

Salud, marginación y desarrollo regional

Manuel Urbina-Fuentes*

Resumen

Se expone la estrecha vinculación que existe entre la marginación, el desarrollo regional y la salud. Para ello, se hace referencia a algunos indicadores de salud como nutrición, causas de mortalidad y recursos para la salud, entre otros, comparando las áreas de baja marginación con las de alta. Asimismo, se presentan las líneas que la Secretaría de Salud ha establecido para atender a la población que habita en las zonas con mayor marginación, y se especifican las actividades que al respecto se realizan por medio de los institutos nacionales de salud y de la regulación y fomento sanitarios.

Palabras clave: *Marginación, salud, desarrollo regional*

Summary

The paper discusses the close link between marginality, regional development and health. In order to do so, reference is made to some health indicators like nutrition, causes of death and health infrastructure within the low as well as the high marginality areas. The paper also presents the strategies that the Ministry of Health has established to assist the population living in the high marginality areas. It specifies the related activities that are being carried out through the national institutes of health and the sanitary regulation offices.

Key words: *Marginality, health, regional development*

I. Introducción

La estrecha relación entre las condiciones socioeconómicas de los individuos y de las familias, así como de su estado de salud, ha sido ampliamente documentada; los que se encuentran en mejores condiciones, ya sea en términos de ingreso, educación, ocupación o condiciones de la vivienda, teniendo como regla general mejores niveles de salud. Un hecho trascendente, es que esta distribución no es bipolar, sino graduada; cada cambio en el nivel de mejoría socioeconómica está asociado a un cambio en la salud.

Esta clara asociación es tal vez una de las más antiguas y evidentes en el campo de la salud pública pero, paradójicamente, es una en donde falta mucho por avanzar en los hechos concretos, para lograr su aplicación amplia y efectiva en la planificación y ejecución de las políticas de salud.

La identificación de los grupos más vulnerables y el entendimiento de las causas que en el nivel social afectan su salud, posibilita la priorización y focalización de acciones de salud pública con otros sectores.

No obstante, debemos reconocer que no hemos sabido trasladar plenamente este conocimiento al plano político y operativo, y que los costos que hemos pagado por ello, como sociedad, han sido

* Académico numerario. Titular de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal de la SSA. Coordinador del simposio
Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. José A. Torres No. 661,
Piso 1, Asturias, 06850 México, D.F.

muy altos en términos de salud, de rezago social y, aun, financieros.

Es ilustrativa la "paradoja perinatal" estudiada por Kliegman, que muestra la incongruencia entre la gran habilidad que se ha alcanzado para atender al paciente en lo individual y la incapacidad que persiste para solucionar sus problemas en el plano social.

Las tecnologías para el cuidado intensivo han disminuido entre 30 y 40% la mortalidad neonatal en los Estados Unidos. Para ello, el gasto erogado es de 3 mil millones de dólares cada año. Por otra parte, Kliegman estima que la reducción de sólo 1% en la incidencia de bajo peso al nacer, significaría un ahorro anual de 400 millones de dólares.

Sin embargo, se observa que la tasa de bajo peso al nacer -asociada en buena medida a condiciones de marginación social- no ha logrado abatirse en lo absoluto en los últimos quince años en ese país.

México dista mucho de ser una excepción ante situaciones como ésta; la inequidad sigue siendo el mayor problema crónico que enfrentamos. Por una parte, se han logrado avances en investigación de frontera pero, al mismo tiempo, se siguen registrando defunciones por rabia, cólera y enfermedades asociadas con desnutrición.

Para lograr avances congruentes, la acción coordinada entre sectores es un requerimiento primario; sin embargo, han prevalecido condiciones que la dificultan, una de ellas es, precisamente, que no ha predominado la visión regional de los problemas sino el enfoque sectorial que dicta en una organización centralizada.

El desarrollo regional es una estrategia que debe recibir mayor atención. Para impulsarla, es indispensable que las necesidades de los diversos grupos sociales y zonas del país se constituyan en un punto de partida para la definición de las acciones sectoriales.

Con el propósito de analizar los elementos que permitan priorizar las intervenciones de salud en

los grupos más vulnerables, en este simposio se abordarán cuadros grandes arcas que ilustran el impacto que tiene en la prestación de los servicios de salud, el desarrollo regional y la marginación de la población.

Presentaré, en primer término, los conceptos que involucran este tema, así como algunos puntos que permiten plantear un marco de referencia para la planificación y la evaluación del impacto en el mediano y largo plazos de las estrategias y acciones de salud.

Posteriormente, para ilustrar de manera más amplia las prioridades de la salud, el doctor José Narro Robles abordará los principales problemas de salud en las zonas marginadas, así como las estrategias operativas para incidir en ellas, resaltando la importancia de vincular a la política de salud en la política social, como base para un desarrollo regional.

Como parte de este simposio, se presentarán otros aspectos que ilustran el papel que, en el contexto de la marginación y la salud, tienen los Institutos Nacionales de Salud, y por otra parte, la Regulación y Fomento Sanitarios. El primero de ellos será expuesto por el doctor Enrique Wolpert Barraza, quien planteará el papel que la investigación tiene para atender los problemas prioritarios de salud, así como los resultados de acciones extramuros de los institutos nacionales en el país.

El segundo aspecto, será planteado por el doctor José Meljem Moctezuma, por medio de una descripción de la naturaleza preventiva de las acciones de regulación y fomento sanitario, junto con la identificación de los giros de mayor riesgo, para la protección de los grupos más vulnerables de las zonas marginadas.

Para concluir esta introducción, deseo reiterar a los doctores José Narro Robles, Enrique Wolpert Barraza y José Meljem Moctezuma, mi agradecimiento, porque su presencia, interés y conocimiento nos permiten desarrollar este simposio.

II. Marginación, desarrollo regional y salud

Manuel Urbina-Fuentes*

Deseo agradecer al actuario José Luis Palma su colaboración para integrar este trabajo, así como a la licenciada Sara Uriega y al técnico en informática Juan Carlos Rivero Alba.

Para abordar el tema que me corresponde, dividiré mi presentación en dos partes: marginación y desarrollo regional. En cada una de ellas, mencionaré algunos ejemplos que se vinculan directamente con la salud. Finalmente, plantearé a ustedes algunas conclusiones.

Marginación

La marginación es un fenómeno estructural de múltiples dimensiones, formas e intensidades que se expresan en la exclusión del proceso de desarrollo. La población marginada es aquella integrante de una sociedad en la que, por diversas causas, la organización socioeconómica y política vigente,

la integra en el subsistema económico pero la excluye total o parcialmente del acceso al consumo y disfrute de bienes y servicios y de la participación en asuntos públicos.

En ocasiones, marginación y pobreza se consideran como sinónimos. Sin embargo, aunque son en efecto condiciones altamente correlacionadas, los estudios de pobreza proporcionan únicamente el conocimiento sobre el ingreso de la población y su capacidad de consumo, sin considerar otros factores asociados que son de gran importancia para apreciar las condiciones en que vive la población.

Para su análisis, en un estudio publicado por el Consejo Nacional de Población se consideraron cuatro de las dimensiones de la marginación: la educación, la vivienda, la localización y el ingreso monetario. Se seleccionaron nueve indicadores cuyo comportamiento estadístico permitió definir un índice de marginación que los sintetiza (Figura 1).

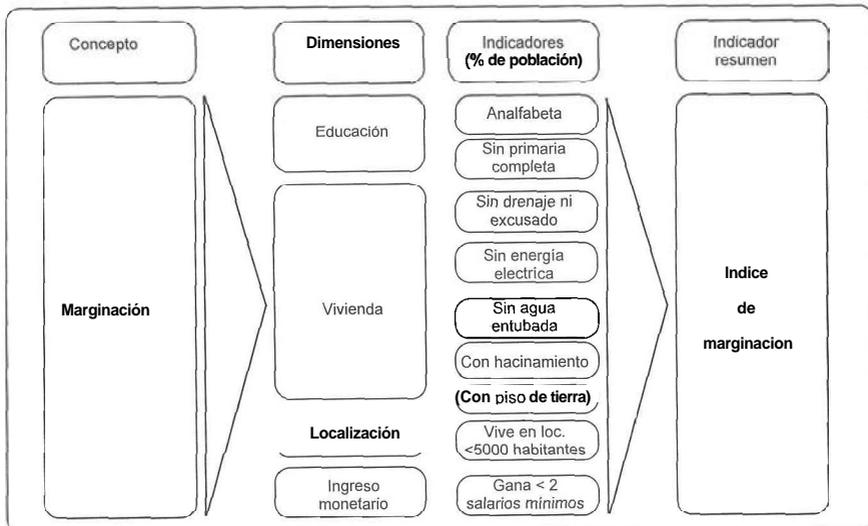


Figura 1. Marginación: operacionalización del concepto.

*Académico *numerario*. Director General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. Coordinador del Simposio.

De acuerdo con este índice, seis entidades federativas se clasificaron con grado de marginación muy alto, nueve con grado alto, cuatro medio, diez como bajo, y solamente Nuevo León, Baja California y el Distrito Federal como de muy baja marginación (Figura 2).

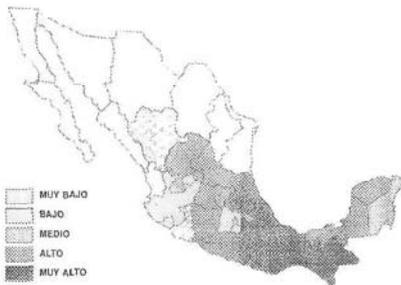


Figura 2. Marginación por entidad federativa, 1990

El proceso de transición epidemiológica que experimenta el país, queda de manifiesto al comparar los estados de muy alta y de muy baja marginación. En estos últimos, las enfermedades crónico-degenerativas muestran tasas más elevadas, y las de origen infeccioso siguen siendo relevantes en los estados más marginados.

Al desagregar por municipio la información sobre marginación, se observa que de los 2,403 municipios, 788 están considerados como de baja y muy baja marginación, en el otro extremo, 1,153 registran alta y muy alta marginación; esto es, el 48% de todos los municipios del país (Figura 3). La mayor parte de ellos se encuentran en el Sureste.

Además del índice-resumen de marginación, también es interesante observar los valores que toma cada uno de los nueve indicadores con los que fue construido.

En el nivel nacional (Figura 4), destaca la alta proporción de población que percibe menos de dos salarios mínimos, y el elevado porcentaje de viviendas que tienen más de dos ocupantes por dormitorio; en contraparte, el analfabetismo y la proporción de viviendas que no tienen energía eléctrica presentan un nivel relativamente bajo.

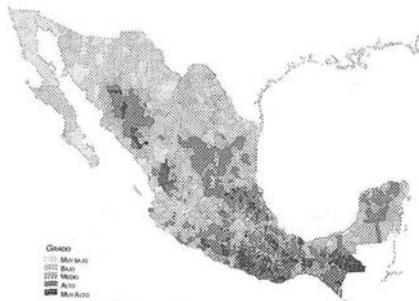


Figura 3. Marginación en los municipios, 1990

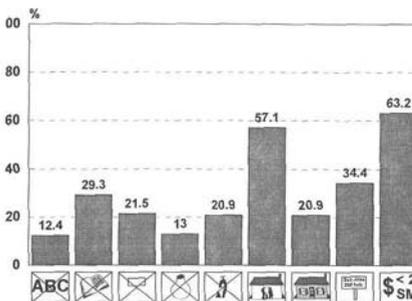


Figura 4. Indicadores socioeconómicos nivel nacional.

En el nivel municipal (Figura 5), Tehuipango, Veracruz, es el municipio más marginado del país en 1990. Sus rezagos toman valores cercanos al 100% en todos los indicadores.

En el otro extremo, el municipio catalogado como de menor marginación es la delegación Benito Juárez del Distrito Federal (Figura 6). Registra proporciones cercanas a cero en casi todos los indicadores, con excepción del hacinamiento en viviendas y de la población que percibe menos de dos salarios mínimos.

Un ejemplo ilustrativo de la relación entre salud y marginación son los aspectos nutricionales.

El Primer Censo Nacional de Talla en niños de primer grado de primaria, arroja resultados que en su expresión regional, por municipio, coinciden notablemente con los relativos a marginación (Figura 7).

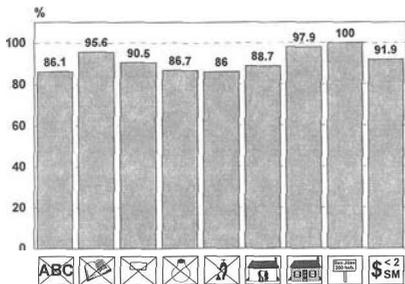


Figura 5 Indicadores socioeconómicos del municipio más marginado Tehuipango, Veracruz

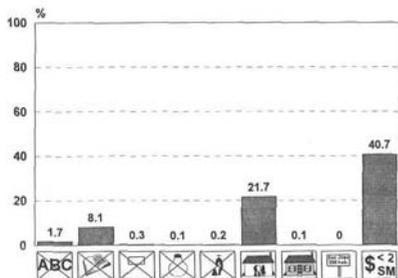


Figura 6. Indicadores socioeconómicos del municipio menos marginado: Delegación Benito Juárez, D.F.



Figura 7. Prevalencia del déficit de talla en los municipios. 1990.

De los 2,403 municipios del país, se identificaron 249 con una prevalencia de déficit de talla mayor al 50%.

Al analizar cuantos de ellos se encuentran en la categoría de muy alta marginación, se descartaron únicamente 15 (Figura 8), casi todos de la península de Yucatán lo que, por cierto, hace ver la importancia de adecuar nuestros estándares de talla al fenotipo predominante. Los 234 municipios que cumplen simultáneamente con los dos criterios de talla y marginación desfavorables se ubican principalmente en el sureste del país.



Figura 8. Déficit de talla y marginación muy altos.

En síntesis, el 94% de los municipios con alta prevalencia de déficit de talla también observamos alta marginación. De esos municipios, casi el 80% se encuentran en los tres estados calificados con la mayor marginación: Chiapas, Oaxaca y Guerrero.

De acuerdo con los resultados del estudio del Consejo Nacional de Población, 14 de las delegaciones del Distrito Federal tenían baja marginación y dos muy baja (Milpa Alta y Tiáhuac).

Sin embargo, para analizar con más detalle la situación de esta entidad, realizamos un estudio específico para el Distrito Federal, en el que determinamos la marginación a nivel de Área Geo-Estadística Básica, AGEB, que es el mayor nivel de desagregación con información censal. Por medio del modelo de componentes principales, identificamos en este caso once indicadores que permitieron construir un índice sintético.

Los resultados de este estudio presentan otro panorama. De las 1,937 AGEB's que integran el Distrito Federal, se clasificaron 640 como de muy baja marginación, 263 de alta y muy alta. En estas últimas AGEB's habitan casi un millón de personas localizadas en las delegaciones de Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero e Iztapalapa y en todas las del sur de la ciudad: Magdalena Contreras, Tláhuac, Tlalpan, Xochimilco, Milpa Alta y Alvaro Obregón (Figura 9).

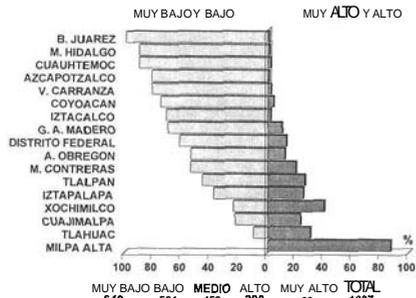


Figura 9. AGEB'S por delegación y grado de marginación en el Distrito Federal.

De esta manera, podemos visualizar la desigualdad de las condiciones de vida de la población que inicialmente se consideró con mejores oportunidades respecto al resto del país y, a su vez, contar con elementos específicos para la formulación de políticas y estrategias dirigidas a estas áreas prioritarias. Vemos aquí los resultados para la delegación Gustavo A. Madero (Figura 10). Este nivel de análisis de la marginación permite orientar la organización e infraestructura de los servicios, así como los alcances de las acciones de vigilancia epidemiológica en grupos vulnerables de mayor riesgo.

De los grupos sociales sujetos a mayores exclusiones, sobresalen las poblaciones indígenas.

El Instituto Nacional Indigenista estima que poco más de 8.7 millones de mexicanos son indígenas, lo que equivale al 10.7% de la población total.

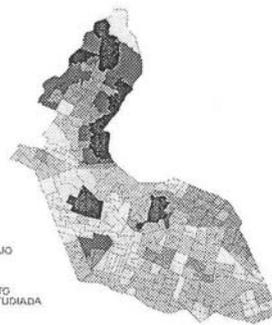


Figura 10. Delegación Gustavo A. Madero Grado de marginación

En 803 municipios, se tiene 30% y más de población indígena; de éstos, sólo uno registra muy baja marginación (El Espinal en Oaxaca) y 281 de muy alta marginación.

Del total de municipios a nivel nacional que registran muy alta marginación (341) el 82% de ellos son indígenas; en contraste, sólo el 0.1% de los municipios de muy baja marginación es indígena (Figura 11).

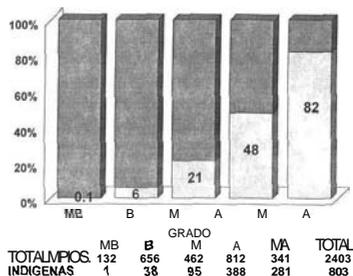


Figura 11 Municipios indígenas según grado de marginación, 1990.

Desarrollo regional

La marginación que se manifiesta en amplios grupos sociales del país, en contraste con la exis-

tencia de estratos con altos niveles de bienestar, es un reflejo de un proceso de desarrollo regional que ha sido desigual a lo largo de nuestra historia.

En 1990, el 60% de los habitantes residía en las entidades federativas de la franja central, que ocupan una quinta parte de su territorio (Figura 12). Solamente el estado de México y el Distrito Federal concentraban el 22% de la población nacional, mientras que el resto se encontraba dispersa en el 80% de la superficie del país.



Figura 12. Densidad de población por entidad federativa, 1990.

Un rasgo predominante en el desarrollo del país, ha sido la centralización de las actividades políticas y económicas en la ciudad de México. Como consecuencia, hasta los años setentas los flujos migratorios se dirigían de áreas con menos desarrollo a áreas más urbanizadas (Figura 13). Otros puntos de atracción han sido, aunque en menor medida, las ciudades de Monterrey, Guadalajara y Tijuana.

Para 1990 se observa un cambio causado por la mayor diversificación en los lugares de origen y destino de los migrantes. Las ciudades medias, de entre 100 mil y un millón de habitantes, empiezan a mostrar mayor dinamismo en términos económicos y de recepción de migrantes (Figura 14).

La manera en que se han conformado las regiones del país, se manifiesta en una compleja red urbano-regional, que constituye lo que conocemos como el Sistema Nacional de Ciudades (Figura 15).

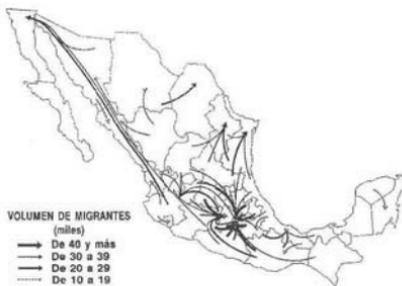


Figura 13. Principales corrientes migratorias interestatales, 1965-1970.

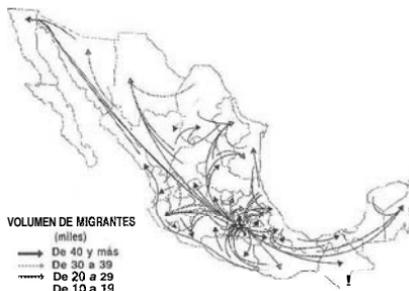


Figura 14. Principales corrientes migratorias interestatales, 1985-1990.



Figura 15. Sistema de ciudades de México. Estructura urbana y vínculos.

Al analizarlos vínculos que existen entre las 79 ciudades que forman la base del Sistema, en términos de comunicaciones y de intercambio de bienes y servicios, destaca la gran influencia de la ciudad de México, que se extiende en todo el territorio. Le siguen Guadalajara, Monterrey y Puebla, que son las únicas que tienen una influencia de alcance regional.

Esta situación destaca la necesidad de incidir en la conformación de regiones con redes urbano-regionales más extensas y mejor articuladas. De este modo, la visión del desarrollo regional y las estrategias que se planteen deben considerar una mejor estructuración de las macro y de las micro-regiones del país (Figura 16).



Figura 16. Microregiones con capacidad para absorber población y potencial de desarrollo.

México cuenta con áreas como las que se muestran en este mapa, que disponen de recursos y potenciales diversos que posibilitarían el desarrollo regional integral con estrategias multisectoriales.

En resumen, es posible observar que la centralización, la marginación y la migración han formado un ciclo difícil de interrumpir (Figura 17).

La centralización política y económica de la ciudad de México y de otras áreas metropolitanas se ha reflejado en condiciones de desarrollo relativo desfavorable en amplias zonas, particularmente en el Sureste.

Esta situación ha sido propicia para mantener un círculo vicioso: la marginación ha originado flujos migratorios a las grandes ciudades, impulsando así una mayor concentración de actividades económicas en ellas.

Al mismo tiempo, la marginación predominante se refleja en algunos casos en una baja capacidad resolutive real, en términos políticos, técnicos y financieros, lo que ha alimentado a la planificación y toma de decisiones centralizadas.

Este patrón, observado en el plano nacional, también se replica en una tendencia centralista en el nivel estatal.

En el ámbito de la salud, el imperativo inmediato para lograr esa ruptura es la descentralización de los servicios.

En este proceso, debe asegurarse un buen mecanismo de redistribución financiera federal, para no profundizar la inequidad entre estados y regiones.

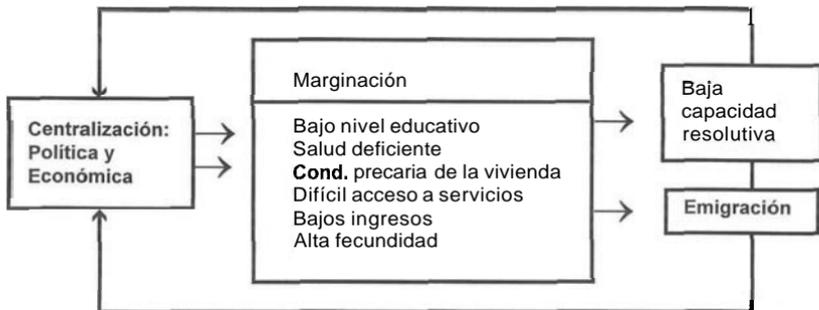


Figura 17. Centralización y marginación.

Las limitaciones actuales de recursos no deben ser un factor de retraso para la descentralización, ni tampoco para impedir su adecuada distribución. Tener que esperar a crear riqueza, para después repartirla, es un argumento que le ha hecho mucho daño al país.

Conclusiones

Se debe otorgar una muy alta prioridad, de carácter intersectorial, a las regiones y grupos mayormente marginados. Asimismo, esta prioridad debe vincularse con una política de desarrollo regional esto es: que las necesidades regionales constituyan el punto de partida de la acción sectorial.

Consideramos también que el sector encargado de la atención a la salud puede y debe ser una punta de lanza para priorizar las acciones en zonas altamente marginadas. Para ello, es fundamental el proceso de descentralización que ha sido puesto en marcha.

En el ámbito de la salud se debe otorgar la mayor prioridad política, técnica y financiera al conjunto de municipios y áreas intramunicipales clasificadas como de muy alta, marginación.

Estamos conscientes de que llevar esto a la práctica no es fácil; las experiencias nos muestran que nunca lo ha sido. Los grupos sociales con una mayor capacidad de presencia y de demanda, se encuentran en las ciudades; las exigencias de alta calidad se observan mayormente en el nivel hospitalario; difícilmente -aunque existan ya muestras de que es posible- las mayores demandas pueden provenir de los grupos marginados de zonas rurales. Precisamente, uno de los aspectos que define a la población marginada es su baja posibilidad de participación en asuntos públicos. Debemos hacer un esfuerzo para que la mayor atención no sólo se otorgue a quien más la demanda; de otro modo, seguiríamos perpetuando la existencia de necesidades básicas no cubiertas, y sólo pospondríamos la solución de los problemas.

Debemos incluir indicadores demográficos y socioeconómicos en la planificación en salud. Hasta ahora, hemos desarrollado una gran cantidad de indicadores sobre la salud, cada vez más sofisticados. Sin embargo, los de tipo socioeconómico los hemos tomado como un referente externo y, sólo en muy pequeña medida, integrados en la planificación (Figura 18).

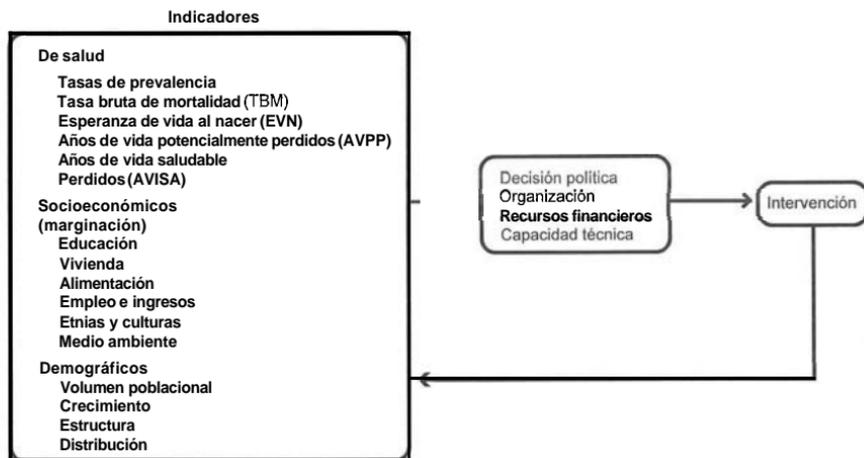


Figura 18. Elementos para la planificación nacional y regional de salud

Hay que fortalecer la capacidad de prever de actuar en consecuencia, y ser capaces de analizar el impacto que tendrán las intervenciones en salud sobre esos indicadores y las adaptaciones correspondientes que se requerirán.

Planificar adecuadamente, como en alguna ocasión lo mencionamos en este mismo foro, es saber medir la cantidad exacta de alternativas futuras que se deben introducir en el presente. Para ello, es fundamental que sepamos identificar los ingredientes de ese futuro que deben ser incorporados.

Entre los países miembros de la Organización Mundial de la Salud existe un consenso cada vez mayor -como fue ratificado en la Última sesión de su Consejo Ejecutivo- acerca de que es indispensable adoptar una política de salud generalizada cuya base fundamental sea la equidad.

Nuestro país no podría estar en desacuerdo con este consenso; no debemos evadir la responsabilidad de enfrentar, seriamente, el más grande desafío para el desarrollo de México, que es ine-

quidad, y debemos recurrir para ello al papel de la intervención que tienen las instituciones de salud, y a su compromiso con un mejor futuro de los mexicanos.

Referencias

- CONAPO. Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990. 1993.
- SSA, Dirección General de Estadística e informática. Boletín Informativo, 1995.
- CONAPO. La marginación en los municipios de México, 1990, 1993.
- SEP-DIF, Primer Censo Nacional de Talla, 1993, 1994.
- SSA. Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. Medición y ubicación geográfica de la marginación socioeconómica en el Distrito Federal, 1995. Inédito
- INI. Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México. 1993.
- CONAPO. El poblamiento de México. Vol. IV. 1993.
- CONAPO. Sistema de ciudades y distribución espacial de la población en México. Vol.1. 1991.

III. Prioridades de salud en las áreas marginadas

José Narro-Robles*

El objetivo central es presentar, de una manera general un análisis sobre algunos de los principales problemas de salud a los que se enfrenta la población que habita en zonas marginadas. Así mismo, hacer algunos señalamientos respecto de las estrategias operativas que se están poniendo en marcha para atender este problema y, finalmente, hacer algunos señalamientos sobre la importancia de integrar las políticas de salud y de desarrollo en beneficio de las regiones y de los habitantes más desprotegidos de nuestro país.

Para empezar, es importante destacar que hemos sido testigos de cambios revolucionarios en el campo de la salud, sobre todo en los últimos 25 años y en especial, en la década pasada. Sin dejar de reconocer las necesidades inmediatas aún no satisfechas, es importante resaltar la trascendencia y la rapidez de los cambios que se han presentado, así como el impacto que los mismos deben tener sobre la política y las líneas rectoras en materia de salud.

*Académico numerario, Subsecretario de Servicios de Salud SSA.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Subsecretaría de Servicios de Salud, SSA, Lleja No. 2, Piso 1, Delegación Benito Juárez, 06690 México, D.F.

En este sentido, debe señalarse que las cifras promedio de los indicadores de salud del país son muy alentadoras, aun cuando todavía son insuficientes. Sin embargo, al analizarlas en detalle, caemos en la cuenta de que pueden enmascarar una dolorosa realidad: la existencia de profundas brechas y desigualdades entre grupos, sectores y regiones del país. Al revisar algunos indicadores como la esperanza de vida al nacer, la tasa de mortalidad materna, el número de casos de defunciones por diarreas en los menores de cinco años o el de casos notificados de paludismo y sarampión, podremos encontrar que en los últimos años se han dado avances sobresalientes al respecto (Figura 19). Sin embargo, como veremos más adelante, existen diferencias muy importantes que contrastan y distinguen a nuestras entidades federativas.

Sin duda alguna, uno de los problemas más importantes que tiene que ser tomado en cuenta en cualquier programa de atención a la salud, es el que tiene que ver con la distribución de la población en nuestras localidades (Figura 20). Es bien sabida la tendencia de las últimas décadas a la urbanización. Sin embargo, debemos tener presente que de las poco más de 156 mil localidades con que cuenta nuestro país, el 90% de ellas tiene una población inferior a los 500 habitantes. En ésta se concentran casi 10 millones de mexicanos, es decir el 12% de nuestra población. Por otra parte y en contraste, en el 1.7% de las localidades de 2,500 habitantes y más, se localiza el 71% de la población nacional.

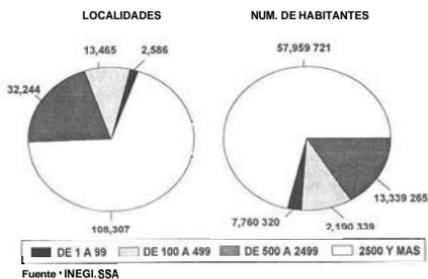


Figura 20. Total de localidades según número de habitantes.

Un problema que con frecuencia tiene que verse, es el de identificar con toda precisión a las poblaciones marginadas. Para los propósitos de este trabajo se utilizará la división propuesta por el Consejo Nacional de Población. En particular, se contrastarán más adelante los datos de las entidades federativas con muy alta y muy baja marginación, que en el primer caso corresponden a los estados de Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla y Veracruz, en tanto que en el segundo se refiere a las entidades de Baja California, Distrito Federal y Nuevo León.

Conviene tener presente, que también de acuerdo a la división del Consejo Nacional de Población, existe un total de 341 municipios que tienen 3.4 millones de habitantes y que son calificados como de muy alta marginación, en tanto que existen

| Esperanza de vida | Mortalidad materna en < 5 años | Defunciones Diarreas | Casos Notificados | |
|-------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------|------------------|
| | | | Paludismo | Sarampión |
| 66.4 (1984) | 10.0 (1970) | 14,011 (1990) | 133,698 (1985) | 68,782 (1990) |
| 70.5 (1994) | 4.5 (1993) | 4,989 (1994) | 12,864 (1994) | 128 (1994) |

Figura 19. Avances en salud. Indicadores seleccionados

otros 812, concentrando a poco más de 10 millones de habitantes, que están clasificados como de alta marginación. Esto no significa de ninguna manera que en el resto de los municipios no existan algunas poblaciones que puedan ser calificadas como marginadas.

Vale la pena considerar que los municipios indígenas, entendidos como aquellos que tienen entre 70% y 100% de población indígena entre sus habitantes, están íntimamente ligados con los grupos marginados. Así, en total, existen 390 municipios indígenas y de ellos el 51% son de muy alta marginación y el 41% de alta marginación.

Al comparar el porcentaje de las defunciones atribuidas a las enfermedades de la pobreza entre las entidades de muy alta y muy baja marginación (Figura 21), puede observarse que la cifra de participación porcentual corresponde al doble y que al contrastar las defunciones ocasionadas por las así llamadas enfermedades del desarrollo, existe una diferencia de casi el 35%, entre las entidades de muy alta marginación, respecto de las de muy baja.

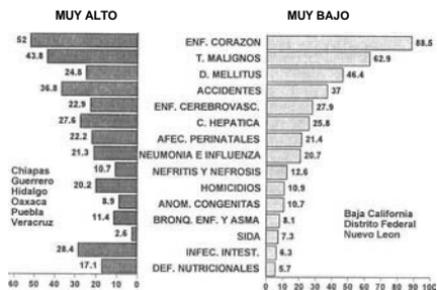


Figura 21. Principales causas de mortalidad según grado de marginación, 1993.

Por otro lado, es posible observar que la mortalidad por enfermedades crónico degenerativas es mayor a menor nivel de marginación, a pesar de que las enfermedades del corazón constituyen la primera causa en ambos grupos y los tumores malignos la segunda. Sin embargo, en el primero de los casos la tasa es casi dos veces más alta en las entidades de muy baja marginación. Por otra parte, mientras que las infecciones intestinales

ocupan el cuarto lugar en los estados de marginación muy alta, en los de muy baja han sido desplazados hasta el catorceavo lugar y, el riesgo de morir por SIDA en las últimas entidades es ya mayor que por las infecciones intestinales.

Las diferencias y los contrastes en materia de salud entre las entidades federativas en referencia son evidentes. Esto puede observarse en el caso de la esperanza de vida, en donde las distancias entre las entidades con las cifras extremas alcanzan casi 12 años y en donde sólo las tres entidades que tienen índices de muy baja marginación están por arriba del promedio nacional (Figura 22).

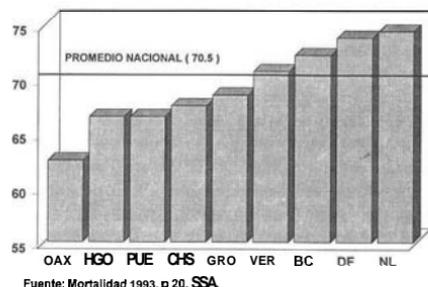


Figura 22. Esperanza de vida.

Algo semejante pasa con la tasa global de fecundidad que en el caso de Chiapas y de Oaxaca es de más del doble respecto al Distrito Federal (Figura 23).

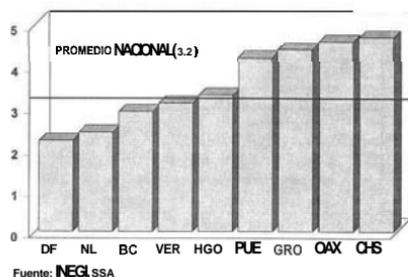
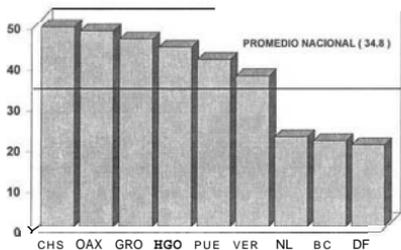


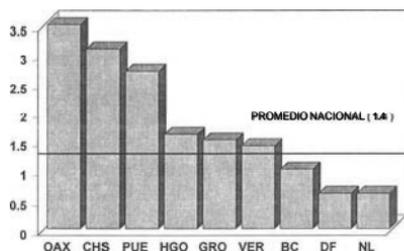
Figura 23. Tabla global de fecundidad, México, 1992.

Esto mismo sucede cuando se analizan las tasas de mortalidad infantil corregida (Figura 24), las de mortalidad preescolar (Figura 25) o las de mortalidad materna (Figura 26). El patrón de contrastes es persistente y en prácticamente todos los casos, las cifras de los estados con muy alta marginación están por arriba del promedio nacional y las distancias extremas son de dos o más veces.



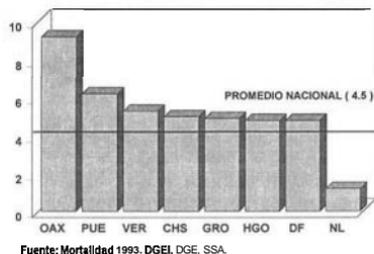
Fuente: Mortalidad 1993, DGEI, DGE, SSA

Figura 24. Mortalidad infantil corregida.



Fuente: Mortalidad 1993, DGEI, DGE, SSA

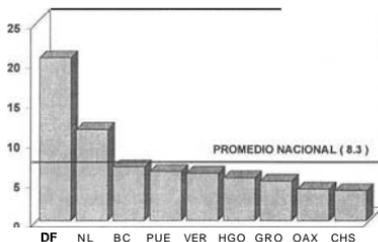
Figura 25. Mortalidad pre-escolar.



Fuente: Mortalidad 1993, DGEI, DGE, SSA

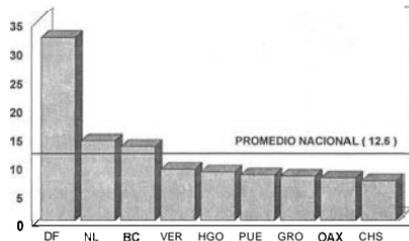
Figura 26. Mortalidad materna

Estos contrastes de los indicadores de salud entre las entidades federativas bajo análisis también se observan si se revisan los recursos para la salud de los que disponen. Para este ensayo se seleccionaron las camas censables (Figura 27), el número de médicos (Figura 28) y el de enfermeras (Figura 29), para comparar las condiciones. Como puede observarse, las diferencias entre las entidades federativas de muy baja marginación y las de muy alta marginación son de cuatro a cinco veces.



Fuente: Boletín de Información Estadística No. 14, 1995, DGEI, SSA

Figura 27. Camas censables (por 10,000 habitantes)



Fuente: Boletín de Información Estadística No. 14, 1995, DGEI, SSA

Figura 28. Personal médico (por 10,000 habitantes).

Como sería de esperarse cuando se hace un análisis de los servicios que se prestan, la información es todavía más contrastante. Para mostrar lo anterior se seleccionaron dos indicadores, en primer término el porcentaje de nacimientos atendidos en hospital o clínica, mismo que varía de 16.3

a 96.8% de los nacimientos (Figura 30). En el caso de las tres entidades federativas de muy baja marginación, su porcentaje es superior al 90%, en tanto que en las otras seis entidades sólo en dos de ellas, la cobertura es superior al 50%. En segundo, al comparar los estudios de anatomía patológica que se realizan, la diferencia entre Oaxaca y el Distrito Federal es de 10 veces menor.

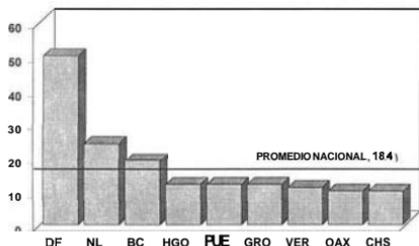


Figura 29. Enfermera (por 10,000 habitantes)

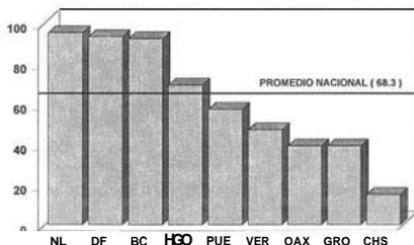


Figura 30. Porcentaje de nacimientos atendidos en hospital o clínica.

Finalmente, si se analiza la certificación no médica de las defunciones (Figura 31), también existe algo semejante. Es cierto que durante los últimos años el porcentaje de certificación médica de las defunciones se ha incrementado de manera notable. Sin embargo, todavía existen casos en donde esta cifra no es la adecuada. Este es el caso

de Oaxaca en donde el 18% de las muertes no son certificadas médicamente, en tanto que en los tres estados que configuran el grupo de las entidades con muy baja marginación en todos los casos es inferior al 0.5%.

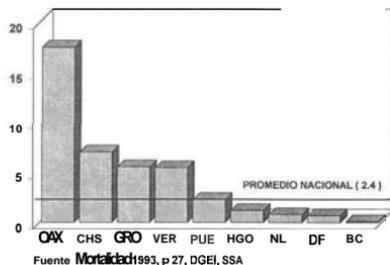


Figura 31. Certificación no médica de la muerte porcentaje.

En resumen, podría decirse que la caracterización de las áreas y los grupos marginados está dada por los siguientes elementos: la existencia de importantes desigualdades regionales y de 10 millones de mexicanos que no tienen acceso regular y sistemático a los servicios de salud; por la presencia de una transición epidemiológica que se presenta incluso en las entidades que tienen alto grado de marginación; por la ausencia de estrategias integradoras del desarrollo que incluyan a la salud; por la existencia de una fuerte dispersión poblacional, ya que existen casi 10 millones de mexicanos que viven en comunidades menores de 500 habitantes.

De la misma manera, debe reconocerse que son los grupos indígenas los más afectados por la marginación y que el analfabetismo, la carencia de servicios básicos y la heterogeneidad de los servicios de salud disponibles para ellos forman parte de esa caracterización.

Es por todo lo anterior que en el Plan Nacional de Desarrollo presentado recientemente por el Señor Presidente de la República, se ha reconocido esta situación y la Secretaría de Salud ha venido trabajando en la configuración de un programa para atender este rezago y dar respuesta a los principales planteamientos ya formulados. De esta

manera está en elaboración un programa cuyos objetivos radican en ampliar la cobertura con servicios formales, en garantizar la cobertura universal de la población mexicana con un paquete básico de servicios, para de esta manera elevar las condiciones de salud de los habitantes de nuestro país, en particular los de las regiones más necesitadas. Se estima además, que con las medidas que se pondrán en marcha se mejorará la eficiencia de los servicios. Un elemento fundamental en la estrategia consistirá en la descentralización de los servicios para la población no derechohabiente de los esquemas de seguridad social.

Por medio de un programa de esta naturaleza se pretende desarrollar acciones de vacunación, nutrición y salud reproductiva disponibles para todos los mexicanos. Será necesario también garantizar la plena disponibilidad, en todas las unidades de atención primaria en el medio rural, de cuadros básicos que otorguen, en materia de medicamentos, de material de curación y de equipamiento básico, los elementos indispensables para el correcto funcionamiento de los servicios.

Se procurará contar con la participación integral y coordinada de los tres niveles de gobierno y tener al mismo tiempo una intensa participación de las comunidades.

Para alcanzar los objetivos será necesario reorganizar el gasto que se designa a la atención de la salud de nuestra población y otorgar prioridad a lo preventivo, a las regiones de alta marginación y a la operación de los servicios. En pocas palabras, habrá que vencer las inercias tradicionales en el otorgamiento de los presupuestos. Será necesario, asimismo, que se diseñen acciones integrales de desarrollo, incluyendo las de salud, las de la educación y la procuración de elementos que mejoren el ingreso de la población. Al mismo tiempo deberá tenerse en cuenta a la gran cantidad de personal de tipo médico, técnico, comunitario y de orden tradicional que funcionan en la realidad de nuestras comunidades.

Por otro lado, el programa debe tener la flexibilidad suficiente para entender la diversidad geográfica, cultural, económica y de otra naturaleza, para estimular el desarrollo de estrategias diversificadas. En algunas ocasiones, tendrá que ser la capacitación de personal comunitario la respuesta al problema, en otras oportunidades, lo será la con-

figuración de brigadas móviles y en otras más, la aplicación de mecanismos no tradicionales. Sin duda alguna el gran propósito ha de ser la búsqueda de "iguales" en materia de salud.

Debe decirse que por instrucciones del Secretario de Salud, a la fecha, se ha establecido ya una unidad responsable del manejo del programa de atención a los grupos vulnerables, la cual ha venido desarrollando los diagnósticos correspondientes y el programa que habrá de seguirse a partir de 1996. La definición del paquete básico de servicios al que se hizo referencia, quedó a cargo del Consejo Nacional de Salud, el cual en su última sesión aprobó los componentes y las acciones incluidas en dicho paquete.

Conviene tener presente que existen elementos para considerar que es factible avanzar en la búsqueda de la equidad en la prestación de los servicios de salud y que esta equidad será más fácil de alcanzar, por medio de mecanismos que demanden tecnología relativamente simple y de fórmulas que estimulen la coordinación sectorial e intersectorial, al tiempo que enfatice en la participación y corresponsabilidad de los individuos. Dos ejemplos importantes a este respecto están constituidos por el caso de la vacunación universal y del Programa Contra las Enfermedades Diarreicas. Como puede verse (Figura 32), durante las semanas nacionales de salud realizadas en 1995, la aplicación de esquemas completos de vacunación ha resultado altamente satisfactoria y puede decirse que hay incluso una tendencia favorable o positiva para el caso de las entidades con más alta marginación. Esto mismo se observa si se revisan los datos de las dosis de vacuna Sabin programadas y las aplicadas a menores de cinco años de edad.

Cuando se comparan los datos de enero a junio de 1990 con los de enero a junio de 1995 de defunciones ocurridas en los menores de cinco años, a causa de las enfermedades diarreicas y sus complicaciones, puede observarse un decremento a nivel nacional de casi el 70% de las defunciones. Cuando el análisis se hace agrupando a las entidades federativas por el grado de marginación, puede verse que aun cuando existen diferencias, el avance se ha dado tanto en las entidades de baja marginación (75%) como las de muy alto grado de marginación (67%).

| | |
|------------------|-------|
| Distrito Federal | 82.3% |
| Baja California | 96.4% |
| Nuevo León | 98.3% |
| Chiapas | 86.2% |
| Oaxaca | 94.0% |
| Puebla | 95.0% |
| Veracruz | 96.3% |
| Hidalgo | 98.3% |
| Guerrero | 98.9% |

Fuente: CONAVA, DGE, SSA.

Figura 32. Esquemas completos de vacunación cobertura (%) en niños de 1 a 4 años, 1995.

Por último, cabe destacar que el momento que se vive de cambio y reforma en el sector, debe ser aprovechado para atender los rezagos que en la materia existen. Es ahora cuando debe trabajarse para cerrar brechas; para avanzar en la búsqueda de la equidad; para diseñar programas de fondo e integrales; para aumentar la corresponsabilidad; para vencer inercias y debilidades; para incrementar la creatividad y el trabajo coordinado; para tener, en pocas palabras, mejores niveles de salud. Este es nuestro compromiso, este es nuestro desafío.

IV. El papel de los institutos nacionales de salud en la atención a la salud de los grupos marginados

Enrique Wolpert-Barraza*

Desde la fundación del Hospital Infantil de México en 1943, los Institutos Nacionales de Salud han estado vinculados en una de sus funciones fundamentales, la de proporcionar asistencia del más alto nivel, a las clases más necesitadas del país, a la población abierta, a quienes carecen de afiliación en instituciones de Seguridad Social y que acuden tanto del área metropolitana de la ciudad de México como de todas las entidades del país.

Para este análisis sobre el papel de los Institutos Nacionales de Salud, en la atención a la salud de los grupos marginados, primero señalaré las actividades extramuros (le algunos de los institutos con claros beneficios para las comunidades en donde se desarrollan, para posteriormente demostrar que el trabajo asistencial de los Institutos Nacionales de Salud en sus propias instalaciones está dirigido en una elevada proporción a aquellos pacientes con pocos o nulos recursos económicos.

Actividades extramuros del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". En el programa de enseñanza para los médicos residentes, se contempla la rotación de aquellos en tercer año por

diversas unidades del primer nivel de atención en el área rural, en donde llevan a cabo actividades propias de su especialidad, a las que se agregan la capacitación para personal médico y paramédico en temas generales de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, así como de aquellos sucesos que implican una emergencia como son los procesos de reanimación del recién nacido, éste, de hecho, es un programa de alcance nacional que el C. Secretario de Salud puso en marcha recientemente en la ciudad de Zacatecas. Así, los residentes de tercer año acuden a las unidades rurales de: Rincón de Romos, Aguascalientes; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Santiago Papasquiaro y Santa María del Oro, Durango; Salamanca, Guanajuato; Atoyac de Álvarez, Guerrero; Apatzingán, Michoacán; Izúcar de Matamoros, Puebla; Ciudad Valles, San Luis Potosí; Apizaco, Tlaxcala y Fresnillo, Zacatecas.

El Hospital Infantil de México participa, además, en la intervención y rescate nutricional de la población infantil en áreas de alta marginación. Para ello, se han entrenado a 300 promotores volunta-

*Académico numerario. Coordinador de los Institutos Nacionales de Salud, Consejo de Salubridad General. Correspondencia y solicitud de sobretiros: Carretera Picacho, Ajusco No. 154, Fuentes del Pedregal, 01030 México, D.F.

rios en la sierra tarahumara en Chihuahua, a 116 promotores voluntarios en el estado de Guerrero y a 87 directores de los DIF municipales del estado de Hidalgo. Esta institución tiene también a su cargo el programa de enseñanza por satélite: CEMESATEL que recientemente celebró 10 años de actividades ininterrumpidas y que se recibe en más de 300 centros de la República Mexicana y llega a más de 1,500 trabajadores de la salud, así como a seis países en el área del Caribe y Centroamérica.

Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Programa de Campo de Nutrición de Co-munidad. El Programa de Nutrición Infantil de Chiapas se desarrolla en 150 comunidades de los Altos, en la frontera y en la selva, en donde se aplica un "paquete de detección-atención de la desnutrición materno-infantil" a 12,500 beneficiarios. El Centro de Capacitación en Ecología, Salud y Nutrición para Campesinos, funciona en 37 comunidades de los Altos de Chiapas; ahí se lleva a cabo un programa de agricultura ecológica relacionando la producción con la salud y la nutrición. Se hace especial énfasis en acciones de salud de la mujer. El Programa de Seguridad Alimentaria en Zonas Críticas con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y en colaboración con la República de Cuba, diseñado para mejorar ciertos aspectos del trabajo de campo. En la actualidad participan dos expertos, uno en asuntos gerenciales del manejo de producción agrícola y otro, para aspectos de vigilancia del problema nutricional. Este programa se desarrolla en dos comunidades del estado de Chiapas.

El Centro de Rehabilitación Nutricional y de Orientación de la Mujer Indígena, en Laxopa, Oaxaca, evalúa el impacto de diversas acciones de salud en ocho comunidades; dentro de sus actividades se incluyen algunos aspectos de saneamiento básico. El Centro de Estudios Rurales de Malinalco en el Estado de México donde se hace participar especialmente, a la mujer, valorando el efecto de su trabajo en la casa o en el campo sobre la facilidad de proporcionar lactancia al seno materno, este es un estudio sociológico sobre el efecto que los cambios en las condiciones de vida que las mujeres tienen sobre el estado nutricional de los niños. El Plan Morelos, programa integrado de alimentación y nutrición, que se lleva a cabo en los

alrededores de Cuautla, en donde se atienden a 51 comunidades pequeñas con un total de 4,500 niños, en un esfuerzo de erradicación de la desnutrición. El programa de Investigación Acción en la Atención Comunal se realiza en una comunidad Otomí del estado de Hidalgo y dos de Oaxaca en la población Mixe; se atienden ahí a 69 y 230 niños respectivamente para conocer el efecto de algunas medidas del "paquete de detección-atención" que el Instituto de la Nutrición ha manejado en otras regiones del país. El Programa de Evaluación del Efecto de la Harina de Maíz Enriquecida se hace en dos comunidades rurales del estado de Querétaro y mide el impacto de la harina de maíz adicionada con 10% de un enriquecedor mixto propuesto por el Instituto Nacional de la Nutrición.

Para contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad de las infecciones respiratorias agudas, se ha constituido también un equipo de trabajo que otorga educación a madres indígenas sobre el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda en el hogar; actualmente se estudia la terminología local usada en zonas étnicas con diferente idioma, Masahua y Otomí, para identificar los términos empleados para los signos de alarma de la infección respiratoria aguda, tales como: respiración rápida, aleteo nasal, respiración silbante, tiro intercostal, etc. Este proyecto se realiza en colaboración con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

En el área metropolitana de la ciudad de México se llevan a cabo diferentes acciones y programas de alimentación-nutrición y de salud en 28 asilos de asistencia privada; son acciones para conocer y mejorar el estado de salud de aproximadamente 2 mil ancianos. Se valoran tres aspectos fundamentales: diagnóstico clínico y estado de nutrición y salud; estudio de los menús vigentes; y capacitación al personal de la institución. Los resultados son muy alentadores con beneficios inmediatos en las condiciones de salud de los ancianos.

En otro programa se investiga la cobertura y calidad de la lactancia materna en hospitales de la Secretaría de Salud; se valida un instrumento de monitoreo para la aplicación de "Los diez pasos para una lactancia exitosa" propuestos por UNICEF e incluidos en el Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, así como la tendencia en la inciden-

cia y duración de la lactancia materna en la ciudad de México, con ello se busca documentar los cambios ocurridos en las prácticas de alimentación infantil en los hospitales del área metropolitana y en el hogar; se entrevista a las madres y se comparan las recomendaciones hechas antes de salir del hospital, con lo que realmente hacen en su casa.

Por otra parte, el Departamento de Biología de la Reproducción del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", inició, entre 1988 y 1991, con el patrocinio de la OMS, un estudio de anticonceptivo combinado mensual, para evaluar la aceptabilidad y la efectividad anticonceptiva de la formulación denominada CYCLOFEM, (25 mg. de medroxiprogesterona y 5mg. de cianato de estradiol), en este estudio se incluyeron a 3,457 mujeres de seis jurisdicciones sanitarias de tres estados de la República. De ellas, 19% pertenecen a áreas rurales de poblaciones menores de 2,500 habitantes que son atendidas por auxiliares de salud y que están dentro del Programa de Extensión de Cobertura de la Secretaría de Salud. Este estudio introductorio fue la base para la inclusión de CYCLOFEM en el programa de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. Asimismo, en la evaluación de la aceptación de implantes subdérmicos anticonceptivos "NORPLANT", el Instituto, por medio de una encuesta de aceptabilidad, recomendó su inclusión en servicios institucionales, reservándose su extensión al medio rural condicionado a la capacitación en el uso de método que incluye la aplicación y la remoción del implante. En anticoncepción quirúrgica, el Instituto ha participado durante más de 20 años en la capacitación de personal médico sobre técnicas de oclusión tubaria mediante mini laparotomía, utilizando analgesia y anestesia local.

Recientemente el Departamento de Urología ha incorporado la vasectomía sin bisturí, lo que ha permitido, además de ofrecer este servicio, proporcionar entrenamiento a los médicos y estudiantes de posgrado de diferentes regiones del país. Igualmente y contribuyendo a la formación de recursos humanos, el Departamento de Biología de la Reproducción es sede para la capacitación de Residentes de Ginecología y Obstetricia que acuden de otras instituciones. Un total de diez residentes se capacitan al año en áreas como

planificación familiar e infertilidad y en otros aspectos de la salud reproductiva; estos estudiantes provienen principalmente de los estados de Oaxaca, Veracruz, Zacatecas y Tabasco.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neuro-cirugía "Manuel Velasco Suárez", y en respuesta a la magnitud del problema que representa la epilepsia en nuestro país, se desarrolla un programa nacional que cuenta actualmente con 23 centros de atención integral de la epilepsia, distribuidos en 10 entidades federativas, que son los estados de México, Michoacán, Durango, Nuevo León, Tabasco, Aguascalientes, San Luis Potosí, Chihuahua, Puebla, Jalisco y también en el Distrito Federal. Este programa prioritario de epilepsia se coordina a nivel nacional desde el Instituto y cuenta con un comité interinstitucional, que se encarga de vigilar el cumplimiento de los objetivos los cuales son muy claros: capacitación del personal médico, difusión de conceptos modernos del diagnóstico y tratamiento de la epilepsia y rehabilitación del enfermo epiléptico. En sus estrategias destaca el llevar a cabo cada año: "La Semana Nacional de Epilepsia" como la que recientemente tuvo lugar en Guadalajara, en donde se pusieron en operación cinco centros más de atención integral.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias atiende a una elevada proporción de enfermos sin recursos a quienes se da atención gratuita y se les ayuda a conseguir medicamentos, por medio de otras agrupaciones como, por ejemplo, la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer que les da los ciclos completos de quimioterapia a algunos enfermos con cáncer bronco-génico. En el periodo enero-junio de 1995 el INER atendió a aproximadamente 1 mil pacientes de la consulta externa en forma gratuita lo que representó más del 5% del total.

En el Instituto Nacional de Perinatología se prepara a las pacientes usuarias de los servicios hacia conductas positivas para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Los resultados han sido excelentes, por lo que ahora el Instituto ha decidido explorar una participación activa en el primer nivel de atención en diferentes centros de salud de las jurisdicciones sanitarias del Área Metropolitana de la ciudad de México. Entre los objetivos está el promover actividades de educación comunitaria en salud materno infantil y di-

fundir la experiencia del instituto sobre la educación de salud reproductiva, así como fomentar la colaboración entre los centros de primer y tercer niveles de atención. El programa educativo es extenso; se dan cuatro pláticas: en la primera se habla de crecimiento y desarrollo fetal y cuidados generales durante el embarazo; en la segunda se abordan los cambios físicos y emocionales durante el embarazo y los signos de alarma; en una tercera charla se señalan los ejercicios respiratorios y de relajación y los cuidados durante el puerperio y, finalmente, se capacita en los cuidados generales del recién nacido, lactancia materna y de manera muy importante la planificación familiar. Los resultados preliminares obtenidos en más de 29 centros de salud de diversas jurisdicciones sanitarias en la ciudad de México son alentadores. En 1994 se impartieron 126 pláticas con 2,093 asistentes y hasta junio de este año, 75 pláticas con 1,143 asistentes, lográndose revertir el ausentismo por abandono del programa que el año pasado fue del 80%; actualmente el 80% continúa en el programa y sólo el 20% lo abandonan.

Instituto Mexicano de Psiquiatría. Desde 1978, cuenta con un programa extramuros: Centro de ayuda al alcohólico y sus familiares. Este se encuentra en los altos del mercado "Abelardo Rodríguez" en el barrio de Tepito y proporciona ayuda a bebedores problemáticos y a sus familiares, en tanto que se estudian los aspectos sociales de los problemas relacionados con el abuso del consumo de alcohol. También se efectúa la rehabilitación del enfermo psiquiátrico en centros de salud, como el "José Castro Villagrana", donde el Instituto Mexicano de Psiquiatría evalúa las estrategias de intervención psicosocial en un grupo de pacientes esquizofrénicos que acuden a la consulta externa. Los beneficios obtenidos por los pacientes y sus familiares confirmaron la necesidad de continuar el desarrollo de estas estrategias con éstos y otros pacientes que se han incorporado al programa, lográndose reducir las incapacidades, disminuir la sintomatología psiquiátrica y el número de recaídas, así como el promedio de días de hospitalización.

Finalmente quiero mencionar que en el decreto de la fundación del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", se señala en su Artículo Segundo, Fracción Tercera: "...se debe prestar servicios de salud, particularmente en materia de atención médica, en aspectos preventivos, curativos e incluso quirúrgicos y de rehabilitación a los niños enfermos, fundamentalmente aquellos de escasos recursos económicos"... A más de medio siglo de haber iniciado sus labores, podemos constatar con satisfacción que esta labor social del Hospital Infantil de México se cumple a plenitud y podemos observar (Figura 33) que la clasificación socioeconómica más baja, calificada así por el Departamento de Trabajo Social en donde el jefe de la familia percibe dos salarios mínimos o menos, constituye el 50% de los niños atendidos por primera vez en el hospital, y si sumamos las dos primeras clasificaciones, A y B. Se observa que el 83.1% de los pacientes corresponde a personas de muy escasos recursos económicos. Esta panorámica, aunque con algunas variaciones, ocurre en todos los Institutos Nacionales de Salud. En la Figura 34, podemos observar la clasificación socioeconómica de más de 24 mil pacientes atendidos por primera vez en los institutos de enero a junio de este año.

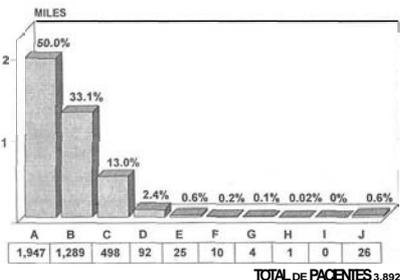


Figura 33. Clasificación socioeconómica de los pacientes atendidos por primera vez en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" enero-junio 1995

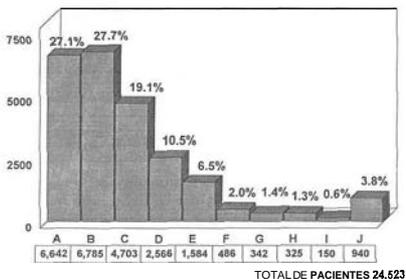


Figura 34. Clasificación socioeconómica de los pacientes atendidos por primera vez en los Institutos Nacionales de Salud enero-junio 1995

El 54.8% de los enfermos está en las dos clasificaciones más bajas, cumpliendo con ello con el decreto de fundación de cada uno de los diez institutos: proporcionar la mejor atención médica de tercer nivel, impulsando simultáneamente las actividades de investigación y enseñanza.

Es en esta forma como los Institutos Nacionales de Salud cumplen su papel como instituciones de tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud, con actividades asistenciales y de investigación y con un compromiso permanente en la formación de recursos humanos. La atención a la salud en acciones preventivas, curativas y de rehabilitación se otorga tanto en el ámbito institucional como en actividades extramuros en poblaciones con alta marginación, ya sea en zonas urbanas o en las áreas rurales y en las comunidades indígenas.

V. Regulación y fomento sanitario

José Meljem-Moctezuma*

La mejoría en la calidad de vida se ha logrado gracias al control de enfermedades, principalmente de las infecciosas. La aplicación de medidas preventivas, como la vacunación universal han demostrado su efectividad. Resultados similares pueden obtenerse a través del mejoramiento de las condiciones básicas de higiene, del suministro de agua potable, la disposición de desechos y el mejoramiento de la calidad sanitaria de los alimentos.

La regulación y el fomento sanitario se enfocan a garantizar que los productos que se consumen no ofrezcan riesgo a la salud y en esto juegan un papel fundamental el saneamiento básico, la vigilancia de la calidad del agua, la regulación de residuos de plaguicidas y de sustancias tóxicas en los productos de campo, la calidad sanitaria de los alimentos de consumo masivo, su preparación y la de los productos procesados.

En su misión de proteger la salud, la regulación sanitaria está en relación con los diversos niveles de gobierno, la industria, el comercio, y los consumidores. Busca sin descuidar su responsabilidad, sumar esfuerzos, pero también mediante la aplicación de correctivos, hacer que se cumpla la legislación sanitaria.

Para orientar la regulación sanitaria se requiere otorgar prioridad a los eventos de mayor riesgo, dar especial importancia al diagnóstico, determinar los problemas y la probabilidad de ocurrencia de daño a la salud, su magnitud y gravedad en términos de personas afectadas.

Las acciones de vigilancia sanitaria han permitido incidir en la dinámica epidemiológica de ciertas enfermedades a reducir el riesgo que presenta el consumo de sustancias tóxicas en los productos alimenticios, o bien, la ingestión de alimentos con-

*Director General de Control Sanitario de Bienes y Servicios

teniendo dosis infectantes de microorganismos patógenos y sus toxinas. Cubre además una importante función en el control de la deficiencia de ciertos metabolitos, condición debida a su pobre o nulo aporte en la dieta diaria normal.

A continuación citamos algunas de las acciones en productos que por sus características de uso y consumo inciden en la protección de la salud de la población marginada:

Agua potable

La contaminación microbiana y química del agua es especialmente importante para la salud.

En 1988 sólo 76% de la población recibía agua entubada. La ampliación o instalación de nuevos sistemas de abastecimiento en 1994 lograron que 86.2% de la población, más de 74 millones de habitantes estén abastecidos de agua entubada. En poblaciones menores de 5 mil habitantes se alcanzó 57.7 % de cobertura. En este universo se ejerce vigilancia sanitaria para determinar su adecuada cloración.

El monitoreo de cloro residual pretende identificar los sistemas de abastecimiento de agua que no están operando adecuadamente y buscar la solución inmediata por parte de los organismos operadores en los municipios del país.

Aflatoxinas en maíz

Son producidas por hongos del género *Aspergillus* que se desarrollan en diversos granos de cereales y leguminosas. Se ingieren con alimentos y al ser absorbidas por la mucosa intestinal, llegan al hígado, riñones, vías biliares y sistema nervioso, donde se acumulan.

Los mexicanos somos consumidores de maíz, sustrato apropiado para el desarrollo de hongos productores de aflatoxinas. El riesgo de consumir niveles peligrosos de estas sustancias debe ser minimizado estableciendo límites máximos.

Hace seis años se identificó la presencia de toxinas en la cosecha de maíz en el norte del país. El grano tuvo que ser decomisado y destinado al uso industrial. Derivado de esto, se estableció un

programa de vigilancia y control de aflatoxinas en el maíz, con la participación de varias dependencias de gobierno federal y con el objetivo de proteger la salud pública. Se diseñó un paquete tecnológico que abate las condiciones de riesgo para los cultivos, utiliza variedades resistentes de semilla y evita situaciones tensionantes en la planta, considera las condiciones del cultivo, el análisis, la clasificación, la verificación, el almacenamiento y la movilización del grano.

Los cultivos en las zonas identificadas como de riesgo, son sujetos de monitoreo en el campo, en la cosecha y en la reciba, de tal suerte que el maíz que no resulta apto para el consumo humano es asegurado, clasificado, pigmentado y destinado al uso pecuario o industrial.

Yodación y fluoración de la sal

El yodo es indispensable para la síntesis de tiroxina en el organismo, su deficiencia se manifiesta por un aumento en el tamaño de la glándula tiroidea. En etapas tempranas del crecimiento impide un desarrollo normal del sistema nervioso, dando lugar a trastornos neuromusculares, retraso mental, enanismo, aumento de riesgo de sordomudez y diversos grados de retraso psicomotor. En mujeres embarazadas da lugar a aumento de riesgo de mortalidad perinatal y de abortos espontáneos.

Por otro lado, el flúor no parece ser necesario para el metabolismo, pero su presencia en el organismo confiere protección a los dientes al bloquear la acción de las enzimas bacterianas responsables de la caries.

La sal ha sido el mejor vehículo para proveer de yodo y flúor a la población y contribuir en la prevención de las enfermedades por deficiencia de yodo y de la caries dental. En 1991, se confirmó el aumento de comunidades con deficiencia de yodo; se realizó un sondeo que indicó que sólo 25% de la sal cumplía con la norma de yodo.

Las acciones de regulación reconocieron las causas del incumplimiento y se observó que la sal es un producto con distribución suficiente, pero que en áreas de pobreza extrema la gente roba para su consumo la destinada al uso animal.

Con la participación de los industriales se ofreció asesoría a los productores y se elaboró la norma oficial mexicana que incluye la yodación obligatoria de la sal para consumo pecuario.

Hoy más de 90% de la sal para consumo humano está cumpliendo con la norma de yodo y la evaluación del flúor observa que se pasó de un cumplimiento de 1% a mediados de 1991 a 49% en 1995.

Leche

La leche es otro alimento básico para la población, particularmente para la infantil, que si no es procesada y manejada adecuadamente constituye un medio de crecimiento propicio para microorganismos.

La vigilancia sanitaria de la leche en 1992 mostró que 49% de las muestras tenía coliformes totales y 13% la presencia de fosfatasa positiva, lo que indica pasteurización deficiente.

Se ha hecho un esfuerzo en el desarrollo de tecnología de verificación sanitaria y capacitación de los recursos humanos. El nivel técnico se ha mejorado para identificar las condiciones en el proceso que pueden representar riesgo.

Se ha aplicado la vigilancia sanitaria con enfoque de riesgo a todas las plantas pasteurizadoras del país. El resultado se notifica al particular, para que tenga posibilidad de corregir y se obliga a la empresa a mejorar su operación.

Este ejercicio se encuentra en desarrollo en todo el país y los datos obtenidos por muestreos representativos en la zona metropolitana de la ciudad de México, de mayo 1994 a abril 1995, indican que 6% de las muestras tenían coliformes totales y 0% mostraron fosfatasa positiva, lo que traduce ya una mejoría de calidad sanitaria.

Adición de ácido fólico a la harina de trigo

Dietas deficientes en ácido fólico, inadecuada absorción a nivel intestinal, o un aumento no compensado de los requerimientos producen problemas de salud.

La deficiencia durante el embarazo es una condición crítica que produce trastornos en el desarrollo del sistema nervioso del embrión. Esta condición incluye entre otras, la anencefalia.

Estudios realizados en la frontera norte establecen que el principal factor de riesgo en los defectos de tubo neural es la deficiencia de ácido fólico en mujeres embarazadas. Otros estudios en el resto del país han ofrecido resultados similares.

Para contribuir en la solución de este problema, se consideró la adición de ácido fólico en la harina de trigo, ya que la experiencia mundial está encaminada a la adición en cereales industrializados que no están al alcance de esta población, por lo que, para poder hacerla realidad en pan, tortillas, galletas y pastas, que son alimentos de gran consumo, se desarrolló un programa encaminado a establecer los principios a nivel industrial, evaluar el contenido residual en harina adicionada, así como en el pan. Los resultados experimentales obtenidos, están siendo analizados para confirmar que no existe pérdida de ácido fólico durante la panificación y que por lo tanto, la harina de trigo es un vehículo apropiado para el aporte de este nutrimento. Se está por confirmar la dosis de adición y los métodos analíticos que permitan su vigilancia para establecerla disposición por medio de una norma oficial mexicana.

Plomo

El plomo tiene en el organismo un efecto tóxico particularmente grave cuando el consumo de productos contaminados con este metal es regular. Puede causar mielopatías y anemias, daños permanentes en el sistema nervioso como retraso mental en niños, daños al riñón, al hígado, al sistema reproductor, cardiovascular, inmunológico y desórdenes gastrointestinales, en efectos mayores en los organismos inmaduros y, en casos extremos hasta la muerte.

Una de las principales fuentes de contaminación por este metal son los envases para alimentos sellados con soldadura de plomo-estaño.

En los alimentos enlatados, el plomo contenido en el cierre de la lata puede ser lixiviado por el medio ácido durante el almacenamiento, incrementando el contenido de plomo en el producto. Para reducir esta fuente de plomo, se convocó a los fabricantes de envases metálicos y a los de conservas enlatadas para substituir el uso del cierre plomo-estaño por el de acero. El compromiso fue cumplido en el lapso de tres años. Muestreos realizados y visitas a las fábricas de envases metálicos indicaron ya la ausencia de envases con soldadura plomo-estaño en todo el país.

Plaguicidas

Son utilizados en la producción agrícola, forestal y pecuaria para reducir las pérdidas ocasionadas por diversas plagas que atacan a los cultivos y de no seguirse procedimientos adecuados de aplicación, éstos pueden permanecer en los alimentos, constituyendo un problema de salud pública.

El uso y manejo incorrecto de plaguicidas se manifiesta por intoxicaciones agudas de grado diverso y por efectos nocivos a mediano y largo plazo.

Se han implantado mecanismos para la regulación de los plaguicidas, orientados a evaluar el potencial tóxico de las formas que se utilizan contra el efecto benéfico que pueden ofrecer, lo que permite fijar reglas para su uso, manejo y disposición final para contribuir a que los residuos que estos productos dejan en los alimentos se mantengan en los límites permitidos.

Cultivos de productos **hortícolas** de consumo crudo

Diversos estudios indican la reiterada presencia de coliformes y gérmenes patógenos en los alimentos. De las principales fuentes de contaminación, se distinguen las hortalizas usadas como ingredientes en las salsas, sobre todo las de hojas verdes. Amibiasis, shigelosis, tifoideas, salmonelosis y hepatitis son algunas de las enfermedades que pueden ser reducidas si de alguna manera puede

prevenirse el contacto de la parte comestible con las aguas negras.

México es un país con escasez de agua para el riego de sus campos agrícolas. Disponer de aguas negras para la siembra de hortalizas posibilita un cultivo redituable y una tentación riesgosa, aunque exista una norma que prohibe el cultivo de hortalizas con aguas residuales.

Para hacer cumplir esta disposición se identifican los distritos de riego y se establece la vigilancia sobre cultivos. Se trabaja en el desarrollo de tecnologías que permitan la utilización de este insumo sin que entre en contacto con el cultivo. Se ha iniciado la evaluación del comportamiento de la norma, para adecuarla capitalizando las experiencias y mejorar la vigilancia de su cumplimiento.

Conclusión

Hablar de desarrollo regional en salud en las zonas marginales, es referirse a círculos viciosos que se reproducen y eternizan entre los que menos tienen. No es tarea sencilla determinar las interrelaciones entre las causas de los problemas y sus efectos. Para atenderlo, se requiere: el análisis de la información disponible así como identificar con sensibilidad los equilibrios que mantienen vigentes esos círculos viciosos; trazar la estrategia de solución tratando de sumar esfuerzos concertando entre las partes involucradas y establecer líneas de acción fundamentadas en la fuerza de la Ley; trabajar congruentemente en éstas y diseñar sistemas de información, para conocer la evolución del sistema social afectado, tomar decisiones y, si es necesario, corregir el rumbo.

Para el desarrollo regional en salud en las zonas marginales, el mejoramiento de las condiciones de higiene es la tarea a realizar. Los recursos de que dispone la sociedad frecuentemente son limitados y las soluciones inmediatas no son siempre suficientes ni duraderas. El ataque a estos problemas debe ser integral y ligado al progreso del país en su conjunto. Conciérneme a la Secretaría de Salud ser un agente promotor y regulador. Las herramientas que posee, son las del control sanitario.