



CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, EDUCATIVAS, SOCIALES, ECONÓMICAS Y MEDIO AMBIENTALES DE LA CIUDAD

De manera muy breve se presentó en el primer capítulo, el perfil de la ciudad en las áreas de población, educación, vivienda, empleo, economía y medio ambiente con la intención de presentar una visión ecosistémica que reconozca una serie de variables macro económicas y sociales que afectan, o pueden afectar de manera directa e indirecta, la salud de la población en sus dimensiones individual, familiar y social.

- ◆ A través de este resumen observamos que Ciudad Juárez se encuentra sometida a una tremenda presión como consecuencia de su crecimiento de población, presión en donde la demanda de la población ha rebasado en términos de infraestructura, vivienda, empleo, educación y salud, la capacidad que tiene la ciudad (y sus instituciones) para satisfacerla de manera apropiada. Además, considerando la tendencia del crecimiento de población, podemos observar un panorama en donde se continuará afectando de manera negativa el medio ambiente, la salud, la seguridad pública y la calidad de vida de la población.
- ◆ Entre las consecuencias negativas que ha traído para la ciudad el crecimiento de población destacan: el crecimiento anárquico y horizontal de la mancha urbana; las carencias de infraestructura y servicios públicos en las áreas de pavimentación, vialidades, redes de agua potable y drenaje, transporte urbano, comunicaciones; y el incremento de la contaminación ambiental. Además en los últimos años se ha demostrado que la infraestructura educativa ha sido rebasada y que no tiene la capacidad para responder a la demanda de educación, especialmente la relacionada con la educación media, mediasuperior y superior, y por último, la capacidad de la infraestructura con la que cuenta la ciudad para satisfacer la demanda de salud de la población, también ha sido rebasada.



- ◆ El bajo nivel de escolaridad de la población, afectado por la migración y por una alarmante tasa de deserción escolar, aunado a una población mayoritariamente pobre, constituyen variables que por su naturaleza afectan el acceso a los servicios de salud y limitan la adopción de medidas preventivas que puedan sustentar de manera eficaz, la salud de la población.
- ◆ Los bajos niveles de ingreso familiar, la pérdida del poder adquisitivo del ingreso, las presiones económicas y sociales, la inhabilidad de un gran sector de la población para satisfacer sus necesidades básicas, el stress que genera la creciente densidad de población, el hacinamiento, la falta real de oportunidades de desarrollo, los problemas de identidad y arraigo derivados de la intensa migración, aunados a otros de los factores antes mencionados, forman el caldo de cultivo propicio para que se desarrolle una actitud que trastoca los valores humanos y promueve la violencia en todas sus dimensiones, repercutiendo en la seguridad y en la salud individual, familiar y social.
- ◆ Por otra parte, los problemas de acceso de un sector de la población a agua potable y a las redes de drenaje, constituyen factores que pueden afectar la salud de esta población en particular, y como consecuencia del fecalismo ambiental, de la construcción inadecuada de letrinas, de la contaminación de los mantos friáticos y de alimentos, también pueden afectar la salud de otros sectores de la población. La contaminación del aire por las fuentes fijas y móviles, la falta de pavimentación, la producción indiscriminada de desechos sólidos, la cual creció en más de un 26% en los últimos cinco años llegando a producir más de 1,100 toneladas diarias de basura, aunada a la inadecuada disposición de desechos orgánicos y biológicos, son factores que también repercuten en la salud de la población.
- ◆ La contaminación ambiental del aire, el agua y la tierra afecta la salud de la población contribuyendo a la manifestación de enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales, daños de órganos vitales como el hígado, el riñón, el cerebro, la piel, e incluso llegando a provocar diversos tipos de cánceres y de malformaciones congénitas.
- ◆ De seguir creciendo la población al ritmo actual (5.34%), en un plazo de 20 años la ciudad contará con 3.6 millones de habitantes. aún y cuando este crecimiento generará, en el futuro próximo, mayores presiones que las actuales para responder con eficacia a las necesidades y demandas de la población, es importante hacer notar que en la actualidad, la ciudad está



sometida a presiones suficientemente importantes, que le impiden responder de manera adecuada a las necesidades y demandas de una población que ya nació y que ya ha echado sus raíces en esta ciudad. Por ejemplo, durante los próximos 20 años, ciudad Juárez tendrá que crear 28,748 nuevos empleos por año para satisfacer la demanda de la población que se estará incorporando a la vida productiva y de aquella población que migra a la ciudad año con año. en este contexto debemos recordar que durante 1997 se crearon en todo el estado de chihuahua un total de 14,194 nuevos empleos¹ y que ciudad Juárez ha tenido la capacidad de crear un promedio de 12,000 nuevos empleos por año durante los últimos tres años. también y sin considerar el rezago que existe de más de 40,000 viviendas, la ciudad tiene la presión de construir un promedio de 14,379 viviendas nuevas por año para satisfacer la demanda de la población que se está incorporando a la vida productiva y la de la población que año con año está migrando a la ciudad. en este contexto, también debemos recordar que la ciudad ha tenido la capacidad de construir un promedio de sólo 5,500 viviendas por año² durante los últimos tres años años.

- ◆ En resumen y como conclusión, no se puede asegurar la salud de la población si se dejan de tomar en cuenta, con una visión ecosistémica, los factores demográficos, educativos, sociales, económicos y medioambientales dentro de los cuales vive y se desarrolla la población y dentro de los cuales se gesta su salud.
- ◆ En este sentido, el 81% de las 495 personas entrevistadas, coincidieron que el principal problema de salud de la ciudad lo constituyen los factores demográficos, educativos, sociales, económicos y medio ambientales en donde vive y se desarrolla la población. Cuando se les cuestionó con respecto de cuáles eran las principales carencias para la atención de la salud en la ciudad, el 83.4% de los entrevistados, volvió a coincidir en el interjuego de estos factores.

¹ Sexto Informe de Gobierno, C. Gobernador del Estado, C. Francisco Barrio Terrazas, 1998

² Anuarios estadísticos del Estado de Chihuahua, 1992-1997. INEGI



INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La ciudad cuenta con:

- ❑ 30 unidades de consulta externa (27 del sector público, una del sector privado y dos del sector social).
 - ❑ 802 consultorios médicos privados.
 - ❑ 201 unidades de enfermería y servicios médicos dentro de las plantas de la industria maquiladora.
 - ❑ 54 hospitales (nueve del sector público, 42 del sector privado y tres del sector social).
 - ❑ 1,476 consultorios médicos.
 - ❑ 1,476 camas hospitalarias (1,336 censables y 140 no censables).
 - ❑ 78 quirófanos, 54 salas de expulsión y 42 camas de labor.
- Aún y cuando los lugares para la prestación de servicios de salud son en general, lugares de destino, el 39.5% de los consultorios de médicos generales, el 75.8% de los consultorios de los médicos especialistas y el 47.1% de las unidades de consulta externa, clínicas y hospitales, la mayoría en todos los casos, se encuentran ubicados en la zona geográfica #1, hecho que hace que existan problemas de acceso geográfico a los servicios de salud para un importante sector de la población de la ciudad.
- Existen áreas geográficas en la ciudad que concentran una gran cantidad de población y que cuentan con una muy pobre infraestructura de salud, tal es el caso de las zonas tres, cuatro y cinco. Además, de manera específica, la zona dos no cuenta prácticamente con especialistas.
- El estudio revela que menos de la mitad de las unidades de consulta externa, de las clínicas y de los hospitales de la ciudad cuentan con el equipo diagnóstico básico (laboratorio de análisis clínicos, rayos X, ultrasonografía, electrocardiogramas y mamografía).



- Un porcentaje importante de las clínicas y hospitales (del 21 al 48%) no cuentan con el equipamiento necesario que asegure la prestación de servicios de salud con calidad.
- El desarrollo de más del 56% de la infraestructura de servicios de salud de la ciudad se ha dado en los últimos 10 años, hecho que hace una infraestructura joven. Este factor aunado a circunstancias económicas, sociales y culturales, y a actitudes y conductas que de ellas se desprenden, explican, al menos en parte, los problemas de equipamiento básico que sufre un porcentaje elevado de las clínicas y hospitales de la ciudad.
- La gran mayoría de las clínicas y hospitales de la ciudad (62.5%) son unidades pequeñas, es decir, cuentan con una a 14 camas. Sólo el 14.6% (8) tienen 50 camas y más. Al respecto es importante mencionar que estos ocho hospitales concentran más del 50% del total de camas de la ciudad (tres del sector público, cuatro del sector privado y uno del sector social).
- El 63.3% del total de las camas hospitalarias se concentran en la zona geográfica #1. Este hecho hace que se puedan presentar para la población, problemas de acceso geográfico a estas unidades hospitalarias. Sólo el 6.5% del total de las camas hospitalarias se ubican en las zonas geográficas # 3 y #5.
- En 1998 Ciudad Juárez contaba con 685 habitantes por cama hospitalaria, cifra que rebasa en más de 38% el promedio de habitantes por cama hospitalaria registrado para el país y para el Estado de Chihuahua. Considerando un promedio ideal de 333 habitantes por cama hospitalaria (promedio registrado para San Diego, California en 1995), la ciudad ya tenía un rezago de 1,562 camas hospitalarias o 15.6 hospitales con 100 camas (existían en la ciudad, en 1998, sólo tres hospitales con 100 camas y más).
- De acuerdo a las proyecciones de población 1998-2020, en sólo 21 años más la ciudad tendrá un déficit de 5,559 camas hospitalarias, es decir, 56 hospitales con 100 camas. Considerando, de manera muy conservadora, que un hospital con 100 camas, completamente equipado, costaría en promedio 7 millones de dólares americanos, se requeriría una inversión mínima de 392 millones de dólares americanos para cubrir el rezago de camas de la ciudad, siempre y cuando, en el mismo período, se hayan invertido 266 millones de dólares para construir un total de 3,800 camas (38 hospitales de 100 camas), cifra que aseguraría, por lo menos, el número de camas hospitalarias por habitante que había en 1998 y continuado la tendencia de crecimiento



observada en los últimos 10 años. En resumen, para que Ciudad Juárez alcance el número ideal de 333 habitantes por cama hospitalaria en el año 2020, tendrá que invertir un mínimo de 658 millones de dólares americanos para establecer 9,335 camas hospitalarias más.

- Para que se entienda el rezago de camas hospitalarias de manera más clara, presentaremos un ejemplo concreto: si las 174 camas hospitalarias disponibles en la ciudad durante 1998 para ginecología y obstetricia, se dedicaron a la atención de los 27,636 nacimientos que ocurrieron en la ciudad (1º. de julio de 1997 al 30 de junio de 1998), cada cama durante el año, albergó un total de 159 mujeres puérperas (en post-parto). Si cada una de ellas hubiera estado en el hospital un promedio de 1.74 días (en promedio 24 horas para los partos vaginales y 72 horas para las cesáreas), la sola atención de los nacimientos hospitalarios, hubiera ocupado el 75.8% de la disponibilidad de camas para ginecología y obstetricia durante el año, dejando únicamente 41 camas en total, para atender los problemas ginecológicos y otros problemas obstétricos de más de 400,000 mujeres mayores de 12 años, que llegaran a requerir de hospitalización, reflejando un rezago de 584 camas hospitalarias a la cifra actual de 685 habitantes por cama. Este análisis muestra de manera objetiva el rezago que existe en camas hospitalarias para ginecología y obstetricia, mismo que se exacerbará de manera considerable en los próximos 21 años (2020) en donde proyectamos que se estarán atendiendo más de 84,133 nacimientos por año, el triple de la cifra de nacimientos atendidos durante 1998 y los problemas ginecológicos y otros problemas obstétricos de más de 1.2 millones de mujeres mayores de 12 años (un rezago de más de 2,153 camas considerando la cifra de habitantes por cama de 1998).
-



INFRAESTRUCTURA HUMANA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- ❖ Probablemente por motivos predominantemente económicos (ingresos), y en algunos casos por motivos académicos, cada uno de los 1,663 médicos de la ciudad, tiene en promedio 1.28 trabajos. Existen en la ciudad 1.8 médicos especialistas por cada médico general. Sin embargo, por razones económicas, esta relación se invierte en las zonas geográficas “pobres” de la ciudad (#2, #3 y #4).
- ❖ Mientras que el sector público y social tienen los promedios más elevados de médico por consultorio (4.8 y 3.9), el sector privado y social son los que tienen los más elevados promedios de médico por cama hospitalaria (1.8 y 1.7). El sector público, considerando sólo los médicos que trabajan en clínicas y hospitales tiene, apenas, un promedio de 0.8 médicos por cama.
- ❖ Las zonas geográficas de la ciudad más pobres son las que tienen el menor promedio de médicos por cama hospitalaria, reflejando como la economía y los recursos afectan cualitativamente esta relación. Aunque en los Estados Unidos de América, San Diego, California y El Paso, Texas, la relación de médicos por cama es menor que la observada en las zonas pobres de Ciudad Juárez, ésta se explica porque en nuestro vecino país existe un número considerablemente mayor de camas hospitalarias por habitante y por médico.
- ❖ En 1998 Ciudad Juárez contaba con 608 habitantes por médico (1,663 médicos). Esta cifra indica que la ciudad cuenta con 52% menos médicos que la media de médicos por habitante registrada en los países industrializados. Considerando la cifra ideal de habitantes por médico (400), en 1998 ya existía un rezago de 866 médicos. Este rezago aumentará 3.6 veces, a 3,083 médicos en sólo 21 años más, siempre y cuando el número de médicos en la ciudad haya crecido a la tasa de 1998, es decir, de 1,663 en 1998 a 5,917 en el año 2020 (4,254 médicos). La Universidad Autónoma de Ciudad Juárez está produciendo en promedio, un máximo de 50 médicos por año, cifra que satisface sólo el 15% de las necesidades de médicos que se requerirán para el año 2020. Esto implica que la ciudad al no tener la capacidad para satisfacer su necesidad de médicos, tendrá que promover la inmigración de estos profesionistas de otras partes del país.



- ❖ La ciudad cuenta con un total de 1,542 enfermeras, cifra que da una relación en 1998 de 656 habitantes por enfermera y que coloca a Ciudad Juárez por abajo de la media nacional y de la media del estado. De éstas casi la mitad, el 43.5%, son auxiliares de enfermería.
- ❖ Cada enfermera que trabaja en la ciudad tiene en promedio 1.5 trabajos. Esto se explica por dos motivos fundamentales, por la escasez real de este tipo de profesionales de la salud en la ciudad y por motivos económicos (bajos ingresos). Esto último se confirma al revisar el promedio de trabajos por enfermera de acuerdo al nivel de preparación: mientras que las auxiliares de enfermería, nivel con los más bajos ingresos en el campo, tienen 1.63 trabajos, las enfermeras con especialidad tienen 1.23 trabajos.
- ❖ Para contextualizar la escasez de este tipo de profesionales de la salud podremos mencionar que mientras que el país y en el Estado de Chihuahua hay 1.35 y 1.6 enfermeras por médico respectivamente, en la ciudad hay sólo 0.9 enfermeras por médico, es decir, se da el caso en donde existen más médicos que enfermeras. Además, en diversos puntos de los Estados Unidos de América esta cifra fluctúa entre 3 y 8 enfermeras por médico.
- ❖ La escasez real de enfermeras se manifiesta de varias maneras: a) es el grupo de profesionales de la salud con más alta rotación. b) es el grupo que más promedios de trabajos tienen por individuo. c) Ciudad Juárez es de las pocas ciudades de la república mexicana en donde hay más médicos que enfermeras. y d) el rezago en 1998 ascendía a 3,728 enfermeras, rezago que considera una tasa de 192 habitantes por enfermera.
- ❖ Aún y cuando el número de enfermeras continúe creciendo a la tasa de 1998, alcanzaremos a tener en el año 2020 sólo 5,478 enfermeras. Si deseamos alcanzar la tasa ideal de habitantes por enfermera, en el año 2020 debiéramos tener en la ciudad un total de 18,750 enfermeras, cifra que indica que el rezago para ese año será de tremendas proporciones: 13,264 enfermeras. En este contexto es importante señalar que las diferentes escuelas de enfermería de la ciudad gradúan, apenas, 118 enfermeras por año, cifra que satisface sólo el 15% de la demanda, mostrando nuevamente la incapacidad de la ciudad para satisfacer la demanda que tiene de este tipo de profesionistas de la salud.



- ❖ En 1998, el sector salud de la ciudad generaba 11,307 empleos de los cuales el 69% eran empleos directos y el 31% indirectos, es decir por cada dos empleos directos se generaba un empleo indirecto. El 2.5% del total de los 458,258 empleos³ que había en la ciudad en 1998.

- ❖ De manera general, por cada prestador de servicios de salud, hay 1.09 empleados administrativos. De los tres sectores, el sector social es el que menos carga burocrática tiene, es decir, por cada 2.21 prestadores de servicio existe un empleado administrativo. En el sector público hay por cada 1.2 prestadores de servicio, un empleado administrativo, casi el doble de la carga burocrática del sector social.

³ Perfil de la Frontera México Estados Unidos, 1998. INFOMEXUS



USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- De acuerdo al estudio, las instituciones proporcionaron atención a 1,052,400 usuarios, es decir, al 89% del total de los habitantes de la ciudad. Sin embargo, si a esta cifra restamos las personas atendidas en la ciudad radicadas en los Estados Unidos de América (69,481 personas), podemos inferir que el sector salud de la ciudad cubrió con servicios al 83% de la población total. Teóricamente el 100% de la población total del área urbana de Ciudad Juárez, debe tener acceso a los servicios de atención médica. La cobertura de población referida por las instituciones de salud de la ciudad indica que el 17% de la población de Ciudad Juárez no requirió de servicios médicos durante el año que cubrió el estudio, y que no tuvieron acceso a los programas de medicina preventiva de las diversas instituciones de salud de la ciudad.
- Del total de la población usuaria el 53% fue cubierto por el sector público, el 31% por el privado y el 16% por el sector social. Estas cifras destacan la importancia que tienen en la procuración de salud los tres sectores participantes, destacando la labor voluntaria y no lucrativa del sector social.
- De la población proveniente de los Estados Unidos de América, el 48% fue atendida en las instituciones del sector público, el 33% en el sector privado y el 19% en el sector social. El costo, la calidad de atención y las afinidades socioculturales consideramos son, para la mayoría de las personas residentes en los Estados Unidos, los principales motivos por los que buscan la atención en esta ciudad.
- Llama la atención el número tan importante de personas residentes en los Estados Unidos de América atendidas por el sector público de la ciudad (33,421 personas por año), cuyo costo de atención, es sufragado por los impuestos de los mexicanos.
- La mayoría de la población atendida (60.2%) tiene ingresos mensuales que los sitúan por abajo de la línea de la pobreza, hecho que coincide con el perfil de ingresos en la ciudad en donde el 64.3% tiene ingresos mensuales inferiores al salario mínimo.



- Mientras el 31.2% de los usuarios tienen ingresos entre los 3 y 10 salarios mínimos, el perfil de ingresos muestra que el 30.5% de la población de la ciudad tiene este nivel de ingresos. Una situación similar se observa en aquellos con más de 10 salarios mínimos.
- De los tres sectores el que mayor porcentaje de población de escasos recursos atendió (ingresos de menos de tres salarios mínimos) fue el sector social con el 87% del total de sus usuarios. En esta situación económica se encontraba el 74% de los usuarios del sector público y el 24% de los usuarios del sector privado. Esta última cifra refleja muy probablemente la intensidad de la labor social del sector privado, el cual como sabemos, persigue fines de lucro.
- La distribución de los usuarios por edad fue muy similar a la distribución de la población considerando los mismos rangos de edad.
- La mayor concentración de usuarios (41.2%) tenía entre 20 y 59 años de edad. Llama la atención que el 19% de los usuarios, eran adolescentes (12 a 19 años de edad), población frecuentemente descuidada por el sector salud. Casi 3 de cada 10 personas atendidas son niños y el 11%, son personas en la tercera edad, porcentaje que esperamos se incrementará en los próximos años, en la medida en que se dé con mayor intensidad la transición demográfica y se refleje de manera más clara el envejecimiento en la pirámide de población.
- Es importante destacar que a partir de los 12 años, en el sector salud se atienden predominantemente mujeres: 1.5 mujeres por cada hombre. Este hecho se pudiera explicar, probablemente, porque la mujer tiene mayor conciencia del cuidado de su salud y porque ha adoptado más fácilmente que el hombre, una cultura de prevención.



SERVICIOS MEDICOS

- ⇒ En el período que comprendió el estudio (un año), se prestaron en la ciudad un total de 6,847,971 servicios médicos. De este total, el 94% fueron servicios médicos de consulta externa y el 6% fueron servicios médicos hospitalarios. Del total referido, el 55.2% (3,778,936 servicios) fueron proporcionado por las instituciones del sector público; el 36.1% (2,475,418 servicios) fueron prestados por el sector privado; y el 8.7% del total de servicios (593,615) los impartió el sector social.
- ⇒ Al revisar los promedios de servicios por año y por unidad observamos que las instituciones del sector público prestaron en promedio 179,949 servicios médicos por unidad, el sector privado 2,367 servicios por médico y el sector social 118,723 servicios por unidad. Este último, proporcionó el 66% del promedio registrado por las unidades del sector público, cifra que se hace relevante cuando se comparan presupuestos de operación de ambos sectores.
- ⇒ Considerando el total de usuarios y el volumen de servicios por año y por sector, notamos que mientras el sector público presto un promedio de 6.8 servicios por usuario y por año, el sector privado y el social proporcionaron respectivamente, en promedio, 4.6 y 3.6 servicios por usuario y por año. Estas diferencias se explican por varios factores: a) la extensión de cobertura de poblaciones por cada sector. b) el acceso “sin costo” para el usuario a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pensiones Civiles, Servicios Médicos Municipales y Servicios Médicos de la UACJ). c) el alto volumen de servicios prestados de medicina preventiva, sobre todo, por las unidades del IMSS. d) la alta participación de las enfermeras del IMSS en la prestación de servicios de medicina preventiva. y e) factores económicos que facilitan o no el acceso de la población a los servicios médicos de las instituciones de asistencia social del sector público y a las de los sectores privado y social.



- ⇒ El promedio más elevado de servicios por usuario en la consulta externa lo tiene el sector privado debido, probablemente, a la participación de la industria maquiladora con servicios sin costo para sus empleados y a factores de orden económico.

- ⇒ Las enfermeras del sector público con un promedio de 2.31 servicios de medicina preventiva por enfermera, por usuario y por año, tuvieron una destacada participación en el sistema de prestación de servicios de la consulta externa. Las enfermeras del sector privado prestaron 1.72 servicios por enfermera por usuario y por año. Las enfermeras con la participación menos activa en el sistema de prestación de servicios fueron las del sector social con un promedio de 0.79 servicios por enfermera, por usuario y por año. Esto se explica, probablemente por: a) la variable de la disponibilidad del recurso de enfermería, el cual es mucho mayor en el sector público. b) las políticas institucionales de participación en los programas de medicina preventiva y de la participación de las enfermeras en el sistema de prestación de servicios de medicina preventiva. y c) la naturaleza del trabajo médico de las instituciones, por ejemplo, dentro de las instituciones del sector social está la Cruz Roja la cual enfoca su atención, de manera prioritaria, a las urgencias y el CRAEMAC que enfoca su trabajo a la atención de enfermos mentales.

- ⇒ Al evaluar la productividad general (servicios médicos totales) por médico y por día notamos que las instituciones del sector social fueron más productivas al prestar, en promedio, 16.03 servicios por día. Los médicos de las instituciones del sector público y privado proporcionaron, respectivamente, 14.9 y 9.5 servicios médicos por día.

- ⇒ Es importante destacar que los servicios médicos de consulta externa de las plantas maquiladoras proporcionaron en un año un total de 954,187 servicios, el 14.8% del total de los servicios de consulta externa proporcionados en la ciudad.



- ⇒ El 35.5% del total de los servicios médicos de consulta externa fueron en el área de la medicina preventiva, hecho que hace que estos tuvieran un peso relativamente importante en este nivel de atención. Del total de servicios de consulta externa el 41% de servicios del sector público fue en el área de la medicina preventiva, destacando sobre los otros dos sectores estudiados. Este resultado obedece, en gran parte, a la participación del IMSS en el campo de la prevención. El 33% del total de los servicios de consulta externa del sector social, fueron servicios de medicina preventiva.

- ⇒ Las instituciones más activas en la prestación de servicios de consulta externa fueron las unidades de consulta externa, en donde destacan de manera preponderante las unidades del IMSS.

- ⇒ Aún y cuando el sector público prestó un volumen considerablemente mayor de servicios de control médico prenatal, control postnatal, control de niño sano, servicios de planificación familiar, detección oportuna de cáncer mamario y detección oportuna de cáncer cérvico uterino que el sector social, al analizar este rubro por unidad notamos, que mientras el sector público prestó un promedio de 13,362 servicios por unidad, el sector social proporcionó en promedio 35,786 servicios por unidad. Por otra parte, al comparar la prestación de otros servicios de medicina preventiva entre el sector público y el social (detección oportuna de diabetes e hipertensión, control de peso y talla, control de tuberculosis y desparasitación), el sector público presta 53% más servicios que el sector social. Estas diferencias se explican por el énfasis que cada sector impone sobre algunos servicios de medicina preventiva, en donde el sector social se destaca por la atención que le da a la salud materno-infantil y reproductiva y el sector público en la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas e infecciosas.

- ⇒ En el área de la productividad médica de la consulta externa se destaca que mientras el sector social tiene un 62% del uso de su capacidad instalada, el sector público y el privado tienen, respectivamente, un uso de capacidad instalada por médico del 59% y del 39%. Cifras que muestran que los tres sectores tienen aún campo para aumentar su volumen de prestación de servicios, sin que éste llegue a afectar la calidad de atención.

- ⇒ De manera específica en el sector público, mientras que las unidades de consulta externa tienen saturado el uso de su capacidad instalada, sus clínicas y hospitales usan el 23% de dicha capacidad para la prestación de servicios de consulta externa.



- ⇒ Lo anterior indica que mientras las unidades de consulta externa requieren de aumentar su planta de prestadores de servicios y probablemente, de aumentar su infraestructura física para la prestación de servicios de consulta externa a fin de evitar que la calidad de atención se deteriore, las clínicas y hospitales enfrentan problemas de poca productividad, los cuales no se explican por la carga que tienen de trabajo hospitalario.
- ⇒ En promedio, los médicos del sector público prestan 0.78 servicios hospitalarios por día, el sector privado 0.002 y el social 1.08 servicios hospitalarios por día. Como se ve, de manera general esta productividad no tiene porque afectar la productividad de la consulta externa en los hospitales del sector público la cual es apenas del 23%.
- ⇒ El uso de la capacidad instalada de los consultorios médicos privados (médicos especialistas y generales), es apenas del 20%, cifra que indica poca productividad, explicada muy probablemente por problemas de acceso económico, es decir, la población en general no tiene el recurso económico para acceder a los servicios médicos privados de consulta externa.
- ⇒ En el sector social, el uso de la capacidad instalada de su planta de médicos, en sus unidades de consulta externa y en sus clínicas y hospitales excede el 60%.
- ⇒ Sin el equipamiento ni la capacidad instalada que tienen las instituciones del sector público, comparadas con las del sector social, éstas realizan en promedio por unidad, el 77.2% del total de los estudios de laboratorio de análisis clínicos que procesan en promedio las unidades del sector público.



- ⇒ De manera general, a los usuarios del sector público y privado les hacen, respectivamente, 2.8 y 1.8 veces más estudios de laboratorio, que a los usuarios del sector social. Esto puede explicarse por varios factores: a) las rutinas de atención que impiden individualizar los casos con respecto a la necesidad o no de solicitar estudios de laboratorio. b) la falta de conciencia, para el médico, del costo del servicio de laboratorio. c) factores económicos. d) los modelos de preparación y capacitación médica en donde los diagnósticos de los pacientes se sustentan más en los exámenes paraclínicos que en la propia semiología y clínica.
- ⇒ Del total de 410,759 servicios hospitalarios, el 67.5% fueron proporcionados por el sector público, el 18.8% por el privado y el 13.7% por el social. Al revisar el promedio de servicios médicos hospitalarios por unidad y por sector, notamos que el sector social realiza en promedio, el 61% de los servicios hospitalarios que imparte el sector público, hecho que destaca la importancia del sector social en la prestación de servicios hospitalarios.
- ⇒ El 25.6% del total de los 27,636 nacimientos que ocurrieron en la ciudad durante el año del estudio, culminaron en cesárea. Una relación partos/cesárea aceptable. El sector público fue el que mejor relación partos/cesárea presentó. Llama la atención el alto porcentaje de cesáreas en el sector privado (41.6%) en donde además de razones de orden médico, deben estar participando otros factores como el económico y el manejo, la administración y la disponibilidad de los tiempos de los médicos privados.
- ⇒ Al analizar la relación partos/cesáreas por ubicación geográfica notamos que en general todas las zonas, con la excepción de la dos y la cinco, tienen una buena relación. Llama la atención una relación partos/cesárea totalmente anormal en la zona #5 en donde el 78.2% del total de los nacimientos de la zona terminan inexplicablemente en cesárea.
- ⇒ Considerando un promedio de tres (3) días de hospitalización por paciente hospitalizado, notamos que cada una de las camas de la ciudad tuvo en promedio 80.7 hospitalizaciones, cifra que nos da un 66.3% del uso de la capacidad instalada ($80.7 \text{ hospitalizaciones} \times 3 \text{ días} \times 100 \div 365 \text{ días}$), en un entorno en donde existe un déficit de camas hospitalarias. Este análisis por sector nos indica que el sector público y el sector social tienen saturada su capacidad instalada con un uso, respectivamente del 96% y el 92% de su capacidad.



- ⇒ Se considera que la capacidad instalada está saturada cuando la ocupación excede al 80%. El sector privado tiene un uso de capacidad instalada hospitalaria que llega apenas al 25.6%, cifra que se explica, fundamentalmente por motivos de orden económico, no propiamente de falta de demanda.
- ⇒ Probablemente por la naturaleza del trabajo hospitalario del sector social, además de razones relacionadas con calidad de atención, este sector fue el que registró durante 1997 la mortalidad hospitalaria más baja, cinco y seis veces menor por cada 1,000 servicios hospitalarios que la observada en el sector privado y público.



MORBILIDAD Y MORTALIDAD

- ✓ Dada la concentración de consultorios y unidades médicas en la zona #1, no pudimos realizar, como lo hubiéramos deseado, el análisis de la morbilidad y la mortalidad por ubicación geográfica, ya que dicha concentración impedía presentar, de manera realista, un mapa que reflejara la verdadera distribución geográfica de la misma.
- ✓ De las cuatro causas más importantes de morbilidad en la consulta general destacan dos infecciosas (infecciones gastrointestinales y respiratorias) y dos crónicas degenerativas (diabetes e hipertensión). Cuatro enfermedades que son susceptibles de prevenirse, de manejarse y de controlarse a fin de evitar que lleguen a causar los estragos que están causando en la actualidad en la salud de la población de la ciudad. El 69% y el 60% del total de los entrevistados coincidieron que las infecciones gastrointestinales y la diabetes, respectivamente, son las primeras dos causas de consulta general.
- ✓ La consulta de especialidad, con una mayor dispersión dada la variedad de especialidades médicas, coincidió en las tres primeras causas: infecciones gastrointestinales (28%), infecciones respiratorias (27%) y diabetes (24%). En esta área de trabajo médico la hipertensión ocupó el quinto lugar (16%), junto con los problemas ginecológicos.
- ✓ El 79% de los entrevistados coincidieron que la causa más frecuente en los servicios de urgencias de la ciudad fueron aquellos eventos relacionados con lesiones, fracturas y traumatismos. Esto se explica fundamentalmente por la alta prevalencia que existe en la ciudad de accidentes, accidentes de tránsito y hechos de violencia, eventos, la mayoría de ellos que pueden ser evitados o prevenidos.
- ✓ Coincidiendo con la percepción de la consulta general y de especialidad, las infecciones gastrointestinales y respiratorias constituyen la segunda y la tercera causa de urgencias y la diabetes es la sexta causa más importante.
- ✓ Llama la atención que el 3% de los entrevistados coincidió que la sobredosis por droga constituye una de las causas más frecuentes de urgencia, hecho que nos dice de manera indirecta que la prevalencia del uso y abuso de drogas en la ciudad es elevado.



- ✓ El análisis de las urgencias por ubicación geográfica nos muestra que las zonas en donde se reporta a las lesiones, las heridas y los traumatismos como la principal causa de urgencia, son la zona dos, cinco y tres. Probablemente este resultado se relaciona con la alta prevalencia de accidentes y hechos de violencia que se registran en dichas zonas.
- ✓ También coincidiendo con la percepción general del sector salud, las infecciones gastrointestinales y respiratorias, la diabetes y la hipertensión, son las cuatro causas más frecuentes de hospitalización. El que estas enfermedades estén llegando al hospital y sean además las primeras causas de hospitalización, nos indica que falta mucho trabajo en la detección, prevención, manejo y control de estas enfermedades.
- ✓ De acuerdo a la información proporcionada por clínicas y hospitales, el infarto de miocardio, la diabetes y la insuficiencia renal crónica (probablemente relacionada con la diabetes), son las tres principales causas de muerte, por cierto todas ellas muertes evitables.



PROPOSICIONES DEL SECTOR SALUD PARA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACION DE LA CIUDAD

- De acuerdo a los entrevistados los principales factores que intervienen como un obstáculo para la atención de la salud de la población son en primer lugar (83.4%) los factores demográficos, sociales, educativos, económicos y medioambientales. El 66.4% destaca la falta de infraestructura para la prestación de servicios y el 32.7% destaca la falta de programas de educación y prevención. La falta de personal en general y de personal capacitado, problemas de calidad de atención y la falta de recursos económicos y como consecuencia de insumos para la prestación de servicios, son otros importantes factores que afectan la atención de la salud de la población. Esta visión general, coincide de manera sobresaliente con muchos de los resultados presentados en este estudio.
- Las unidades de consulta externa, las clínicas y hospitales destacan tres carencias que se desprenden de la realidad en que viven y que obstaculizan la atención de la salud. La falta de insumos y recursos, los problemas de equipamiento de las unidades y los problemas de personal (rotación, capacitación y preparación). mencionan otros factores que afectan la calidad de atención, tales como la alta demanda de servicios y problemas administrativos.
- Proponen como alternativas para mejorar la salud de la población: intensificar de la educación directa a los usuarios de los servicios (67%); mejorar la calidad de atención (48%), propuesta que reconoce que existen problemas de calidad de atención; incrementar las medidas preventivas (35%); reducir burocracia, costos y precios (23%); mejorar la infraestructura hospitalaria (20%).
- Proponen también que se mejoren otros aspectos macros como la educación de la población, la urbanización y el medio ambiente.



- Por último, cuando se les solicitó de manera específica cómo podrían ellos o su institución contribuir a mejorar la salud de la población, propusieron alternativas similares. De manera desafortunada, se pudo observar que su grado de compromiso ante la solicitud específica de participación para mejorar la salud de la población, manifestado y medido a través de la diversidad de sus respuestas y del peso de las mismas, disminuyó de manera considerable.

