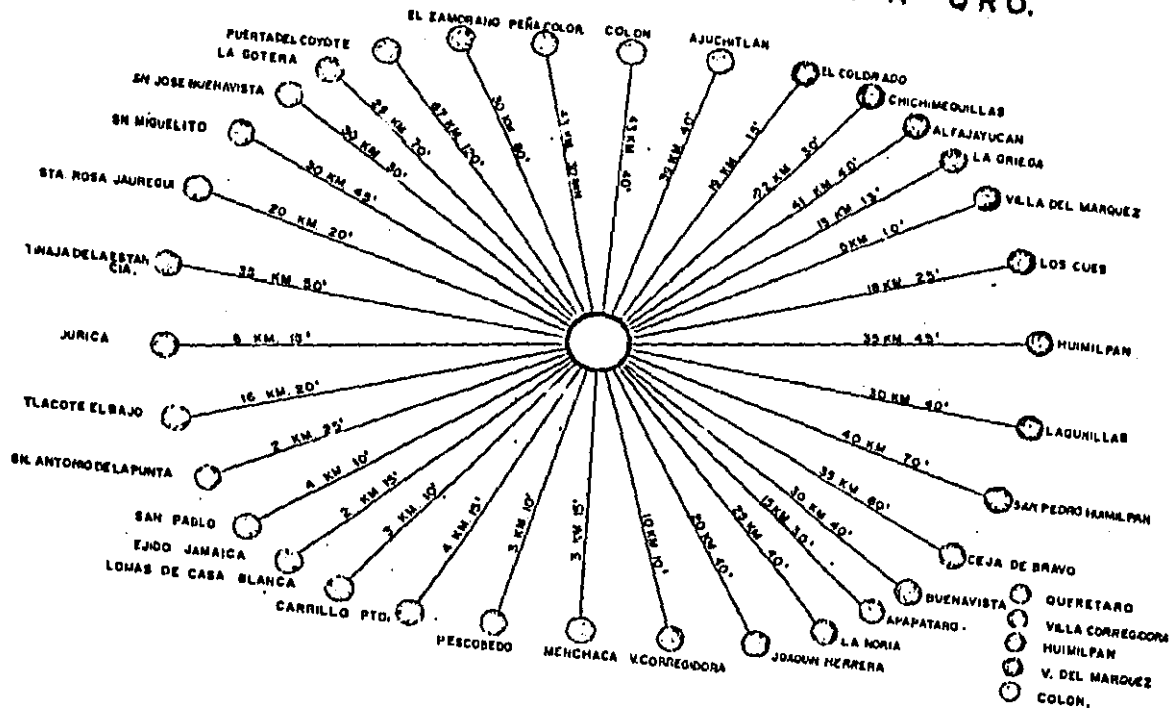
**ISOCRONAS DE TRASLADO DE UNIDADES DE PRIMER NIVEL**

**A UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL**

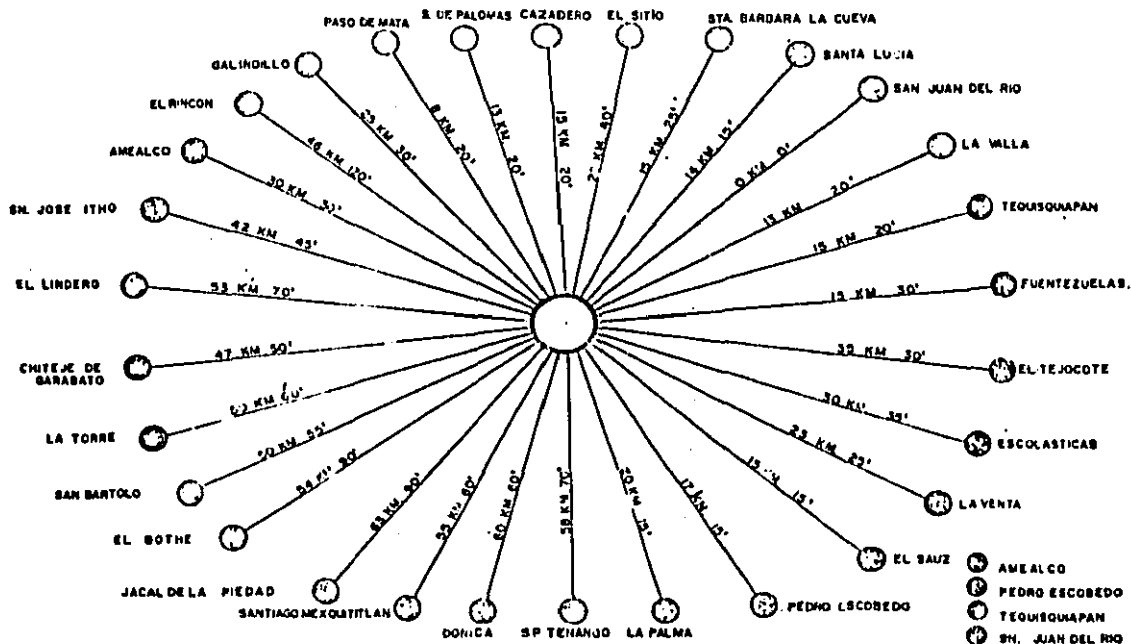
**EN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS**



# TRASLADO DE ENFERMOS HOSPITAL GRAL. "A" Q.R.O.

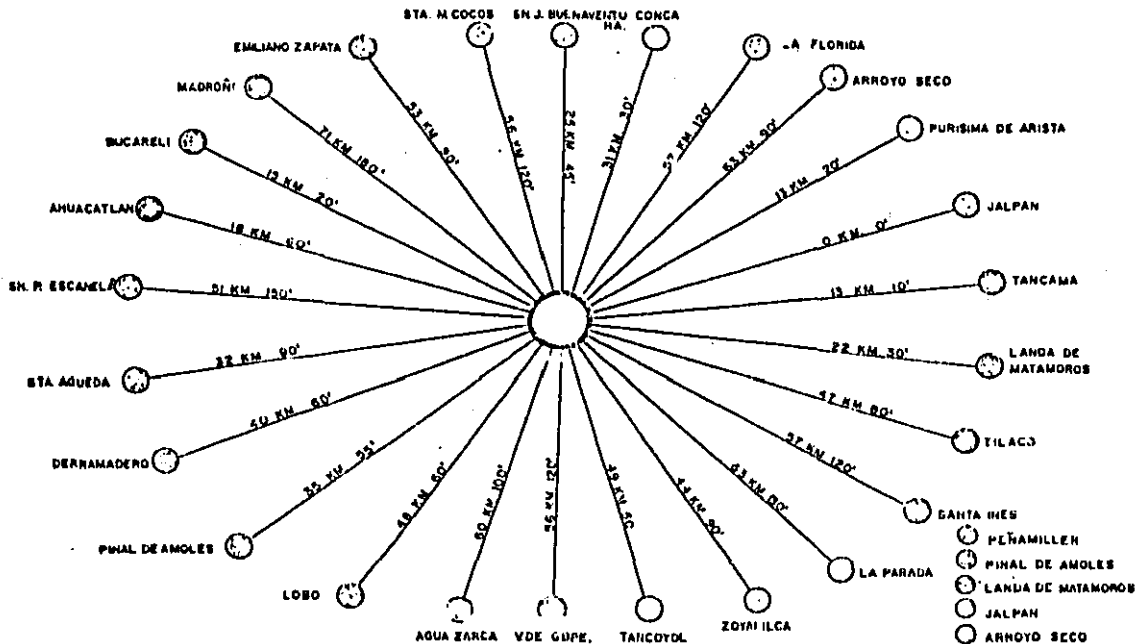


# TRASLADO DE ENFERMOS HOSPITAL GRAL. "C" S.J.R.





# TRASLADO DE ENFERMOS HOSPITAL GRAL. JALPAN.



## REFERENCIAS

## REFERENCIAS

1. Ibarra Ibarra, L.G.; Montes de Oca, D.L.: Enfermedad aguda, enfermedad crónica e invalidez en la infancia en el Sector Salud del área metropolitana. Salud Pública Méx. 28; 161-171, 1986.
2. Ley General de Salud: Diario Oficial de la Federación del 7 de febrero de 1984. México.
3. Organización Mundial de la Salud: Prevención de incapacidades y rehabilitación. Serie de informes técnicos No. 668, -- 1981.
4. Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Querétaro: Diagnóstico de la situación de salud en el Estado de Querétaro. México, 1982.
5. Secretaría de Salubridad y Asistencia; Dirección General de Rehabilitación: Encuesta Nacional de Inválidos. México, 1982.
6. Gobierno del Estado de Querétaro: Plan Querétaro. México, - 1986. Documento oficial.
7. Fornazari, L.: Medicina preventiva y rehabilitación. En: -- San Martín, H., ed. Salud y Enfermedad. 3a. Edición. La -- Prensa Médica Mexicana, México, 1975. Pags. 504-510.
8. Merino, R.: El proceso de administración en salud pública, - op. cit. Pags. 544-554.
9. Gobierno del Estado de Querétaro: Ley de Salud del Estado de Querétaro. México, 1985.

10. Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana - de la Salud: Sistemas de Salud. Publicación científica No. 234, 1972.
11. Castellanos R.J.: Enfoques estratégicos regionales para la - extensión de la cobertura de los servicios de salud. Bol.Of. Sanit. Panam. 90; 245-257. 1981.
12. Secretaría de Salud; Subsecretaría de Planeación: Programa - de descentralización de los servicios de salud. Documentos - operativos. No. 1. Modelo de atención a la salud de la po- blación abierta. México, 1985.
13. Ferrer, R.A.: Regionalización de servicios integrados de sa- lud y bienestar social. Bol.Of.Sanit.Panam. 57; 120-127, -- 1964.
14. Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana - de la Salud: Salud de los impedidos. CD30/14. USA, 1984.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): La - incapacitación infantil: Su prevención y rehabilitación. E/- ICEF/L. 1410, USA, 1980.
15. Secretaría de Salud; Dirección de Normas, Salud Mental, Reha- bilitación y Asistencia Social: Norma técnica de organiza- ción de los niveles de atención en rehabilitación. Documen- tos Operativos. México, 1985.