

Los Servicios de Salud en el Municipio Mexicano Actual

GUSTAVO BAZ DIAZ LOMBARDO

Hace algún tiempo realizamos una encuesta en un millón trescientas familias en el Estado de México, con el objeto de saber cuáles eran los principales problemas de salud.

Para el Estado, el crecimiento poblacional repercutía en la atención de la salud. Observamos que este crecimiento deja muy atrás todos los servicios y que el presupuesto del Estado no alcanza para cubrir la demanda de servicios por parte de la población.

También la distribución poblacional llega a ser un problema grave de salud, ya que hay zonas de alta concentración, zonas de baja concentración y movimientos migratorios intraestatales que ocasionan estos graves problemas de salud. La alimentación, como vamos a ver después, también se constituye en un problema de demanda y va decayendo el aporte calórico que reciben los mexicanos.

La vivienda, como consecuencia de ese crecimiento, también va atrasada con respecto a la demanda; sin embargo, se hacen

esfuerzos muy importantes para mantenerse al paso. El empleo, los servicios básicos y el deterioro ambiental que ocasiona el hacinamiento son otros de los fuertes problemas del Estado; el nivel educativo, que no se ha podido elevar en un alto nivel, sigue manteniéndose en primaria.

Finalmente, la recreación también es un serio problema, pues la población no ha podido llegar a adquirirla.

Igualmente, hicimos un estudio del impacto de los servicios entre 1982 y 1986. En 1982 teníamos una población de 8 millones 800 mil personas, mientras que en 1986 la suma ascendía a 11 millones 208 mil personas. Los nacimientos en 1982 fueron de 241 mil y para 1983 se habían registrado 273 mil a pesar del crecimiento poblacional.

Para tener un grado más de confiabilidad en estas cifras de nacimientos y de crecimiento poblacional, unimos nuestros esfuerzos con los servicios de estadística del Estado, que hacen encuestas por toda la

región; con el Registro Civil, que eficientemente levanta sus registros y se ha empeñado en mantener un registro civil actualizado; y nosotros, que contamos con un sistema de información en este sentido, por lo que tenemos una cifra bastante confiable sobre los nacimientos y observamos que para 1986 el número de éstos no estaba relacionado con el crecimiento de la población, sino que se había mantenido en 273 mil.

Por consecuencia, las tasas de natalidad disminuyeron de 27 a 24; las defunciones de 58 a 54; la tasa de mortalidad bajó de 6 a 4; la esperanza de vida al nacer subió 2 años de 1965 a 1967; el crecimiento natural descendió de 2.1 a 1.9; la emigración era de 384 mil en 1982 y de 559 mil en 1986; la inmigración fue de 53 mil en 1982 y de 129 mil en 1986; el saldo migratorio fue de 331 a 430 mil en 1986, y las mujeres en edad fértil aumentaron de 2 millones a 2 millones 900 mil.

Por lo tanto, las tasas de mortalidad de 1977 a 1986 tendieron a disminuir, las de la mortalidad infantil también, pero siguen siendo altas en comparación a las nacionales. Se controló la difteria, el tétanos, el sarampión, la tosferina y la poliomielitis.

El movimiento poblacional por grupos de edad fue el siguiente: en 1982 de 0 a 4 años constituían el 14 por ciento, para 1986 constituían el 13 por ciento. De 5 a 14 años se mantuvo igual la población; de 15 a 44 años hubo un ascenso de 45 por ciento en 1982 y se elevó a 47 por ciento en 1986; de 45 a 64 se mantuvo igual y de 65 en adelante lo mismo.

La población rural disminuyó y la población urbana aumentó. En el campo de la alimentación, en 1982 teníamos un consumo de 2 mil calorías, para 1986 bajó a 1,224 siendo el 52 por ciento de los municipios con mala nutrición. En lo que toca a la vivienda con pocas habitaciones disminuyó de 51 por ciento a 48 por ciento; las viviendas propias se mantuvieron más o menos estables; los pisos de tierra bajaron de 13 a 11 por ciento; los muros de tabique y techos de concreto aumentaron ligeramente; el empleo aumentó de 51 a 54 por ciento; en los servicios básicos como el agua aumentó 1 por ciento, el drenaje aumentó 4 por ciento, la energía eléctrica aumentó 2 por ciento, la proporción de alfabetas au-

mentó 2 por ciento, la instrucción primaria se mantuvo igual, la instrucción pre-primaria aumentó en forma importante y la falta de instrucción disminuyó de 9 a 4.9; el alcoholismo aumentó de 57 a 69 por ciento y el uso de los inhalantes y estimulantes aumentó de 2 a 10 por ciento.

En vista de esto, nuestros programas prioritarios se dirigen hacia la integración del menor de 5 años, hacia la planificación familiar, hacia el control y atención del embarazo y parto, esto va relacionado con el deseo de disminuir la mortalidad infantil; hacia la asistencia médica y la canalización de pacientes.

Se instrumentaron dos importantes programas denominados de Desarrollo y Mejoramiento de la Vivienda y de Desarrollo y Mejoramiento Comunitario.

Para ello integramos una estructura que consistió en hacer un croquis de todas las localidades del Estado, numerar todas las casas y, posteriormente, levantar un censo para saber quién vivía en cada casa, si tenían seguridad social o no, etcétera. Elegimos al grupo sin seguridad social, contando 500 casas, calculando que había entre 5 y 6 gentes por casa, para obtener un territorio donde podíamos tener a 3 mil gentes o 500 familias. A ese territorio se le asignó personal técnico en educación continua, un médico y un consultorio.

Cuando la densidad de población era muy alta y la gente vivía muy cerca, instalamos los consultorios en un solo edificio hasta tener una agrupación de 10 equipos de salud, y en las zonas dispersas quedaron anclados estos equipos de salud. La idea principal era y es buscar la equidad; la equidad en la prestación de los servicios de salud. Así que podríamos estar en una forma semejante en todo el Estado, ya sea en el área rural o en el área urbana. Para ello seguimos principios de regionalización que consistieron, precisamente, en establecer estos pequeños territorios con este sistema de tener un consultorio, un médico y personal técnico para 3 mil gentes.

La intención era reforzar nuestra administración, porque de esta manera se puede repartir el abasto, los recursos materiales, el sistema de información, el sistema de educación a todo el Estado y ello mejoraba nuestro sistema de auto-estación. La forma-

ción y capacitación de recursos humanos también debía ser consecuente, buscando preparar mejor a los encargados directos de la comunidad; con este objeto desarrollamos, junto con la Universidad Autónoma del Estado de México, una especialidad en salud pública, con la finalidad de que el médico que estuviera en contacto con la comunidad recibiera una instrucción importante en salud pública, para poder manejar a su personal técnico y administrar la salud de esa comunidad. Esto nos mejoró la vigilancia epidemiológica; nuestra constante presencia con la comunidad hizo que ésta participara mayormente con nosotros y coadyuvara a resolver los problemas de salud que se presentaban. Instalamos también un sistema de información, ya que para poder manejar y administrar eficientemente se requiere de un sistema de información muy completo, con objeto de que la equidad en salud se pueda establecer si tenemos conocimiento de que hay niveles de salud elevados en contraste con los niveles de salud bajos, para así poder aplicar la administración de tal forma que se puedan nivelar estas condiciones de salud.

De esta manera, se estableció un esquema muy simple de cómo quedó repartida esta situación en forma equitativa.

A partir del censo y estudio de la población, elaboramos un expediente que estudiaba la salud desde el punto de vista de todos los sectores. Invitamos a todos los sectores y los hicimos partícipes en la formación del expediente, en el que podríamos entender cuál era la participación o conocimiento que cada sector debería tener para proyectar la salud del Estado; de esta manera estudiamos un millón 320 mil familias, siendo la población abierta estudiada en un 100 por ciento, la población con seguridad social en un 42 por ciento y la población que le llamamos de zonas residenciales y que se dirige a la medicina privada en un 13 por ciento.

Con estos datos y una vez establecida la regionalización, elaboramos una estructura. Como ya quedó asentado, tenemos 2,350 unidades de atención a la salud, que atienden entre 2,500 y 3,500 habitantes. Todo esto lo ubicamos en el municipio, buscando que el especialista en salud pública fuera un jefe municipal de salud, de tal manera que

podiera tener, junto con el presidente municipal, el Plan Municipal de Salud, para que participara el cabildo, los comités de salud y nuestro especialista en salud pública con su equipo de micro-regiones en el desarrollo del Programa Municipal de Salud.

En este renglón tuvimos que contar con 166 coordinaciones municipales de salud, porque existen municipios demasiado grandes en el Estado: Netzahualcóyotl tiene 20 coordinaciones municipales de salud; Tlalnepantla tiene 14, por lo que en estas condiciones el nivel de contacto con el presidente municipal es el jefe de jurisdicción, al que vamos a describir después. Pero, en general, los municipios que están fuera de los grandes municipios del Estado cuentan con un jefe municipal de salud.

También tenemos problemas en municipios muy pequeños que tienen entre mil y cinco mil habitantes; estos municipios los unimos con otros municipios, resultando un solo jefe municipal de salud que se entiende con 3 ó 4 presidentes municipales. Tratamos de que los coordinadores municipales en el área rural cuenten con 30 mil ó 60 mil habitantes y en la urbana con 70 y 150 mil habitantes. Como un escalón más de la estructura se encuentra el clásico de la secretaría, que son las jurisdicciones sanitarias, en donde tenemos 19 jurisdicciones sanitarias que tienen aproximadamente diez coordinaciones municipales de salud por cada jefe de jurisdicción. Contamos con otro escalón más, que está dado exclusivamente en el Estado por la gran cantidad de población que existe, y que son las regiones; tenemos cuatro regiones que están relacionadas con la regionalización dictaminada por el gobierno del Estado, para que pueda haber una coordinación entre el gobierno del Estado y los servicios de salud.

De esta manera, el sistema se puede esquematizar de la siguiente forma: si tenemos un municipio como el Katsini, que tiene sus micro-regiones determinadas, esto forma parte de una jefatura municipal del municipio de Tepequisqui; todas estas jefaturas municipales constituyen la jurisdicción de Amecameca, en donde existen cuatro jurisdicciones: Amecameca, Texcoco, Netzahualcóyotl y Ecatepec, que constituyen la región Texcoco.

Este es el sistema de referencia y de con-

tra-referencia, éste es el sistema administrativo; si queremos hacer una distribución de enseñanza, de recursos materiales, de avisos, de contactos, lo hacemos a la región, la región a la jurisdicción, la jurisdicción a las jefaturas municipales y las jefaturas municipales hacia las micro-regiones; también la información sigue un camino de retroceso en este sentido.

A partir de esto instituimos niveles de atención. Como ya quedó señalado, las principales causas tienen que ver con todos los sectores. Nuestro estudio sobre la salud nos reveló que se tiene que dar una participación intersectorial y que la salud depende de una acción global de gobierno, como lo señala la Ley Estatal de Salud. Es decir, no es atributo del sector, sino es una acción general de gobierno, porque lo que tratamos es de elevar la calidad de vida de la gente y mantenerlos sanos, y eso quiere decir acciones generales de gobierno. Entonces, en el nivel municipal tenemos la posición de participación comunitaria, en donde es el propio individuo, con su autocuidado, al que debemos de elevar, para que con esa actitud pueda cuidarse de la acción del medio ambiente. Otro nivel es el familiar, que es el que más nos interesa, en donde la familia debe cuidar su ecología, cuidar sus necesidades, tener conocimiento de sus necesidades y de la comunidad; se tiene que cuidar el lugar en donde viven las familias. Aquí es en donde actúa la participación comunitaria.

Otra parte de este nivel local o municipal está formado por la institución rectora, que es la Secretaría de Salud y el sector; debe existir una relación entre la Secretaría de Salud, el sector y todos los demás sectores. Entonces, el local es nuestro nivel más bajo en donde el municipio debe de coordinar, al través del presidente municipal, las acciones intersectoriales con la participación comunitaria, con objeto de elevar la calidad de vida de la gente y su salud.

Al nivel jurisdiccional, que es el nivel intermedio, deben darse las correlaciones entre la institución, el sector y las fracciones intersectoriales que actúan en su propio medio, lo que va a redituarse en apoyos a los niveles municipales; y las coordinaciones generales, que también se realizan a nivel estatal entre la institución, el sector y los

grupos intersectoriales. Entonces, esto lleva implícitamente lo otro como una pequeña parte: la atención médica del primer nivel, la atención médica del segundo nivel y la atención médica del tercer nivel; pero la diferencia es tan pequeña que esto es global, es lo que va a producir la salud de una población.

Finalmente, instalamos un sistema de información conteniendo todos los datos en el expediente de cada familia. Asignamos a cada familia un número de cinco dígitos; con este número de cinco dígitos teníamos localizada a la familia en cada una de las localidades, ya que habíamos marcado cada casa con su número en cada localidad, en cada municipio, en cada jurisdicción y en el Estado, la que habíamos adquirido por nombre, de tal manera que con cinco dígitos podíamos hacerlo. Esto lo hicimos porque cuando realizamos los primeros ensayos sobre este tipo de información local nos tomaba dos minutos obtener este dato: dos minutos por millones de datos nos llevaba dos años y medio para poder incluir la información de un año; en cambio, empleando los *alfa numéricos* nos lleva seis meses incorporar la información de un año.

Por lo tanto, todas las familias tienen un *alfa numérico*, el lugar que le corresponde a cada miembro de la familia se compone de dos dígitos de acuerdo con el lugar que tiene y elaboramos un catálogo que contiene todas las posibilidades de acción intersectorial, sectorial e institucional en *alfa numéricos*; de tal manera que pudiera haber un mecanismo de computación o un mecanismo manual para poder obtener la información local.

El sistema es, entonces, el catálogo general de todas las acciones que se puedan hacer en una comunidad. Cuando se empieza a trabajar se inicia la *sis-uno*, que es nada más la anotación de estos datos; la *sis-dos* abarca la mortalidad y el área médica, y la *epi* se ocupa de los problemas epidemiológicos. Todo esto se incorpora al computador directo; pero, sin embargo, tenemos el procedimiento manual que consiste en la concentración de *sis-uno* en *sis-cinco*, la concentración de *sis-dos* en *sis-cuatro*, cuatro dos y cuatro tres, y la *epi* siempre pasa directo.

Muchas veces se criticó que el Estado de

México tenía computadoras, pero que el sistema no servía, entonces se demostró que se puede hacer manualmente o se puede hacer por computadora, pero el propósito es que para poder buscar la equidad en salud necesitamos tener la micro-información, si no jamás podremos tener equidad en salud.

De esta manera y armados con la seguridad de que ya tenemos un croquis, en donde tenemos cada casa y los expedientes familiares, el computador produce al elemento técnico una libreta de trabajo ECAM con los nombres, con el riesgo de salud que tiene cada familia; estos personajes pueden salir a trabajar buscando aquellas familias de más alto riesgo. Entonces, les pedimos que realicen cinco visitas en promedio diarias, lo que nos da mil cien visitas anuales, así como que desarrollen cinco actividades por visita, lo que nos da 5 mil 500 actividades por cada uno de estos elementos; el total de actividades que realizan es de once millones con dos millones de visitas.

Aquí está lo que les señalaba: 3-2 HDF 0-3 BSP, en donde 3-2 HDF es el número familiar, el 0-3 es el miembro número tres de la familia y BSP es el *alfa numérico* para la actividad. Ya alimentado el computador lo traduce a lo siguiente: A Yanet González Pérez de 3 años, tercera hija de Francisco González Jiménez y Felipa Pérez Salas, que viven en la casa 11 del sector 2 de la localidad de Santiago, municipio de Jocotitlán, jurisdicción de Ixtlahuaca, región Toluca, Estado de México, se le aplicó la segunda dosis de la vacuna Seivin el 3 de junio de 1985.

Así, englobado es un sistema que tiene un mecanismo de información muy bajo, pero que puede retroalimentar a la gente que está directamente en la micro-región sobre cuál es su diagnóstico, se puede obtener una mejor administración de la salud con el entendimiento de la gente que está ahí contemplada; si logramos que todos nuestros médicos cubran la especialidad en salud pública, ellos podrán administrar mejor este recurso en la comunidad y, de esta manera, podemos obtener mejores resultados en el ámbito de la salud.

Actualmente, estamos manejando a la gente con recursos financieros de 690 pesos por habitante, que es menos de un dólar, y

habíamos planteado la necesidad presupuestal para tener bien incrementado este sistema de 1,300 pesos por habitante. El recurso es bajo; sin embargo, como es un proceso de enseñanza, principalmente de comunicación hacia la comunidad, se puede seguir realizando aunque el abasto de recursos materiales sea un tanto deficiente; puede ser el empleo del salario de la gente lo que está reeditando más y los procesos de enseñanza. Hemos sostenido convenios con la Universidad Autónoma del Estado de México para la especialidad en salud pública, así como una serie de convenios con las otras universidades del Estado para el manejo de pasantes; recientemente, hemos celebrado convenios con el CONALEP, para que prepare a *prodiats* en los programas de estomatología, los inspectores sanitarios y a los diatrotécnicos.

Aunado a ello hemos hecho una serie de programas que van conjuntos, que por su costo están más en los locales; el programa de diatrotécnicos es un programa de urgencias para todo el Estado, en donde estudian tres años los sistemas del rescate; se han hermanado con Los Angeles y tienen más o menos los mismos programas, pero está solamente localizado en el área de Toluca y en el área del Nevado.

También hemos hecho estudios generales a la población en oftalmología y en comunicación humana; se han hecho junto con el sector educativo y hubo una ocasión en la que se hicieron 500 mil o 300 mil detecciones en un día, poniéndonos de acuerdo con todos los maestros para que al entrar a clases se les hiciera el estudio a los niños.

Esto nos mostró que aproximadamente un 30 por ciento de los niños en el Estado no ven bien; entonces, ideamos un sistema para estudiarlos rápidamente. Es un sistema circular donde pueden observarse varios niños al mismo tiempo; se instaló una fábrica de lentes para que los niños, después de pasar por estas unidades, pudieran adquirir sus lentes. Esto ya lleva varios años, por lo que hicimos un estudio de recuperación en los niños y casi el 100 por ciento de éstos se han recuperado.

Nuevamente destaco la labor que el Estado de México ha venido desarrollando, porque en un ejercicio evaluatorio que se ha realizado por parte de la secretaría se evi-

dencia el avance que se ha logrado en materia de descentralización de los servicios de salud, lo que ha permitido identificar la favorable ventaja que significa el poder descentralizador.

Finalmente, podría decir que el lograr el fortalecimiento municipal en materia de salud, así como el fortalecimiento municipal en general, permitirá hacer una federación mexicana más fuerte.