付属資料

1．サーマリーレポート

RESUMEN DE REPORTE DEL ESTUDIO REALIZADO POR LA MISION DE ESTUDIO BASICO PARA EL PROYECTO EN PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD MATERNO-INFANTIL

INTEGRANTES DE LA MISION

JEFE DE LA MISION: Dr. Takefumi Kondo
Director General
Departamento de la Cooperación de Medicina
Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA)

Dr. Kenji Hayashi
Director
Departamento de Demografía y Salud Pública.
Instituto Nacional de Salud Pública

Dr. Kaoru Ashimine
Director
Departamento de Pediatría del Hospital de Chubu, Estado de Okinawa

Dr. Yasuo Inafuku

Jefe

Departamento de Ginecobstetricia del

Hospital de Chubu, Estado de Okinawa

Sr. Yoshikazu Koike

Departamento de Cooperación de Medicina

de JICA

Sra. Kiyoko Ikegami

Consultor

(Recopilación de datos relacionados)

Sr. Yoshitatsu Kanno

Consultor

(Recopilación de datos relacionados)

2. OBJETIVOS DE LA MISION

Realizar estudios sobre la situación actual de las áreas relacionadas en la Planificación Familiar y Salud Materno Infantil y sus respectivos programas, y así como recopilar los datos relacionados de los Estados Unidos Mexicanos. Al mismo tiempo, analizar el contenido del proyecto en Planificación Familiar y Salud Materno Infantil, el cual fue entregado por el Gobierno Mexicano, y estudiar sobre las áreas y prioridades de la cooperación técnica del Gobierno Japonés a través de JICA.

3. PROGRAMA DE TRABAJO

07 Enero (Dom.) 1990	Arribo a la Ciudad de México
08 Enero (Lun.) 1990	Reunión en la Oficina de JICA de México Visita de cortesía a la Embajada de Japón Visita de cortesía a la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) de la SSA.
09 Enero (Mar.) 1990	Reunión de trabajo con DGPF de la SSA
10 Enero (Mier.) 1990	Visita al Instituto Nacional de Perinatología. Reunión con la DGPF Reunión en la oficina de JICA de México.

11 Enero (Jue.) 1990	Visita al Instituto Nacional de Pediatría Reunión con la Dirección General de Salud Materno-Infantil, la Dirección General de Fomento a la Salud y el Centro de Genética de la Nutrición.
12 Enero (Vie.) 1990	Traslado al Estado de Guerrero. Reunión con el Presidente del Consejo de Administración de Salud del Estado de Guerrero y con el Jefe de la Dirección General Operativa del mismo. Visita al Centro Avanzado de Atención Primaria de la Salud. Hospital General de Acapulco. Centro de Salud San Marcos. Localidad Tecomate Nanchal. Localidad Cocoyul.
13 Enero (Sab.) 1990	Visita al Laboratorio Regional de Salud Pública. Centro de Salud San José Guatemala. Centro de Salud Las Vigas. Localidad San Miguel
14 Enero (Dom.) 1990	Traslado a México, D.F.

15 Enero (Lun.) 1990 Traslado a Veracruz.
Reunión en la Jurisdicción Sanitaria de Veracruz.
Visita Hospital General de Veracruz.
Casa de Salud de El Pando a cargo del DIF Municipal, Auxiliar de Salud de Mozambique (EEC).

16 Enero (Mar.) 1990 Visita a la Jurisdicción Sanitaria de San Andrés Tuxtla, y el Centro de Salud.
Centro de Salud Tepanca.
Centro de Salud Calería.
Centro de Salud con hospital de Catemaco.
Traslado a México, D.F.

17 Enero (Mier.) 1990 Reunión con el Secretario de Salud.
Reunión con el Subsecretario de Servicios de Salud.
Reunión final de trabajo con la DGPF.

4. RESULTADOS

Los resultados de las reuniones con las autoridades de la contraparte mexicana y de estudios ejecutados en los organismos e instituciones relacionadas son los siguientes:

1) Después de analizar el contenido de la solicitud entregada por el Gobierno Mexicano, sobre la cooperación técnica en Planificación Familiar y Salud Materno Infantil, se considera que es factible la cooperación técnica tipo PROYECTO (envío de expertos japoneses, capacitación y donación de equipos) para promover la Salud Materno Infantil y la Planificación Familiar orientadas hacia actividades comunitarias, incluyendo el apoyo al segundo nivel de atención y reforzar el sistema de referencia y contra referencia, para apoyar las actividades arriba mencionadas.

2) Respecto a la solicitud de ejecución de la cooperación en los ocho estados propuestos por el Gobierno Mexicano, será posible realizar dicha cooperación para capacitación de médicos y/o paramédicos, así como para actividades de la Estrategia de Extensión de Cobertura, incluyendo la donación de equipos básicos.

3) El obejetivo final de la cooperación técnica de este proyecto orientado hacia las actividades comunitarias es contribuir al mejoramiento de la Salud Materno Infantil y Planificación Familiar de México.

Por lo tanto, para concretar los objetivos, de la cooperación técnica, primero, el Gobierno Mexicano deberá seleccionar áreas piloto para desarrollar un sistema

modelo de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar orientadas hacia actividades comunitarias.

Asimismo, durante y/o al término del proyecto, se harán evaluaciones y de acuerdo con los resultados, a medida que evolucione el proyecto, se podrán extender a otras áreas el sistema desarrollado.

4) Para consolidar el contenido de la solicitud de cooperación, se requiere que el Gobierno Mexicano seleccione las áreas piloto dentro de los ocho estados y que mande al Gobierno Japonés esta decisión como información adicional de la solicitud original.

También se requiere que el Gobierno Mexicano mande al Gobierno Japonés, la información básica sobre Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil para las mismas áreas - piloto.

5) Contenidos de la cooperación técnica.

La cooperación técnica de tipo proyecto, implica la combinación del envío de expertos japoneses, capacitación y donación de equipos.

Las actividades factibles y principales de la cooperación

son siguientes:

a) Envío de expertos joponeses (a largo y/o corto plazo) en las siguientes áreas:

a. Salud comunitaria
b. Planificación Familiar
c. Capacitación a personal médico y paramédico en aspectos técnicos.
d. Coordinador del proyecto para monitoreo, control y evaluación.

b) Capacitación.

a. Capacitación en México
Se proponen las siguientes áreas:
Control perinatal, salud comunitaria, enfermería, planificación familiar, administración en salud e información, educación y comunicación (IEC), etc.

b. Capacitación en Japón
Se proponen las siguientes áreas:
Control perinatal, salud comunitaria, enfermería, planificación familiar, administración en salud e información, educación y comunicación (IEC), etc.

c) Donación de equipos

a. Equipos para reforzar el sistema de referencia y contra referencia.
Equipos para administración, educación y capacitación y así como equipos médicos para control perinatal, etc., en los hospitales y centros de salud.

b. Equipos para planificación familiar y salud materno infantil.
Equipos para la operación y administración
Equipos para actividades de IEC.
Equipos para la capacitación, etc.

c. Equipos para actividades comunitarias y de IEC.
Vehículos para actividades de supervisión, etc.

La magnitud del contenido de la cooperación técnica será diferente entre las áreas modelo y las áreas piloto.

6) Para llevar a cabo este proyecto se requiere de un mecanismo de coordinación entre las áreas de la Secretaría de Salud relacionadas y otros organismos, ya que el presente proyecto abarca varios aspectos.

México, D.F., a 17 de enero de 1990.

付属資料

2．メキシコ側プロポーザル

La Secretaría de Relaciones Exteriores saluda atentamente a la Embajada del Japón y tiene el honor de hacer referencia a la cooperación técnica y científica entre ambos países.

La Dirección General de Cooperación Técnica y Científica, en atención a la invitación del Excelentísimo Sr. Embajador Ryukichi Imai al Secretario de Salud Dr. Jesús Kumate, tiene el agrado de presentar a esa H. Embajada el "Proyecto de cooperación en planificación familiar y salud materno infantil".

La Secretaría de Relaciones Exteriores agradece a la honorable Embajada del Japón la atención que se sirva otorgar a la presente y aprovecha la ocasión para reiterarle las seguridades de su más alta consideración.

México, D. F., a 30 de noviembre de 1989.

A la Embajada del Japón
C i u d a d

INTRODUCCION

A través del apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) en materia de cooperación técnica, asesoría y equipamiento, se desarrollará una serie de actividades que reforzarán los servicios de planificación familiar y salud materna e infantil que presta la Secretaría de Salud (SSA) en las áreas rurales dispersas del país.

Desde 1986, la SSA instrumentó la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) para hacer llegar los servicios básicos de atención primaria de la salud a las comunidades menores de 2,500 habitantes, por medio de Auxiliares de Salud, que son personal voluntario, seleccionado por la propia comunidad, y que ha sido capacitado y es supervisado para el desarrollo de sus actividades. En este momento se cuenta con Auxiliares de Salud en 12,966 comunidades, y su estructura ha sido reforzada con 1,210 enfermeras supervisoras y 307 médicos coordinadores.

El presente proyecto de cooperación tiene como objetivo final contribuir a ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a través de la EEC, especialmente en la que se refiere a los servicios de: 1) planificación familiar, 2) control prenatal, 3) atención del parto domiciliario, 4) atención del puerperio, 5) atención del recién nacido, en particular a la detección temprana del hipotiroidismo congénito, la fibrosis quística y la toxoplasmosis, 6) atención del menor de cinco años, principalmente en materia de inmunizaciones y suministro de sobres de hidratación oral y 7) detección de casos que no pueden ser atendidos por las auxiliares, para su referencia a las unidades médicas de la SSA.

El apoyo requerido para ello consiste básicamente en transferencia de tecnología, asesoramiento, capacitación y equipamiento para reforzar las áreas de promoción educativa,

supervisión, capacitación, logística de suministros, programación y evaluación, así como para mejorar el propio esquema de prestación de servicios.

En una primera parte de este documento se presentan algunos antecedentes, las bases legales y los objetivos de la planificación familiar en México. En el segundo capítulo se describen algunas características de la fecundidad, la anticoncepción y la salud materno-infantil en el país, así como las principales actividades que ha realizado la SSA en esta materia en los últimos años, particularmente en lo que se refiere a la EEC. Por último, se enumeran los objetivos, la cobertura y las principales acciones objeto del proyecto de cooperación.

1. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

El proceso de modernización acontecido durante el período de 1920 a 1940 significó una reducción en los niveles de mortalidad de la población, hecho que, aunado a las tasas altas y sostenidas de la fecundidad, alteraría la evolución y comportamiento del ritmo de crecimiento de la población mexicana.

Para 1940, la tasa bruta de natalidad llega a 44.5 nacimientos por cada mil habitantes, mientras la tasa de mortalidad se reduce a 23.3 defunciones por cada mil habitantes.

Como consecuencia del mantenimiento de los niveles de fecundidad y dado que la mortalidad continuó en descenso, en el período de 1940 a 1970 la población sufrió una gran aceleración de su ritmo de crecimiento, siendo de 2.2% entre 1940-1950, 3.1% para 1950-1960 y de 3.4% en la década de los sesentas, lo que significó que la población creciera de 20 millones que tenía en 1940 a 48 millones para 1970.

Los problemas derivados del crecimiento sostenido de la población, en términos económicos y sociales, produjo un cambio significativo en relación a la política demográfica, cuya tendencia pronatalista vigente desde 1936 experimenta un giro importante ante la necesidad de controlar el crecimiento de la población mediante adecuadas políticas demográficas. Es en 1972 cuando el gobierno mexicano anuncia la decisión oficial de llevar a cabo actividades de planificación familiar y, en 1973, se inicia la prestación de los servicios en las instituciones públicas de salud y seguridad social. Estas actividades encuentran, además, un favorable aval en la posición de la comunidad internacional, cuya más clara expresión fue la celebración de la Conferencia Mundial de Bucarest (1974) -cuya Secretaría General estuvo a cargo de México- y el Plan Mundial de Acción que se derivó de ella.

1.1 Bases Legales y Programáticas de la Planificación Familiar

La legitimación del cambio de actitud oficial se realizó sobre la base de una serie de reformas legales y con la creación de los organismos públicos necesarios para implementar las nuevas estrategias. Dentro de las bases legales, destacan:

- Reforma al Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con una adición que establece que "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos" (1973).

- Promulgación de una nueva Ley General de Población, en la que se expresa la necesidad de realizar programas de planificación familiar a través de servicios educativos y de salud pública, (1973).

- Expedición del Reglamento de la Ley General de Población, en el que se ubica a los programas de planificación familiar en el contexto de la política de bienestar social, actuando fundamentalmente en el campo de la salud, educación, capacitación, protección de la familia, la madre y el niño (1976).

- Incorporación de la planificación familiar en la Nueva Ley General de Salud, como un renglón importante del derecho constitucional a la protección de la salud, (1984).

Respecto a las bases programáticas y la creación de organismos públicos necesarios para implementación de las estrategias, se pueden señalar los siguientes:

a) Creación de la Comisión Interinstitucional de Atención Materno-Infantil y Planificación Familiar (1973).

b) Creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO), organismo responsable de la política demográfica del país, (1973).

c) Creación, por decreto presidencial, de la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, a la que se le encomendó la formulación del Plan Nacional de Planificación Familiar, que fue incorporado al Plan Global de Desarrollo para el período 1976-1982.

d) Elaboración del Programa Interinstitucional de Planificación Familiar para el período 1983-1988, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, la cual cumple a partir de entonces, además de sus funciones institucionales, la de coordinar los programas del conjunto de las instituciones públicas de salud, como cabeza del sector.

e) Instalación del Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar para la elaboración y seguimiento del Programa correspondiente al periodo 1989-1994. Este grupo es presidido por el Secretario de Salud y forman parte de él el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y, por primera ocasión, se incorporaron también a este grupo otras instituciones del gobierno: Petróleos Mexicanos, La Secretaría de Marina y la Secretaría de la Defensa Nacional,así como las principales instituciones de planificación familiar del sector privado: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM antes FEPAC), Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Planificación Familiar (FEMAP) y el Consejo de Planificación Familiar para la Juventud (COPLAFAM).

f) La inclusión de la planificación familiar, como uno de las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo para el periodo 1989-1994, pone de manifiesto nuevamente su papel prioritario para el desarrollo del país.

1.2 Objetivos Generales de la Planificación Familiar.

Desde sus incios, la planificación familiar en México se ha orientado fundamentalmente a lograr una dinámica demográfica acorde con el desarrollo general del país, y así contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población. En los últimos años, además, se ha puesto un especial énfasis en su contribución para mejorar la salud materno-infantil. Los tres objetivos generales del Programa Interinstitucional 1989-1994 son los siguientes:

- Coadyuvar al mejoramiento de la salud de la población, particularmente de la población materna e infantil.

- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, con pleno respeto a la decisión y dignidad de la pareja.

- Ayudar a reducir la frecuencia de los embarazos no deseados, coadyuvando así a la prevención de los problemas asociados, como es la incidencia del aborto.

2.- SITUACION ACTUAL DE LA PLANIFICACION FAMILIAR Y LA SALUD MATERNO INFANTIL.

2.1 Fecundidad

Debido a que el programa de planificación familiar, y en particular el nivel de uso de métodos anticonceptivos, es considerado como uno de los principales factores que pueden modificar la fecundidad, es importante revisar la evolución que ha seguido esta variable demográfica en los últimos años.

La información disponible indica que la tasa global de fecundidad en México descendió de un nivel de 6.3 en 1973 a 3.8 en 1986. En términos relativos esto significa un descenso de casi el 40%. Si se divide el período de observación, los descensos más importantes se dieron entre 1974 y 1978 y entre 1978 y 1982. Para los últimos cuatro años el ritmo de descenso disminuye a cerca del 10 por ciento (Cuadro 1).

Considerando los grupos de edades en los cuales se muestra un mayor descenso porcentual de la fecundidad, son los que se encuentran en las edades extremas del período fértil, especialmente los grupos 15 a 19 años y los grupos de edad después de los 35 años.

El grupo de edad 15-19 muestra un descenso del 35% entre 1974 y 1986 y los de 35-39 y 40-44 años muestran un descenso de casi el 50 por ciento.

Desde el punto de vista de la salud, es positivo que las mujeres en las edades extremas fueron las que en mayor medida redujeron su fecundidad, puesto es en estas edades donde los riesgos del embarazo son mayores.

Se ha podido observar que siguen existiendo importantes diferencias entre grupos de población y según el tamaño de la localidad de residencia. Los datos muestran que la tasa global de fecundidad en el periodo 1981-1986 fue de 6.2 en áreas rurales y 3.3 en áreas urbanas, y que los diferenciales de la fecundidad rural-urbana han aumentado conforme transcurre el tiempo. (Cuadro 2).

CUADRO 1

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD; 1973 - 1986

AÑO	TASA	AÑO	TASA
1973	6.31	1982	4.25
1978	5.03	1984	3.93
1980	4.58	1986	3.84

CUADRO 2

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA

PERIODO	RURAL	URBANO
1966-1970	8.24	6.34
1970-1975	7.73	5.67
1975-1980	6.92	4.59
1981-1986	6.19	3.29

En relación al promedio de hijos nacidos vivos para el grupo de mujeres de 45 a 49 años, para 1987 en las áreas urbanas era de 6.18 y para las rurales de 8.07, es decir, una diferencia de casi dos hijos.

Una de las variables importantes que intervienen en los niveles de fecundidad, se refiere a la edad a la primera unión, y en tal sentido, el programa de planificación familiar estimula el retraso en la edad al matrimonio o primera unión.

La edad mediana a la primera unión también es diferente según el lugar de residencia, siendo mayor para las localidades más grandes. Hay una diferencia de tres años entre localidad de 2500 habitantes y áreas metropolitanas.

2.2 Anticoncepción

Uno de los indicadores más importantes para valorar el avance de las acciones de planificación familiar se refiere al nivel nacional de uso de métodos anticonceptivos.

Entre 1976 y 1987 la cobertura de mujeres en edad fértil unidas que controlaban su fecundidad, incluyendo los métodos tradicionales, aumentó de 30.2 a 52.7 por ciento. Lo que significa que a la fecha existen 7 millones de parejas usuarias aproximadamente.

Las tendencias en la práctica anticonceptiva indican que los niveles de uso de anticonceptivos se han incrementado de manera importante en todos los grupos de edad, y en prácticamente todos los segmentos de la sociedad, sin embargo, el nivel de uso no es homogéneo entre las áreas rurales y las urbanas del país.

En 1987 la cobertura fue de 37.6% en las localidades con menos de 2500 habitantes y de 63% en las urbanas. Esto es importante de remarcar puesto que el relativamente alto nivel de uso en las ciudades, difícilmente podrá seguir aumentando al mismo ritmo, lo cual implica que para cumplir con las metas nacionales de cobertura, es indispensable la ampliación de la cobertura a las comunidades rurales.

Con el propósito de incidir de manera más adecuada en el descenso de la fecundidad, se han impulsado los métodos considerados como más efectivos, de tal manera que si para 1982 los hormonales orales ocuparon el primer lugar con 29.7%, para 1987 descienden a 18.0%, en tanto la oclusión tubaria pasó de 28.1% a 36.4% y el dispositivo intrauterino de 13.8% a 19.9%.

Por otra parte, las instituciones del sector público atendieron en 1987 al 61.8% del total de usuarias, contra un 53.4% observado en 1982. Dentro del sector privado, destaca la participación de las farmacias, con un 21.3% del total.

Al igual que en el análisis de la fecundidad según los grados de escolaridad de la mujer, el uso de anticonceptivos guarda una relación directa con esta variable.

2.3 Salud Materno-Infantil

Los programas de planificación familiar se apoyan en la premisa general de que el descenso de la fecundidad contribuye, de manera sustancial, a mejorar la salud de las mujeres y los niños.

En lo que se refiere a la salud perinatal, han surgido importantes expectativas acerca de los efectos benéficos que, en condiciones de fecundidad decreciente, pueden ejercer los cambios de los patrones de formación familiar sobre la salud perinatal de la población. Estudios transversales muestran importantes asociaciones entre los intervalos de los nacimientos, la edad y la paridad materna, y la sobrevivencia perinatal.

En lo que se refiere a mortalidad materna, se puede observar que ha disminuido durante los últimos quince años . En 1970 la tasa era de 15 defunciones por cada 10,000 nacidos, en 1975 de 11, en 1982 disminuyó a 9 y, para 1985, se redujo a 6.4. La meta para 1994 es de 3.2 defunciones por cada 10,000 nacidos.

Desde el punto de vista de la implantación de políticas y programas de salud, la tasa de mortalidad infantil es uno de los indicadores que mejor expresan y más diferencian las condiciones generales de vida de una población.

En México, la tasa de mortalidad infantil ha experimentado un importante descenso en lo que va del siglo. Se estima un valor cercano a las 300 defunciones por mil nacidos vivos para los últimos años del siglo pasado, de 100 para mediados del presente siglo, de 61 para el año de 1977, y de 47 durante el período 1982 a 1987. Solamente en el último quinquenio el descenso observado es del 28 por ciento.

La mortalidad infantil muestra drásticas diferencias en relación con el tamaño de la localidad de residencia.

En áreas rurales los niños tienen una probabilidad más de dos veces más alta de morir antes de cumplir un año que los niños de las áreas urbanas: 73 Y 30 defunciones por mil nacidos vivos respectivamente ocurrieron en el año de 1984.

Se han detectado varias maneras en que la fecundidad incide sobre la salud tanto materna como infantil: por ejemplo, una paridad elevada, intervalos intergenésicos cortos y embarazos en las edades extremas del período fértil de una mujer. Inversamente, la salud afecta también la fecundidad; en algunos estudios se ha observado que una mortalidad infantil alta propicia una alta fecundidad.

En lo que se refiere a la mortalidad de los nacidos de madres en edades extremas de su período fértil, esta es de 50.9 por mil nacidos vivos para las madres menores de 20 años y de 72.3 por mil para las madres mayores de 35 años, en tanto la media es de 47 por mil nacidos vivos.

Respecto a la paridad, las diferencias de las tasas de mortalidad infantil que se observan, son más importantes que según la edad de la madre. La mortalidad de nacimientos de orden séptimo o mayor es más del doble que la de los primeros nacimientos.

Según la duración del intervalo intergenésico, la cifra más elevada de mortalidad infantil se observa en el caso de intervalos de menos de dos años, con 71.7 por cada mil nacidos vivos.

En general los programas de planificación familiar han tenido un impacto importante, sobre todo en parejas jóvenes en donde se puede observar que si bien existe una unión marital temprana y un tiempo reducido para completar el tamaño de familia deseado, posteriormente recurren a la anticoncepción más efectiva.

De los múltiples factores que influyen sobre la salud materno-infantil, uno de los mas relevantes es la calidad de la atención del parto. En México, de los 2.5 millones de partos que ocurren anualmente, el 31% (poco menos de 800,000) no reciben ninguna atención o son atendidos por personal que no ha recibido capacitación (parientes o parteras empíricas). Cabe mencionar que las tasas de mortalidad infantil observadas son 57% más altas en el caso de los partos atendidos por parteras no capacitadas con respecto a los que atiende el personal calificado. En las zonas rurales, esta situación es aún más grave, dado que la proporción de partos no atendidos o atendidos deficientemente se eleva a 56%.

2.4 La Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC)

Llevar los servicios básicos de atención primaria, y en particular la atención materna e infantil y la planificación familiar a la población más desprotegida en el área rural, es una de las tareas prioritarias de la Secretaría de Salud. Es por

ello que en las comunidades rurales, en donde no existen unidades médicas, con una población menor de 2,500 habitantes, se ha establecido la Estrategia de Extensión de Cobertura para que se otorguen los servicios de control prenatal, la atención del parto y del puerperio, la planificación familiar y la atención del niño menor de cinco años, con los servicios básicos curativos y para prevención de enfermedades, tales como aplicación de vacunas e hidratación oral. A la población en general se le atiende, además, en cuanto a la morbilidad prevalente en cada región y en lo que se refiere a curaciones de heridas, aplicación de vacunas, inyecciones y sueros.

Los servicios básicos de atención primaria a la salud proporcionados por la EEC son prestados a través de una auxiliar de salud voluntaria en las comunidades rurales dispersas.

El esquema operativo de la EEC es el siguiente:

1 Coordinador Médico Jurisdiccional	⟶	4 supervisoras de Auxiliares de Salud
1 Supervisora de Auxiliares de Salud	⟶	10 Auxiliares de Salud

La infraestructura a nivel nacional de la EEC ha significado que existan 307 Coordinadores médicos jurisdiccionales, 1210 Supervisoras de Auxiliares de Salud y 12,966 Auxiliares de Salud, en comunidades en donde no existen unidades médicas.

Desde su inicio en 1986, la EEC ha sido prioritaria como el instrumento para hacer llegar los servicios de salud a las áreas rurales, y se ha reforzado mediante acciones continuas de capacitación, supervisión, promoción, programación, comunicación y evaluación. Su fortalecimiento constituye uno de los

principales objetivos de la Secretaría de Salud.

La EEC cuenta con un sistema de registro que genera información local y que permite evaluar mensualmente el desarrollo de las actividades en los diferentes niveles administrativos. Asimismo, se desarrolló un modelo de evaluación-supervisión con el uso de microcomputadoras portátiles, que permite medir los conocimientos del personal que participa en la EEC y analizar la percepción de la población usuaria y no usuaria acerca de los servicios que proporciona la auxiliar.

Entre los recursos materiales con que se ha apoyado a la Estrategia de Extensión de Cobertura se pueden mencionar 750 maletines para supervisoras y 2410 para auxiliares de salud, que contienen los materiales necesarios para la atención que deben proporcionar. También se han producido 10,000 modelos pélvicos para que las auxiliares de salud orienten a la población sobre el funcionamiento de los métodos de planificación familiar; se ha ampliado el parque vehicular con 84 unidades para el programa en el medio rural, y se han otorgado muebles de oficina para los médicos jurisdiccionales.

Durante 1988 se proporcionaron los siguientes servicios, entre otros: 1'420,000 consultas de planificación familiar que permitieron retener un total de 222,000 usuarios activos, se distribuyeron 318,000 sobres de hidratación oral, se atendieron 230,500 embarazos, se proporcionaron 1'063,000 consultas a enfermos, se aplicaron 1'451,000 inyecciones y se impartieron 210,000 pláticas sobre temas de planificación familiar y salud materna infantil entre otros. En total en la Estrategia de Extensión de Cobertura se proporcionaron 6'600,000 atenciones por los diferentes servicios que se prestan.

Es importante mencionar que la Estrategia de Extensión de

Cobertura forma parte del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA). El MASPA es un esquema de prestación de servicios que ha sido diseñado e instrumentado por la Secretaría de Salud con el objeto de asegurar uniformidad en la calidad de los servicios para población abierta en toda la República, así como ampliar la cobertura bajo un proceso organizado. En él se establecen las características que deben reunir los distintos tipos de unidades médicas, las funciones que cumple el personal que labora en ellas así como los mecanismos de interrelación entre los tres niveles de atención. En este modelo se contempla que la unidad administrativa básica de organización de los servicios de salud debe ser la jurisdicción sanitaria, y que es en ella en donde deben consolidarse los sistemas locales de salud.

De acuerdo con el MASPA, el lugar donde la auxiliar de salud presta sus servicios es caracterizado como "casa de salud", que en ocasiones es la propia vivienda de la auxiliar, habilitada para poder cumplir con sus funciones. Con el objeto de asegurar la calidad de los servicios, el esquema de organización prevé que, a través de las supervisoras de auxiliares y los coordinadores médicos, se establezca un vínculo para la referencia y contrarreferencia de pacientes entre las casas de salud y las unidades médicas del primer y segundo niveles de atención.

3. El Proyecto de Cooperación

3.1 Objetivos

El objetivo general del proyecto es fortalecer la prestación de los servicios de planificación familiar y de la atención materno infantil en las comunidades -de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), así como en los centros de salud y hospitales que apoyan la referencia de la EEC,como complemento de los

recursos que otorga la SSA.

Los objetivos específicos son:

1.- Reforzar las actividades de prestación del servicio en cuanto a la atención en: planificación familiar; el embarazo, parto y puerperio, con especial énfasis respecto al parto domiciliario; atención al niño menor de cinco años, y atención de la morbilidad local prevalente.

2.- Mejorar el control, seguimiento y contenidos de la supervisión.

3.- Hacer más eficiente la evaluación y programación en los sistemas locales de salud.

4.- Mejorar la capacitación del personal de la EEC en los distintos niveles.

5.- Fortalecer la promoción y educación para la salud y la planificación familiar.

6.- Implementar los mecanismos para el diagnóstico temprano del hipotiroidismo congénito para prevenir la aparición de retraso mental, y desarrollar en México la capacidad de producción de los materiales para efectuar este diagnóstico oportuno.

Para el logro de tales objetivos se requiere del apoyo en cuanto a cooperación técnica, asesoramiento y equipamiento.

3.2 Cobertura del Proyecto

La SSA, de común acuerdo con las otras instituciones de salud, así como con el Consejo Nacional de Población, y considerando

además los criterios de otras instituciones del gobierno, selecciono ocho entidades federativas prioritarias, que son: Guerrero, Michoácán, Puebla, Veracruz, Chiapas, Hidalgo, Oaxaca y Guanajuato. Estas entidades concentran a más del 30% de la población nacional, y son las que presentan la mortalidad infantil más elevada, la cobertura de servicios de salud en zonas rurales más baja y la más alta fecundidad.

Si bien la EEC para las localidades de hasta 2500 habitantes de los ocho estados elegidos constituye el área del proyecto de cooperación, algunas de las actividades tendrán una aplicación a nivel nacional.

3.3 Líneas de Acción

La participación de JICA permitirá fortalecer las actividades de: prestación del servicio; supervisión; evaluación y programación; capacitación y promoción.

De acuerdo con los objetivos planteados, las acciones de cooperacion propuestas consistirían básicamente en:

- Prestación del servicio: Equipamiento en cuanto a maletines para supervisoras y auxiliares de salud; botiquines para almacenar suministros e instrumental; equipamiento para modernizar los centros de salud y hospitales que apoyan la referencia de la EEC, y asesoramiento para mejorar las consultas que da el personal de la EEC.

- Supervisión: Equipamiento en relación a vehículos y asesoramiento para efectuar el control y seguimiento de tal actividad.

- Evaluación y Programación: Equipamiento en microcomputadoras; cooperación para programación, uso de paquetes

estadísticos e implementación de sistemas de información.

- Capacitación: Equipo audiovisual; material de apoyo; asesoramiento para el diseño y organización de los cursos y mecanismos de evaluación y seguimiento del personal capacitado.

- Promoción: Equipamiento para diseño gráfico y audiovisual; cooperación técnica para diseño del material gráfico y audiovisual de promoción; equipo para difusión , y apoyo para la reproducción de materiales de comunicación para medios masivos e interpersonales.

- Diagnóstico temprano del hipotiroidismo congénito, fibrosis quística y toxoplasmosis: En cuanto a equipamiento, se requiere de perforadoras de las muestras (Punch Index Machine VIII M/E); pipeteadores automáticos; lectores de ELISA con equipo de cómputo; estuches "Kits" para diagnóstico (FRELISATSH); y material para la fabricación de los estuches (Kits). Cooperación técnica y transferencia de tecnología para efectuar el diagnóstico oportuno y la fabricación de los materiales necesarios. El intercambio de recursos humanos para capacitación desempeñaría un papel importante dentro de la estrategia. En el desarrollo de estas actividades, la Gerencia de Biológicos y Reactivos de la SSA tendría una participación central.

Para cada una de las acciones anteriores, se cuenta con las especificaciones sobre los requerimientos en cuanto a equipo y material, incluyendo sus costos, y de los mecanismos necesarios para implementar la cooperación técnica y el asesoramiento requerido.

Algunos de los principales resultados esperados del proyecto de cooperación se refieren a:

- Incrementar la atención del parto domiciliario con personal calificado, efectuando una capacitación sistemática de los auxiliares de salud.

- Extender la cobertura a todas las localidades de población rural dispersa en áreas de difícil acceso.

- Identificación de factores de alto riesgo y la canalización oportuna a las unidades médicas.

- Prevención de la aparición del retraso mental por hipotiroidismo congénito, el cual es prevenible si los niños afectados son descubiertos y tratados desde las primeras semanas de vida.

- El impacto que sobre la mortalidad infantil y materna pueden tener las acciones de extensión de cobertura a las localidades rurales dispersas, así como la capacitación adecuada de atención al parto, representan uno de los resultados más importantes esperados del proyecto de cooperación.

厚生省
保健サービス局

国際協力事業団
（ＪＩＣＡ）

家族計画及び母子保健に於ける協力プロジェクト（訳文）

１９８９年７月３１日

目次

		ページ
	序文	1
1.	家族計画の前歴	3
1．1	家族計画の法律的・計画的基盤	4
1．2	家族計画の総合的目的	6
2.	家族計画及び母子保健の現状	7
2．1	多産性	7
2．2	産児制限	9
2．3	母子保健	10
2．4	領域拡大戦略（ＥＥＣ）	12
3.	協力プロジェクト	15
3．1	目的	15
3．2	プロジェクトの領域	16
3．3	行動路線	17

序文

技術的・助言的・設備的協力の分野で日本国際協力機関（ＪＩＣＡ）の援助を得て、厚生省（ＳＳＡ）は国内の広範な過疎地域において家族計画及び母子保健に関するサービスを強化する一連の行動を展開することとなろう。

１９８６年よりＳＳＡは領域拡大戦略（ＥＥＣ）を制度化、住民２，５００人以下の集落の健康に第一義的配慮をした基礎的サービスを提供する事としたが、その手段としては、各自治体の中から選ばれた自発的志願者を保健助手として行動推進の資格を与え、監督指導することとした。現時点では１２，９６６の自治体に保健助手があって、それに対して１，２１０人の指導看護婦と３０７人の協力的医師が補強的活動をしている。

当協力プロジェクトの最終目的はＥＥＣにより提供されるサービス領域の拡大と、そのサービスの質的向上であってとりわけ下記の項目における拡大・向上である。

１）家族計画　２）産前コントロール　３）在宅分娩の介護　４）産後の介護

５）出生直後の乳児の介護、特に先天性鬱血症，繊維腫，住血原虫病の早期発見

６）５才未満児の介護、主として予防接種と経口水溶性ワクチンの供給

７）保健助手の手に負えない病気の発見と厚生省医師団への連絡

そのために必要とされる援助は基本的には教育促進分野の強化の為の技術移転，助言養成訓練，設備機械であったり、資材供給面での指導監督，能力強化，供給作戦、計画の立案及び評価であり、更にまたサービス提供体系そのものの改善の為の援助である。

この文書の最初の部分では、前歴、法的基盤及びメキシコでの家族計画の諸目的を提示している。　第二章ではこの国の多産的特徴と産児制限，母子保健について説明し、同様に厚生省がこの分野で近年実施してきた主要な活動とりわけＥＥＣについて説明しよう。

最後に協力プロジェクトの諸目的，領域及び主な活動について言及する事とする。

１．家族計画の前歴

１９２０～１９４０の期間中に起こった近代化の過程は人口死亡率の水準低下をもたらし高率で安定的な多産出生と結びついてメキシコ人口の増大リズムの進展・推移に変革を発生させた。　１９４０年には総出生率は千人当たり４４．５人に達し、一方で死亡率は千人当たり２３．３人に低下した。多産的水準が維持され死亡率が継続して低下した結果、１９４０～１９７０の間に人口増大リズムは大きな拡大を示し、１９４０―１９５０年には２．２％の割合で、１９５０―１９６０年には３．１％、６０年代には３．４％の増加

を続けた結果、１９４０年の人口２千万人から１９７０年には４千８百万人に増大した。

人口の絶え間無い増大から派生する経済的・社会的諸問題は人口政策に関して重要な変革を発生させ、１９３６年以来続いてきた出生助長的政策傾向は、適切な人口政策に依って人口増加を規制する必要の前に重要な転換を経験する事になった。それは１９７２年のメキシコ政府による家族計画行動実施の正式決定発言であり、１９７３年には厚生・社会保健省の公的機関におけるサービス業務の開始となった。これらの活動に対して国際社会において有利な支援があって、その端的な現れがブカレスト世界委員会（１９７４年）の開催であって―その事務局長をメキシコが担当し―世界行動計画がその中から派生するに到ったのである。

１．１　家族計画の法的・計画的基盤

政府行動の変革の合法化は、一連の法律改正と新しい戦略遂行に必要な公的機関の創設に基盤を置いて実行に移された。それらの法的基盤の内で目立つものは次の通りである：

―メキシコ合衆国政治憲法第４条の改正に次の制定分をくわえる『すべての国民は自由にその責任、裁量を以てその子供の数と出生間隔を決定する権利を持つ』（１９７３年）

―人口に関する新総合法令の公布、その中で教育的サービス及び公的保健サービスを通じ家族計画のプログラム実施の必要を表明している。（１９７３年）

―人口総合法の法令施行、その中で家族計画プログラムを社会福祉政策の一環として位置付け基本的には保健，教育，能力養成，家族・母子保護の分野に属するものとしている。（１９７６年）

―新総合保健法の中への、健康保護の合法的権利の重要な一項目としての家族計画の導入（１９８４年）

プログラム基盤及び戦略実行に必要な公的機関の創設に関して次のものが挙げられる：

ａ）母子ケア及び家族計画に関する行政組織間委員会（１９７３年）

ｂ）国家人口審議会（ＣＯＮＡＰＯ）の設立―これをもって国家の人口政策の責任機関とする。（１９７３）

ｃ）大統領令による国民家族計画調整部の創設とそれへの国民家族計画の編成委託、後にこの家族計画は１９７６―１９８２年の総合開発プランに採用統合された。

ｄ）１９８３―１９８８年期間の家族計画に関する行政組織間プログラムの編成、これには厚生省が調整役となり、以降厚生省は立法的機能の他に保健に関連の公的機関の統合

プログラムの調整機能を主宰機関として果たしている。

e）１９８９—１９９４年の期間に相当するプログラム作成・遂行のための多組織間家族計画グループの創設。このグループは厚生大臣が主宰し、その調整は同じく厚生省の家族計画総局長がその任に当たる。その構成員としてメキシコ社会保健庁（ＩＭＳＳ），国家労働者安全・社会業務庁（ＩＳＳＴＥ），統合的家族推進の為の国家システム（ＤＩＦ）、そしてこれらに加えて、始めて次の様な国家組織が加入した：メキシコ石油公団，海軍省，国防省，更に次の民間部門の主要な家族計画組織が加わる：家族計画の為のメキシコ基金（ＭＥＸＦＡＭ旧称ＦＥＰＡＣ），青少年指導センター（ＣＯＲＡ），家族計画民間協会メキシコ連盟（ＦＥＭＡＰ）青年の為の家族計画評議会（ＣＯＰＬＡＦＡＭ）。

ｆ）家族計画が１９８９～１９９４の国家開発計画の中に一優先計画として組入れられた事は国家開発のために新に優先的な役割を持つことを示したものである。

１．２　家族計画の総合的な目的

当初よりメキシコでの家族計画が基本的に目指した点は、国家の全体的開発に携わる人口の原動力を引き出す事であってそれにより住民生活の質的向上に貢献する事にあった。

近年ではそれに加えて、母－幼児の健康改善の為の貢献が特別留意されてきた。そこで１９８９－１９９４の多組織間プログラムの３つの総合目的は次の通りである。

－住民の健康、特に母と幼児の健康改善に助力する。

－夫婦の決定・権威を完全に尊重しつつ出産水準の低下に努める。

－期待されない妊娠の頻度を低下させ、それに関連する諸問題例えば妊娠中絶などの事故防止に努力する。

２．家族計画の現況と母子の健康

２．１　多産性

家族計画のプログラム、其も特に避妊手段の利用度が多産性を修正する主要な要因となるので、これにより近年の人口動態の推移を点検する事は重要である。

入手できる情報によれば、メキシコに於ける出産の全体割合は１９７３年の６．３の水準から１９８６年には３．８に減少している。相対的に見るとこれは４０％の減少である。観察の期間を分類すると出産の最大減少は１９７４～１９７８と１９７８～１９８２の期間に発生している。最近の４年間をとってみると減少リズムは１０％近くに達している。（図表１）

年令層別に見ると、最大の出産率低下を示しているのは出産適令期の両極の年令層であって特に１５～１９才の年令層と３５才以降の年令層である。１５～１９才の年令層は、１９７４～１９８６の期間に３５％の低下を示しており、３５～３９才及び４０～４４才グループはほぼ５０％の低下を示している。

健康の観点からするとこの両極の年令層の女性が最大の出産率低下を示した事は肯定的な意味を持つ、何故ならこれら年令層において妊娠中の危険度が大きいからである。

人口の階層間及び居住集落の規模により、出産率に大きな格差があることが依然観察されている。データによれば１９８１～１９８６期間の総体的出産率は、過疎地方では６．２であって都市部では３．３であって、地方－都市間の出産率の格差は年々拡大を示してきている。（表２）

表１

全体的出産率：１９７３～１９８６

年	割合	年	割合
１９７３	６．３１	１９８２	４．２５
１９７８	５．０３	１９８４	３．９３
１９８０	４．５８	１９８６	３．８４

表２

居住地域による全体出産率

期間	過疎地	都市
１９６６～１９７０	８．２４	６．３４
１９７０～１９７５	７．７３	５．６７
１９７５～１９８０	６．９２	４．５９
１９８１～１９８６	６．１９	３．２９

１９８７年に４５～４９才の年令層の婦人が出産した子供の平均数は都市部では６．１８であり、過疎地方では８．０７であってほぼ２人に近い差が生じている。出産率の水準に影響を与える重要な変数は、最初の結婚年令であってその意味で家族計画のプログラム化は結婚年令或いは最初の性交渉年令の後退を助長する事となる。最初の交渉の平均年令は居住地に依って異なり、これは大きな都市では平均年令が高くなる。２，５００人の集落と首都圏との間では３才の差異が認められる。

２．２　避妊

家族計画の活動の前進を評価するための最重要指数は、国家的水準での避妊手段の活用である。１９７６年～１９８７年に出産可能年令の既婚婦人で避妊を行っている割合は伝統的な手段をも含めて３０．２％から５２．７％に増大した。それの意味するところは現在避妊を実践しているカップルが約７百万あるという事である。

避妊の実践傾向からして避妊手段の利用は全ての年令グループに、更に全ての社会的階層に普及拡大している事を示しているが、その利用水準は過疎地域と都市部では同一ではない。１９８７年には普及率は２，５００人未満の集落では３７．６％であったが、都市部では６３％であった。この点に注意する事が重要である、というのは都市部では相対的に高い利用率に達して今後も同様のリズムで普及向上する事が難しくなっており、国家的に高い普及目標を達成する為には過疎集落での普及拡大が不可欠となっているのである。

最適な方法で出産率低下を引き起こす目的の為に、最も効果的と考えられる手段を推進した結果、１９８２年までに２９．７％の利用で第１位を占めていた経口ホルモン剤が、１９８７年には１８．０％に減少し精管閉塞の方法が２８．１％から３６．４％に増大し避妊リングの方法が１３．８％から１９．９％に推移した。

他方、公的部門の諸機関が１９８７年において全利用者の６１．８％にサービスを提供したが、１９８２年の同様のサービス提供は５３．４％であった。民間部門にあっては薬局の参入が目立っており、全体の２１．３％である。婦人の学歴の度合による多産性の分析においても避妊手段の利用はこの変数と密接な関係を示している。

２．３　母子の健康

家族計画の諸プログラムはその一般的前提として出生率の減少が本質的に母子の健康増進に寄与するということに基づいている。出産時の健康に関してプラスの効果をもたらす、重要な期待が生まれており、それは出産率の低減という条件下で家族構成の原型が変化する事により、人口の出生前後の健康に良い影響が与えられる事である。

横断的調査が示すところでは、出産の間隔と年令、母体の安定と、出生生存率には重要な関連があると考えられる。

出生時死亡率に関しては過去１５年に減少している事が観察されている。１９７０年には１，０００人の誕生中１５人が死産であったが、１９７５年には１１人、１９８２年には９人そして１９８５年には６．４人となった。１９９４年の目標は１，０００人中の死産を３．２人にまで減少させる事である。

健康政策・プログラム遂行の観点からは幼児死亡率こそが、住民の一般的生活条件を端的に表し又他との差異を示す指数となっている。メキシコでは幼児死亡率は過去１世紀に著しい減少を経験して来た。１９世紀の最後の数年において千人の生存出生児の中で、幼児死亡率は３００人を数えたが、今世紀半ばには１００人となり、１９７７年には６１人、１９８２～１９８７の間に４７人となった。最近の５年間だけをとってみても死亡率の低下率は２８％となっている。幼児死亡率は居住集落の規模との関連において著しい差異を見せている。過疎地域では１才未満の乳児死亡率は都市部の乳児の２倍以上となっており、１９８４年１年間の出生児１０００人中１才未満の死亡数はそれぞれ７３人と３０人であった。様々な方法で多産が母子双方の健康に及ぼす影響が調査されている。例えば、高頻度出産，短期間連続出産，及び妊娠適齢年令から離れた妊娠などである。逆に健康が多産性に影響を及ぼす。いくつかの調査によれば高い乳児死亡率が高い出産率を擁護すると見られている。妊娠適齢年令から離れた母親から生まれた乳児死亡率に関しては、２０才未満の母親から生まれた乳児死亡率は千人中５０．９人であり、３５才以上の母親から生まれた乳児の死亡率は７２．３人であって、一方平均の死亡率は４７人となっている。

出産に関して、乳児死亡率の差異は母親の年令以上に重要なものが観察される。出生順序が７番目或いはそれ以上の死亡率は最初の子供のそれよりも２倍以上となっている。

妊娠間隔の期間別に見ると、乳児死亡率が最大値を示すのは妊娠間隔が２年未満の場合であって生存出生児千人当たり７１．７人となっている。

一般的に言って、家族計画プログラムは重要な衝撃を与えたが、とりわけ若いカップルにあって早期に結婚し短期間に望ましい家族形成が完了したとすれば、その後より効果的な避妊手段として活用されることであろう。

母子の健康に影響を与える数多くの要因のうちで最も目立って重要なものは、分娩時立会い介護である。メキシコでは年間分娩総数２５０万件のうち、３１％（８０万件）は介護人無しか或いは無資格者（親族か経験主義的助産婦）の介護で行われる。

ここで指摘すべきは無資格者の助産婦の介護で分娩した場合の乳児死亡率は、有資格者の介護での場合に比較して５７％も高くなっている事である。過疎地域ではこうした状況はいっそう深刻である、なぜなら介護なしの分娩或いは不十分な介護の下での分娩が５６％の高率に達しているからである。

２．４　サービス領域拡大の戦略

第一次的介護の基礎的サービスの供給、それも特に母子への介護、そして過疎地域で見捨てられた住民への家族計画こそが厚生省の優先的業務である。それゆえ、医者のいない人口２，５００人未満の過疎集落では、領域拡大戦略を確立し産前コントロール，分娩・産後の介護、家族計画そして５才未満の幼児介護については基礎的な治癒サービス及び病気予防即ちワクチン注射や経口補液の提供である。

一般的にある集落に対してはその地方での際立った疾病に対して配慮し、さらに傷病治療に関してはワクチン、注射、点滴を適用する。ＥＥＣで提供される第一次的介護の基礎的サービスは散在する過疎集落内の自発的な保険助手を通じて提供される。

ＥＥＣの運行体系は次の通りである。

１管轄医師コーディネーター ―――→ ４×保健助手指導員

１保健助手指導員 ―――→ １０×保健助手

ＥＥＣの国家レベルにおいてはそのインフラストラクチャーに３０７人の管轄医師コーディネーター、１，２１０人の保健助手指導員、１２，９６６人の保健助手がいて無医村集落に対処している。１９８６年の業務開始以来、ＥＥＣは過疎地域への健康サービスを提供すべく優先的機関であったが、その間に資格向上，指導監督，普及宣伝，計画化，連絡，評価の継続的行動によって強化して来た。この強化こそが厚生省の主たる目的の１つを構成するものである。

ＥＥＣには地域別の発生情報を登録するシステムを持ち、様々な運営レベルでの活動推移を月々評価する事ができるようになっている。同様に又、携帯用マイクロコンピューターの活用による評価ー指導のモデルを開発しており、ＥＥＣに参加している人員の知識を査定し、保健助手の提供するサービスについて既利用住民および非利用住民の感触についての分析を行うことができるものとなっている。領域拡大戦略を助ける資材の中には、指導員の為の７５０の小型カバンと２４１０の保健助手用道具入れが有って、提供すべき介護の為の必要な材料を内包している。同様に１０，０００体の骨盤モデルを作成して、保健助手が家族計画方式の機能について住民に指導する道具とした。過疎地域でのプログ

ラムの為に車両は８４台に拡充し、管轄医師の為にオフィス家具を供与した。

１９８８年度に提供したサービスのうちの主なものは１，４２０，０００件の家族計画についての相談を受けその中で２２２，０００件の積極的実践者を獲得した。３１８０００袋の経口ワクチンの配布、２３０，５００件の妊娠介護、１，０６３，０００件の病気診察、１，４５１，０００件の注射、そして２１０，０００回の家族計画・母子保健に関する講演である。全体として領域拡大戦略において様々なサービス部門において６，６００，０００件の業務を提供した。

ここで述べたい事は領域拡大戦略が開放的集落のための健康介護モデル（ＭＡＳＰＡ）の一部を構成するということである。ＭＡＳＰＡとは厚生省が設計して手段として考えているサービス提供の体系であって、その目的は共和国の中の全ての開かれた集落で均一的な品質のサービスを確立しようとする事にあり、同時に組織の過程を通じてサービス領域を拡充しようとすることである。その中で、医療機関の様々な形態を集合させた特徴を確立させ、働くスタッフは３つの水準の介護が関連する機関の中で複合的機能を実践する事が出来よう。このモデルで考慮されている事は、健康サービス組織の基礎的な運営は、衛生管轄単位であって地域毎に健康システムが確立されるということである。

ＭＡＳＰＡによれば、保健助手がサービスを提供する場所は『健康の家』として特徴付けられ、時には助手自身の家でもあるしその機能を果たすために設備を付帯されたものとなっている。サービスの品質を確保するために組織の体系では、保健助手指導員および協力医師の助言を得て、健康の家の中で患者同士の情報交換や第一次的・第二次的介護の医師団による相互情報が交換される事となる。

３．協力のプロジェクト

３．１　目的

プロジェクトの全体的目的は領域拡大戦略の集落で家族計画および母子介護サービス提供を強化する事であり、同様に健康センターや病院での業務を強化する事であり、資材の一部としてのＥＥＣの準拠する情報を拡充する事でもある。

個別の目的としては次のものがある。

１．一次の事項に注意をはらったサービス提供活動の強化：家族計画，妊娠，分娩，産後特に家庭内での出産，５才未満児への介護，際立った地域的疾病への介護

２．一監督の規制，継続，内容についての改善

３．一地域健康システムに於ける評価，プログラム作成の高率化。

4．－様々な水準でのＥＥＣ人員の資格向上

5．－健康と家族計画のための普及広報，教育の強化

6．－先天性代謝異常の早期診断の為の装置の取得により知恵遅れの発生を予防、適切な診断を実施するための資材生産能力の開発

以上の諸目的の達成の為には技術協力，監査諮問，器械整備における援助が必要とされる

３．２　プロジェクトの領域

ＳＳＡは他の保健機関との合意の上で、又国家人口審議会とも合意し、更に他の政府機関の批判もを考慮に入れて、連邦府の自治体から８つの州を優先的に選びだした。それらはゲレロ，ミチョアカン，プエブラ，ベラクルス，チアパス，イダルゴ，オアハカそしてグアナフアトである。これら自治体に国家人口の３０％以上が集中しており、その乳児の死亡率は最も高く、過疎地域での保健サービスの普及が最も低く，最も高い出産率を示している。もし上記の８州において２５００人未満の集落に対しＥＥＣが協力プロジェクトを形成するなら、幾つかの活動は国家的レベルの適用を受けることとなろう。

３．３　行動路線

ＪＩＣＡの参加に依ってサービス提供の他、監督，評価，計画化，能力養成，宣伝普及のそれぞれの活動を強化することが可能となろう。

提起された諸目的に基づいて提案される協力活動は基本的には次の事から成っている。

－サービスの提供：健康指導員，保健助手の携帯カバンの装備、資材道具収納の携帯薬剤箱、ＥＥＣの情報の拠り所としての健康センター・病院の近代化のための装備、ＥＥＣの人員が診察を改善するための助言。

－指導監督：車両関連の装備とその活動制御・継続のための助言

－評価とプログラム作成：マイクロコンピューターの装備、プログラム作成への協力、統計パッケージの活用と情報システムの実行

－能力開発：視聴覚設備、助成資材、コースの設計・組織のための助言、評価メカニズムと資格人員の継続的能力開発

－普及宣伝：グラフック・デザインと視聴覚のための設備、グラフィクデザインの為の技術協力と宣伝用視聴覚資材、普及用機材、大量伝達及び個人伝達のための材料複製のための助成

－先天性代謝異常，繊維腫，住血原虫病の早期診断：設備に関しては、見本穴開け器

（パンチ　インデックス　マシーンⅧ　M／E）自動ピペット、コンピューター装備のＥＬＩＳＡ読み取り機、診断用キット（ＦＲＥＬＩＳＡＴＳＨ）、収納ケース（キット）製造用資材。適切な診断を実行する為の技術協力・技術移転及び必要な資材製造。能力開発の為には人材の交流をする事が戦略の中で重要な役割を果たすこととなろう。こうした活動を推進する上では、ＳＳＡの生物学室及び試薬室の管理職が中心的構成員となろう。

前述の活動のそれぞれに対して、機材や原材料に関して要求される特殊な様態があり、コストの問題があり更に技術協力及び助言を実行する上で、必要な機材の要請が発生する訳である。

協力プロジェクトで期待される主要な結果のうち幾つかは次の事柄である。

－有資格者による在宅分娩介護の増強、これは保健助手の組織的な能力向上に依る。

－交通が隔離された辺境集落人口の全てへのサービスの拡大

－高度の危険を伴う病気要因の認識と適切な医師団への委譲

－先天性代謝異常による知恵遅れ症状の予防、これは感染乳児が出生第一週目で病気が発見され，治療を受けることで予防できるからである。

－乳児及び母体の死亡に関する衝撃は、偏在する過疎地域へのサービス領域拡大活動を引起し、出産介護への適切な能力開発に結びつき、協力プロジェクトで期待される最も重要な結果となって現れよう。