

2 医療拡大戦略 (EEC)

医療拡大戦略

(ESTRATEGIA DE  
EXTENSION DE  
COBERTURA)

農村地域住民に基礎的保健医療サービスを  
提供する道具

保健省/医療サービス担当次官局/家族計画局

1993年

保健省

初版。メキシコでスペイン語にて印刷。全体または部分的に引用することを認めるものであるが、出典を明記すること。

ISBN 968-811-139-2

保健省は過疎農村地域の住民に保健医療ならびに家族計画の基本的サービスを提供する義務を有する。この活動はメキシコ政府として、社会正義を表わす最も誠意ある活動の一つであり、連帯を表すものである。

## 目 次

はじめに

1. 背景
2. 概念
3. 構造
4. 業務構造の役割とプロフィール
5. 活動
6. 研修
7. 監督
8. 情報と評価

添付資料

## はじめに

E E Cは、国家医療制度下にある医療施設から遠く離れた環境におかれている過疎農村地域において優先性の高い医療プログラムが根付くようにするための道具である。この制度では、地域に住む保健助手と医療サービスを連携し、住民に医療の基本的サービスを提供しようとするものである。

保健省は、医療従事者や看護婦が保健助手を監督し指導することができるように研修を実施し、保健助手が適切なサービスを提供し、また担当地域の医療状況に関する基本情報を収集する。現在、E E Cは13,000の集落を対象としており、その対象人口は1,000万人に上る。その内、妊娠可能年齢にある女性は約250万人である。

この小冊子の目的は、人口500人から2,500人の集落において医療基礎サービスを提供しようとする、このE E C制度に関してその役割、特性などを完全な形で紹介することにある。

保健大臣： ヘスス・クマテ・ロドリゲス

## 1. 背景

過疎地ではその人々のニーズを満足させるような医療施設をたくさん作ることが難しいのであるが、メキシコ政府は、過去50年、過疎地に住んでいる最も保護の手から遠い立場にいる人々に救いの手を延ばす努力を積み重ねてきている。

メキシコには、154,016の農村集落があり、その内、13,465の集落が人口500人から2,500人の集落で、そして140,551の集落は人口が500人以下である。人口の分散は大変に顕著で、例えば1990年の第11回人口・住宅一般国勢調査によると、全集落数の98.3%にあたる集落にメキシコ全人口の28.7%の人間が住んでいる。

### 農村地域人口

---

農村地域集落総数	154,016
人口	23,289,924
人口500人～2,500人の集落	13,465
人口	13,339,265
人口500人以下の集落	140,551
人口	9,950,659

---

出典：第11回人口・住宅一般国勢調査

5歳以上の人口の7.5%、すなわち530万人がいずれかの先住民の言語を話し、この内の15.8%がその先住民言語しか話さない。そしてメキシコの総人口の12.4%は文盲で、これら文盲人口の大半は女性が占める。

### 先住民言語

---

530万人（総人口の7.5%）：先住民の言語を話す。

81.3%：スペイン語も話す。

---

出典：第11回人口・住宅一般国勢調査

保健省は保健制度の対象になっていない住民に対して対応するという責任を持っている。これらの住民の多くは農村地域、特に地理的にアクセスの難しい地域にある人口2,500人以下の集落に住んでいる。

これらの住民に対応するために、保健省は医療の基本サービスを提供する道具として、社会福祉を改善するためにEECプログラム（医療戦略拡大）を1985年に開始した。その中には家族計画も含まれている。その時以来、家族計画局が州政府並びに郡衛生局との連携を計りながら、このEECの規範作り、フォロー、評価に責任を持っている。

## 2. 概念

EECは、過疎農村地域に住む住民の基本的ニーズを満足させるために企画された総合的なプライマリー・ヘルス・ケア・サービス提供システムである。これらのサービスは同じコミュニティに住む住民の一人である、『保健助手』と呼ばれる人を通して提供される。この保健助手は技術的支援を受けるために定期的に正規の看護婦の訪問を受ける。この看護婦のスーパーバイズを通して必要な場合には正規の医療サービスとの連携を計ることができるようになっている。

一般に保健助手はそのコミュニティ生れでそのコミュニティに住んでいる人である。選択の基準としてはリーダーシップが取れること、コミュニケーションがうまいこと、倫理を重んじることなどの特質が上げられる。

保健助手の主な業務は下記の通りである。

- 農村地域に住む住民に家族計画ならびにプライマイ・ヘルス・ケア・サービスを提供する。
- コミュニティーの医療に関するニーズを満足させるために住民参加を達成する。
- 教育活動や予防活動を通して医療保健に関する意識作りに貢献する。
- 感染症に関する統計の最新の情報を入手し、簡単な状況把握フォロー業務を行う。

- ー コミュニティー活動を実現するために土地の当局と協力する。

### 3. 構造

EECは保健省のインフラの一部を形成するが、郡レベルにあり、医療保険制度の対象から外れている住民のためのコミュニティ医療サービス手段(コンポーネント)である。

従ってEECに携わる職員は郡衛生局に属する。これらの職員と郡衛生局の間にはEEC郡調整医師(COORDINADORES MEDICOS JURISDICCIONALES DE EEC-SSA)がおり、医療施設で行う正規の医療保健サービスとコミュニティの中的手段(コンポーネント)を結び付ける役目を担っている。

EECプログラムの中での郡衛生局の責任は、ローカルプログラムを作成する、資材や消耗品を配布する、各モジュールの中でEEC活動を実施する・監督・評価を行うことである。平均にして10の農村過疎集落を集めて一つのモジュールを形成し、各モジュールには保健助手指導員(ENFERMERA SUPERVISORA DE AUXILIARES DE SALUD)という名称の看護婦が一人配置される。この保健助手指導員は保健助手たちを監督、研修、そして保健助手がサービス提供する場合にアドバイスを行う、そして保健助手たちが仕事に必要な資材を供給するという責任を持っている。

従って、EECの人員構成は、保健助手、保健助手指導員、郡調整医師から成る。業務体系としては、一人の郡調整医師は4名の保健助手指導員を部下にもち、この保健助手指導員一人一人は10名の保健助手をスーパーバイズするという形態をとっている。

### 業務体系

---

郡調整医師：1名      保健助手指導員：4名      保健助手：40名

---

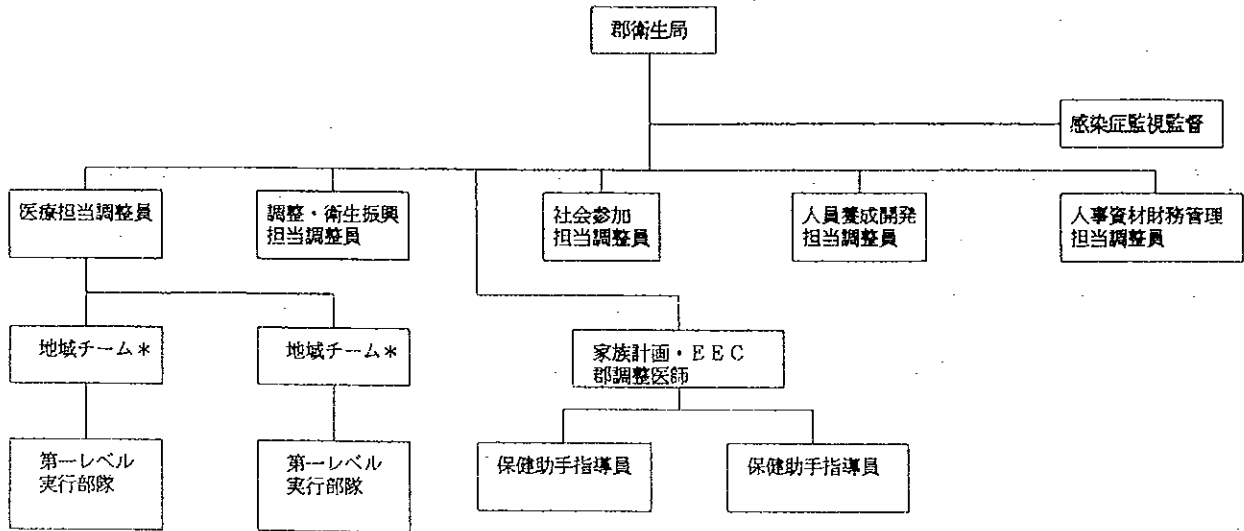
保健助手は E E C の業務体系の中では基本的な存在で、各コミュニティの保健医療委員会 (COMITE DE SALUD) が選り推薦する。

保健助手指導員は農村コミュニティでの仕事の経験が豊富で特に研修と監督業務に優れた経験を持っている看護婦が選ばれる。この保健助手指導員はコミュニティと郡衛生局が行う医療サービスのフォーマルな構造とを結ぶ橋であるので大変に重要な存在である。E E C プログラムの成功は彼女たちの活動具合によるところが大変に大きい。

郡調整医師は E E C と郡衛生局との間の活動を調整する役目を担う。E E C で実施するプログラム、活動の実施やフォロー、管理の責任を持つ。

現在、E E C では、国家調整員 (COORDINADOR NACIONAL) が 1 名、郡調整医師が 3 0 7 名、保健助手指導員が 1, 2 1 0 名、保健助手が 1 3, 0 1 2 名いる。そして予算に余裕がある地方自治体の中にはこれらの人員数を増加しているところもある。

郡衛生局組織図





## 4. 業務体系に従う各構成員の 役割とプロフィール

### 郡調整医師の役割

郡調整医師は、コミュニティーで業務を実施する職員を恒久的に支援する役割を持ち、郡衛生局長の配下にある。与えられた業務を最も効率良く遂行するために、郡調整医師はその主な資質として、医療の基本的サービスに関して技術的かつ総務的な教育を受けていることが要求される。この郡調整医師の主な役割は次の通りである。；コミュニティーまたは郡管轄内の医療施設において展開される活動に関して計画、調整、指揮、研修、監督、報告、評価する。

### 郡調整医師のプロファイル

- 1) 正規に卒業した医師 (MEDICO-CIRUJANO)。
- 2) 家族計画活動に最低1年の経験を有すること。
- 3) 担当する郡衛生局内に住むこと。
- 4) 担当する郡衛生局内を出張旅行することに問題がないこと。
- 5) 家族計画ならびにプライマリ・ヘルス・ケア活動に関心があること。
- 6) 農村地域で働くことにモチベーションを持っていること。
- 7) 下記の事項が得意であること。
  - a) 人間関係の形成。
  - b) イニシアティブを取ること。
  - c) 決断をすること。
  - d) グループをまとめること。

### 保健助手指導員の役割

E E C 制度の中で保健助手指導員は保健助手と医療施設でのサービスを結ぶ役目をになっ

ている。このような形で農村地域に住む住民に医療サービスを拡大している。保健助手指導員は一般看護婦または技術看護婦(NIVEL TECNICO) もしくは補助看護婦で、母子保健や家族計画分野でのフィールドの経験がある人である。その上に責任下にあるコミュニティでの活動がうまくいくように監督し指導できる能力を有することが必要である。

#### 保健助手指導員のプロフィール

- 1) 一般看護婦、技術看護婦、または補助看護婦であること。
- 2) 担当するモジュール内の集落に出張できること。
- 3) フィールド活動、監督管理活動、研修活動に最低1年の経験を有すること。
- 4) モジュールの中で中心的な集落に居住すること。
- 5) 下記事項が得意であること。
  - a) コミュニティーと既成の医療制度とを結ぶ。
  - b) コミュニティーのリーダーたちとコミュニケーションを計る。
  - c) 問題解決の必要性のある地域を見つける。
  - d) 監督のための訪問の際に保健助手に対してオンザジョブトレーニングをする。
- 6) 下記の能力を有すること。
  - a) コミュニティーで展開する医療活動を計画し、組織し、他の医療従事者と協力して調整する。
  - b) 保健助手の利用者が更にレベルの高い医療サービスを必要とする場合には必要な処置を施し適切な施設にリファーする。

#### 保健助手の役割

保健助手は保健医療の基本的サービスを提供し衛生条件を改善する対策を実行する人である。

#### 保健助手のプロフィール

保健助手の選出は、下記の条件を満たす人をコミュニティと協力して行われる。

- a) 該当コミュニティ生れの人またはそこの住民であること。
- b) リーダー的な役割を取っている、またはコミュニティのための活動に参加している。
- c) コミュニティーでの活動に興味をもっている。
- d) 保健助手の活動のために必要な時間として1日に最低4時間割けること。
- e) 保健助手の仕事をするためにコミュニティから推薦されること。
- f) インタビューと試験の結果が満足するものであること。
- g) 年齢が20歳から45歳の間であること。
- h) できれば既婚者または結婚の経験があること。
- i) 小学校教育を受けている又は読み書きができる。
- j) 家族の理解があること。

## 5. 活動

EECは、遠く離れた過疎のコミュニティに保健医療の基本サービスを提供するための戦略である。そして保健省の優先度の高いプログラムを実行するための道具としてとらえることができる。

各コミュニティにおけるEECの活動を定めるために、保健助手と保健助手指導員は毎年担当コミュニティに関して次の内容の住民調査を行う：年齢・性別グループ分け、学歴、夫婦の数、所帯数、妊婦の確認。その他に、各家族の所在地、公共の建物、記載する必要のある地理的な情報、その他重要と思われる情報を記載した村の簡単なクロッキー図を作成する。この図の中には妊婦のいる家、5歳以下の幼児のいる家、予防接種を全部まだ済ませていない幼児のいる家、家族計画の利用者、老人のいる家、病人または障害者のいる家書き込まれる。この住民調査やクロッキー図は保健助手や保健助手指導員の活動の実行計画を作成する場合の基礎となる。

保健助手ならびに保健助手指導員の活動は、妊娠可能年齢にある全ての女性と5歳以下の

幼児を登録する『総合予防接種プログラム対象人口調査(CENSO NOMINAL DEL PROGRAMA D E VACUNACION UNIVERSAL)』にとって全体像をつかむために決定的な重要性をもっている。E E Cはまた『感染症簡易監視制度(SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SIMPLIFICADA)』にとっても重要な役目を担っており、病気発生報告を簡単に記録するE E Cのシステムを通じて、健康に対する危険をタイミング良く関知することができる。E E Cの主な活動を次の表にまとめる。

#### 農村地域コミュニティにおけるプライマリ・ヘルス・ケア

---

予防接種

きれいな水

母乳

家族計画

下痢の予防

救急性呼吸系感染症予防

---

成人に対する活動は以下の通り。

- a) 妊婦の確認と妊娠期間中、出産、産後の女性のフォロー。
- b) コミュニティー内で疾病発生時に対応。
- c) 家族計画
- d) 怪我があった場合に救急手当てを行う。
- e) 破傷風の血清を適用する。
- f) 患者を医療施設にリファーする。

5歳以下幼児保健活動は下記の事項が含まれる。

- a) 新生児に対する活動。
- b) 健康児に対する活動。
- c) 予防接種の振興と実施。

- d) 下痢予防対策の振興と経口補液の適用。
- e) 急性呼吸疾患の予防とコントロール。
- f) SOMATOMETRIA

一般活動は下記の事項が含まれる。

- a) 保健振興のための教育活動。
- b) 便所の設置や水の飲用水化のような基礎衛生活動。
- c) 保健状況改善のための社会活動の振興。

住民参加を振興するために、保健助手指導員と保健助手は各コミュニティーの文化・伝統的性格に合った教材を使ってシステムティックにインタビュー、家庭訪問そして教育のための会合の開催などを行う。

## 6. 研修

研修は基本的活動の一つである。それは研修を通してサービス提供に必要な技能を改善する必要性やサービスの質を改善するために必要な基礎技術情報が入手することができるからである。

研修には次の3種類がある：a) フォーマル研修 b) 継続研修 c) ON THE JOB TRAINING。

フォーマル研修として郡調整医師や保健助手指導員や保健助手は各役職のための導入研修で基本的な情報と指示を受ける。この研修においてEECの業務系列やEEC活動に参加する各医療従事者の役割、責任、性格そしてサービスを提供するために必要な基準や組織としての手順などを広く学ぶ。研修が総合的かつ郡や州職員によって独自に実施できるように、教育内容に関するマニュアルや教材が研修には使用される。

ON THE JOB TRAINING はスーパーバイズのための訪問を行う際の技術的なアドバイスを通して行われる。保健助手の活動を改善するのに必要なリコメンデーションや指導を行う。又研修とスーパーバイズに関する手引書も参考のために用意されている。

継続研修は、E E Cプログラムの活動に関する新しい情報を提供することによって実施される。このために保健助手指導員は各モジュールの保健助手と情報提供のための会合を開く。

## 7. スーパーバイズ（監督）

E E C活動の質を高く保つためにはスーパーバイズの仕事は大変に重要である。スーパーバイズ作業を通して計画目標に到達しているかどうか、医療実施体制で決められている基準や手順が守られているかどうかを確認することができるし、また資源・資材が正しく使われるようにすることができる。

保健助手指導員が行う各コミュニティに対するスーパーバイズは月に2回であり、郡調整医師は月に一度この指導員に同行する。スーパーバイズ作業として、保健助手が担当コミュニティで具体的にどのように活動しているのかを直接観察する。そして管理的スーパーバイズとしては新しく正確で質のいい情報を得るために日程記録表の記録状況を調べる。指導員は保健助手といっしょになってこの情報を調べ分析し、このような作業を通して保健助手が創造的な姿勢をもっともつようになることをねらっている。そしてこの管理的スーパーバイズを通して目標を定めるということへの関心が高まることをも期待されている。

地域の問題を解決するように焦点が当てられるように、このスーパーバイズは計画的、システムティックそして客観的に実施される。

## 8. 情報と評価

EECには活動の実施状況をシステムティックに評価する情報システムがあり、これによりEECの様々なレベル、例えばモジュールレベルや郡レベル、または州レベルあるいは国レベルなど各レベルで決断が取りやすいようにしてある。これは州基礎情報システム(SISTEMA ESTATAL DE INFORMACION BASICA: SEIB)のコミュニティーレベルでの情報収集システムであり、このSEIBで重要な特質の一つは、各実務レベルが直屬系列の一つ上級レベルより前に情報を持っているので、サービスの提供状況をタイミングよく評価することが可能であるということである。

EECの情報システムは保健医療基本的サービスを評価できるように、下記の4つのサブシステムから成っている。

- a) 家族計画
- b) 妊娠、出産、産後
- c) 5歳以下幼児の保健
- d) その他の活動

コミュニティーレベルから郡レベルに至るまでデータや情報を収集するために各サブシステム用に4つの書式を使う。

- a) コントロール・カレンダー (CALENDARIO DE CONTROL)
- b) 恒久記録(REGISTROS PERMANENTES)
- c) モジュール報告書
- d) 郡報告書

州内の全コミュニティーの月例報告として郡報告書のデータを記録した、医療施設外活動報告書(INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS FUERA DE LA UNIDAD MEDICA)がある。

毎月の最後の5日間、保健助手指導員は、モジュール報告書として新しい情報を整理するために担当のコミュニティー全部の恒久記録を更新する作業を行う。郡調整医師は情報を

実証し、各サブシステムの郡報告書を記載する担当者である郡統計係にモジュール報告書を渡す。州レベルでは郡レベルの情報を整理し、報告した月の翌月の遅くとも20日までに中央の統計情報評価局にこの情報を送る。

このようにSEIBは、利用者に関して定期的に目標が達成されているかどうかを評価したり、活動の計画を策定したり、または必要な予算組みを行うためのデータを取るための、非常にシステムティックな情報源となっている。E E Cの計画策定プロセスは家族計画プログラム (PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR: DJ-05)の枠組みの中で行われる。従って新規利用者、既存利用者、保健医療活動などの達成状況の情報は、目標に対する達成状況を知り、資源を予算組みするためにはなくてはならない情報である。

E E C活動を評価するためには、SEIBで得られるデータの他に各レベルで行うスーパーバイズのための訪問で得られる情報をも使用する。この情報により活動の診断を行い、家族計画に参加する関係者が十分に活動できるようなアクション・プランを策定するためである。

その他に、E E Cの目的がどのような方法で到達されようとしているのかを計る道具として評価スーパーバイズモデル(MODELO DE EVALUACION SUPERVISION: MES)がある。これにより提供されるサービスの質を分析するためのベースとなる情報を収集し、各州でどれだけ進展が見られるかを完全な形で評価することができる。このMES は次の4つのモジュールで構成される。

- a) E E Cの経時的進展。
- b) 郡調整医師の活動のフォロー。
- c) 研修に関するニーズの診断。
- d) 住民調査。

このようにして、保健助手が提供するサービスを住民側としてどのように受けめているかを知ることができるし、またこのサービスを受けようとしなない住民の理由も知ることができる。同様に、サービス提供者がどのレベルの知識を持っているかが分かり、その情報を



ベースにどのような研修が必要なのか、そのプライオリティーを付けることができる。  
MES の情報分析を基礎として、カバー範囲を拡大したりサービスの質を改善したりするためのアクション・プランを策定する。

## 添付書類

- A- 1: 年齢性別メキシコ人人口構成(1990 年)
- A- 2: 人口分布(1990年)
- A- 3: E E C のインフラストラクチャー (各州別)
- A- 4: E E C プログラム別活動内容(1992年1月~12月)
- A- 5: コントロール下にある利用者プログラム別(1992年12月)
- A- 6: 家族計画プログラム：手法別新規利用者分布(1992年1月~12月)
- A- 7: 家族計画プログラム：手法別既存利用者分布(1992年12月 )
- A- 8: 家族計画プログラム：サービス提供者別サービスの割合(1992年1月~12月)
- A- 9: 初めて母親に対してサービスを提供する場合の理由の内訳(1992年1月~12月)
- A-10: 初めて母親に対してサービスを提供する場合の理由の内訳(1992年1月~12月)
- A-11: 講和会のテーマ内訳(1992年1月~12月)
- A-12: 保健助手指導員並びに保健助手用キッドの内容
- A-13: E E C : 保健医療基礎サービス
- A-14: E E C : 家族計画
- A-15: E E C : 母親への保健活動
- A-16: E E C : 保健振興活動
- A-17: E E C : 幼児保健活動
- A-18: E E C 対象集落の総人口と5歳以下の幼児人口
- 1-19: E E C でのコントロール下にある5歳以下の幼児の割合(1992年)

### 3 医療サービス地方分権化

#### 保健省

#### 目次

- I. 紹介
- II. 背景
- III. 目的
- IV. 分権化の主な内容
- V. プロセス概要
- VI. 譲渡する主な権限
- VII. 政府の改革と行政の近代化

本書類は、連邦政府の協定のなかの最大の挑戦のひとつである分権化のやり方に関する総合的なパノラマを示すものであり、3つの違うレベルの政府間で責任を分担するというものである。本書の目的は、この重要な分権化の目的、関連事項、主な権限の譲渡について保健医療に携わる人材に知ってもらうためである。

#### I. 紹介

1995年－2000年国家開発計画における、保健医療部門に関する連邦政府協定は、住民に対する医療サービスの提供において、効率と均衡を重視しながら、今まで連邦政府が持っていた権限や財源、実施活動プログラムを州政府や郡政府に移管、分権化させ、促進していこうとするものである。

保健医療部門の改革のための基本的ツールであるこの分権化には、次の2つの主な公約がある。

- \* 機関のリストラクションによりサービスの質を向上すること。
- \* 機関間の協力を強化し、かつ連邦政府が所有する権限と資源を州政府へ委譲することを促進し、これによりサービスの実施範囲を拡大する。

分権化が行われれば、保健医療に関する連邦政府の出費をもっと合理的に配分することが可能となり、死亡率と疎外度指数を考慮し、経費の均衡化が得られるようになり、それにより、社会正義の基本である次の2つの要素、すなわち、個人の保障に必要な『安全と平等』に効力を与えることができるようになるのである。

憲法第4条に掲げる健康を守る権利は、同分野におけるメキシコ政府の責任と特権を規定し、レベルの違う3つの政府に同等に関連している。これをもとに、連邦政府は保健省を通して、保健医療サービスの分権化を推進するためのツールとして『国家協定（ACUERDO NACIONAL）』を指令し、法的枠組みのなかで憲法が連邦政府に与えている権限を尊重し、州政府と郡政府の自由を条項としてまとめた。

## II. 背景

各州はそれぞれ特徴のある人口構成、地理、疾病、社会的特徴を持つものであり、それぞれその事情に合った処置をする必要があるということを知り、保健省は1980年代後半から、住民の健康の予防やケアに関する大きな責任を州政府と分かち合うような活動を始めている。

メキシコでは人口増加のスピードが近年とみに早まり、世界でも人口集中の激しい地域を持つ、都市部の多い国家になった。一方、保健医療の基本的サービスにも事欠き、サービスへのアクセスも難しいという状況の住民が750万人以上も存在している。すなわち、発展の遅れている州では、発展している地域ではすでにコントロールされているような疾病がまだ問題となっているという状況がみられ、「過疎-貧困-疾病」という輪が悪循環となっている。

保健状況でみると、メキシコは一見、相反する二面、疾病学的な転換期をみせている。つまり、発展と深く関連する疾病がみられる一方で、貧困を特徴づけるような疾病がみられるのである。感染症を原因とする疾病や死亡が減少する一方で、慢性のディジェネレティブな疾病が増加している。この状況や他の状況から保健医療サービスの現状を見直す必要が生まれた。

『国家保健医療制度（SISTEMA NACIONAL DE SALUD）』の発足は保健医療に関する努力の大きな集中を意味した。発足当初はこの集中が必要であったのであるが、時間がたつにつれ、意志決定や資源の一点集中をもたらした。この保健医療制度は過去において大きな発展をみせ、現在もさらに、国家が直面するすべての医療問題に対応しながら、そして『予防医療の考え方と自己健康管理の促進』という考えを推進して、発展し続けているのである。

しかし、メキシコの現在の発展状況に合わせて国家保健医療制度を刷新し、下記の新し

い役割を与える必要が生まれてきた。

- \* さらに多くの住民に保健医療サービスを提供する。
- \* 保健医療サービスの基本パッケージを保障する。
- \* より貧しい住民に公平の原則を強化する。
- \* メキシコ国民によりよいサービスをよりたくさん提供する。

### Ⅲ. 目的

- \* 保健医療サービスの質を向上し、カバー面積を拡大する。
- \* 連邦政府と州政府の間で責任と資源を分かち合い、問題の発生しているところでそれに関する意思決定ができるようにする。
- \* 効率がよく柔軟性のある、州レベルでの保健医療制度を少しずつ構築し、地域の必要性をタイミングよく対応するようにする。
- \* 分権化を強化する。

### Ⅳ. 分権化の主な内容

#### 州政府

- \* 保健法が州政府に割り当てている責任を厳密に遂行する。
- \* 管轄責任範囲内で保健医療サービスを直接実施する。
- \* 保健医療関係予算を直接管理し、保健医療分野での地域の必要性、優先順位に応じた、医療予算の分配を行う。
- \* 国家保健医療政策の策定やインスツルメンテーションに積極的に参加する。
- \* 現在、連邦政府の責任である医療サービスを実施する行政機関を州レベルの機関に統合し、それぞれ別々の機関の努力を調整しさらによいものにする。
- \* 医療サービスの需要側である住民との距離が狭まり、州政府に与えられた役割をより効果的に実行することが可能となる。

#### 連邦レベル

- \* 州保健医療制度が強化されることにより、国家保健医療制度も強化される。
- \* 保健省は、連邦レベルのみにおける権限の遂行に関して、主導的で規範的な役割を強化する。
- \* 保健省公務員の労働者としての権利を厳密に尊重するという基本的な枠組みのなかで、医療関係者の利益となる効果的な支援が可能となるような画期的な新しい方法をつくり出すことができるであろう。

- \* サービスの分権化は、保健医療における国家としての目的や戦略を消滅することを意味することはまったくなく、目的の設置や目標の達成作業における連邦政府と州政府、郡政府の関係の『新しい形』を意味するのである。

## V. プロセス概要

保健医療サービス分権化は国家協定（ACUERDO NACIONAL）によってその合法性が認められる。

各州に公共の性格を持つ分権化機関を設け、同機関は国家協定に委譲を明記された権限や設置時に規定されたその他の権限を執行する。同機関の主たる目的は、社会に対してタイミングのよい、そして質の高いサービスの提供を保障することにある。同機関の重要な役割は下記のとおりである。

- \* 州の保健医療政策が遂行されるのを監視する。
- \* 保健医療サービスの管理と遂行。
- \* 承認済みの技術プログラムの実施に対する評価。
- \* 割り当てられた予算の公正なる執行を監視する。

公共分権化機関は次の性格を有する。

- \* 独自の法的人格と資産を有する。
- \* 次のような構成員からなる政府機関を有する：各州政府が必要と考え決定する州政府関係者（数は州政府が決める）。保健省の代表1名。保健省公務員組合中央委員会が任命する公務員の代表者1名。
- \* 連邦政府と州政府が拠出する財源を管理する。この財源は州公共勘定のひとつである。
- \* 州政府の管理と調整のもとにあり、州の行政に関して技術的、実務上の自治を持つ。
- \* 保健省の労働条件一般ならびに関連の規定を適用し尊重する義務がある。

国家保健医療審議会は、連邦政府と州政府の間を調整する常設機関であり、州の医療サービスを統合し、国家レベルでの医療政策が効率よく行われるように管理し、国全体のカバーが拡大するように監視する。これにより、連邦協定として実施される分権化が連邦政府の政策と調和し整合性が保たれるようになり、メキシコにおける保健医療サービスが直面する課題に取り組む際に、保健省の主導者としての役割、かつ規範的役割が効果的になるのである。

新しい分権化の枠組み内での労務関係は、州政府の主権尊重に根差し、かつ組合に対する尊重に根差す。保健省公務員全国組合は、連邦主義的見解を再度確認し、部門内での参加をさらに拡大するのを促進するような斬新なメカニズムをつくり出す。同様に、現在ならびに将来、有効な権利、利益、福利厚生、給与体系を尊重する。

大蔵省は、国家協定から派生する義務で、国家計画や予算化、財務に関係する分野におけるものの遂行を監視する。そして、保健省を通して州に予算を提供する。

監査行政発展庁は、政府としての管理評価制度を所持し、州政府と協力して予算執行を監視する。そのほかに行政発展に関する活動やプログラムを促進する。

社会発展、地域発展に関する問題は、政府と社会とそれらを形成するさまざまな組織が一緒になって協力し、力をあわせてはじめて解決できるということは明白であり、だからこそ、地方自治体への権限や財源の委譲には『住民参加』も組み入れる必要があるのである。地方自治体を強化するということは、行政の新しい形態を強化するということでもあるのである。

## VI. 譲渡する主な権限

国家保健医療制度の調整役でもあり、連邦政府の保健責任官庁である保健省は、憲法第4条が遂行されることを監視し、医療法が規定する権限ならびに規範、調整、計画、評価に関する権限を遂行する。

上記により、一般保健部門の実質的な権限、規定、衛生管理、補助的性格のサービスに関する権限を州に委譲する。

### 一般保健、規定、衛生管理に関するもの

- \* 医療
- \* リプロダクティブヘルスと家族計画
- \* 健康促進
- \* 予防医学
- \* 血液使用の衛生管理
- \* 疫病監視
- \* 財とサービスの規定と管理

- \* 保健医療用消耗品の規定と管理
- \* 環境保健の規定と管理
- \* 広告の衛生管理

#### 支援的サービスに関するもの

- \* 割り当てられた予算の管理と執行
- \* 連邦政府の規範に準じた予算計画
- \* 保健省の労働条件一般に規定される権利と義務の遂行と監視、ならびに人材の委譲
- \* 材料、消耗品、家具、不動産の購入、運営、管理、廃棄処分、用途；一般サービスの提供；医療施設の工事計画、保全、メンテナンス
- \* 州財務対象となる医療施設、管理施設が業務を遂行できるようにするためのさまざまな項目の予算
- \* 州は、公共分権化機関に付属する『州公共福祉財産管理委員会』を設置し、同委員会は「州回収料金制度」を規定し運営し、その遂行を監視する

#### VII. 政府の改革と行政の近代化

国家の発展にとって行政は基本的な役割を果たす。近寄りやすく、近代的かつ高効率の行政は国民が必要とするもので、経済生産性の総合的な成長や民主主義的發展に寄与するためには不可欠である。

メキシコの発展にとって、サービス精神に富み、かつ国民の必要性や利益に近く存在する行政は欠くことができないものであり、行政はメキシコが必要とする構造的な変革に柔軟性を持って時を逸することなくうまく対応でき、公共の財源を有効に使うことを促進し、的確なプログラムを遅延なく遂行し、会計報告も明確でなければならない。

同時に、無駄な手続きを回避し時間と労力を節約し、自由裁量や汚職を抑制するような、国民への総合的なサービスの提供をできるだけ早急にかつ効率的に進める必要がある。一方、公職に対する誇りや専門化を促進し、公務員が社会に対するサービスという業務において、自分の生産的な能力や創造性を発揮するのに必要な道具と方法を提供する必要がある。

#### 行政の分権化の促進

行政の近代化を遂行するための戦略の優先的ガイドラインのひとつは、役割と権限と構造の関係を見直し分析し、現状に合ったものにし、常に整合性のあるものにするのである。これにより分権化を助け、行政が国民に近づくことができるのである。

州政府と郡政府との意見交換や調整を行い、連邦政府は連邦主義を強化するのに役立つ、行政の分権化を促進する。この意味においては、連邦政府の現在の役割の評価を行い、そしてどの役割が、州政府や郡政府が実施するほうが経費が安く、かつ、より適切な形で実施することができるか決定する必要がある。

そのうえで、地方自治体が基本的サービスに関する公共事業を計画し実施するように検討されるであろう。すなわち、国民もその実施の監視に参加し、住民の要請に関する実務上の意志決定が遅れるような官僚主義的悪循環が減少するように検討する。構造や工程の合理化によって生じる節約分は、より多くて質の高い、住民のためのサービスのために使われるべきである。

### 公共サービスの専門化

行政改革の中心となる人物は、あくまでも公務員である。政府に働く人材には構造的変革を促進しその意味を効果的に指導できる大きな潜在力が眠っている。

公共サービスを専門化させると、業務のさまざまなプログラムに継続性を与えることができる。そして、政権交代時でも職員の経験と知識を利用して行政機能が中断することがないように保障するために、キャリア的専門業務の形成を推進する必要もある。同じく、キャリア的専門業務のためには、それぞれの役割をさらにうまく遂行し、構造的変革や技術革新に対応し、社会のためによりよいサービスを提供するためのイニシアティブや創造性を発展させるためには不可欠である研修を受けやすくする必要がある。そのうえ、キャリア的専門業務は、公務員の倫理に関する明確な規則を策定し、また、プロとしての能力に準じた報酬、昇進、インセンティブを実行するスキームを推進する必要がある。

連邦政府は豊かな経験を持つので、それをもとに民間キャリアが発展できるような新しい分野を政府のなかに規定していく必要がある。本計画作成のために行った公聴会では、国民はこれらの分野のなかに保安部門や司法手続き部門、選挙部門を担当する公僕を含めるように、という希望を表明した。長期の目的は、すべての行政はキャリア的専門業務を持つようにしなければならないということを理解したうえで、専門職サービスの必要条件、業務範囲、職階（ヒエラルキー）などを検討する必要もある。

キャリア的専門業務を創設するということは、公僕の業務の重要性を確認するものであり、公務員が自分の仕事を真面目にしかも効率よく実行することが、自分の仕事を失うことなく継続するための基本的条件であることを保障するのである。そのうえ、キャリア的専門業務が生まれることにより、昇級は能力や仕事の成果によるものであり、公共サービスはそれに相応しい名誉ある退職で終了するという、明確な基準を規定することができるようになるであろう。



## 会計管理と報告制度

行政や財政の執行を評価し監視する機関に、独立性と必要な技術能力そして信憑性を与えることは不可欠である。このためには、行政の内外からの現行の監査制度やそれを実施する現行の機関の大幅な構造的改革を意味することになり、法的枠組みを変更して国民に正確な会計報告を行う必要が出てくる。

公聴会で提案された要求に従うと、現行の行政監査機関を本物の、しかもさらに近代的で上級の監査機関に変更するためには、外部機関が必要とする独立性や技術的自立、機会、活動能力を強化し、再構築化を支援するというものであった。そして補足的に、自己評価制度をさらに効果的なものにするために、行政の発展に関連する予防的焦点を強調し、行政府の内部監査に関する現在の方法は再度見直される必要がある。

連邦政府行政機関においては内部監査機関に今まで以上の力と自治が与えられ、その機関の役割が要求する自由と客観性を保ちながら、予防的あるいは修正的管理業務を実施することが可能となるであろう。その機能は、時たま発見される違反者を見つけ罰則を課すだけではとどまらず、制度自体の欠点や手続き方法または規範にみられる欠点を正確に見だし、それらの問題を解決する方法を提案し、公共資源を有効かつ正直に管理することを助けなければならない。

連邦政府の予算で行われる公共事業のプログラムやプロジェクトの実施に関して地域社会が行う監査や監督のメカニズムを拡大するために、社会監査の手続きをさらに完成させ充実させる必要がある。この意味において、成功例から学び、弱点を直し、州や郡における連邦経費の社会監査グループが発展させた行政能力を利用することが重要である。

## 行政の近代化

公共部門は、仕事のスキームを再活性化し、インセンティブを再度活発にし、手続きを簡素化し、業務方法を近代化するような革新が必要である。業務やサービスに対する責任を極度に縦割りに分割し、責任を散乱または回避させてしまうような組織機能を克服することが重要である。そうすれば意志決定が1カ所に集中することもなく、回答を出すのに時間がかかりすぎることもなく、もっと柔軟性に富み透明なスキームに向かって発展することが可能となり、住民の必要性や特性に合った対応を素早く行うことができるようになる。

本計画は新しい適切な基準をつくることを提案しており、これによりサービスの質や住民の意見、住民の要求にどれぐらい各機関が満足に対応する能力があるか、などを評価することができるようになる。

### 規範の簡素化と調整

同じく、総合的予算機能の規範を刷新し、公共部門官庁における行政手続きを規定する法規、細則を見直し刷新し、コストを削減、業務実施の機会や透明性を増加、公僕の主体性の促進、それにより質や国民に対するサービスを向上させる。

それと並行して、明文化した基準を作成し、新しい規制の設計のなかにその適用コスト、監督コスト、その工程の期間や透明性、有効性を考慮に入れ、交差方法による試験を義務づけるようにする。

### 公僕の実任

最後に、本計画では、公僕の実任に関する法律規制を刷新することを提案しており、指導プログラムや研修、相談、そして不履行の際の罰則の適用などにより、その遂行が強化されるようにする。

## 4 プロジェクト最終報告書

### A プロジェクト総合評価ープロジェクト計画の妥当性

#### 1. プロジェクト設定目標の妥当性

プロジェクト上位目標である「乳幼児死亡率の減少」を達成するため、プロジェクト目標として、プロジェクト開始当時から3つの目標（期待される成果）が設定された。それらは、

- (1) パイロットエリア内医療技術者の技術のレベルアップ
- (2) 地域住民に提供される母子保健サービスの改善および各レベルの医療施設の整備に伴うリファラルシステムの機能強化
- (3) 地域住民の家族計画・母子保健に対する意識、知識の向上

である。

これら目標は、問題系図（プロジェクト終了時の評価のために初めてつくられた）にもほぼ合致するものであり、したがって、大枠では、プロジェクト目標の設定は妥当であったといえる。しかし、5年間という限られたプロジェクト期間での、より効果的・効率的なプロジェクトの実施という観点から検討すると、上記設定目標は十分妥当であったとはいえない点がある。

問題系図や住民調査、およびメキシコの各種医療統計から明らかなように、メキシコでの乳幼児死亡の主な原因は、周産期死亡、急性呼吸器感染症、消化器感染症、栄養失調など、コミュニティーのレベルでの対応が重要な鍵となるものがほとんどを占めている。さらに、このような乳幼児死亡率は、医療施設のない農村僻地のコミュニティーでより高いことも明らかになっている。したがって、5年間という限られたプロジェクト期間での、より効果的・効率的なプロジェクトの実施という観点から検討すると、プロジェクト目標の対象は、「医療施設のないコミュニティー（農村部）」に絞られるべきであった。

しかし現実問題として、プロジェクト計画立案時に、「高い乳幼児死亡率」についての問題・原因の分析が、日本・メキシコ共同で十分になされなかったために、プロジェクト目標設定の対象が、「パイロットエリア内各レベルの医療技術者・医療施設」へと、広げられすぎてしまい、このことが原因となって、プロジェクトとして、個々の活動に十分対応できなかったことが明らかになっている。また、ベースラインサーベイがプロジェクト活動内容の調整に的確に反映されなかったということも、問題であった。

個々の設定目標についてみると、まず、プロジェクト目標「(1) パイロットエリア内医療技術者の技術のレベルアップ」について「医療施設のないコミュニティー」に焦点を

絞って考えると「施設内の医療技術者（医師）の技術向上」の必要性はあるものの、必ずしもプライオリティーはそれほど高くないことが明らかになる。プロジェクト対象地域において「乳幼児死亡率」減少のためにより必要なことは、医療施設のないコミュニティーにおける、医療技術者（伝統的助産婦・保健助手・保健助手指導員）の技術向上であった。それにもかかわらず、プロジェクトでは「医師の技術向上」にまで活動の対象を広げてしまい、これが一因となって、よりプライオリティーの高い、伝統的助産婦・保健助手・保健助手指導員の教育に十分対応できなかったことが、活動の評価から明らかになっている。

また、「(2) 各レベルの医療施設の整備に伴うリファラルシステムの機能強化」については、「リファラルシステムの強化」が「医療施設の整備」というハード面に偏りすぎて、ソフト面での重要な問題（保健所が保健助手・伝統的助産婦による患者リファラーを受け付けられないなど）に対するプロジェクトとしての配慮が欠けていたことが問題としてあげられる。仮に、ハード面に限っても、「医療施設の整備」を「各レベル」で行ったことが十分妥当であったかについては疑問である。なぜなら、「機材供与」の項でも述べたように、リファラルシステム強化のための医療設備の整備を「各レベル」へと、対象を広げすぎてしまったために、プロジェクトとして十分なフォローができず、その結果、使用法が難しい機材・教材の整備など特別な介入が必要な教育機材などについて、プロジェクトとして、各保健所・病院レベルでの十分な対応ができなかった、という事態を招いたからである。5年間という限られたプロジェクト期間、および十分な数の派遣専門家確保が難しいという事実を考慮して、プロジェクト対象地域における「乳幼児死亡率」減少のために必要な「リファラルシステムの強化」は、よりプライオリティーの高い「医療施設のないコミュニティー」から、「第1次の保健所レベル」へのリファラルシステムの強化に焦点を当てて活動すべきであった。

結論として、プロジェクトのターゲットを、「乳幼児死亡率」がより高く、社会経済的状況のより厳しい「医療施設のないコミュニティー（農村部）」に絞って、

- (1) 医療施設のないコミュニティー（農村部）に焦点を当てた医療技術者のレベルアップ
- (2) 医療施設のないコミュニティー（農村部）住民の意識、知識の向上
- (3) 医療施設のないコミュニティー（農村部）と保健所の間で焦点を当てたリファラルシステムの強化（ハードおよびソフト両面での）

というようなプロジェクト目標・計画を立てたほうが、5年間という限られた期間で、より効果的・効率的な活動が実現できたのではないかと考える。

## 2. プロジェクト各活動選定の妥当性

プロジェクト各活動選定については、当然、前述のプロジェクト目標設定と深くかかわっている。全体としていえる重要なことは、プロジェクト活動の選定・計画をするにあたり、

- (1) 「乳幼児死亡率」が高い、医療施設のないコミュニティ（農村部）住民の母子保健・家族計画の現状に関する問題・原因分析
- (2) 「乳幼児死亡率」が高い、医療施設のないコミュニティ（農村部）での保健サービスの実態に関する問題・原因分析（EECサービスの問題分析）

が、プロジェクト計画立案時に、日本・メキシコ双方により十分協議・合意されなかったため、いくつかの活動について、妥当性を欠いた選定を行ってしまったといえよう。以下、個々の活動について、その選定の妥当性について検討する。

プロジェクト活動のうち、プロジェクト対象地域において「乳幼児死亡率」がより高い「医療施設のないコミュニティ（農村部）」での保健医療サービス向上のために行われた活動については、非常に本質的なものとして、妥当性があったといえよう。それらは「保健助手セミナー」「保健助手指導員セミナー」「伝統的助産婦セミナー」であり、これら活動による「医療施設のないコミュニティ住民への効果」は、各活動のなかで評価されている。これらの活動は、メキシコ既存の「医療施設のないコミュニティ」での保健サービスシステム（EEC）とも合致しているため、これらのセミナーを改善・強化するためのプロジェクトによる提言は、同じEECシステムを通じてメキシコの他地域でも応用できる可能性を持つ。このことは、パイロットプロジェクトとして、他地域への波及を期待して計画された当プロジェクトにとって、非常に重要な要素である。

一方で、上記(1)、(2)の2つの問題・原因分析がプロジェクト開始時に十分行われなかったことは、「保健助手」「保健助手指導員」「伝統的助産婦」セミナー内容の一部に、妥当性を欠いたという問題点が、各活動の評価から明らかになっている。また、「保健助手」「保健助手指導員」「伝統的助産婦」の知識・技術を向上するにあたっては、セミナー以外にも、彼女らの日常業務のなかでの継続的な介入がプロジェクトとして行われるべきであったが、これは母子手帳試行活動以外では実施されなかった。これには、プロジェクト活動の範囲を広げすぎたことがひとつの原因として考えられる。この「日常業務のなかで継続的な介入」は非常に重要なポイントで、事実、それを実施した母子手帳試行活動では、「保健助手」「保健助手指導員」「伝統的助産婦」の知識・技術が大きく向上したことが評価のなかで報告されている。

また、上記活動と深いかかわりのある「コミュニティセンター建設」については、メキシコ既存の保健サービスシステムにはないものの、「医療施設のないコミュニティ」

での保健サービス向上のための、より質の高いセミナー実現に貢献したという点においては、妥当であったといえる。しかし、ゲレロ州のテクバンココミュニティセンター管理運営の問題がプロジェクト終了間近になっても解決していないという事実は、センター建設の時点において、メキシコ側による管理運営体制をはっきりさせておくという配慮に欠けていたといわざるを得ない。しかしベラクルス州では、ゲレロ州の反省に立って、十分な事前の協議を踏まえてコミュニティセンター建設が行われた。

コミュニティセンターとも関係のある「IEC教材整備」については、プロジェクトで供与した書籍・教育教材とともに、郡衛生局所持の有用な書籍・資料の一般閲覧体制の整備へと発展していったことで、「医療施設のないコミュニティ」で活躍する保健サービス提供者の技術・知識向上に大きく貢献した。これは、非常に本質的であり、かつ強いインパクトがあったとして、その妥当性は評価できよう。

「母子手帳活動」については、評価のなかで、「医療施設のないコミュニティ（農村部）」での大きな効果が認められ、また母子手帳試行活動を行った保健助手・保健助手指導員の技術向上にも大きなインパクトを与えたことが明らかになっている。このため、「母子手帳活動」は非常に本質的かつ興味深い活動であったといえ、その点での妥当性は評価できる。しかし、母子手帳作成過程についてはいくつかの問題があったことも事実である。この「母子手帳」はメキシコ既存の保健医療システムには存在しない、まったく新しいマテリアルであるため、この活動の取り組みには「母子手帳作成」にかかわるメキシコ側の十分な理解と、密な協力体制が必要であった。

それゆえ、順序としては、まず、「医療施設のないコミュニティ（農村部）」においての母子保健にかかわる問題分析がメキシコ側とともに十分行われ、それら問題を解決するひとつの手段としての母子手帳のようなマテリアルの必要性が生じてきて、初めてメキシコ側とともに母子手帳作成に取りかかるべきであった。しかし、日本側派遣専門家の数の不足、およびメキシコ側との協力体制などの問題により、プロジェクトで本格的に母子手帳作成に取りかかったのは、プロジェクト3年目が終わろうとしていた1995年3月であった。それゆえ、日本側は、母子手帳のプロジェクト残り期間中での実現を急ぐあまり、この「問題分析と必要性の確認」という作業をメキシコ側と共同で行う十分な時間がないまま母子手帳作成に取りかからなければならず、その結果、日本側主導で母子手帳作成が行われることになってしまった。しかし、この問題は、プロジェクト後期になってようやく改善され始め、今後、母子手帳の第2回試行は、メキシコ側主導で、プロジェクト終了後も引き継がれていく可能性が芽生えている。

「集団訪問健診活動」も、母子手帳と同じような問題を抱えていたといえる。つまり、「集団訪問健診活動」も「医療施設のないコミュニティ（農村部）」での保健サービスの

システム」のなかには存在しない活動であるため、母子手帳と同様に、「医療施設のないコミュニティ（農村部）」における母子保健にかかわる問題分析のなかから実施の必要性が生じるべき活動であった。しかし、「集団訪問健診活動」実施にあたっては、この手順を踏まなかったため、「集団訪問健診活動」のプロジェクトにおける意義について、日本側・メキシコ側とも双方あいまいなまま、どちらかという日本側主導で、プロジェクト期間中活動が行われてしまった。

「集団訪問健診活動」実施による効果は評価のなかでいくつか認められてはいるものの、全体的にみると、「集団訪問健診活動」のプロジェクトのなかでの位置づけがはっきりしないまま、これを活動として選定したことについて、十分妥当性があったとはいえない。ただ、最近になって、保健省が「医療施設のないコミュニティでの訪問医療サービスの実施」を義務づける規定を発表したため、プロジェクトで行った「集団訪問健診活動」の経験が、郡衛生局にとって「保健省新規定の訪問医療サービスの計画・実施」に、現在、非常に役立っていることは事実である。

「超音波診断技術セミナー」の効果については、評価のなかでいくつか認められており、プロジェクトのなかでの効果があったことは事実である。また、プロジェクトが「他地域への波及・応用をめざしたパイロットプロジェクト」であるという観点から検討した場合、「超音波診断技術セミナー」評価の項でも述べられているように、セミナーの実施は、第2次レベルの総合病院医師に対しては妥当性があったといえる。保健省の第2次レベル総合病院において、超音波診断装置は比較的普及されており、したがって、セミナーによる効果が他地域の第2次レベル医療施設に波及する可能性も高いといえるからである。しかし、地方の第1次レベル医療施設（保健所）医師に対するセミナーの実施については、十分妥当性があったか疑問である。

現在のメキシコにおいて、地方の第1レベルの保健所に超音波診断装置があることは非常にまれであり、保健省の財政事情をみても、メキシコの地方の第1レベルの保健所の多くに、近い将来、高価な超音波診断装置が設置される可能性はきわめて低い。これが現実であるため、プロジェクトで行った「超音波診断技術」が、超音波診断装置を持たないプロジェクト外の保健所へ波及・応用されていく可能性もきわめて低いといわざるを得ない。さらに、「プロジェクト目標設定の妥当性」のなかですでにふれたように、プロジェクト目標の対象を「医療施設のないコミュニティ」に焦点を当てるべきであったとの観点に立つと、「超音波診断技術セミナー」の選定に十分妥当性があったかについては疑問である。

「機材供与」のうち、コミュニティレベルの機材については、その効果が高く評価されており、十分妥当であったといえる。しかし、保健所レベル・病院レベルへの機材供与

については、プロジェクト目標の対象を「医療施設のないコミュニティ」に絞るべきであったとの観点に立つと、十分妥当性があったとはいいがたい。機材供与の対象を広げすぎたため、機材のなかで、使用法が難しい機材、特別な介入が必要な教育機材などについて、プロジェクトとして、遠方の保健所・病院レベルでの十分な対応ができず、その結果、「いくつかの機材が十分に活用されていない」という事態を生み出したのである。「医療施設のないコミュニティ」を中心にして機材供与を考えた場合、保健所レベルでは、「母子保健・家族計画に関する医療サービス・啓蒙活動を行うのに必要な基本的機材と、それを有効活用するためのプロジェクトの十分な介入」に重点が置かれるべきであった。

「カウンターパート研修」については、保健行政参加者が帰国後、相次いで転勤・異動してしまい、効果の継続性に一部問題を生じたが、メキシコ側関係者がプロジェクトに関する理解を深め、技術を向上させる目的を果たしたという観点からみると、大枠では妥当であったといえよう。

### 3. プロジェクトパイロットエリアの選定の妥当性

プロジェクトでは、ゲレロ州、ベラクルス州をプロジェクトパイロットエリアとして選定したことは、「異なった環境でパイロットスタディを行って比較・検討する」という意味においては妥当であった。しかし、「日本人派遣専門家の十分な確保が困難であった」という観点からみると、パイロットエリアを2つ設定したことが、十分妥当であったかは疑問である。ベラクルス州については、結局、プロジェクト終了間近まで専門家は送られず、プロジェクトとして十分な介入ができなかった。このことが、いくつかの問題を生み出している。そのひとつとして、ベラクルス州ではベースラインサーベイのような基礎調査が行われていないために、プロジェクト最終年の評価にあたり、効果の測定をするための比較資料がなく、評価活動に困難を来している。また、プロジェクトとして十分な介入を行えず、プロジェクト期間中ほとんどメキシコ側に任せただけであったため、各活動の内容について不十分な点があったことが、プロジェクト終了間近にベラクルス州に派遣された専門家により報告されている。

プロジェクト計画では、ベラクルス州に専門家が派遣されるまでの間、メキシコ市の業務調整員およびゲレロ州専門家が、ベラクルス州の活動にも対応する計画を立て、一部の活動についてはそのように実施してきた。しかし、メキシコ市または、ゲレロ州コスタグランデ郡からベラクルス州サンアンドレストゥクストゥラ郡までの距離の問題、およびプロジェクトの広範囲にわたる活動のために、メキシコ市やゲレロ州のプロジェクト関係者が、全面的にベラクルス州の活動に対応するのは非現実的なことであった。

結論として、限られた数の派遣専門家でより効果的なプロジェクトを行うためには、パ



イロットエリアはひとつに絞ったほうが、より妥当であったかもしれない。

#### 4. 専門家派遣とその配置の妥当性（ここでは、長期専門家の配置のみについて述べる）

以下が、プロジェクトにおける専門家派遣の実績である。

	1992年	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
国レベル		初代プロジェクトリーダー / 2代目プロジェクトリーダー				
		初代業務調整員 / 2代目業務調整員				
州レベル <ゲレロ州>					小児保健専門家	
<ベラクルス州>						
郡レベル <ゲレロ州>		母子保健専門家	母子保健専門家	産婦人科専門家 地域保健専門家	母子保健専門家	
<ベラクルス州>					母子保健専門家 地域保健専門家	

以下、専門家派遣の妥当性をレベルごとに検討する。

国レベルにプロジェクトオフィスが設置されたことは、国レベルでのプロジェクト位置づけを行うために非常に重要なことであった。しかし、問題は、プロジェクト活動の全体的な方向性を決めるための、マクロプロジェクトデザインができる専門家が国レベルで欠如していたため、プロジェクトの国レベルにおける位置づけが、プロジェクト期間中を通して、非常にあいまいであったことである。このことは、州・郡レベルでのプロジェクトの位置づけ、および州・郡レベルメキシコ側の協力体制に大きく影響してプロジェクトの進捗を妨げた。

ゲレロ州レベルにおいては、プロジェクト終了間近に至るまで、1人も専門家の派遣がなされなかったことが、大きな問題であった。メキシコの、少なくともゲレロ州では、州が行政決定に関する大きな権限を持ち、その下の郡レベルは、州から送られる指示と予算で動くことが基本となっている。つまり、ゲレロ州の郡レベルでは、いかなる活動をする

にも州の調整が必要とされるのである。このように、州衛生局は、コスタグランデ郡におけるプロジェクト活動実施のために、非常に重要な存在でありながら、プロジェクトでは終了間近まで、1人も専門家が送られなかった。このことがゲレロ州衛生局のプロジェクトに対する不十分な理解の主な原因となり、また、州レベルとプロジェクトとの意思の疎通の悪さの原因ともなり、プロジェクトの進捗を大いに妨げてきた。メキシコ市のプロジェクトオフィス、およびコスタグランデ郡配属の専門家は、ゲレロ州との関係改善のために努力してきたものの、距離の限界はどうにもならないことであった。事実、プロジェクト最終年にゲレロ州衛生局に専門家が派遣されてから、プロジェクトと州衛生局の関係は大きく改善され、プロジェクトの進捗も非常によくなっている。以上のように州レベルへの専門家派遣は、非常に重要かつ本質的なことであった。また、プロジェクトが、「モデルプロジェクト」という、他地域への波及・応用を計画して立案されたという視点からみても、プロジェクト開始時から、州衛生局に専門家を配置するべきであった。

ゲレロ州郡レベルでは、諸々のプロジェクト活動が実際に展開されていたものの、プロジェクト開始当初の2年間、モデルエリアであるコスタグランデ郡に、たった1名の母子保健専門家しか派遣されなかった。さらにこの1名の専門家も、後任の母子保健専門家の任地着任前に帰国してしまったため、プロジェクト活動が実際に展開されていた郡レベルにおいて、業務引き継ぎは事実上実施されず、後任の母子保健専門家は、プロジェクト当初の2年間の情報が極端に不足した厳しい状況のなかで業務を開始しなければならなかった。郡レベルにおいては、専門家が3名になったプロジェクト終了間近になってはじめて、活動の進捗状況が好転している。

一方、ベラクルス州では、専門家の派遣がプロジェクト最終年まで実現されず、プロジェクトとして十分な介入が行われなかったことが、プロジェクトの効果を減じる結果となって現れている。ベラクルス州衛生局では、すでに20年以上続いているものの（途中規模と名称が変更されたが）事業として伸び悩んでいたE E Cプログラムに対して、かねがね改善の要望を強く持っており、これを当プロジェクトの活動により改善すべく、大きな期待を持っていた。しかし、現実には専門家の派遣は実現せず、E E Cプログラム改善のためのプロジェクトとしての提言も得られず、集団訪問健診・機材供与などの、プロジェクトの部分的な活動を除いては、従来ながらのE E C活動に甘んじ、規則どおりの各種セミナーなどを開催することにとどまらざるを得なかった。プロジェクト最終年に至ってようやく専門家の派遣を得、E E Cプログラム改善のために、地域の現状を把握したうえで、住民参加に重点を置いた活動に取りかかり始めたが、すでに遅く、プロジェクト対象地域に決定的なインパクトを与える前にプロジェクトの終了を迎えるに至ってしまった。

## 5. メキシコ側カウンターパート機関との協力体制

プロジェクトの初・中期においては、カウンターパート機関との協力体制が良好であったとはいいがたい。ひとつの大きな原因は、プロジェクトで取り上げた「高い乳幼児死亡率」に関する問題分析が、国・州レベルにおいて日本・メキシコ共同で十分行われず、プロジェクトに対する共通認識を築くことができないまま事業が開始されたことである。このため国・州レベルにおけるプロジェクトの位置づけは非常にあいまいで、これがすべてのプロジェクト活動にマイナスの影響となって現れた。また、別の問題として、国レベルにおいては、旧家族計画局（現リプロダクティブヘルス局）のプロジェクト担当責任者の相次ぐ交代時に、引き継ぎが不足していたためプロジェクトに対する十分な理解・協力を得られず、ゲレロ州レベルにおいては、専門家が派遣されなかったため、プロジェクトに対する十分な理解・協力を得られなかったことがあげられる。ゲレロ州郡レベルにおいても、衛生局全体では、人事の問題により、プロジェクトに対する理解・協力を十分得られなかった。ただ、カウンターパートである郡の家族計画・母子保健課の理解・協力は非常によく得られていたが、この課の職員はたった1名で、部下も同僚もおらず、プロジェクトの多岐にわたる活動をすべてこの1名の職員で対応しなければならない状況にあった。それゆえ、彼の理解・協力には限界があったことは事実である。

しかし、プロジェクト後期になって、プロジェクトのゲレロ州レベルでは、州衛生局に専門家が派遣されたこと、および州知事の交代によって大幅な人事異動がなされたことにより、州のプロジェクトに対する理解・協力は非常に良好になった。また、ゲレロ州コスタグランデ郡レベルにおいても、郡衛生局長の交代により、プロジェクトに対する理解・協力はきわめて良好になっており、そのため、現在のプロジェクト進捗状況は非常によい。

一方、ベラクルス州においては、現地専門家が派遣されなかった期間、メキシコ市と州・郡衛生局が直接連絡をとる体制が続いた。距離の関係から多少の齟齬や問題が生じたものの、全体としてみれば、その関係はきわめて良好であった。専門家着任後も良好な関係は続いており、特に1996年7月の郡衛生局長の交代により、プロジェクト・サイトと郡、そして州衛生局のコミュニケーションはさらに緊密度を増しており、プロジェクト活動を実施していくうえでも、望ましい協力体制が現在、形成されていると考えられる。

## 6. プロジェクト活動の他地域への波及効果

当プロジェクトは、「パイロットプロジェクト」という、他地域への波及・応用を計画して立案されたものであるため、本来ならば、プロジェクト終了時には、モデルエリア以外でのプロジェクト活動の応用まで発展していなければならなかった。しかし、現実には、

プロジェクト活動の評価による、「乳幼児死亡率減少のための提言」をまとめるところまでしかプロジェクト期間中には実現できなかった。このような状況に陥ったのは、プロジェクトにかかわる諸々の問題が影響しているといえよう。ともかく、プロジェクトで行った提言を他地域で応用していくことは、日本・メキシコ双方に残された今後の課題である。

B プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) 指標要約

Level	Indicator	National	Guerrero	Costa Grande	Tecpan	Veracruz	S. A. Tx
Overall Goal	Infant Mortality Rate 92/94	27 (94)	4.2/4.1	4.1/2.4		10.8 (94)	8.5/8.8
	U5 Mortality Rate 92/94	32 (94)	5.3/5.2	5.6/2.9		14.3	7.8/
	Maternal Mortality Rate 92/94	53 (96)	45/56	29/16		31.2	
Purpose	Modern Family Planning Prevalence (%)	53 (95)	40.6 (95)	N/A		61/54	
	Prenatal Care Coverage		55.9 (95)	N/A			54.2
	分娩場所 (home delivery)	27 (96)	52 (95)	N/A		48.5/41.5	67.6
	分娩場所 (institutional)	73 (96)	48 (95)	N/A		47.9/44.7	29.8
	分娩介助者 (伝統的助産婦)		1.8 (95)	N/A		48.3/45.0	60.5
	Breast feeding rate		N/A	N/A		58/83 (93/96)	90.5
	予防接種率 (麻疹、一歳以下)	86.8 (95)	26/68	57/83		62.4/74.1 (<5v.o. 93/96)	41
	ORS usage rate	80.7 (93)	N/A	N/A		66.7/78.4 (93/96)	57.5
Outputs	研修参加者数 (医師、超音波セミナー)			初101/中70		83/59	
	研修参加者数 (保健助手指導員) 9 3			N/A		N/A	
	研修参加者数 (保健助手指導員) 9 4						19
	研修参加者数 (保健助手指導員) 9 5						37
	研修参加者数 (保健助手指導員) 9 6						36
	研修参加者数 (保健助手) 9 3						84
	研修参加者数 (保健助手) 9 4						71
	研修参加者数 (保健助手) 9 5						64
	研修参加者数 (保健助手) 9 6						52
	研修参加者数 (伝統的助産婦) 9 3						8
	研修参加者数 (伝統的助産婦) 9 4						39
	研修参加者数 (伝統的助産婦) 9 5						56
	研修参加者数 (伝統的助産婦) 9 6						46
	本邦研修者数 9 2	2	2	1			1
	本邦研修者数 9 3	0	0	2			2
	本邦研修者数 9 4	0	0	3			2
	本邦研修者数 9 5	1	1	2			2
	本邦研修者数 9 6	0	0	3			2
	集団訪問活動数 (コミニニティ数)						74
	集団訪問活動数 (妊婦検診)			48			
	超音波施設利用頻度 (妊婦検診93-96)			329			952
	母子手帳配布数			1693			N/A
	コミニニティセンター使用率			80%			61%

List of Indicators on Project Design Matrix

Level	Indicator	National	Guerrero	Costa Grande	Tecpan	Veracruz	S. A. Tx
Overall Goal	Infant Mortality Rate 92/94	27 (94)	4.2/4.1	4.1/2.4		10.8 (94)	8.5/8.8
	U5 Mortality Rate 92/94	32 (94)	5.3/5.2	5.6/2.9	31.2	14.3	7.8/
	Maternal Mortality Rate 92/94	53 (96)	45/56	29/16		61/54	
Purpose	Modern Family Planning Prevalence (%)	53	40.6 (95)	N/A	51.9/64.3 (93/96)		54.2
	Prenatal Care Coverage		55.9 (95)	N/A	82.5/92.7		94.8
	Place of Delivery (home delivery)	27 (96)	52 (95)	N/A	6.3/9.6 (93/96)	48.5/41.5	67.6
	Place of Delivery (institutional)	73 (96)	48 (95)	N/A	81.3/79.3 (93/96)	47.9/44.7	29.8
	TBA attendance rate		1.8 (95)	N/A	10.0/11.3 (93/96)	48.3/45.0	60.5
	Breast feeding rate		N/A	N/A	58/83 (93/96)		90.5
	Measles Immunization Coverage (<1)	86.8 (95)	26/68	57/83	62.4/74.1 (<5y. o. 93/96)		41
	ORS usage rate	80.7 (93)	N/A	N/A	66.7/78.4 (93/96)		57.5
Outputs	Training participants (Drs. for US)			101/70		83/59	
	Seminar Participants (supervisors) 93			N/A		N/A	
	Seminar Participants (supervisors) 94			9		19	
	Seminar Participants (supervisors) 95			16		37	
	Seminar Participants (supervisors) 96			15		36	
	Seminar Participants (Ax. de Salud) 93			81		84	
	Seminar Participants (Ax. de Salud) 94			65		71	
	Seminar Participants (Ax. de Salud) 95			59		64	
	Seminar Participants (Ax. de Salud) 96			52		52	
	Seminar Participants (TBA) 93			112		8	
	Seminar Participants (TBA) 94			84		39	
	Seminar Participants (TBA) 95			42		56	
	Seminar Participants (TBA) 96			45		46	
	Counterpart Training in Japan 92	2	1			1	
	Counterpart Training in Japan 93	0	2			2	
	Counterpart Training in Japan 94	0	3			2	
	Counterpart Training in Japan 95	1	2			2	
	Counterpart Training in Japan 96	0	3			2	
	Number of Community Visits			48		74	
	Prenatal Care during community visits			329		952	
	Number Of Prenatal Care using US.			1693		N/A	
	Number of MCH Book distributed						
	Occupancy Rate of Community Centre			80%		61%	

for Number of Doctors, the first number indicates number for the initial courses and the latter one for mid-level courses

LLLLLLL  
LLLLL  
LLL *Paquete Básico*  
LL *de Servicios*  
L *de Salud*  
L 1995



SECRETARIA DE SALUD

**DEFINICION**

EL PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD ES UN CONJUNTO DE INTERVENCIONES EN SALUD QUE DEBEN SER OTORGADAS A TODA LA POBLACION EN RESPUESTA A NECESIDADES PRIORITARIAS. CONTIENE ACCIONES FACTIBLES DE REALIZAR, DE BAJO COSTO Y ALTO IMPACTO. SU APLICACION CONSTITUYE LA ESTRATEGIA FUNDAMENTAL PARA LA AMPLIACION DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD.

LAS INTERVENCIONES QUE LO CONFORMAN AGRUPOAN ACTIVIDADES CONCRETAS DE PROMOCION, PREVENICION, CURACION O REHABILITACION DIRIGIDAS AL INDIVIDUO, A LA FAMILIA, A LA COMUNIDAD O AL MEDIO AMBIENTE.

## CONSIDERACIONES

- EL PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD PARTE DEL DIAGNOSTICO DE DAÑOS Y RIESGOS A LA SALUD Y SUS FACTORES CONDICIONANTES Y RESPONDE A PROBLEMAS PRIORITARIOS. ASIMISMO, CONSIDERA LOS ALCANCES DE LA CAPACIDAD INSTALADA.
- LO ANTERIOR LLEVA A PONER EN PRIMER PLANO ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD, MEDICINA PREVENTIVA, NUTRICION Y SALUD REPRODUCTIVA.
- SE BASA EN LAS REFORMAS AL MODELO DE ATENCION A LA SALUD PARA POBLACION ABIERTA.
- LA FACTIBILIDAD DE SU OPERACION RETOMA LAS EXPERIENCIAS DE LOS PROGRAMAS DE AMPLIACION DE COBERTURA ACTUALMENTE EN OPERACION, PARA INCORPORAR SUS ACUERDOS Y SUPERAR SU PROBLEMÁTICA.
- LA OPERACION DEL PAQUETE PERMITE LA HORIZONTALIZACION DE LOS PROGRAMAS COMO QUE SE IMPULSA LA DESCENTRALIZACION.

## CARACTERÍSTICAS

ES UN IRREDUCTIBLE DE ACCIONES, ES DECIR ES LO MENOS QUE DEBE OTORGARSE A TODA LA POBLACION.

NO ES LIMITATIVO, POR CUANTO QUE LA DETERMINACION REGIONAL DE PRIORIDADES Y LA CRECIENTE COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS PERMITE INCORPORAR OTRAS INTERVENCIONES COMO PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES ENDEMICAS (PALUDISMO, DENGUE, ONCOCERCOSIS) ACCIDENTES, ETC.

LA ESPECIFICIDAD DE LAS INTERVENCIONES DA LUGAR A QUE PUEDAN APLICARSE CON UN MINIMO DE RECURSOS A UNA MAYOR POBLACION.

ASEGURA LA EFICACIA TECNICA DE LOS SERVICIOS, PUES PERMITE DENIFIR EL QUE DE LAS ACCIONES, EL QUIEN Y EL DONDE SE OPERAN.

ES DINAMICO, PUES OBEDECE A LAS CONDICIONES CAMBIANTES DE LA SITUACION EPIDEMIOLOGICA, A LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS Y A LOS AVANCES TECNOLOGICOS.

ES EL PRODUCTO DEL CONSENSO DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD Y DE LAS AREAS CENTRALES DE LA SECRETARIA DE SALUD.



## INTERVENCIONES

SON 12 INTERVENCIONES QUE INTEGRAN EL PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD. MISMAS QUE A CONTINUACION SE PRESENTAN, ASI COMO SUS ACCIONES ESPECIFICAS

- 1.- SANEAMIENTO BASICO A NIVEL FAMILIAR.
  - Desinfección de agua domiciliaria.
  - Disposición sanitaria de excretas a nivel domiciliario.
  - Educación para la salud.
- 2.- MANEJO EFECTIVO DE CASOS DE DIARREA EN EL HOGAR.
  - Capacitación de madres.
  - Reconocimiento de signos de alarma.
  - Distribución de sobres VSO.
  - Referencia para tratamiento.
- 3.- TRATAMIENTOS ANTIPARASITARIOS A LAS FAMILIAS.
  - Ministración de antiparasitarios.
  - Educación para la salud.
- 4.- IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y REFERENCIA A UNIDADES DE ATENCIÓN MEDICA.
  - Reconocimiento de signos de alarma
  - Capacitación de madres
  - Tratamiento específico
  - Referencia para tratamiento.
- 5.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS PULMONAR.
  - Referencia de tosedores crónicos.
  - Tratamientos supervisados de casos confirmados y de contactos.
  - Educación para la salud.
- 6.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS.
  - Detección.
  - Tratamientos supervisados.
  - Educación para la salud.
- 7.- IMMUNIZACIONES.
  - Identificación de susceptibles.
  - Derivación de susceptibles.
  - Ministración de vacunas.
  - Educación para la salud.
- 8.- VIGILANCIA DE LA NUTRICION Y CRECIMIENTO DEL NIÑO.
  - Identificación de menores de 5 años.
  - Orientación nutricional.
  - Detección.
  - Diagnóstico.
  - Capacitación de madres.
  - Referencia.
  - Seguimiento.
  - Ministración de micronutrientes.
- 9.- SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.
  - Identificación de la población en riesgo.
  - Distribución de métodos: orales, inyectables y condones.
  - Referencia para la aplicación de DIU, salpingosclasis y vasectomía.
  - Educación para la salud.

10.- ATENCIÓN PRENATAL DEL PARTO Y PUÉRPERIO.

- Identificación de embarazadas.
- Consulta prenatal de 1a. vez y subsecuente.
- Aplicación de toxoide tetánico.
- Promoción de la lactancia materna.
- Identificación y referencia del embarazo de alto riesgo.
- Atención del parto eutócico
- Detección y referencia del parto de alto riesgo.
- Cuidados inmediatos del recién nacido.
- Detección y referencia del recién nacido con problemas.
- Aplicación de SÁBIN y BCG al recién nacido.
- Ministración de hierro a embarazadas.
- Educación para la salud.

11.- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y MANEJO INICIAL DE LESIONES.

- Otorgamiento de primeros auxilios
- Referencia.
- Educación para la salud.

12.- PARTICIPACIÓN SOCIAL

- Formación de comités locales de salud.
- Protección de fuentes de abastecimiento de agua.
- Eliminación sanitaria de la basura.
- Promoción de la producción y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo.
- Control de fauna nociva

PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD

ACCIONES, AGENTES, LUGAR Y FRECUENCIA POR INTERVENCION

INTERVENCION ACCION	AGENTE	PROMOTOR VOLUNTARIO	PARTERA TRADICIONAL	AUXILIAR DE SALUD	TECNICO EN ATENCION PRIMARIA	PROMOTOR DE SALUD	ENFERMERA	MEDICO
<b>1.-Saneamiento básico a nivel familiar</b>								
Desinfección domiciliar del agua (p)	hogar	hogar		hogar casa de salud	hogar escuela unidad	hogar	hogar unidad	unidad
Disposición sanitaria de excretas a nivel domiciliario (p)	hogar	hogar		hogar	hogar escuela unidad	hogar comunidad	hogar unidad	unidad
Educación para la salud (p)	hogar	hogar		hogar	hogar escuela unidad	comunidad	hogar unidad	unidad
<b>2.-Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar</b>								
Capacitación de madres (p)				hogar casa de salud comunidad	hogar unidad comunidad	hogar comunidad	hogar	hogar unidad
Reconocimiento de signos de alarma (p)	hogar	hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	hogar unidad
Distribución de sobres "VSO" (p)	hogar	hogar		hogar casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	hogar unidad	hogar unidad
Referencia para tratamiento (p)	hogar	hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	unidad

Periodicidad de las Acciones: (p) Permanentes; (12) Mensuales; (6) Bimestrales; (3) Cuatrimestrales; (2) Semestrales y (1) Anuales.

PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD

ACCIONES, AGENTES, LUGAR Y FRECUENCIA POR INTERVENCION

INTERVENCION ACCION	AGENTE	PROMOTOR VOLUNTARIO	PARTERA TRADICIONAL	AUXILIAR DE SALUD	TECNICO EN ATENCION PRIMARIA	PROMOTOR DE SALUD	ENFERMERA	MEDICO
<b>3.-Tratamientos antiparasitarios de la familia</b>								
Ministración de antiparasitarios (2)	hogar	hogar		hogar casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	hogar unidad	hogar unidad
Educación para la salud (p)	hogar	hogar		hogar casa de salud	hogar unidad	comunidad	hogar unidad	hogar unidad
<b>4.- Identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas y referencia a las unidades de atención médica</b>								
Reconocimiento de signos de alarma (p)	hogar	hogar		hogar casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	unidad
Capacitación de madres (p)				hogar casa de salud	hogar unidad	comunidad hogar	hogar unidad	unidad
Tratamiento específico (1)				hogar casa de salud	hogar unidad		hogar unidad	unidad
Referencia para tratamiento (p)	hogar	hogar		hogar casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	unidad

Periodicidad de las Acciones: (p) Permanentes; (12) Mensuales; (6) Bimestrales; (3) Cuatrimestrales; (2) Semestrales y (1) Anuales.

PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD

ACCIONES, AGENTES, LUGAR Y FRECUENCIA POR INTERVENCION

INTERVENCION ACCION	AGENTE	PROMOTOR VOLUNTARIO	PARTERA TRADICIONAL	AUXILIAR DE SALUD	TECNICO EN ATENCION PRIMARIA	PROMOTOR DE SALUD	ENFERMERA	MEDICO
5.- Prevención y control de tuberculosis pulmonar								
Referencia de tosedores crónicos (1)		hogar		hogar	hogar	hogar	hogar	unidad
Tratamientos supervisados de casos confirmados y de contactos (1)		hogar		casa de salud hogar casa de salud	unidad hogar unidad	hogar	hogar unidad hogar	unidad unidad
Educación para la salud (p)		hogar		hogar casa de salud	hogar unidad	comunidad hogar	hogar unidad	unidad
6.- Prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus								
Detección (1)					unidad	hogar	unidad	unidad
Tratamientos supervisados (1)		hogar		hogar casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	unidad
Educación para la salud (p)		hogar		hogar casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	hogar unidad	unidad

Periodicidad de las Acciones: (p) Permanentes; (12) Mensuales; (6) Bimestrales; (3) Cuatrimestrales; (2) Semestrales y (1) Anuales.

PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD

ACCIONES, AGENTES, LUGAR Y FRECUENCIA POR INTERVENCION

INTERVENCION ACCION	AGENTE	PROMOTOR VOLUNTARIO	PARTERA TRADICIONAL	AUXILIAR DE SALUD	TECNICO EN ATENCION PRIMARIA	PROMOTOR DE SALUD	ENFERMERA	MEDICO
7.- Inmunizaciones								
Identificación de susceptibles (p)		hogar	hogar	hogar	hogar	hogar	hogar	unidad
Derivación de susceptibles (p)		hogar	hogar	casa de salud hogar casa de salud	unidad hogar	hogar	hogar unidad	unidad
Ministración de vacunas (p)				hogar casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	unidad	unidad
Educación para la salud (p)		hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	unidad	unidad
8.- Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño								
Identificación de mejores de cinco años (p)		hogar	hogar	hogar	hogar	hogar	hogar	unidad
Orientación nutricional (p)		hogar		casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	hogar unidad	unidad
Detección (1)		hogar		hogar	hogar unidad	comunidad	hogar unidad	hogar unidad
Diagnóstico (1)				hogar	hogar unidad		hogar unidad	unidad
Capacitación de madres				hogar	hogar unidad	comunidad	hogar	unidad
Referencia (1)		hogar	hogar	casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	unidad
Seguimiento (p)		hogar		hogar	hogar unidad	hogar	hogar unidad	hogar unidad
Ministración de micronutrientes (3)		hogar		hogar casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	hogar unidad	unidad

Periodicidad de las Acciones: (p) Permanentes; (12) Mensuales; (6) Bimestrales; (3) Cuatrimestrales; (2) Semestrales y (1) Anuales.

PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD

ACCIONES, AGENTES, LUGAR Y FRECUENCIA POR INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN ACCIÓN	AGENTE	PROMOTOR VOLUNTARIO	PARTERA TRADICIONAL	AUXILIAR DE SALUD	TECNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	PROMOTOR DE SALUD	ENFERMERA	MEDICO
<b>9.- Servicios de Planificación Familiar</b>								
Identificación de la población en riesgo (p)		hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	comunidad	hogar unidad	unidad
Distribución de métodos								
Anticonceptivos orales (12)		hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar casa de salud	hogar unidad	unidad
Anticonceptivos inyectables (6)				hogar casa de salud	hogar unidad		hogar unidad	unidad
Condomes (p)		hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	unidad
Referencia para la aplicación de DIU, salpingoclasia y vasectomía		hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	unidad
Educación para la salud (p)		hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar/casa de salud/comuni dad	hogar unidad	unidad hogar

Periodicidad de las Acciones: (p) Permanentes; (12) Mensuales; (6) Bimestrales; (3) Cuatrimestrales; (2) Semestrales y (1) Anuales.

PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD

ACCIONES, AGENTES, LUGAR Y FRECUENCIA POR INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN ACCIÓN	AGENTE	PROMOTOR VOLUNTARIO	PARTERA TRADICIONAL	AUXILIAR DE SALUD	TECNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	PROMOTOR DE SALUD	ENFERMERA	MEDICO
<b>10.- Atención prenatal, del parto y puerperio</b>								
Identificación de embarazadas (1)		hogar	hogar	hogar	hogar unidad	comunidad	hogar unidad	unidad
Consulta prenatal Primera vez (1)			hogar	hogar casa de salud				unidad
Subsecuente (3)			hogar	hogar casa de salud				unidad
Aplicación de toxoide tetánico (2)				hogar casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	hogar unidad	unidad
Promoción de la lactancia materna (p)		hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	hogar unidad	hogar unidad
Identificación y referencia del embarazo de alto riesgo (1)		hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	hogar unidad
Atención del parto eutócico (1)			hogar				hogar unidad	hogar unidad
Detección y referencia del parto de alto riesgo (1)			hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	hogar unidad
Cuidados inmediatos del recién nacido (1)			hogar				hogar unidad	hogar unidad
Detección y referencia del recién nacido con problemas (1)			hogar				hogar unidad	hogar unidad
Aplicación de Sabin y BCG al recién nacido (1)					hogar		hogar	
Ministración de hierro a embarazadas (1)			hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar	hogar unidad	unidad
Educación para la salud (p)		hogar	hogar	hogar casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	hogar unidad	unidad hogar

Periodicidad de las Acciones: (p) Permanentes; (12) Mensuales; (6) Bimestrales; (3) Cuatrimestrales; (2) Semestrales y (1) Anuales.

**PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD**  
**ACCIONES, AGENTES, LUGAR Y FRECUENCIA POR INTERVENCION**

INTERVENCION ACCION	AGENTE	PROMOTOR VOLUNTARIO	PARTERA TRADICIONAL	AUXILIAR DE SALUD	TECNICO EN ATENCION PRIMARIA	PROMOTOR DE SALUD	ENFERMERA	MEDICO
11.- Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones								
Otorgamiento de Primeros Auxilios (p)		hogar		hogar casa de salud	hogar unidad	hogar comunidad	hogar unidad	hogar unidad
Referencia		hogar		hogar	hogar unidad	hogar	hogar unidad	hogar unidad
Educación para la salud						hogar comunidad		
12.- Participación Social								
Formación de comités locales de salud		comunidad		comunidad	comunidad	comunidad	comunidad	comunidad
Protección de fuentes de abastecimiento de agua		comunidad		comunidad	comunidad	comunidad	comunidad	comunidad
Eliminación sanitaria de basura		comunidad		comunidad	comunidad	comunidad	comunidad	comunidad
Promoción de la producción y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo		comunidad hogar		comunidad hogar	comunidad hogar	comunidad hogar	comunidad hogar	comunidad unidad
Control de Fauna Nociva		comunidad		comunidad hogar	comunidad hogar	comunidad hogar	comunidad hogar	comunidad hogar

Periodicidad de las Acciones: (p) Permanentes; (12) Mensuales; (6) Bimestrales; (3) Cuatrimestrales; (2) Semestrales y (1) Anuales.









JICA