

Producción y uso de información en la salud en México

César Aburto Galván, M.S.*

Para fines de esta presentación se convendrá que en Salud Pública la información se requiere para planear, ejecutar y evaluar programas cuyos objetivos son controlar, disminuir o erradicar los problemas de salud; más específicamente, las preguntas que un administrador de programas de salud pública podría hacerse con más frecuencia serían:

¿Cuáles son las características relevantes (estructura por edad, sexo, ocupación, etc.) de la población? ¿Cuáles son los daños a la salud de esa población (morbilidad, mortalidad, invalidez)? ¿Cuáles son los recursos disponibles para la salud? ¿Cuáles son las atenciones que está recibiendo la población? ¿Cuál es la eficiencia de los recursos? ¿Cuál es la cobertura de cada tipo de atención? ¿Cuál ha sido la eficacia de los programas?

En relación con la primera pregunta sobre las características de la población la fuente de datos básicos es, naturalmente, el censo de población. La historia censal del país puede establecerse a partir de 1895 y después desde el año 1900, cada 10 años hasta 1980, excepto en 1920 en que se realizó en 1921. Las cifras censales de 1950 fueron calificadas por Naciones Unidas (*Demographic Yearbook*, 1956, página 28) en la V categoría (datos muy crudos) y las de 1960 (*Demographic Yearbook*, 1963, página 20) y las de 1970 (*Demographic Yearbook*, 1973, página 10) en la IV categoría (datos crudos). Tal clasificación, como es sabido, está basada en los valores del índice de Whipple que depende de la estructura por edad. Si se consideran los datos censales en cuanto a cobertura, se han hecho estimaciones de una omisión entre el 4 y el 5 por ciento. Quizá la mayor limitación de estos datos es su publicación tan

*Escuela de Salud Pública, SSA. México, D.F.

tardía pues, por ejemplo, en 1970 el censo fue realizado el 28 de enero y los datos del último estado aparecieron a fines de 1974. En este momento (enero 1982) no se dispone más que de un resumen de datos preliminares basado en una muestra de los datos del censo de 1980.

Otras limitaciones son el número de tabulaciones que se encuentra disponible de cada estado. La discontinuidad de otras (población según ingresos etc.). La falta de comparabilidad de otras más por cambios de definición (población en edad activa, analfabeta, etc.).

Otros problemas relacionados son: la emigración del área rural al área urbana y particularmente al Distrito Federal, que por no conocerse de manera satisfactoria, produce estimaciones intercensales de población, para fines de programación, bastante alejadas de la realidad; lo limitado del número y tipo de publicaciones acerca de las características de la población que favorece la realización de estudios a nivel local por personal con poca o ninguna preparación que frecuentemente genera una actitud de rechazo por parte de los habitantes para investigaciones más serias y de mayores perspectivas.

Las razones para tener esa situación son entre otras: el nivel educacional (para 1980¹ se reportó que el 21.2 por ciento de los habitantes mayores de 15 años son analfabetas); la dispersión de la población (en 1970 hubo más de 80,000 localidades de menos de 500 habitantes); la falta de vías de comunicación 21,000 kilómetros, 65100 pavimentados de carreteras para un área de casi 2,000,000 de kilómetros cuadrados² en

¹Secretaría de Programación y Presupuesto. X Censo General de Población y Vivienda 1980. México, 1981.

²Secretaría de Programación y Presupuesto Agencia Estadística 1980, México 1981.

los Estados Unidos con casi 5 veces más área tienen 30 veces más kilómetros, las características de los enumeradores (reclutados entre ciudadanos que tienen alguna manifestación de interés por participar, que son brevemente adiestrados y que a veces no se presentan el día del levantamiento censal); las preguntas incluidas en el cuestionario censal, que permiten poca o ninguna verificación de los datos obtenidos; la poca participación que tienen usuarios de información en la configuración del cuestionario censal, etc. . . .

Es prematuro el anticipar qué medidas estén o vayan a ser consideradas para mejorar el censo de 1990, pero en términos de factibilidad, no siendo posible cambiar radicalmente el grado de escolaridad de la población en el tiempo que falta para esa fecha, podría considerarse la posibilidad de utilizar personal remunerado y mejor adiestrado como enumeradores y que use un cuestionario de mayor alcance que los anteriores.

Respecto a la pregunta sobre daños a la salud se hará referencia primero a los datos de morbilidad. Se ha hablado de que se pueden utilizar como fuentes de la morbilidad la consulta externa, la hospitalización, los exámenes de salud, el sistema de notificación de padecimientos transmisibles y las encuestas de morbilidad y se harán comentarios a cada una de ellas.

La consulta externa no está produciendo la información esperada porque no se ha logrado implantar dentro de las unidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, un mínimo de datos que quedaran incluidos en una historia clínica uniforme y que fuera de uso general como elemento de un sistema para obtener información sobre morbilidad y porque no se cuenta con suficiente personal que lo maneje. Más difícil sería lograr que existiese un sistema semejante en las

unidades de todas las instituciones que es integrarse en una sola publicación concentradora. En días pasados se adiestró a técnicos en estadística estatales que serán los responsables a su vez de adiestrar a personal auxiliar, en el manejo de un sistema básico de información para el primer nivel de atención que deberá empezar a funcionar en junio en todas las unidades de la SSA. La información que hasta ahora fue publicada por institución y en algunos casos por unidad, se refiere generalmente a consultas por padecimientos y no a casos, situación que con frecuencia se debe a los mecanismos de atención que no favorecen la obtención de un diagnóstico porque los pacientes se han aliviado espontáneamente o por algún tratamiento administrado antes de completar análisis de laboratorio o exámenes de gabinete.

La información de hospitalización tiene en la mayoría de los casos el mismo problema de la falta de un buen sistema de archivo y de captación y elaboración de datos, agravado por insuficiencia de personal adiestrado en registros médicos que mantuviese en operación todos los expedientes de los pacientes atendidos. Las publicaciones existentes se refieren a unidades hospitalarias específicas que no obedecen a planes de tabulación uniformes, a veces, aún dentro de una misma institución.

Los exámenes de salud realizados por instituciones de seguros, universidades, empresas comerciales e industriales, independientemente de que no se hacen con requerimientos mínimos de datos, no se publican.

Se creó durante el año pasado un organismo dependiente de la Presidencia de la República con el propósito de lograr la integración de las diversas instituciones que permita un mayor rendimiento de los recursos y que

seguramente hará posible mejorar considerablemente la implantación de sistemas de información más productivos.

En dos ocasiones se ha iniciado la planeación de una encuesta nacional de morbilidad, en una de las cuales se llegó hasta tener un borrador de protocolo; sin embargo, no se ha logrado hasta ahora el apoyo necesario para su realización.

La situación descrita dejaría con mayores posibilidades de orientar las acciones al sistema de notificación de enfermedades transmisibles. La disminución tan marcada de la incidencia de estos padecimientos en los países desarrollados ha constituido una fuente constante de optimismo en el sentido de lograr éxitos semejantes; sin embargo, el hecho de que alrededor del 40 por ciento de la población sea atendida por médico privado y que la notificación de casos de enfermedades transmisibles de esa fuente sea prácticamente nula a pesar del apoyo legal para exigírsela y de la promoción realizada en el pasado, sumado a que la notificación de las instituciones sea en algunos casos bastante incompleta, ha tenido como resultado que en la mayoría de los padecimientos de letalidad baja la notificación no llegue ni al 10 por ciento de los casos que se presentan. En este capítulo también ha habido dos intentos de implantar un sistema más operacional que no han llegado a cristalizar. El sistema básico de información que se implantará a partir de junio en la SSA tiene una nueva versión de tal notificación.

Las limitaciones de la información de morbilidad hacen volver la mirada a la información de mortalidad que es la que frecuentemente brinda los argumentos para la planeación. Al hacer referencia a ella, sin embargo, se ampliará el comentario para abarcar otros hechos vitales.

Los datos de los hechos vitales son captados en las oficinas del Registro Civil a partir de la declaración de los interesados. No existen certificados de los diversos hechos vitales excepto para la defunción para la que se manejan versiones de un formato establecido legalmente en 1956, que no es-

tén sometidos a ningún control oficial de las cuales, solo en un estado, se llegaron a contar 37 diferentes en 1977.

Las oficinas del Registro Civil son estatales y su funcionamiento se basa en disposiciones legales de sus propios códigos civiles; éstos, en términos generales, son semejantes al código civil en el Distrito Federal, en donde aparecen definiciones de hechos vitales no muy precisas y que pueden generar diferentes interpretaciones. Ya se han hecho propuestas de creación de una oficina nacional del Registro Civil y en algunos estados ya se han realizado intentos de establecimiento de certificados oficiales de los diversos hechos vitales.

Una vez captados los datos de los hechos vitales en las actas de los registros civiles, el oficial del Registro Civil los transcribe a un informe que envía a la Dirección General de Estadística y es en base a este informe que se codifica la causa de la defunción y que se obtienen las cifras de los otros hechos vitales. El proceso requería en el pasado, alrededor de 3 años a partir de su inscripción para que aparecieran publicadas las estadísticas vitales.

La falta de oportunidad a que se hace referencia en el párrafo anterior y la calidad de la información que se estaba obteniendo originó la propuesta de un intento de mejoría consistente en a) que los datos fuesen procesados en la Unidad de Información de la SSA partiendo del supuesto de que las unidades médicas, los usuarios de los datos en último término, podrían ejercer mayor presión ante los médicos certificantes; b) que se hiciera la codificación directamente en los certificados de defunción; c) que se promoviera la implantación de certificados oficiales para todos los hechos vitales; d) en promover la inclusión de definiciones internacionales de hechos vitales en los códigos civiles; e) en establecer la obligatoriedad de cursos de estadística descriptiva, con mención de la certificación de la defunción, en todas las escuelas de medicina; f) en implantar la utilización de expedientes clínicos con un contenido mínimo no sólo en la

atención médica institucional, sino también en la práctica privada, para eliminar la necesidad de que el médico acuda a su recuerdo del paciente y del padecimiento cuando los familiares le van a solicitar la expedición del certificado de defunción, etc.; pero el apego al principio de concentrar actividades homogéneas en un solo organismo, la Dirección General de Estadística (D.G.E.), ha dejado en suspenso tal proyecto.

Se sospecha una omisión importante en las defunciones de recién nacidos y en algunos otros grupos específicos de población pero no ha sido cuantificado adecuadamente, una de las causas siendo el hecho ya mencionado de la dispersión de la población. Solo el 75 por ciento de las defunciones están certificadas por médico en todo el país, pero la cifra varía desde el 27 al 99 por ciento en algunos estados.³ Más del 10 por ciento de las defunciones quedan en el capítulo de causas mal definidas aparte de otras que quedan en las categorías residuales de cada grupo de causas. Las causas violentas con frecuencia no quedan calificadas de accidentales, intencionales o autoinfligidas cuando esto era posible, por rutinas administrativas que lo obstaculizan, entre las que destaca un certificado de defunción que difiere del modelo internacional.

Se comunican unas 40000 defunciones fatales³ que proceden fundamentalmente de las informadas por instituciones hospitalarias. En los códigos civiles éste es uno de los hechos más vagamente establecidos.

Cada año se registran unos 2.000,000 de nacimientos de los cuales en 1963 el 16 por ciento eran de años anteriores y en 1973 tal porcentaje llegó hasta el 36 por ciento,⁴ tal retraso en la inscripción del nacimiento provoca dificultades para establecer la magnitud real de la tasa de natalidad. La falta aludida de certificado de nacido vivo impide conocer peso al nacer, periodo de gestación y otros datos básicos para los programas ma-

terno infantiles.

En relación a la pregunta sobre los recursos disponibles para la salud y para hacer referencia a algunos de los recursos específicos para la salud, se puede poner como ejemplo lo que ocurre en cuanto al número, distribución geográfica, especialidad, etc. de los médicos que en varias ocasiones han sido estimados por cifras que van desde los 40,000 a los 100,000 según el autor, y que en algún momento ya iba a ser objeto de un censo nacional, con formulario incluso probado en zonas piloto, que finalmente se quedó en proyecto. Algo semejante ocurrió con las enfermeras aún cuando en este caso se logró llevar a cabo un censo en 1970 que originó una publicación que apareció hasta 1979. Datos a nivel local se restringen prácticamente al número total sin detalles sobre sus características. La información sobre otros recursos se encuentra en las mismas condiciones.

Respecto a las atenciones existe una situación semejante. No ha sido posible hasta ahora establecer un acuerdo entre las diversas instituciones sobre cuál tendría que ser la información mínima que debiera captarse a nivel local, cuál la que debiera transmitirse a otros niveles y con que finalidad. En tales condiciones ha llegado a nivel nacional información sobre cuántas inyecciones se aplicaron o cuántas dosis de vacuna se administraron por sexo y año de edad, etc. y sin embargo, no se puede disponer de datos sobre cuántos casos de determinada enfermedad han sido tratados o cuántos partos son atendidos institucionalmente.

Lo dicho en el párrafo anterior permite decir algo sobre por qué no se puede informar nada sobre la eficacia de los recursos o la eficacia de las acciones y quizá la principal razón sea la falta de un sistema de información bien estructurado dentro de la SSA que de alguna manera se reflejaría en lo que tuviesen que informar las otras instituciones, sin menospreciar el papel que está jugando la coordinación insuficiente que existe entre ellas.

³Dirección de Bioestadística, Estadísticas Vitales, 1971, México 1976.

⁴Dirección General de Estadística. Tabulaciones de Mortalidad, México 1975.

Respecto a la cobertura de las acciones se tendrá que tomar en cuenta que no se posee buena información de las atenciones que se brindan institucionalmente y que ellas solo podrían ser aplicables potencialmente a alrededor del 50 por ciento de la población, pues en base a encuestas de morbilidad por entrevista realizadas en dos estados del país⁵ la cobertura que podría atribuírsele a la SSA

⁵Aburto, C. Encuesta de Morbilidad, Estado de Tlaxcala y de Aguascalientes. En prensa.

es de alrededor del 20 por ciento, al IMSS de cerca del 25 por ciento, del ISSSTE del 5 por ciento y que cerca del 40 por ciento de la población manifestó que de requerir atención médica lo haría con médico particular.

Los esfuerzos que está haciendo el gobierno para coordinar las acciones de salud seguramente influirán en la supresión de la pluralidad de sistemas de información y quizá algunas de las medidas para mejorar ésta, puedan llegar a implementarse.