

LA MEDICIÓN EN SALUD: DE LAS PROPUESTAS A LOS HECHOS

JUAN RAMÓN DE LA FUENTE

La última reforma del Sistema Nacional de Salud de México del siglo xx se realizó entre 1995 y 1999. Un componente fundamental de dicha reforma fue la evaluación –producto de modificaciones organizativas y estructurales– que permitió remplazar la medición de variables de procesos por indicadores de resultados. Para ello fue necesario desarrollar instrumentos claros y objetivos, fijar metas cuantificables y dar seguimiento al funcionamiento de los servicios estatales de salud, descentralizados a partir de la reforma. Asimismo, se evaluó la eficacia de los mecanismos para ampliar la cobertura y el control de las enfermedades que más frecuentemente afectan el estado de salud de la población mexicana.

Después de un proceso minucioso de discusión y análisis, con la participación de diversos grupos académicos nacionales e internacionales, se definieron 46 indicadores de resultado, lo que permitió establecer, para cada uno de ellos, la meta correspondiente tanto nacional como estatal.

Ciertamente, los indicadores de resultado no pretenden reflejar una visión exhaustiva de las condiciones de salud en toda la población; su objetivo consiste en orientar con más eficacia los esfuerzos sectoriales para lograr el mayor impacto posible en los programas de salud pública.

La medición en salud incluye indicadores generales de salud pública y de los servicios de salud y, de manera particular, los relativos a la salud del niño, la salud reproductiva, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como los relativos a lesiones y accidentes. Los trabajos aquí presentados se analizaron y discutieron en la Academia Nacional de Medicina durante 1999 [1].

DESCENTRALIZACIÓN, SERVICIOS Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Durante los últimos cinco años, el Sistema Nacional de Salud sufrió una de sus transformaciones más radicales. La descentralización de los servicios de salud hizo posible que se configuraran sistemas de salud estatales, capaces de responder de manera más ágil y eficiente a las necesidades de salud propias de cada región. Así, las entidades federativas ejercen hoy más de 70% del presupuesto total en salud, cuando sólo ejercían hasta 1994 cerca de 20 por ciento.

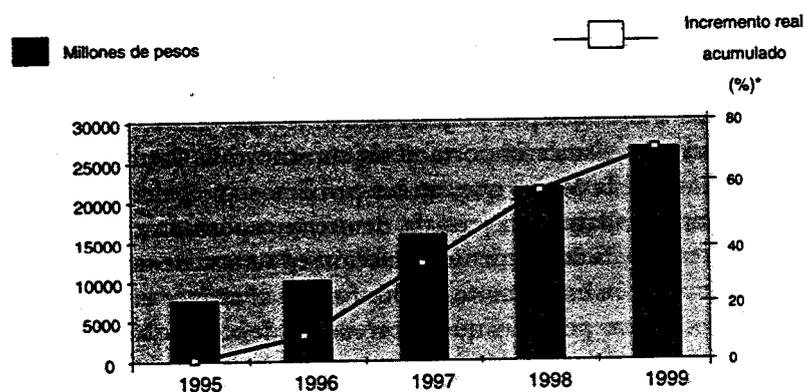
Por otro lado, la descentralización permitió la incorporación de casi 1 300 municipios a las tareas de saneamiento básico y promoción de la salud. Esto fortaleció el Programa de Municipio Saludable, al grado de convertirlo en el programa municipalista más destacado, tanto geográfica como políticamente.

La participación ciudadana fue otro elemento fundamental. Se capacitaron y configuraron más de 37 mil comités de salud que participan cotidianamente en el autocuidado de la salud de sus familias, lo que se hace evidente con los más de dos millones de voluntarios capacitados que participaron durante los últimos años en diversas campañas sanitarias.

Entre 1995 y 1999 se incorporaron a los servicios de salud de México más de 16 millones de mexicanos, entre los que recibieron cobertura con servicios básicos que no tenían y los que nacieron durante ese lustro. Para poder atender tanto la nueva demanda como los rezagos acumulados, se construyeron durante esos años 156 hospitales y 2 800 clínicas y centros de salud; es decir, casi dos unidades médicas por día y, para operarlos, se contrató a poco más de 45 mil médicos y enfermeras. El impacto alcanzado es que nueve de cada 10 mexicanos ya cuentan, por lo menos, con un paquete básico de servicios de salud [2].

En la figura 1.1 se puede observar el incremento que tuvo el presupuesto de la Secretaría de Salud durante esos años para poder atender los compromisos de la reforma. Sin embargo, conviene señalar que el incremento del gasto en salud, como porcentaje del gasto programable entre 1994 y 1999, creció únicamente 1.5%, y que el gasto per cápita en salud para la población abierta sigue sien-

do 45% menor al gasto per cápita de quienes tienen seguridad social. Por otro lado, el gasto público en salud en México sigue siendo relativamente bajo: aproximadamente 2.1% del PIB, lo que contrasta con el promedio de los países miembros de la OCDE que es de 5.8 por ciento.



* Ajustado con el deflactor del PIB para 1996 (29.54), 1997 (18.99), 1998 (16.16) y 1999 (16.66).

FIGURA 1. Presupuesto de la Secretaría de Salud, 1995-1999.

LOS NIÑOS Y LAS MUJERES

Un logro fundamental de la política sanitaria mexicana se refleja en las tasas de vacunación. Más de 90% de los niños entre uno y cuatro años están vacunados, y como parte fundamental de la reforma, se duplicó el número de biológicos de seis a 12, los cuales se aplican gratuitamente. El desarrollo de nuevas tecnologías permitió introducir tanto la vacuna pentavalente como la triple viral. La primera será fundamental para evitar más de mil muertes anuales en niños por neumonía y meningitis bacteriana e impedir que otro tanto quede con secuelas neurológicas por meningitis. Los avances en la erradicación y control de la poliomielitis, difteria y sarampión se muestran en el capítulo correspondiente, así como las cifras relativas a la

disminución de muertes en niños menores de cinco años por diarreas e infecciones respiratorias agudas. En su conjunto, la reforma impidió, durante estos años, la muerte de cerca de 20 mil menores en México.

La introducción del concepto de salud reproductiva ubicó a México a la vanguardia de los programas internacionales. El número de consultas prenatales por embarazo aumentó en más de 50% y los servicios de planificación familiar en poco más de 20%. La tasa bruta de natalidad llegó a 22 por 1 000 habitantes y la tasa global de fecundidad a 2.4 hijos por mujer en edad fértil.

Sin duda, un avance importante lo constituyó la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer que, en los próximos años, deberá ser el instrumento fundamental para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y la consecuente reducción en su tasa de mortalidad.

La disminución en la mortalidad infantil y el avance en otras acciones preventivas permitió que el promedio de vida de los mexicanos llegara a casi los 75 años. Este avance, sin duda significativo, representa también nuevos retos para el Sistema Nacional de Salud y para la medicina mexicana. Deberán fortalecerse los programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles tal y como se señala en el capítulo correspondiente.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Sin duda, las epidemias que más han consternado a la población mexicana a finales del siglo xx fueron la del cólera y la del SIDA. El cólera se asocia, no sin razón, a la pobreza, al atraso, a la insalubridad y al subdesarrollo; pero también deben tomarse en cuenta las características biológicas propias de la bacteria. Cuando reapareció en el continente americano y meses después en México, durante los primeros años de la última década del siglo, el problema se subestimó. En 1995 se detectaron más de 16 mil casos; para finales de 1999 se registraron menos de diez y durante el 2000 sólo se presentaron 5 casos.

La campaña sanitaria para controlar la epidemia fue la más intensa de estos años. La participación social, con medidas sencillas

pero efectivas, fue determinante. No obstante, las condiciones de pobreza que aún subsisten en amplias regiones del país, siguen haciéndose altamente vulnerables ante un eventual repunte del *vibrio cholerae*. Desde luego, no hay que confiarse.

Por su lado, el SIDA fue probablemente la mayor emergencia sanitaria a finales del siglo XX. Sus estragos en la salud individual y familiar así como en la economía aún están por cuantificarse con precisión. El uso del condón y las campañas educativas —orientadas sobre todo a la población joven— permitieron que durante los últimos tres años el número de nuevos casos se estabilizara en alrededor de 4 mil por año. Una complicación particular de estas campañas fue haber tenido que enfrentar a grupos conservadores que, por ignorancia y desinformación, se opusieron sistemáticamente a las mismas. Sin embargo, el veredicto social fue contundente: los jóvenes exigieron información veraz y oportuna, y la mayoría de los padres de familia y de los maestros se convirtieron en aliados formidables de esta política preventiva.

NUEVOS RETOS: LOS ACCIDENTES, LA SALUD AMBIENTAL Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Los avances logrados mediante la reforma del sector salud no pueden concebirse con triunfalismo; son innegables sus alcances, como también lo son los nuevos retos, cuya complejidad es cada vez mayor, sobre todo si se consideran los costos que tendrán sobre los sistemas de salud públicos y privados, y las presiones sociales para que éstos mejoren en calidad y eficiencia.

Las campañas de prevención de accidentes deben reforzarse, así como las medidas que permitan contener los efectos del medio ambiente sobre la salud [3]. Si bien es cierto que en la zona metropolitana de la ciudad de México se redujeron los criterios de contingencia ambiental y se establecieron otros nuevos para luchar con contingencias por partículas menores de 10 micras (PM10), también lo es que estas medidas, así como las nuevas normas sanitarias puestas en vigor, son insuficientes. Se requiere de una política de salud ambiental más vigorosa y eficiente que prevea una mayor responsa-

bilidad del sector privado, sector que hasta ahora ha visto en los problemas de salud ambientales una posibilidad de abrir nuevos mercados para sus productos, sin asumir una verdadera responsabilidad social, salvo contadas excepciones.

El gran reto en los próximos años radica en mejorar la calidad de los servicios de salud. La sociedad mexicana es cada vez más exigente, con razón; y ha cobrado cada vez una mayor conciencia de que la salud es un derecho y no una prerrogativa. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico debe contribuir de una manera más decidida a mejorar la calidad de la atención médica en México. Requiere, además, de un nuevo marco jurídico que amplíe sus facultades.

El Consejo de Salubridad General debe continuar con la certificación de hospitales tanto públicos como privados y las secretarías de Salud y Educación Pública deben fortalecer los mecanismos que otorguen a los médicos especialistas la cédula correspondiente con carácter legal.

Para medir el avance en estos nuevos derroteros es necesario construir indicadores de resultados, tal y como se ha hecho ya en otras áreas de la salud pública. La medición de los avances y la evaluación del impacto de las políticas públicas en salud son producto de la reforma que habrán de constituir una característica irreversible del México del siglo XXI. Sirva esta primera publicación de *La medición en salud a través de indicadores* como antecedente de lo que deberá ser un ejercicio continuado en las próximas décadas.

REFERENCIAS

1. De la Fuente, J.R. (editor huésped), Programa de Reforma del Sector salud 1995-2000. Presentación y análisis de indicadores de resultados. *Gac Méd Méx*, 2000, 136 (Supl 1).
2. De la Fuente, J.R., Juan, M. (comp.), El paquete básico de servicios de salud, en *La descentralización de los servicios de salud. Una responsabilidad comparativa*, México, Consejo Nacional de Salud, 1998, pp. 105-140.
3. Oláiz, G., et al., Medio ambiente y salud, en: *Polución y salud*, México, El Colegio Nacional, 1999, pp. 47-76.