

I. DISEÑO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

El análisis prospectivo del Sector Salud se inició con una revisión de los aspectos fundamentales para lograr los propósitos deseados, que agrupamos en los siguientes rubros:

- Diseño conceptual. Cuadro de variables y relaciones que posibilitan la captura, codificación y análisis de la información.
- Diseño metodológico. Enfoque adecuado a las condiciones del trabajo deseado (compactar un trabajo de prospectiva en dos semanas) y del equipo de análisis (personas con diferente formación académica que en su mayoría no solamente no habían trabajado juntas, sino que no se conocían entre sí), con el propósito de llegar a las metas deseadas.
- Modelos analíticos de tipo cuantitativo. Nos referimos a los modelos probabilísticos de análisis de las tendencias histórica y futura (regresión lineal simple) de las variables que se manejan en el documento.
- Información. Este es un elemento crítico para el tipo de trabajo que nos propusimos hacer.

La situación de desastre que hemos visto aparecer a partir de los sismos recientes exige tomar conciencia de la necesidad de prever la demanda que tendrá la actual estructura de servicios de salud, no solamente en el contexto de la emergencia y la rehabilitación, sino también a mediano y largo plazo, de acuerdo con la evolución del Sector Salud, los cambios requeridos y las condiciones estructurales y coyunturales del país. Esta toma de conciencia es un elemento fundamental para promover las acciones de planificación necesarias para responder adecuada y oportunamente a las necesidades que la población tiene en materia de salud.

Es fundamental que el Sector Salud tenga alternativas de respuesta a mediano plazo ante una situación como la que vivimos, tomando en cuenta que se ha perdido una parte importante del segundo y tercer niveles de atención. Sabemos que las condiciones estructurales coyunturales del país determinan un espacio limitado de maniobra política, administrativa y técnica. Sin embargo, es importante que se tome en cuenta el máximo de alternativas para satisfacer las necesidades de salud de la población a largo plazo, recuperando y reorientando la capacidad de servicio. Para ello, es importante distinguir las acciones que el Sector Salud habrá de tomar para afrontar la necesidad de rehabilitación de la población, de aquellas acciones que deberán efectuarse a mediano plazo para recuperar y reestructurar la capacidad operativa y la cobertura del sector, tanto en los niveles segundo y tercero de atención, severamente dañados por el sismo, como en el nivel de primer contacto.

Para el análisis de la respuesta del Sector Salud, se ha tomado

en consideración un conjunto de cuatro subsistemas interactuantes, a saber: el sismo (T), las condiciones de salud de la población (E), la estructura de los servicios de salud (S) y las condiciones políticas, económicas y sociales del país (P). Estos subsistemas tienen relaciones tanto al interior como entre ellos.

En lo que respecta a la recuperación y reestructuración de los servicios de segundo y tercer nivel se han tomado en consideración los resultados del sismo en el contexto de la emergencia y la demanda de servicios bajo las condiciones esperadas de estabilidad. Es necesario señalar las diferencias específicas que debe tener una respuesta a las demandas de salud de la población metropolitana y de la población del país en general.

Al plantear los efectos del sismo en dos momentos de la dimensión temporal y del orden social, nos referimos necesariamente al planteamiento de un pronóstico probabilístico dentro de un complejo sistema de relaciones entre el sismo, el Sector Salud y la población. Para ello nos interesa considerar diferentes alternativas que puedan entrar en juego para determinar diferentes realidades. Esto nos lleva a los métodos y técnicas de la prospectiva, como instrumento para simular la operación de diferentes factor es tomando en cuenta su magnitud y tipo, dentro de un contexto interactuante y cambiante.

La red de relaciones que se ha especificado, se pretende proyectar a seis meses y dos años.

A partir del esquema propuesto por el CISP (Diagrama I del Anexo 1, p. 72) y adoptando un enfoque de análisis que intenta recoger el carácter diacrónico e histórico de las relaciones entre el sismo, el Sector Salud, la salud de la población, y el conjunto de características socioeconómicas de la población, el grupo de trabajo rediseñó el esquema de relaciones con el propósito de obtener una mayor claridad en el abordaje del problema en tres fases (diagnóstico, evaluación y prospectiva (Diagrama I y II, pp.13 y 14).

Este esquema fue elaborado a partir del doble eje que forman el impacto del sismo sobre los servicios de salud y daños a la salud de la población producidos por el sismo.

Los principales factores en juego y sus relaciones más relevantes son los siguientes (los Cuadros 1 al 3 del Anexo 2, pp.75 y 81, contienen las especificaciones sobre estos factores).

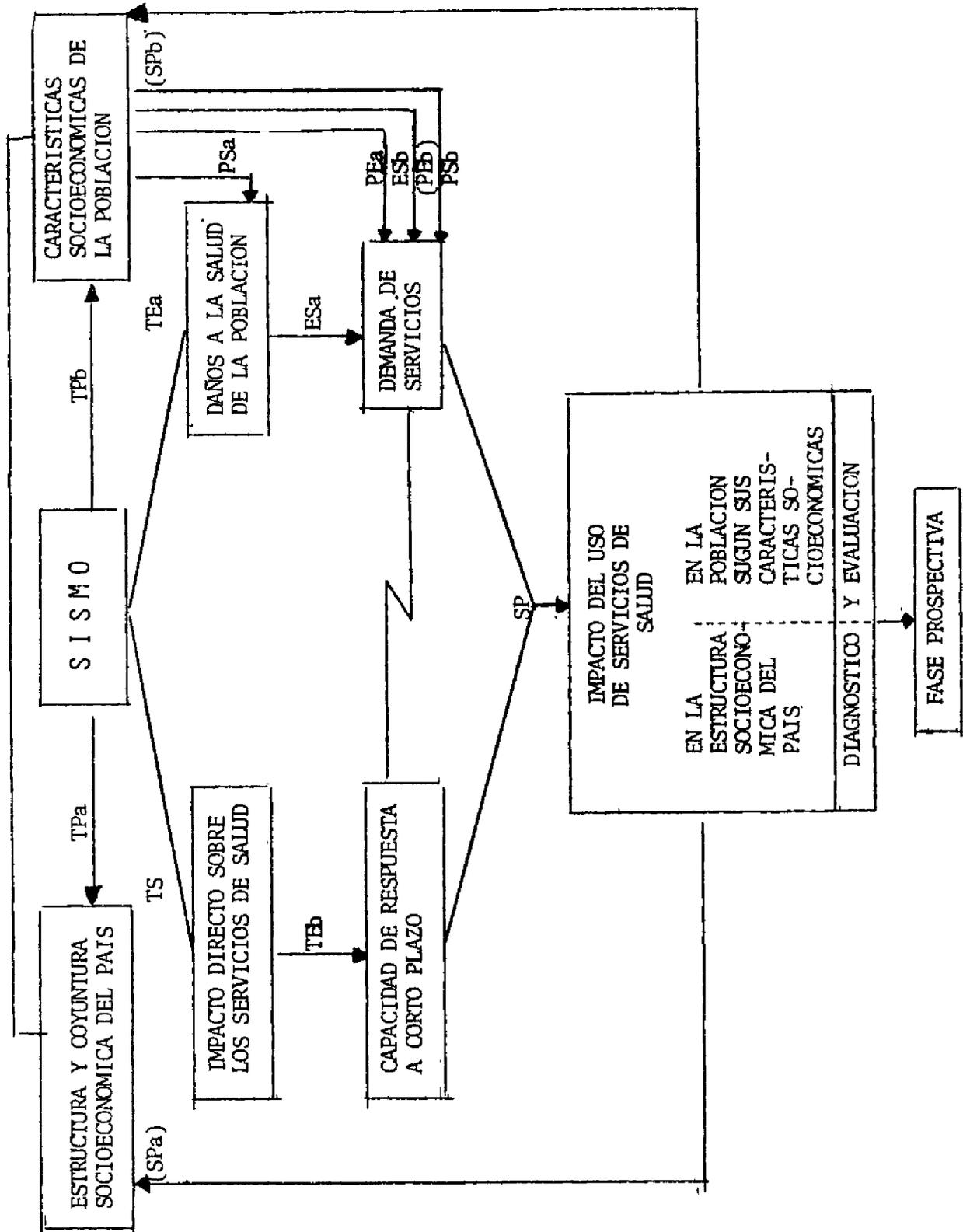


Diagrama I. Fases de diagnóstico y evaluación

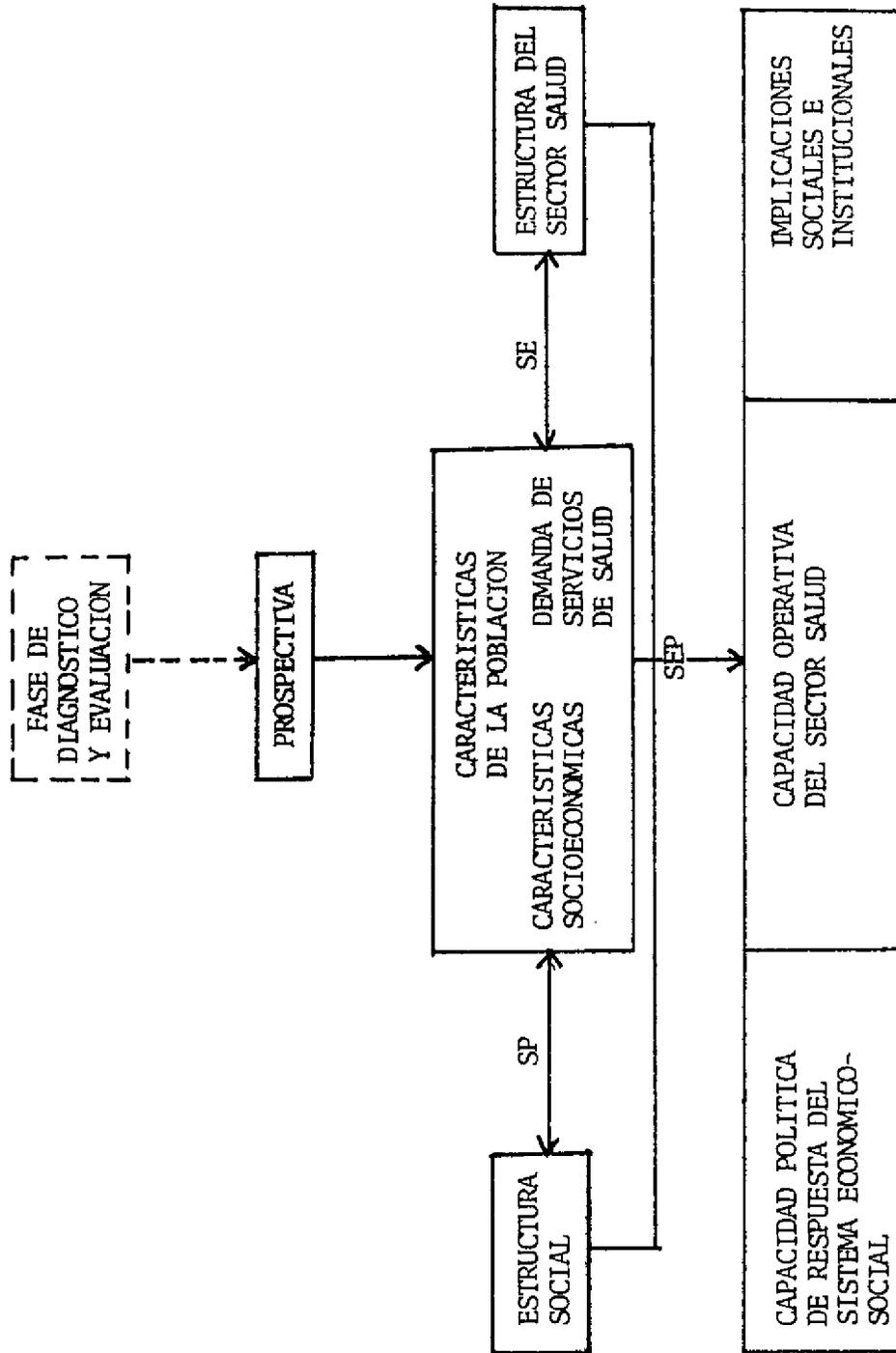


Diagrama II. Fase de prospectiva

Sismo: Se considera al sismo como un fenómeno natural que afectó zonas delimitadas de la ciudad de México, causando daños humanos y materiales de diversas magnitudes sobre la estructura y coyuntura socioeconómica del país (TPa).

Impacto directo sobre los servicios de salud: En vista de que el terremoto afectó de manera especial a los servicios de salud, este daño es concebido por separado para efectos analíticos, sin aislarlo del contexto del daño sufrido por el Sector Público en su conjunto. Se trata de examinar al Sector Salud como damnificado del sismo (TS).

Daños a la salud de la población: Se consideran los daños a la salud sufridos por la población, como consecuencia directa del sismo, atendidos por las instituciones del Sector Salud y como repercusión indirecta sobre la capacidad de atención a la salud (TEa).

Características socioeconómicas de la población: Se considera en primer término el efecto del terremoto respecto a las características socioeconómicas de la población, especificándose las pérdidas materiales y de vidas respecto a los indicadores socioeconómicos poblacionales. También se considera la mediación que ejercen las condiciones socioeconómicas respecto al impacto del terremoto sobre las condiciones de salud de la población (TPb).

Reestructuración de la oferta de servicios de salud: Nos referimos a las medidas tomadas durante el contexto de la emergencia y durante la evolución de dicho contexto respecto a la estructura del Sector Salud (TEb).

Capacidad operativa del Sector Salud: Nos referimos a la dimensión procesual de los servicios tomando en consideración la reestructuración y los resultados de la utilización (SP).

Demanda de servicios relacionada con el sismo: Nos referimos a la demanda de servicios que efectúa la población como resultado de los daños sufridos a raíz del sismo y de las posibilidades que les ofrece su posición socioeconómica (PSa). Se especifican necesidades asistenciales (ESa) derivadas del sismo y necesidades no postergables no derivadas del sismo (ESb) de acuerdo a las características socioeconómicas de la población (PEa).

Demanda regular de servicios: Se ha tomado en cuenta el núcleo mayoritario de población no afectada directamente por el sismo que demanda servicios asistenciales regulares (PSb) y servicios no postergables (ESb). Se identifica este sector de la población de acuerdo a sus características socioeconómicas (PEb).

Impacto del uso de servicios de salud: La demanda y utilización de servicios incide en forma directa en la estructura operativa del sector de tal manera que se generan cambios de diversa índole y magnitud en su interior (SE, Diagrama II, p. 14). Estos cambios se manifiestan directamente tanto en la estructura socioeco-

nómica del país (SP) como en la población de acuerdo a sus características socioeconómicas.

Capacidad operativa del Sector Salud: Se refiere a las condiciones contextuales del sector en forma de capacidad política de respuesta del sistema económico-social, la estructura orgánica y operativa del Sector Salud, así como las implicaciones sociales e institucionales en el contexto de cambios generados en esta situación de emergencia y reestructuración (SEP).

Este diseño permite analizar las relaciones requeridas como un sistema abierto y dinámico. Además posibilita el diseño de un procedimiento de trabajo de acuerdo con las necesidades del grupo en las condiciones en que se desarrolló este esfuerzo. Así, los ajustes realizados permitieron visualizar lo siguiente:

1. Una estructura analítica en tres momentos (Diagrama III, p. 17):

- diagnóstico, relativo a sucesos previos al sismo;
- evaluación, de sucesos generados por el sismo;
- prospección, de escenarios a corto y mediano plazo.

(La Figura 1 del Anexo 3, p. 97, ilustra alternativas de estrategias de desarrollo).

2. Una estructura metodológica en dos líneas: una de obtención de información (datos fuertes y elementos cualitativos) y de construcción de una base de datos; la otra, de construcción de modelos analíticos cuantitativos para las fases señaladas en el inciso anterior.

Modelos analíticos: se utilizó regresión lineal simple. Se diseñó un modelo probabilístico (Markoviano) que se está probando (véase el Cuadro 4 del Anexo 2, p. 82).

Información: la información que se obtuvo fue de tipo periodístico, estadístico y documental; se organizó de acuerdo a las variables del esquema conceptual (Cuadro 5 del Anexo 2, p. 83)

DISEÑO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

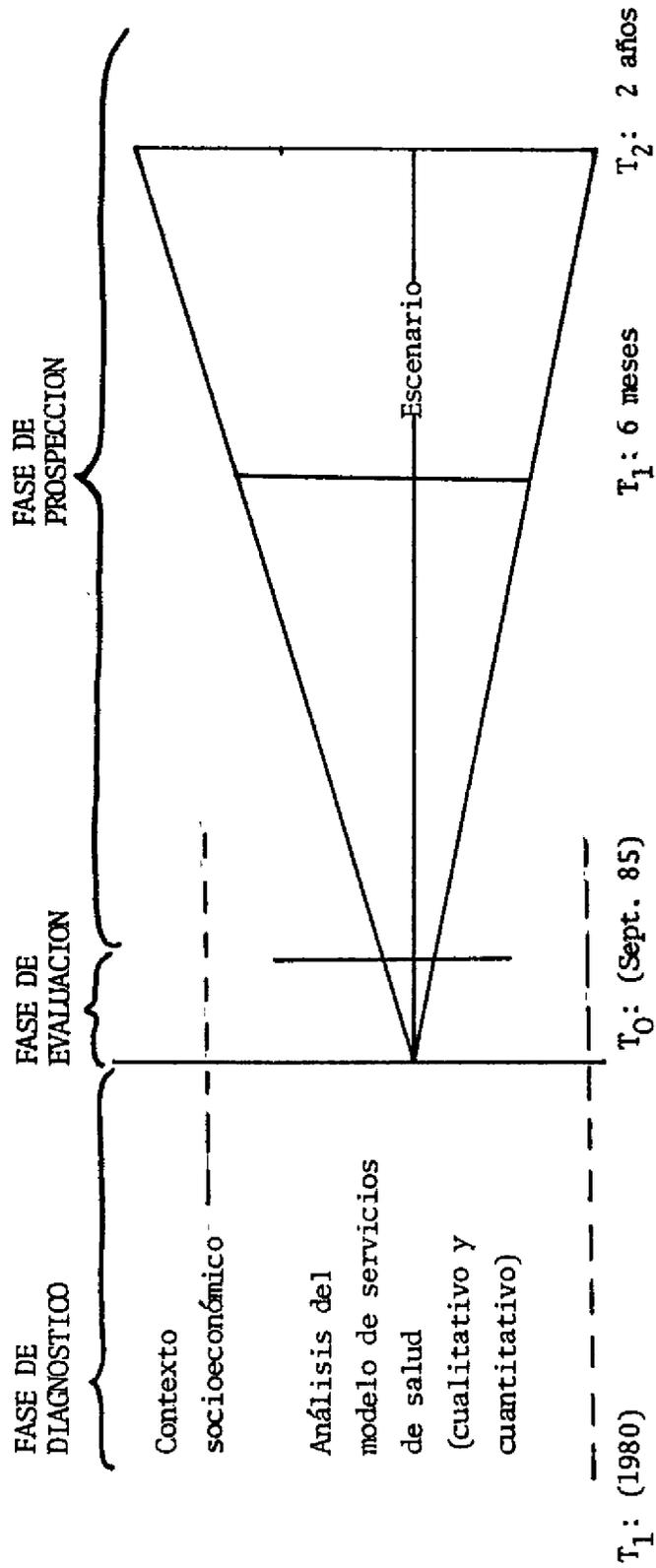


Diagrama III. Análisis de la evolución del sector salud antes, durante y después del sismo

II. DESCRIPCIÓN DEL DESASTRE: SISMICIDAD EN MÉXICO

El análisis de la estructura del Sector Salud, y del sector público en general, debe tomar en cuenta complejos procesos de carácter social e histórico que explican el desarrollo que ha llevado la ciudad de México a ocupar un sitio particular en la estructura social del país.

Los procesos de industrialización y el creciente desarrollo de la infraestructura que los acompañan han tenido un papel importante en el proceso de concentración de los servicios en el área metropolitana. Este proceso social, ha limitado el sano desarrollo de la estructura social y económica del país.

Sin embargo, la incidencia del impacto telúrico en esta situación social vino a modificar las condiciones del desarrollo seguidas hasta ahora produciendo una rápida sucesión de eventos que modificarán en diversa medida las formas de operación del sector público. A continuación presentamos las características del sismo, que hizo aún más evidentes esas condiciones.

A. Causas de la sismicidad.

La costa occidental de México, desde la boca del Mar de Cortés al Noroeste, hasta el extremo sur del país, es una frontera de placas litosféricas (secciones de la superficie terrestre que se desplazan como cascarones rígidos; Figura 2 del Anexo 3, p. 98). En esta región, que se continúa a lo largo de Centroamérica, la placa oceánica de Cocos está siendo subducida bajo la placa continental de Norteamérica, a la cual pertenece la mayor parte de México. Esta interacción entre las placas produce deformaciones en las rocas constituyentes de la litósfera, acumulándose grandes cantidades de energía elástica; cuando el medio no soporta los enormes esfuerzos producto de estas deformaciones, se rompe liberando energía, una parte de la cual se propaga en forma de ondas sísmicas.

Durante el presente siglo han ocurrido a lo largo de la costa del Pacífico, entre Jalisco y Oaxaca, 33 sismos de magnitud mayor que 7.0 en la escala de Richter (un sismo considerable cada 2.5 años, en promedio). Estos sismos son causa de movimientos y daños sentidos en la ciudad de México.

B. El sismo del 19 de septiembre de 1985.

A continuación serán mencionados algunos resultados y suposiciones muy preliminares. Probablemente deban ser modificados o corregidos al hacerse el análisis cuidadoso de los datos que han sido recopilados.

Este sismo de magnitud 8.1 es, con excepción del terremoto de Jalisco de 1932 (8.4), el mayor que haya ocurrido en México durante el presente siglo. El área de ruptura del reciente temblor, junto con la de la réplica (o evento secundario) de magnitud 7.5 ocurrida el 20 de septiembre, se extiende a lo largo de unos 200 km, desde el norte de Michoacán hasta el norte de Guerrero (Figura 3 del Anexo 3, p. 99).

Aparentemente la fuente de este sismo fue muy somera, y el proceso de ruptura episódico, esto es, no fue una ruptura que se propagara rápidamente, produciendo una señal relativamente simple. Los acelerogramas muestran la presencia de aceleraciones a baja frecuencia (figuras 4 y 5 del Anexo 3, pp. 100 y 101) que pueden haber excitado modos propios de vibración del valle de México, lo cual puede ser un factor importante que contribuyó a la destrucción en esta ciudad.

C. Réplicas y sismicidad futura.

Es bien sabido que un sismo de gran magnitud es siempre seguido por otros sismos, llamados réplicas, que ocurren en el Área de ruptura original o adyacentes a ella. Las réplicas son de menor magnitud que el evento principal, pero algunas de ellas pueden alcanzar magnitudes del orden de .5 grados por abajo de la del sismo principal. Por lo tanto, no es anormal la ocurrencia de la réplica del 20 de septiembre que tuvo una magnitud de 7.5 y es probable la ocurrencia, durante los próximos meses, de otros eventos con magnitudes entre 7.0 y 7.6.

Conviene señalar que los daños causados por la réplica del 20 de septiembre fueron causados principalmente en estructuras ya debilitadas por el terremoto del día anterior y podemos esperar, por tanto, que la ocurrencia de una nueva réplica grande no cause mayor cantidad de daños.

Es opinión, más o menos generalizada en la comunidad sísmológica, que los dos grandes sismos recientes han liberado la mayor parte de la energía acumulada en la región epicentral. Esto hace altamente improbable la próxima ocurrencia allí de otro sismo de tamaño comparable o mayor al del 19 de septiembre. No conviene, sin embargo, confiarse y descuidar los programas de preparación y prevención aduciendo que ya ha pasado lo peor. El riesgo sísmico en México es constan-

te.

Por otra parte, los sismos de muy alta magnitud son, afortunadamente, raros. La probabilidad de que en un futuro cercano ocurra en México un sismo de magnitud comparable o mayor a la del 19 de septiembre, y cuyo proceso de ruptura presente características parecidas que causen una repetición de la tragedia de días pasados, es despreciable.

D. Sobre predicciones.

El estado actual de la ciencia no permite predecir la ocurrencia de sismos, más que en un aspecto probabilístico. La documentación confiable de la sismicidad en México abarca un periodo demasiado corto para poder hacer análisis estadísticos con pequeños márgenes de error. Además, el que un suceso tenga baja probabilidad no quiere decir que no vaya a ocurrir; por lo que es necesario complementar la predicción probabilística con otros medios de monitoreo de precisión de otras variables geofísicas antes de poder predecir a corto plazo.

Las predicciones que se difunden, a nivel de rumor u originadas por personas irresponsables o ignorantes, no deben ser escuchadas. No tienen fundamento y sólo contribuyen al estado de psicosis de terremoto en la población.

III. MODELO DE SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

Hemos señalado en la sección anterior que el sismo vino a acelerar la toma de conciencia de uno de los problemas más angustiantes para el país: la alta concentración de los servicios de salud en la ciudad de México:

Es importante entender que esta situación de concentración va acompañada de procesos sociales complejos en la historia del México moderno y que va generando, durante su desarrollo, una serie de situaciones que no son adecuadas ni deseables para un desarrollo social más estable y justo.

El sistema de salud en nuestro país ha tenido un desarrollo histórico que corresponde a los cambios sustanciales de la estructura socioeconómica de México (1). Por lo cual el sistema económico incide directamente en el sistema de salud (2)

Asimismo, su constitución y evolución se da por la vertiente de las necesidades de salud de la población en el marco de la determinación económico-política.

El actual sistema de salud se concreta básicamente, por medio de instituciones que desde el punto de vista de su evolución, nunca conformaron una unidad homogénea en cuanto a sus objetivos poblacionales de respuesta social a la salud. Es decir, estas instituciones (Secretaría de Salubridad y Asistencia y las de Seguridad Social, décadas de los 40 y 50), se dirigieron a establecer atención médica a grupos sociales con mayor relevancia económica y política para el país (3).

Fue la seguridad social (a través del Instituto Mexicano del Seguro Social principalmente) la responsable de brindar servicios de salud a la clase obrera industrial en sus primeros momentos, y posteriormente a una clase trabajadora que agrupa a la población económicamente activa que no es exclusiva del sector obrero. A la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy la Secretaría de Salud, le correspondió desde un principio dar atención a la población abierta, lo que significó dar servicios de salud a un conjunto social con inestabilidad económica y social (desempleados, subempleados) o bien el grupo social que se mantiene al margen de las actividades económicas dominantes de México, como es el caso de los pequeños comerciantes que no son absorbidos por la seguridad social.

Por otro lado, en el escenario de los servicios de salud se encuentra la atención privada, que en la actualidad cobra un papel de mayor importancia. Se singulariza por su orientación hacia los grupos sociales con mayor poder adquisitivo (estratos sociales altos, económicamente hablando). Los tres esquemas de atención mencionados, a su vez presentan diferencias en el orden de los recursos humanos y materiales utilizados en la prestación de servicios. Hasta el momento, la seguridad social dispone de

mayores recursos financieros para la atención de su población derechohabiente y, se afirma, proporciona una atención de alta calidad. Por otra parte, dado que la SSA cuenta con presupuestos austeros que se traducen en recursos limitados, se afirma que la calidad de la atención no es tan elevada.

Con respecto al modelo de atención vigente, éste tiene su esencia en el Modelo médico de atención occidental, sustentado en una base curativa individual, a través de unidades hospitalarias (4) que brindan servicios especializados. En la década de los cuarenta, se sientan las primeras bases de atención primaria, a partir de los centros rurales de atención médica, así como de los centros de salud del medio urbano. No fue sino hasta los setenta y ochenta en que se genera el modelo actual de servicios de atención a partir de una estructura piramidal, con tres niveles de atención, en la que la base corresponde a la atención primaria (atención básica comunitaria) caracterizada por la sencillez de recursos utilizados, por la búsqueda de un objetivo mayor que es la prevención, así como la transformación de las condiciones generales de salud de la población mexicana (5).

Esta nueva modalidad de atención ha sido impulsada por la participación del Estado (6), bajo el sustento teórico de permitir mayor efectividad sobre las condiciones de salud a un costo menor. Por otro lado, el primer nivel de atención (atención primaria), se ha constituido en un valor relevante de la política sectorial y en una estrategia para incidir sobre grandes poblaciones.

Desde un punto de vista de diagnóstico actual, y con relación a las consideraciones estructurales de los servicios del sistema de salud, podemos indicar lo siguiente (7):

Desde la perspectiva demográfica, el sistema de salud y propiamente, el Sector Salud, se tiene que enfrentar a la siguiente realidad poblacional: México presenta una tasa de crecimiento que es de las más altas del mundo, su estructura es eminentemente joven y con elevada proporción de mujeres en edad fértil. Estos son elementos significativos de presión para los servicios de salud.

En lo referente a la mortalidad, ésta expresa una tendencia decreciente importante. Entre 1970 y 1981, tuvo un descenso de 68.5 a 35.7 por mil niños nacidos vivos. Sin embargo a esta situación subyacen dos aspectos muy concretos como son la distribución desigual de los beneficios de los servicios, y una distribución heterogénea de la mortalidad que golpea en mayor medida a grupos con gran vulnerabilidad a los desajustes sociales y económicos. Este último aspecto se puede observar fácilmente en el caso específico de la mortalidad en menores de un año, la cual muestra tasas elevadas en comparación con otros países desarrollados. Las causas de mortalidad general, se han dividido en tres grupos según el grado de dificultad que estos representan para su abatimiento:

- fácilmente abatibles
- de mediana complejidad
- un grupo de mayor complejidad

El primer grupo incluye un conjunto de patologías que pueden ser prevenidas y controladas en primer nivel de atención; estas patologías representan la mayor proporción de causas de muerte, en comparación con los otros dos grupos.

Por otro lado, la morbilidad aún presenta entre sus diez primeras causas a las enfermedades infectocontagiosas susceptibles de ser disminuidas y controladas. Además, la población infantil padece sus efectos en mayor medida, desde el punto de vista de la distribución de grupos etarios.

Por lo que respecta a los servicios generales para la población, puede apreciarse lo siguiente: para 1980, de las 12 millones de casas-habitación, el 71% tenía agua entubada, el 49% contaba con drenaje, y el 75% con energía eléctrica.

En relación al estado de nutrición de la población mexicana, las estadísticas revelan que para 1979, 19 millones de personas presentaban deficiencias alimentarias.

En cuanto a cobertura (1983) las instituciones de seguridad social cubren a 34.3 millones de personas. Del total de población abierta, 38 millones reciben servicio de otras instituciones. Se estima que en realidad 14 millones de personas no tienen acceso a los servicios de salud en el país.

En lo referente a recursos físicos y humanos que existen para satisfacer la prestación de servicios médicos, es aún insuficiente. De acuerdo con la descripción anterior se puede señalar lo siguiente: el actual modelo de atención a la salud requiere cambios sustantivos, debido a las condiciones de salud que actualmente imperan en nuestro país, en donde la distribución del daño es sumamente heterogéneo por edad y según el estrato social.

Los esquemas de atención con que cuenta el país (Estatál, Privado y de Seguridad Social) presentan una oferta y distribución desigual y poco adecuada a las necesidades de salud que demanda la población de México. Por otro lado, la atención a la población abierta en estos momentos requiere de una respuesta en lo que a prestación de servicios de diverso tipo se refiere, particularmente de primer nivel de atención (atención primaria).

A. Servicios para la salud mental.

En nuestro país, la salud mental de la población ha sido desatendida en términos absolutos y relativos. En general, la mayor parte de los recursos del Sector Salud han sido utilizados para hacer frente a otros problemas como son las enfermedades infec-

ciosas y la desnutrición. Las razones que se invocan para explicar esta situación son variadas y van desde el temor que se desencadena en las personas cuando se ven ante la presencia de un enfermo mental, hasta la creencia dogmática de que no existe conocimiento científico relevante acerca de los diversos trastornos mentales. Esta condición, sumada a las que se dan en la organización del Sistema Nacional de Salud, condiciona que los datos disponibles para efectuar un diagnóstico exacto de la situación del país en el aspecto salud mental sean escasos; por tanto, sólo puede llegarse a una aproximación cuya distancia de la realidad es difícil de definir.

1. Epidemiología.

Ni los tipos de desordenes mentales, ni la prevalencia de los que son más incapacitantes, difieren substancialmente de los que se reportan en otros países. La prevalencia de enfermedades psíquicas oscila entre el 10.1 y el 14.0 por cada 1000 habitantes mayores de 14 años; aproximadamente 12 de cada 1000 sufren retardo mental, el 75% de éstos en grado leve. La prevalencia de epilepsia oscila entre el 3 y el 7%; es posible encontrar problemas de farmacodependencia en el 0.5% de la población mayor de 14 años. predominando el abuso de marihuana y sustancias volátiles, los hombres son el grupo mayormente afectado.

Se menciona que entre el 5.7 y 7% de la población mayor de 14 años es alcohólica. El 18.0% puede clasificarse como bebedor regular leve o moderado y el 6.0% como bebedor consuetudinario, siendo el grupo más afectado el masculino. Las muertes por complicaciones alcohólicas son muy frecuentes, la cirrosis ocupa el noveno lugar de las causas de mortalidad general, los accidentes, el cuarto lugar y, el homicidio, el décimo segundo lugar; en cerca de 50% de los casos de violencia, el consumo de alcohol está involucrado.

La tasa de suicidio, un indicador indirecto de salud mental, oscila entre 2.5 y 4.5 por 100,000 habitantes.

Se considera que entre el 30 y 50% de los pacientes que son atendidos en centros de salud o consulta externa de hospitales no psiquiátricos padecen algún tipo de desorden mental que requiere atención. La población más afectada son las mujeres mayores de 42 años y los diagnósticos más frecuentes son, reacciones de adaptación o neurosis con sintomatología depresiva o ansiosa.

Se ignora la prevalencia de desordenes psiquiátricos en la población infantil general, sin embargo, el 40% de la consulta especializada en centros de salud corresponde a este grupo etario; además, la mayor parte de los sujetos menores de 14 años que solicitan atención especializada padecen trastornos de atención o de aprendizaje.

2. Asistencia.

Hasta 1960 existían en el país 3 hospitales psiquiátricos, uno del Estado y dos privados. Entre 1960 y 1970, la SSA estableció una red de 11 hospitales, 9 de ellos hospitales granja destinados a realizar la labor de custodia que desempeñaba el Manicomio General. Instituciones como el IMSS y el ISSSTE no contaron con camas psiquiátricas propias sino hasta 1981.

En 1982, la SSA contaba con 11 unidades hospitalarias con un total de 4,400 camas, 24 servicios de Psiquiatría en centros de salud y hospitales generales en el Distrito Federal y 16 en el resto del país, lo cual representa un aumento del 25% con respecto a 1979.

El total de camas psiquiátricas en el país es de 7,700, de las cuales el 57% pertenecen a la SSA, el 24% a gobiernos estatales y el 19% a otras instituciones públicas y privadas. El 62% de éstas se localiza en el Distrito Federal, el 31% en el norte y centro del país y el 7%, en el sureste.

El 86% de los pacientes psiquiátricos internados corresponden a los hospitales campestres, de los cuales la tercera parte está incapacitada en forma total y requieren de custodia continua; el 42% está abandonado. En 1979 el número de hospitalizaciones fue aproximadamente de 4,900. En el mismo año se dieron 38,000 consultas en los hospitales psiquiátricos de la SSA., 6,000 más que en 1978. En los centros de salud y hospitales generales se proporcionaron 13,000 consultas en 1978 y 33,000 en 1979.

3. Recursos humanos.

Como en el caso de las instalaciones asistenciales, el personal especializado es escaso y se concentra en las zonas urbanas. En México existen 1,108 psiquiatras (aproximadamente 1.5 por 100,000 habitantes), de los cuales 621 se localizan en el Distrito Federal, 107 en Guadalajara, 58 en Monterrey y el resto en diferentes localidades. El número exacto de psicólogos se desconoce, en 1982 existían 3,000 registrados, sin embargo, solamente un pequeño número trabajaba en programas institucionales de salud mental. El déficit de trabajadoras sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales con entrenamiento psiquiátrico formal es impresionante. Existen 220 trabajadores sociales y alrededor de 50 enfermeras con esta formación. Anualmente egresan, en promedio, 25 psiquiatras, 20 trabajadoras sociales y 15 psicólogos con entrenamiento formal de los programas de Psiquiatría y Salud Mental que se han establecido en colaboración por parte de la SSA, la UNAM y el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

IV. IMPACTO DEL TERREMOTO SOBRE EL SECTOR SALUD

La gravedad de los daños causados por el sismo se concentró de una manera violenta en los servicios de salud en la ciudad de México. En unas cuantas horas se sucedieron situaciones tan desconcertantes como la búsqueda de centros de atención médica cercanos para los heridos, ya que los más importantes de esos centros se habían colapsado, junto con cientos de edificios del sector público y de uso privado de la ciudad. El sector salud sufrió tantos daños como la ciudad a la que debía de atender en momentos tan críticos.

Es evidente que fue tal la magnitud del sismo que, aún con todos los servicios intactos, hubiera sido imposible enfrentar su destructividad.

El sismo destruyó grandes hospitales en los que la medicina altamente tecnificada se concentraba en un espacio geográfico muy reducido, privando a la mayor parte de la población nacional de tales servicios. Esto no significa que los grandes hospitales per se, sean la causa del problema, sino porque entre estos y las necesidades masivas básicas no existen servicios intermedios suficientes en nuestro país.

La alta concentración genera un control y ahorro de recursos que se revierte en un altísimo costo social dada la limitada accesibilidad a los servicios. En el caso que nos ocupa, la concentración implicó que al desaparecer un número reducido de centros hospitalarios, se dañara severamente el conjunto de los servicios de salud del país, ya que se perdió equipo muy sofisticado y personal altamente especializado.

Una descripción adecuada de las pérdidas de los servicios tiene que considerar fundamentalmente su distribución institucional, geográfica y según niveles y tipos de atención. En la Tabla 1 (p. 27) se encuentra el número de camas censables existentes en los hospitales del Sector Público por nivel de atención: 9663 camas de segundo nivel (4080 disponibles a población abierta y 5583 a población derechohabiente) y 8302 camas de tercer nivel (2591 y 5711 respectivamente).

La Tabla 2 (p. 28) muestra la pérdida de camas por nivel de atención (2035 y 3261 pérdidas en los niveles 2 y 3 respectivamente). La Tabla 3 (p.29), muestra la pérdida de campos clínicos ocupados por la UNAM por institución (SSA, IMSS, ISSSTE) y por ciclo (IV-VIII, IX-X): 1226 de 5827 (21%).

La institución más afectada fue la Secretaría de Salud, dado que tenía una considerable concentración de los servicios especializados utilizados por un amplísimo sector de la población nacional en tan sólo dos centros hospitalarios: el Hospital General y el Hospital Juárez. Entre estos dos hospitales se perdieron 1203 camas destinadas a la medicina especializada y 955 camas destinadas a la atención altamente especializada (Tabla 4, p. 31). Esto

TABLA 1. NUMERO DE CAMAS CENSABLES EXISTENTES EN LOS HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION DEL SECTOR SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL (Septiembre 1985).

SEGUNDO NIVEL

Atención a población abierta

SSA	2178	
DDF	1807	
IMSS-COPLAMAR	35	
ISEMYM	60	
Subtotal		4080

Atención a población derechohabiente

IMSS	3300	
ISSSTE	2283	
Subtotal		5583

T O T A L 9663

TERCER NIVEL

Atención a población abierta

SSA (subsector Institutos Nacionales de Salud)	2591	
Subtotal		2591

Atención a población derechohabiente

IMSS (Centros Médicos Nacionales)	4979	
ISSSTE	732	
Subtotal		5711

T O T A L 8302

Fuente: Dirección General de Planeación y Presupuesto. Subsecretaría de Planeación. Secretaría de Salud.

TABLA 2. TOTAL DE CAMAS CENSABLES DEL SECTOR SALUD EN SEGUNDO Y
TERCER NIVEL DE ATENCION EN EL D.F.

SEGUNDO NIVEL	9663	
TERCER NIVEL	8302	
T O T A L		17,965

TOTAL DE CAMAS CENSABLES PERDIDAS EN EL SISMO

SEGUNDO NIVEL	2035	
TERCER NIVEL	3261	
T O T A L		5,296 (29.48%)

12,669 (número de camas censables disponibles después del sismo).

70.52% (Porcentaje de la capacidad existente después del sismo).

Fuente: Dirección General de Planeación y Presupuesto.
Subsecretaría de Planeación. Secretaría de Salud.

TABLA 3. EFECTOS DEL SISMO SOBRE LA ENSEÑANZA DE MEDICINA Y RESIDENCIAS DE LA UNAM.

NIVEL DE ESTUDIOS	IMSS			SSA			ISSSTE			TODAS		
	Tt	Ta	%i	Tt	Ta	%i	Tt	Ta	%i	Tu	Tua	%k
IV-VIII	896	580	65	3502	522	15	753	0	0	5151	1102	21
IX-X	182	0	0	370	105	28	124	19	15	676	124	18
TOTAL	1078	580	54	3872	627	16	877	19	2	5827	1226	21

 Tt = Total de campos clínicos de la UNAM, por Institución afectada

Ta = Total de campos clínicos perdidos de la UNAM, por Institución afectada

%i = Campos clínicos perdidos respecto al total, en las instituciones afectadas

Tu = Total de campos clínicos de la UNAM

Tua = Total de pérdida

%k = % de pérdida total

suma un total de 2158 (Tabla 5, p. 32), lo cual significa un 45% de pérdida respecto al total de camas de la institución en la capital (ver Gráficas I y II p. 33 y 34).

La Secretaría de Salud sólo atendió a un 0.6% de los heridos, dadas las características del servicio de la propia Secretaría, el tipo de lesión presentada por los heridos y la limitada oferta debido a la pérdida de camas e instalaciones. En la Secretaría de Salud se perdió el 16% de los campos clínicos asignados a la UNAM en los ciclos IV-X (15% de pérdida en los ciclos IV-VIII y 28% en los niveles IX-X; Tabla 3, p. 29).

Es importante señalar que esta pérdida no se puede circunscribir al Distrito Federal, ya que más de la mitad de los pacientes de ambos hospitales provenían del interior del país.

El Instituto Mexicano del Seguro Social perdió 223 camas de especialidad en el Hospital de Ginecología en La Raza y 2306 de alta especialidad del total del Centro Médico Nacional (Tabla 4, p. 31) Estas pérdidas significan un 7% y un 46% del segundo y tercer nivel de atención, respectivamente. Aún cuando esta pérdida fue enorme, ella se vio atenuada por el hecho de que el IMSS ha distribuido más racionalmente sus recursos de alta especialidad a lo largo y ancho del país. Por otra parte, la pérdida que sufrió el IMSS fue, en comparación a la sufrida por la SSA, de tan sólo 28% de sus camas en el Distrito Federal.

La riqueza de recursos del IMSS se dejó ver en su capacidad de respuesta al sismo; pudo absorber la demanda de 2500 heridos aproximadamente, después de trasladar a los 2900 pacientes que tenía el Centro Médico a sus hospitales periféricos.

Es importante señalar, sin embargo, que el IMSS perdió el 53% de los campos clínicos asignados a la UNAM en los ciclos IV-X (para las pérdidas en los ciclos IV-VIII, véase Tabla 3, p. 29).

El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, sufrió pérdidas por el sismo principalmente en los niveles primario y secundario de atención. En el nivel primario 39 clínicas resintieron graves daños en el Distrito Federal, mientras que una de ellas, ubicada en la Colonia Roma se derrumbó. Además, una clínica quedó destruida en Iguala, Guerrero y otra quedó severamente dañada en Chilpancingo. El ISSSTE perdió también 626 camas de especialidades básicas (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología), que representan un 27% de su total de este nivel (Tabla 4, p. 31). Además esta institución perdió sólo el 2% de campos clínicos asignados a la UNAM (todas las pérdidas en los ciclos IX-X, equivalente a 78% del total de la institución en esos ciclos; Tabla 3, p. 29).

El Departamento del Distrito Federal sufrió la pérdida de un hospital infantil de cien camas ubicado en la Delegación de Iztapalapa.

 TABLA 4. PERDIDAS DE CAMAS OCASIONADAS POR EL SISMO DEL 19 DE SEPTIEMBRE DE 1985, SOBRE LAS INSTALACIONES DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION DEL SECTOR SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL.

SEGUNDO NIVEL

Atención a población abierta

Hospital Juárez (SSA)	325	
Hospital General (SSA)	878	
T O T A L SSA		1203

Atención a población derechohabiente

Total IMSS (no especifican)	206	
Total ISSSTE (no especifican; los Hosp. Ignacio Zaragoza y lo. de Octubre los más afectados)	626	
T O T A L Seguridad Social		832

Porcentaje de pérdida con respecto a la capacidad existente del segundo nivel: 21.05%.

TERCER NIVEL

Atención a población abierta

Hospital Juárez	206	
Hospital General	749	
T O T A L SSA		955

Atención a población derechohabiente IMSS, Centro Médico Nacional	2306	
--	------	--

T O T A L de camas perdidas en el tercer nivel		3261
--	--	------

Porcentaje de pérdida con respecto a la capacidad existente del tercer nivel: 39.27%.

 Fuente: Dirección General de Planeación y Presupuesto.
 Subsecretaría de Planeación. Secretaría de Salud.

TABLA 5. SITUACION ACTUAL POR INSTITUCION DEL SECTOR SALUD EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION EN EL DISTRITO FEDERAL.

SECRETARIA DE SALUD (SSA)

Capacidad existente (antes)	4769
Total de pérdidas	2158
Capacidad actual	2611

Porcentaje de pérdida 45 %

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

Capacidad existente (antes)	8279
Total de pérdidas	2306
Capacidad actual	5973

Porcentaje de pérdida 27.85 %

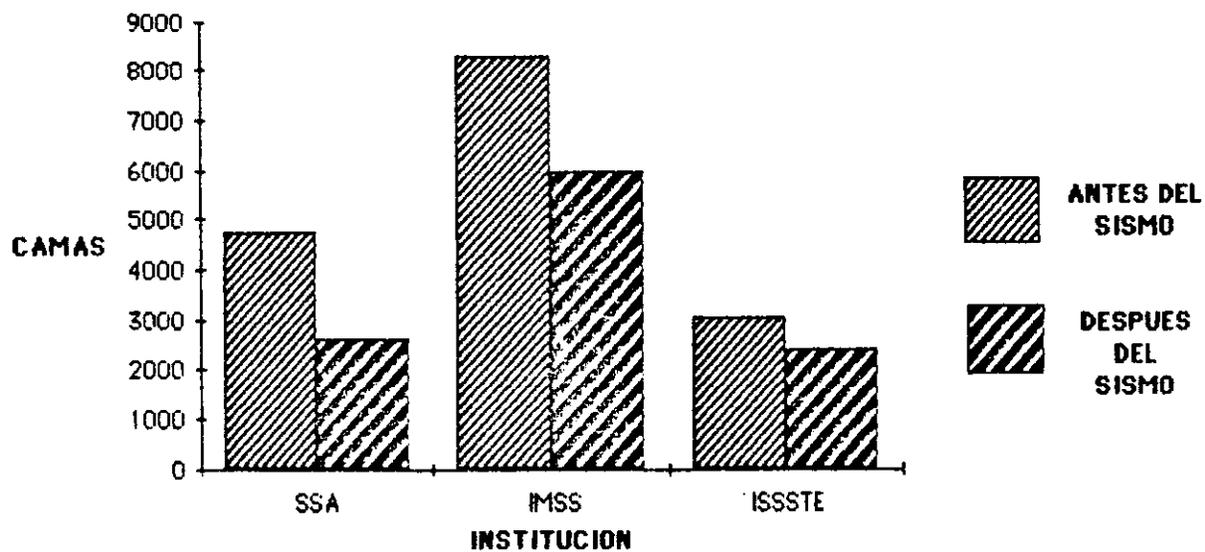
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

Capacidad existente (antes)	3015
Total de pérdidas	626
Capacidad actual	2389

Porcentaje de pérdida 20.76 %

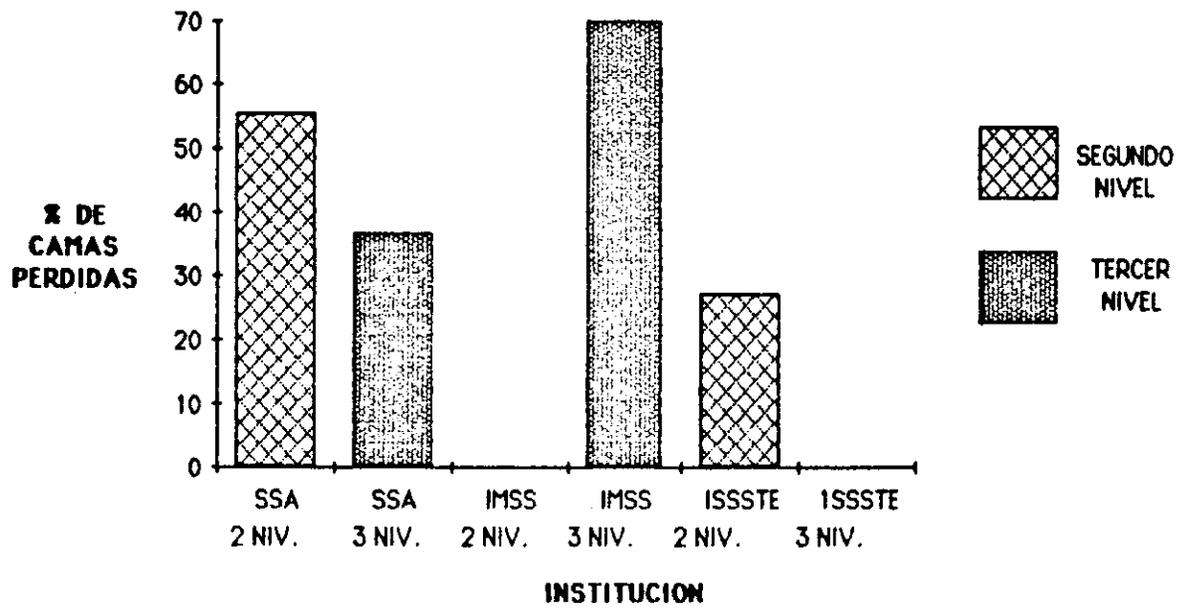
Fuente: Dirección General de Planeación y Presupuesto. Subsecretaria de Planeación. Secretaria de Salud.

**CAMAS PERDIDAS DE SEGUNDO Y TERCER NIVELES DE ATENCION
A CONSECUENCIA DEL SISMO, POR INSTITUCION**



GRAFICA I

PORCENTAJE DE CAMAS PERDIDAS A CONSECUENCIA DEL SISMO, SEGUN NIVELES DE ATENCION E INSTITUCION



G R A F I C A II

Aún no han sido cuantificadas las pérdidas sufridas por la medicina privada. Deben haber sido de consideración ya que los consultorios y hospitales de este sector tenían un polo de concentración en torno a los grandes hospitales destruidos. Entre los que quedaron severamente dañados podemos mencionar la Central Quirúrgica, el Hospital Dalinde, la Clínica Londres, el Hospital Santa Elena, todos ellos ubicados en la colonia Roma.

La pérdida en el sector privado hace evidente la estrecha relación entre las instituciones médicas públicas y los servicios de salud privados. Esta relación tiene un doble carácter: por un lado, la racionalidad de la oferta de servicios de especialidad la daba una economía estatal, única con recursos suficientes para hacer productiva esta alta tecnología.

Por otro lado, el personal médico de alta especialidad formado y empleado por el Sector Público, se mantiene subocupado a consecuencia del desequilibrio entre la gran oferta de servicios especializados y la relativamente escasa demanda. Esto le permite combinar su trabajo institucional con la medicina privada. De allí que los servicios públicos y privados de especialidades estén geográficamente concentrados en el mismo sitio.

En otro orden de cosas, los daños sufridos por los recursos dedicados a la atención ginecobstétrica ejemplifican los efectos del sismo sobre los servicios excesivamente concentrados. Un estudio muestral (8) que cubre el 80% de la capacidad instalada del Sector Público para esta especialidad en 1984, comparado con los daños producidos por el sismo, pone de manifiesto la pérdida de un 41% de las camas y un 32% de las salas de expulsión y de quirófanos de esta especialidad en el Distrito Federal. (Ver Tabla 6, p. 35).

 TABLA 6. PERDIDA DE RECURSOS MATERIALES PARA LA ESPECIALIDAD DE GINECOBSTETRICIA EN EL D.F., 19 SEPT., 1985 (9)

RECURSO	EXISTENCIA 1984	PERDIDA POR EL SISMO	% PERDIDO
CAMAS	1904	778	41
SALAS DE EXPULSION	68	22	32
QUIROFANOS	38	12	32

La magnitud de esta pérdida se debe a que más de un 80% de los partos en el D.F. son hospitalarios y que de éstos, un 80% son cubiertos por el Sector Público. A esto debemos agregar que más del 10% de estas atenciones se dieron a embarazos de alto riesgo, los cuales requieren de los recursos de alta tecnología que se perdieron en gran medida.

Si el Sector Público recupera el nivel de atención a demanda de partos que ofrecía en 1984 sin reponer los recursos, el rendimiento de recién nacidos por cuna y por año tendría que elevarse de 85 a 140, es decir, un incremento de 65%, con la consiguiente pérdida en la calidad de la atención.

Dado que la atención al parto es una necesidad impostergable, la destrucción de la capacidad de atención de los servicios tanto públicos como privados representa un elevado costo social atribuible, una vez más, a la concentración de los servicios. Este costo social deberá ser pagado en términos de reposición de los recursos perdidos o bien de un aumento de la mortalidad materno infantil.

En lo que se refiere a los servicios de salud mental, estos no se vieron afectados de manera importante por el sismo. Ningún hospital psiquiátrico de la SSA o de otros sectores sufrió daños de magnitud tal que afectaran su capacidad operativa. Fueron algunos servicios de Psiquiatría de hospitales generales o de centros de salud, los únicos que resultaron dañados, por ejemplo: el del Hospital General de la SSA, el del Hospital General del Centro Médico Nacional y el del Hospital General 10. de Octubre del ISSSTE. El sector privado tampoco fue afectado de manera importante, ya que, en contraste con otras especialidades concentradas en la colonia Roma, los servicios psiquiátricos privados se concentran al sur de la ciudad.

En este momento existen 85 centros que proporcionan atención psiquiátrica, de los cuales el 30% corresponde a la SSA. A raíz de este desastre algunos centros cuyo servicio estaba restringido a cierto sector de la población, fueron abiertos al público en general, por ejemplo: el departamento de Psicología Médica y Salud Mental de la Facultad de Medicina y el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, ambos de la UNAM.

El movimiento de pacientes en los servicios de hospitalización tampoco se vio afectado en comparación con el que se dio en los hospitales generales. Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez fueron trasladados no más de 4 pacientes que se encontraban en el Hospital General de la SSA y que mostraban sintomatología secundaria de abuso de alcohol.