

## V. DAÑOS A LA SALUD PRODUCIDOS POR EL SISMO

### A. Daños físicos.

El sismo ocurrido a las 7:19 hrs. de la mañana del día 19 de septiembre sorprendió a la población del área metropolitana en sus casas (la mayoría), en los medios de transporte (una gran proporción de la población económicamente activa) y en su fuente de trabajo (al parecer en proporción menor).

Todos, sin embargo, fueron sorprendidos e impactados en mayor o menor medida. Los derrumbes en casas habitación, violentamente ejemplificados en los multifamiliares de Tlatelolco y Juárez, cobraron un elevado número de víctimas de las cuales una proporción importante falleció. Un número considerable de personas resultaron lesionadas y transportadas de diversas formas a los centros de atención médica disponibles en el área.

Es importante considerar como mínimo, factores tales como el tipo de suelo en diversas secciones del área metropolitana, el tipo de construcción que fue afectada y la distribución demográfica de la ciudad para explicar la magnitud del daño (lesión y muerte) en la población. Así, las delegaciones Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc, Venustiano Carranza y Benito Juárez, que en conjunto contienen el 29.6% de la población del Distrito Federal (Figura 6 del Anexo 3, p. 102) y densidad de población de 19,746 habitantes por km<sup>2</sup> en 1980 (Figura 7 del Anexo 3, p. 103), fueron las más dañadas. La atención médica tuvo que darse en otras zonas, ya que las instalaciones ubicadas ahí fueron precisamente las más dañadas.

El análisis de la información se hizo de acuerdo al esquema conceptual (Diagrama 1 del Cap. 1, p. 13) el cuadro de indicadores para cuantificar y apreciar la magnitud del daño (Cuadro 3 del Anexo 2, p. 81) y la información disponible (Cuadro 6 del Anexo 2, p. 84).

El daño mínimo a la salud fue representado por la utilización de servicios médicos sin que se haya ameritado la hospitalización del paciente. Dos grados de daño intermedio fueron los que ameritaron hospitalización o cirugía. El fallecimiento de la persona, fuera o dentro de las instituciones de servicio, fue conceptualizado como el daño máximo. La información obtenida sobre daños a la salud se manejó de manera clínica y cuantitativa.

El análisis de la información se enfocó a la detección de los determinantes más importantes de los daños a la salud, por lo que se realizaron análisis tendientes a proveer información sobre la región (Delegación), la institución otorgante de los servicios, el género y la edad de los solicitantes de los servicios, ubicación al momento del sismo y caracterización socioeconómica.

De acuerdo con este esquema de análisis encontramos que de la totalidad de las personas atendidas por los diversos proveedores de servicios médicos, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atendió alrededor de 4000 personas y absorbió en sus hospitales a 2,500 aproximadamente; el Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atendió a alrededor de 913 personas; y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal reportaron haber atendido a 6,500 personas aproximadamente, de las cuales 1749 fueron atendidas en urgencias en hospitales (UNAM-FUIC, Cuadro 6 del Anexo 2, p. 84 ). La Secretaría de Salud no atendió a más de 100 personas (10). Dadas las condiciones de lesión, ubicación de centros de atención médica y disponibilidad de transporte, los servicios médicos fueron otorgados tanto a derechohabientes como a no-derechohabientes por las instituciones públicas de salud (Tabla 7, p. 38).

TABLA 7. NUMERO DE PERSONAS ATENDIDAS POR INSTITUCION EDAD Y GENERO

INSTI- TUCION	HOMBRES			MUJERES			TOTAL	POR CIENTO DEL TOTAL
	<17 A.	≥17 A.	SIN EDAD REPOR- TADA	<17 A.	≥17 A.	SIN EDAD REPOR- TADA		
IMSS	48	48	486	23	39	455	1099	52.13
PARTI- CULARES	7	37	153	8	18	158	381	10.07
ISSSTE	4	20	114	9	18	127	292	13.85
DDF	2	8	126	2	18	65	221	10.48
SSA	0	0	0	1	3	8	12	0.57
OTROS	1	14	27	8	16	37	103	4.9
TOTAL	62	127	906	51	112	850	2108	100.0

Fuente: IIMAS-UNAM, únicamente. Compilación de datos de personas afectadas por el sismo, octubre de 1985.

Del total de personas atendidas, 85.48% (UNAM-IIMAS, Cuadro 6 del Anexo 2, p. 84) recibieron atención en consulta externa, donde se les atendió de acuerdo a sus necesidades médicas; 12.49% fueron hospitalizados y 1.59% fueron intervenidos quirúrgicamente. Del total de hospitalizados se reportó que el 0.76% fallecieron dentro de los servicios de hospitalización (UNAM-PUIC).

Los prestadores de servicios médicos de las Delegaciones Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc, Azcapotzalco, Benito Juárez y Gustavo A. Madero atendieron entre 200 y 500 personas, cada una, mientras que Tlalpan, Alvaro Obregón, Ixtacalco y Coyoacán atendieron menos de 200 personas cada una (Tabla 8, p. 39).

TABLA 8. NUMERO DE PERSONAS ATENDIDAS POR DELEGACION

DELEGA- CION	HOMBRES			MUJERES			TOTAL	POR CIENTO DEL TOTAL
	<17 A.	≥17 A.	SIN EDAD	<17 A.	≥17 A.	SIN EDAD		
Tlalpan	4	25	46	5	21	63	164	7.77
Miguel Hidalgo	5	32	166	14	21	162	400	18.97
Cuauh- témoc	1	0	129	0	2	163	295	13.99
Azca- potzal- co	22	25	240	11	16	200	514	24.38
A. O- bregón	1	1	47	1	3	59	112	5.31
B. Juá- rez	9	24	96	7	16	94	246	11.66
Ixtacal- co	0	0	1	0	0	3	4	0.18
Coyoa- cán	0	4	31	0	7	0	42	1.99
G.A. Madero	20	16	150	13	26	106	331	15.70
TOTAL	62	127	906	51	112	850	2108	100.

Fuente: IIMAS-UNAM. Compilación de datos de personas afectadas por el sismo, octubre de 1985.

La distribución de la población atendida de acuerdo al sexo fue similar, presentándose una mayor frecuencia en el caso de las mujeres. No ha sido posible obtener una distribución por edad, ya que en la mayoría de los casos registrados este dato no fue especificado.

Los daños más frecuentemente reportados por las instituciones de atención médica hospitalaria han sido traumatismos, insuficiencia renal aguda y neurosis post-traumática (UNAM-PUIC).

Con base en los datos obtenidos de los Servicios Médicos del Distrito Federal, se ha estimado que 49,791 personas fueron atendidas por todas las instituciones de salud durante los primeros cinco días después del sismo. De los atendidos, el 4.22 %, o sea 2,105 personas fueron hospitalizadas, de las que al menos el 1.35% requerirán prótesis y rehabilitación física durante los próximos meses.

El total de personas reportadas como fallecidas oscila entre 1,300 y 6,220 (UNAM-PUIC). Aproximadamente 10% se identificaron como fallecidas dentro de los servicios hospitalarios o en el lugar donde se hallaban al momento de los sismos (UNAM-IIMAS). El total de personas desaparecidas varía de 33,000 (UNAM-PUIC) a 11,500 (IIMAS). Por otro lado, se han rescatado cerca de 3,300 cadáveres (UNAM-PUIC) y entre 1,150 y 2,000 personas con vida, las que han ameritado diversos grados de atención médica. Hasta el momento se han reportado cerca de 200,000 personas sin vivienda (UNAM-PUIC). Parte de éstas se albergan en 12 albergues del IMSS y de la Cruz Roja y se encuentran expuestas en mayor o menor grado, a riesgos secundarios al sismo, como hacinamiento, exposición a alimentos contaminados y carencia de medidas higiénicas adecuadas. No se han reportado brotes epidémicos de enfermedades transmisibles dentro de los albergues y se han tomado medidas adecuadas de vigilancia para detectar brotes de enfermedades respiratorias agudas, diarreas inespecíficas, parasitosis, virosis (prevenibles por vacunación) y tuberculosis, entre otras.

La carencia de un sistema organizado de emergencia para la captura de información que hubiera permitido determinar el número de personas atendidas a consecuencia del siniestro, sus características epidemiológicas y la distribución de los daños, sólo ha permitido analizar con cierta precisión, el número de atendidos en diversas instituciones, por sexo, edad y tipo de lesión. Para el seguimiento de la evolución de los daños de cada paciente, se requeriría mayor información de la disponible actualmente.

A pesar de que los datos que se manejaron no fueron recabados con estos propósitos, es posible inferir con cierto grado de confiabilidad las características del daño en la salud de la población.

Por la proporción de individuos del género femenino y masculino que fueron atendidos se puede deducir que el género no afectó el riesgo de hospitalización. Los escasos datos disponibles indican que proporciones similares de mujeres y hombres menores de 17 y

que proporciones similares de mujeres y hombres menores de 17 y mayores de 17 años de edad fueron hospitalizados. La distribución de hospitalizados por región indica que aquellas más cercanas a las áreas afectadas atendieron, tanto a nivel de urgencias como a nivel de hospitalización, a un mayor número de pacientes. Los servicios médicos del IMSS atendieron en cada una de las regiones a un mayor número de pacientes, en comparación con los demás servicios.

El Sector Salud ha podido enfrentarse, a través de todas las instituciones que lo componen, a un volumen de demanda que va por encima de los niveles funcionales normales de cada una, lo que está representado por la atención otorgada a más de 10,000 personas en un lapso menor a una semana. Dada la magnitud de los daños sufridos por el segundo y tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud, ésta se vio limitada en su participación en la atención a los demandantes. La mayor parte de la atención hospitalaria fue otorgada por IMSS, ISSSTE, SMDDF, particulares y otras instituciones.

Considerando la proporción de los pacientes atendidos no hospitalizados y los hospitalizados, se deduce que se mantuvo aparentemente una relación de 7:1. No es posible determinar la proporción entre fallecidos y lesionados debido a la carencia de datos.

#### B. Daños a la salud mental.

En lo que se refiere a los daños a la salud mental producidos por el sismo, tenemos que la reacción psicológica que presenta un individuo ante una situación catastrófica (individual o colectiva, desastres naturales o creados por el hombre) se relaciona con:

- la personalidad
- la edad, sexo, grupo étnico y posición económica
- los mecanismos mentales usuales para contender con situaciones angustiantes (defensa y adaptación)
- la intensidad de la fuente de tensión (tipo de desastre, probabilidad de recurrencia, posibilidad de control, duración y localización en el momento del desastre)
- el grado de pérdida personal experimentado
- la disponibilidad de socorro y de recursos comunitarios de apoyo y,
- el grado de correspondencia entre las necesidades individuales y los sistemas de apoyo

Tales reacciones se han clasificado de diversas maneras, algunas de acuerdo a su evolución en el tiempo, otras en relación a sus características clínicas, ambas poseen una utilidad práctica importante. Por su patrón temporal se dividen en: fase de choque, fase de adaptación y secuelas. La primera se inicia en el momento de desastre y puede tener una duración de varias horas

a varios días; clínicamente se presentan estados de ansiedad de intensidad variable, con sentimientos de temor, preocupación, vergüenza y culpa. En ocasiones se llega a un estado de confusión manifestado por desorientación e incapacidad para comprender lo que dicen los demás; en otras, un síndrome de aturdimiento psíquico caracterizado por desinterés e indiferencia. Son frecuentes las conductas herbicas o la obediencia dócil y pasiva a órdenes, mandatos o reglamentos. Condiciones menos frecuentes son los estados de pánico o los cuadros conversivos (parálisis, cegueras, etc) o disociativos (fugas o amnesias histéricas).

No se conoce la proporción de la población que presenta las características señaladas. Algunos autores han sugerido que, aún los sujetos alejados del sitio del desastre presentan cuadros ansiosos con la misma frecuencia e intensidad que los directamente afectados.

En la siguiente fase, de readaptación, que se inicia cuando el sujeto regresa a su casa y se da cuenta de su situación de manera más real, predominan las manifestaciones depresivas con tristeza, desesperación, hostilidad y sentimientos de impotencia que, por lo general, van desapareciendo gradualmente. Algunas personas continúan presentando síntomas importantes de ansiedad (para algunos autores hasta en cerca del 90% de la población). Otros presentan los síntomas clásicos del desorden post-traumático de estrés (experimentación repetida del acontecimiento traumático, entorpecimiento de la capacidad de respuesta o reducción de participación en el mundo exterior, además de una variedad de síntomas disfóricos, cognoscitivos y del sistema nervioso autónomo). Muchos manifiestan problemas somáticos (dolores u otros síntomas) para los cuales no se encuentra una justificación orgánica, otros más cursan con exacerbaciones de patologías somáticas pre-traumáticas (hipertensión arterial, diabetes, etc.)

En los niños, son frecuentes los problemas de conducta manifestados principalmente por miedos, actitudes regresivas y agresión; curiosamente el rendimiento escolar se ve poco afectado.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica esta fase puede tener una duración hasta de 2 años.

Finalmente, la fase de secuelas se traslapa con la anterior; las condiciones más frecuentes son: la depresión, el desorden post-traumático de estrés y los síndromes ansiosos; para algunos autores las secuelas son poco frecuentes, para otros, son la regla. Al parecer, estas secuelas pueden verse complicadas con cuadros de abuso de sustancias, en particular de alcohol y tranquilizantes. Se consideran como grupos de mayor riesgo a los niños y a los ancianos, a los sobrevivientes, a los espectadores y a los integrantes de los grupos de apoyo.

Como era de esperarse, puesto que así ha sucedido en muchos otros países en condiciones de desastre, se carece de información adecuada acerca del impacto que sobre la salud mental de la

población ha tenido este sismo. Informes no oficiales de la Facultad de Psicología de la UNAM indican que cerca de 4000 personas, hasta el 27 de septiembre, habían recibido de una u otra manera atención psicológica; los pocos casos en que se realizó un diagnóstico clínico muestran que han predominado los cuadros de ansiedad seguidos por los depresivos. Entre las solicitudes de servicios que se han recibido con más frecuencia están las de apoyo psicopedagógico para niños. Datos de una encuesta informal realizada por la Dirección General de Epidemiología de la SSA en 25 albergues, seleccionados al azar, indican que solamente en el 20% de éstos, o sea 5 albergues, se detectaron casos que se consideró ameritaban intervención psiquiátrica urgente, en 3 de ellos existen entre 1 y 3 sujetos con probables exacerbaciones de cuadros psicóticos ya conocidos y, en los dos restantes, cuadros depresivos y disociativos en 2 sujetos.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría ha iniciado varios proyectos de investigación en relación a los efectos psiquiátricos y psicosociales provocados por el desastre, tales como: "Consecuencias psicosociales del sismo: estudio de seguimiento de casos", "Aspectos psicosociales relacionados con la adaptación de una comunidad a un entorno social en crisis", y "Representación mental de sismos en la población escolar". Estos estudios permitirán tener una idea más cercana a la realidad del impacto del desastre en la salud mental, sin embargo, por el momento se carece de datos.

#### 1. Demanda de servicios.

De acuerdo a lo señalado en la literatura, la demanda de servicios por la población afectada hacia el equipo de salud mental ha sido poca. En 5 centros de atención especializada, entre los días 19 y 25 de septiembre, sólo 60 personas solicitaron ser atendidas por condiciones relacionadas con el sismo. El servicio de apoyo telefónico de la Facultad de Psicología recibió 100 llamadas en 7 días, y el Centro de Servicios Psicológicos atendió sólo 15 casos en el mismo lapso. Varias brigadas de apoyo de esta Facultad fueron rechazadas en algunos albergues. La mayor parte de solicitudes de servicios recibidas se refieren a asesorías en la organización de albergues o presentación de pláticas educativas, unas cuantas para el manejo psicopedagógico de los niños alojados en albergues.

#### 2. Capacidad de respuesta del Sector Salud.

La información obtenida hace suponer que el Sector Salud está en condiciones, en este momento, de satisfacer la demanda de servicios clínicos en el área de salud mental.

Por otra parte, se han emprendido acciones educativas y de capacitación de personal, tanto por el Sector Salud estatal como por el universitario, para el manejo de situaciones de crisis y desastres. En el Instituto Mexicano de Psiquiatría se imparte el curso "Capacitación en el manejo de situaciones de crisis y desastre" con una duración de 5 horas, al cual han acudido aproximadamente 200 personas predominando los psicólogos, médicos generales y maestros. Cursos similares se efectúan en el Departamento de Psicología Médica y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

## VI. PROSPECTIVA

### A. Introducción

El análisis prospectivo del Sector Salud es un problema complejo que requiere tomar en cuenta variables macrosociales y económicas con el propósito de ubicar al sector en el marco social en el que se desarrolla. Es importante definir variables que expliquen las relaciones entre el sector y su entorno, así como variables que representen relaciones internas básicas.

El Grupo de Prospectiva del Sector Salud se ha propuesto hacer un aporte a este análisis iniciando su esfuerzo con este documento que, como se señala en la Presentación, intenta contribuir con elementos de juicio para la toma de decisiones en el proceso de reorganización del sector, desencadenado a raíz del sismo del 19 de septiembre.

Dada la premura con que se ha tenido que trabajar, las características de la información disponible y la importancia de hacer un aporte útil, hemos decidido concentrar nuestro análisis en la vinculación que existe entre el Sector Salud y la población: la oferta y la demanda de servicios. Para ello nos hemos abocado a estudiar las relaciones entre varios indicadores del servicio tanto en su evolución histórica (1980-1985), como en su relación con la situación inmediata posterior al sismo y la tendencia proyectada a seis meses y dos años a partir del momento actual.

Para lograr estos propósitos hemos realizado lo siguiente:

- Análisis del problema a partir de un esquema de dos momentos del contacto entre la población y los servicios de salud: la consulta externa y la hospitalización.

Para el análisis del primer contacto se ha considerado conveniente tomar en cuenta la demanda deseable de consulta externa, y la oferta requerida para cubrirla, expresada por el número de consultorios. Para ser operativa esta definición de variables, hemos establecido el supuesto de adscripción definida y excluyente de la población abierta a los servicios de salud de SSA y SMDDF. Esto nos permite definir el máximo rendimiento (demanda deseable) y el mínimo de capacidad (oferta mínima), con el supuesto de un máximo grado de productividad medida a través de la norma de dos consultas por hora, por médico por día en servicios de urgencia (operando siete días a la semana), y de tres consultas por hora por médico por día de 16 horas para los

servicios de consulta externa no urgentes (operando cinco días a la semana). En este contexto, los indicadores básicos son la consulta externa (deseable, real y potencial) y el consultorio, cuyas características se especifican más adelante.

Para el análisis de la hospitalización nos hemos concentrado en la demanda de uso de cama. En este estudio, la cama representa el servicio de segundo y tercer nivel que incluye indicadores tales como: número de camas censables, quirófanos, gabinetes radiológicos, laboratorios clínicos, recursos humanos y financieros de manera integrada para solucionar problemas de salud (11); sin embargo nos hemos concentrado en el número de camas censables. (12).

- Análisis de las variables señaladas en el caso de población abierta, atendida por los servicios de salud de SSA y SMDDF. Para ello se ha partido de la proporción de población abierta en el Distrito Federal en 1984 (13); se ha tomado como criterio de adscripción a los servicios de salud la proporción de la población atendida por SSA y SMDDF en 1985. De acuerdo con esta proporción, SSA atiende al 54% de la población abierta, mientras que los SMDDF atienden al 46% restante.

- El análisis de esta información se ha llevado a cabo mediante estimación de tendencias históricas (1980-1985) en la evolución de la población absoluta en el área metropolitana y el Distrito Federal, para la estimación de indicadores tales como población atendida (consulta externa), población hospitalizada estimada por días/paciente y población intervenida quirúrgicamente, consultorios y número de camas de acuerdo a las proporciones existentes actualmente entre estos indicadores. Además, se está trabajando en modelos matemáticos para estimar la demanda de servicios de consulta externa y hospitalización.

- Construcción de un escenario de reformulación y redistribución de los servicios en el Distrito Federal, en el que se considera una estrategia complementaria de descentralización. Se han diseñado tres estrategias de desarrollo del sector en el Distrito Federal y una para los Estados de la República.

1. Fortalecimiento del nivel primario de atención.
2. Redistribución de la oferta de servicios hospitalarios.
3. Unificación funcional en el tercer nivel de atención.
4. Descentralización de los servicios de salud mediante la creación de anillos regionales de contención con redistribución de los servicios.

## B. Análisis prospectivo.

### 1. Estrategia de fortalecimiento del nivel primario de atención.

La utilización de camas de hospitalización de segundo nivel está asociada con la cobertura, organización y calidad en la atención del nivel primario. Una estrategia para suplir la pérdida de camas en los niveles hospitalarios de la atención es entonces el reforzamiento de la atención primaria. El análisis se centra en las consecuencias que se tendrían en el Sector Salud si continúa la actual relación empíricamente observada entre consulta externa (14) y hospitalización, y si se reduce esa relación en un tercio como efecto de esta estrategia de reforzamiento. El objetivo de reducir la proporción hospitalización/consulta se considera factible dado el volumen de ingresos que se pueden evitar en base a un aumento en los recursos, cobertura, oportunidad y calidad de la atención primaria (15).

Con esta estrategia sería factible no solo disminuir las hospitalizaciones, sino también restituir la capacidad de atención ambulatoria que solían tener los hospitales afectados por el sismo a través de sus servicios de consulta externa y urgencias; y restituir la capacidad de enseñanza de medicina y enfermería de pregrado y posgrado.

Por otra parte a mediano plazo es previsible la reorientación del sistema de salud, a fin de que la atención primaria represente la instancia legítima y confiable de primer contacto.

Para hacer viable esta alternativa se requiere de dos acciones complementarias: aumentar la calidad de los servicios de atención primaria y brindar mayor atención, especialmente la de carácter preventivo, a la población.

#### a. Componentes de unidades de atención primaria.

La parte medular de esta alternativa consiste en abrir Unidades de Atención Primaria (UAP) para población abierta que cubran zonas perfectamente delimitadas de la Ciudad de México. Estas Unidades de salud podrían abrirse a base de ampliar establecimientos ya existentes o como unidades nuevas. Por la índole de sus funciones, deberían estar suficientemente cercanas a hospitales generales y contar con

patrones definidos de referencia y contrareferencia. Esta alternativa permite abrir la posibilidad de complementación funcional u orgánica entre los servicios de salud de la Secretaría de Salud y los servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

Las UAP incluirían varias innovaciones especialmente adaptadas a las características epidemiológicas de la vida urbana. Así, además de los servicios esenciales de promoción de la salud y de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las condiciones más comunes, los centros de salud contarían con los siguientes servicios.

i. Servicio obstétrico.

Se ocuparía únicamente de partos eutócicos. Este servicio permitiría integrar la atención pre y postnatal con la atención obstétrica. Con base en un sistema de referencia hospitalaria bien integrado, podrían referirse las complicaciones sin demora. Para el desarrollo adecuado de este servicio es necesario tener en cuenta la evaluación periódica de las pacientes para detectar, hasta donde sea posible, cualquier complicación.

ii. Servicio de cirugía menor ambulatoria.

Realizaría el tipo de intervenciones menores que requiera de instrumental quirúrgico básico y anestesia local (suturas de heridas menores, extracción de lipomas, etc).

iii. Servicio de urgencias con telemetría de signos vitales.

Permitiría la atención inmediata de accidentes (envenenamientos, desastres, lesiones por violencia, infartos y otros riesgos de la vida urbana). Tendría adscritas ambulancias localizadas en unidades de servicio público (Bomberos o Delegaciones) las cuales estarían dotadas de equipo de primeros auxilios y de instrumentos para transmitir signos vitales. El equipo de telecomunicación permitiría monitorear las condiciones del paciente, para dirigirlo hacia la unidad del nivel de hospitalización requerido. Comparado con el actual esquema de atención de urgencias basado en hospitales centrales, el sistema propuesto permitiría reducir sensiblemente el tiempo de contacto con el paciente. Sin duda, las urgencias representan el mejor ejemplo donde un primer contacto oportuno resulta esencial.

Estos servicios podrían complementarse con una línea tele-

fónica para proporcionar información toxicológica, servicios de laboratorio clínico y radiología, y con archivos médicos automatizados.

Además de permitir la recuperación de la capacidad de atención ambulatoria perdida por los sismos, el fortalecimiento de la atención primaria sería un elemento crucial para descongestionar los servicios de consulta externa, urgencias y atención de partos eutócicos en los hospitales. En esta forma, se lograría un uso más racional de los costosos recursos hospitalarios, así como la recuperación de su capacidad perdida a raíz del sismo.

b. Demanda deseable de consulta.

El refuerzo al primer nivel de atención implica un incremento de la cobertura real de la población. Para ello se consideró conveniente tomar en cuenta la demanda deseable de consulta externa, basada en el indicador de 4.0 consultas por habitante por año (16) así como la oferta potencial, basada en la norma de dos consultas por consultorio por hora durante 24 horas, y siete días a la semana para servicios de urgencia, y de tres consultas por consultorio por hora durante 16 horas y cinco días a la semana, para servicios de consulta normal. En ambos casos se tiene una norma de 48 consultas por consultorio y día laborable.

Para hacer operativa esta definición de variables se estableció el supuesto de que existe una adscripción definida y excluyente entre la población abierta a los servicios de la Secretaría de Salud y del Departamento del Distrito Federal. Bajo este supuesto es posible definir un máximo rendimiento de la oferta potencial, con el supuesto de una máxima productividad.

Para calcular la población abierta teóricamente adscrita a la Secretaría de Salud en el Distrito Federal y a los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal partimos de una cifra de demanda potencial de 2,754,000 personas, las cuales se distribuyen para cada institución de acuerdo a la capacidad real de cada una de ellas (17).

Si la Secretaría de Salud atendió a un 54% de la demanda real de la población abierta en 1983 (18), entonces le corresponde teóricamente un 54% de la demanda potencial, esto es, 1,487,160 personas. Por su parte la DGSMDDF atendió a un 46% de la demanda real y le corresponde una demanda potencial de 1,266,840 personas.

Con base en estos supuestos se tiene la necesidad de cubrir una demanda deseable de 11,016,000 consultas anuales. Suponiendo que 30% de estas consultas se otorguen en servicios

de urgencias (19), se tiene entonces la necesidad de 29,545 consultas diarias de servicio normal y 9,054 consultas de urgencia. La demanda deseable de 38,599 consultas diarias se cubrirían, de acuerdo con la medida de productividad señalada, con un total de 804 consultorios en el Distrito Federal, 241 de los cuales deberían estar acondicionados para atender urgencias.

En lo que respecta a partos, el máximo apoyo que el primer nivel podría prestar si cubriera parte de la demanda de partos eutócicos, equivaldría al servicio que la Secretaría de Salud ofreció en 1985: 65 partos eutócicos atendidos diariamente (SSA atendió a 11,810 partos eutócicos --71% del total-- en el periodo enero-junio de 1985, para un total anual de 23,815. Ver Cuadro 7 del Anexo 2, p. 85).

### c. Distribución de demanda deseable por Institución.

Tomando los servicios de salud ofrecidos por la Secretaría de Salud y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal por separado, bajo el supuesto ya citado de exclusividad en su cobertura, tenemos la siguiente situación: la Secretaría de Salud tiene un total de 20,843 consultas diarias como demanda deseable por parte de su población, de las cuales 4,889 son de urgencias y 15,954 de consulta regular. Por otra parte su demanda real es de 14,591 consultas diarias, de los cuales 3,414 son urgentes y 11,177 son no urgentes. Es decir, se está por debajo de la norma de atención deseable (4,889 y 15,954 consultas urgentes y no urgentes, respectivamente).

De acuerdo con el supuesto de operación de consultorios de 16 horas diarias para consulta no urgente, 24 para urgencias y 4 consultas por habitante por año, la demanda deseable (20,843 consultas diarias) tendría que cubrirse con un total de 434 consultorios en la Secretaría de Salud. Por otra parte; y de acuerdo con los mismos criterios, esta institución debería cubrir la demanda real (14,591 consultas diarias, en semana de 7 días) con sólo 304 consultorios.

En lo que se refiere a la oferta potencial, de acuerdo con la capacidad instalada de la institución, y tomando los supuestos ya señalados (máxima productividad, distribución entre urgencias y no urgencias, distribución exclusiva de adscripción), la Secretaría de Salud debería estar en condiciones de ofrecer en sus 1,157 consultorios (Ver Cuadro 7 del Anexo 2, p. 85) un total de 55,536 consultas diarias (20) (38,875 no urgentes y 16,661 urgentes) y un total de 14,494,896 consultas anuales. Esto significa que la Secretaría de Salud tiene la capacidad de ofrecer 9.7 consultas anuales por persona (muy por encima de la norma mínima utilizada de 4.0). La Tabla 9, p.51, concentra esta infor-

mación.

La Secretaría de Salud está en capacidad de ofrecer 40,945 consultas diarias por arriba de la oferta actual, lo cual anualizado da una capacidad ociosa de 11,964,169 consultas. Podrían brindarse potencialmente 8.0 consultas por habitante por año, que es el doble de la norma aceptada.

Lo anterior lleva a ver que se tiene una capacidad utilizada en un 26.3% mientras que se satisface el 70.0% de la demanda deseable.

-----  
TABLA 9. DEMANDA REAL Y DESEABLE Y OFERTA POTENCIAL DE LA SSA.  
-----

Varia- ble	\ Tipo Real	Deseable	Potencial
Consultas	14,591	20,843	55,536
Consultorios	1,157	434	--

-----

Un análisis similar nos indica que para los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal se tiene una demanda deseable de 17,756 consultas diarias, de las cuales 4,765 se espera que sean urgentes y 13,591 no urgentes. La demanda deseable de consultas se cubriría con un total de 370 consultorios.

El total actual de consultas ofrecidas es de 5,821 (1,018 urgentes y 4,803 no urgentes) otorgadas en 203 consultorios (ver Cuadro 7 del Anexo 2, p. 85). No obstante, se tiene una capacidad instalada para cubrir una demanda potencial de 9,744 consultas diarias (6,821 no urgentes y 2,923 de urgencias), para un promedio de 2.22 consultas anuales por persona. Se tiene una utilización de la capacidad instalada de 59.7% mientras que solamente se cubre el 32.8% de la demanda deseable de consultas. La Tabla 10, p. 52 muestra esta situación.

-----  
 TABLA 10. DEMANDA REAL Y DESEABLE Y OFERTA POTENCIAL DE LOS SMDDF  
 -----

Variable \ Tipo \	Real	Deseable	Potencial
Consultas	5,821	17,756	9,744
Consultorios	203	370	---

-----

La situación en conjunto para la población abierta del Distrito Federal en lo que se refiere a la demanda real, deseable y potencial es como sigue. La demanda deseable de consultas diarias es de 38,599 (29,545 de no urgentes y 9,054 de urgencias) y el número deseable de consultorios es de 804. La demanda real es de 20,412 (15,980 de no urgentes y 4,432 de urgencias). Ambas instituciones en conjunto cuentan con 1360 consultorios, con una capacidad potencial de ofrecer 65,280 consultas diarias. Esto nos indica que las instituciones de salud para población abierta del Distrito Federal ofrecen servicios de consulta que satisfacen la demanda deseable en un 52.9%. Por otra parte tienen una capacidad instalada subutilizada en un 31.3%. La Tabla 11, p. 52, presenta esta información.

-----  
 TABLA 11. DEMANDA REAL Y DESEABLE Y OFERTA POTENCIAL PARA POBLACION ABIERTA EN EL DF.  
 -----

Variable \ Tipo \	Real	Deseable	Potencial
Consultas	20,412	38,599	65,280
Consultorios	1,360	804	---

-----

A esta situación habría que añadir la demanda real de población proveniente de fuera del Distrito Federal, lo cual no queda reflejado en el presente análisis. Aunque sabemos que esta demanda es considerable no se cuenta con datos precisos disponibles.

Por otra parte, se tiene una oferta deseable de 804 consultorios. Dado que hay 1,360 disponibles, se tiene un superávit de 556 en el Distrito Federal. No obstante, si se levanta el supuesto de dos jornadas laborales al día y nos aproximamos a la realidad suponiendo una sola jornada completa, (manteniendo el supuesto de eficiencia ideal), se tendría un déficit de 248 consultorios.

Para llegar a determinar la oferta potencial de manera más realista habría que tomar en cuenta la alta variabilidad en el desarrollo actual de las labores en los consultorios en lo que se refiere al horario, número de personal disponible por hora y tiempo dedicado a la consulta, y equipo.

En otras palabras, la definición de consultorio no es homogénea. Es posible que parte de la oferta tenga una mínima capacidad de servicios. Tal es el caso de las unidades de exploración física de pacientes que existen en las delegaciones políticas y ministerios públicos.

Otro factor a tomar en cuenta es que se está sugiriendo dar un servicio de primer contacto de tal forma que cada individuo de población abierta tenga 4.0 consultas anuales, mientras que en la actualidad la Secretaría de Salud está dando un servicio correspondiente a 2.79 consultas anuales por individuo, y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal lo están haciendo para 1.28. El servicio para el Distrito Federal en su conjunto es de 2.10 consultas por habitante por año. Así, puede concluirse lo siguiente: dado que hay una proporción no cuantificada de consultas dadas a población foránea, la población abierta del Distrito Federal tiene indicadores menores a estos, lo cual significa que recibe menos del 50% de las consultas deseadas.

d. Efecto de la estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención en los niveles secundario y terciario.

Durante el primer trimestre de 1985 la Secretaría de Salud ofreció un 69.27% de las consultas a enfermos y el 30.73% a personas sanas (Ver Cuadro 7 del Anexo 2, p.85). Suponiendo que esta proporción es válida para todo el año y que las personas sanas consultadas tienen una probabilidad despreciable de ser hospitalizadas, tenemos que los pacientes que pasan a hospitalización (segundo y tercer nivel) a partir del primer contacto (consulta externa) es de 2.05% (21).

Dado que se desea reducir esta proporción a un tercio, se requiere tener un ingreso hospitalario por cada 73 consultas ofrecidas, es decir 1.37% de la consulta externa.

Si se cubriera la demanda deseable de 20,843 consultas diarias, y se redujera la hospitalización en la proporción señalada, 14,438 de las consultas se darían a personas enfermas, de las cuales se canalizarían 197 a hospitalización. Por otra parte dado que el promedio de estancia hospitalaria por paciente es de 5 días en esta institución (22), se requerirían 1159 camas al 85% de ocupación (23). Esta situación arroja un superávit de 1452 camas respecto a la existencia actual. (Ver tabla 12, p. 54)

-----  
 TABLA 12. CAMAS REQUERIDAS DE ACUERDO A LA DEMANDA DESEABLE DE HOSPITALIZACIÓN Y LAS DISPONIBLES ACTUALMENTE, SSA.  
 -----

Variable \ Tipo	Deseable*	Real
Hospitalización	197	207
Camas	1,159	2,611

-----  
 \* Incluye reducción de un tercio en la proporción hospitalización/consulta.  
 -----

En el caso de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal la proporción de las personas que pasan a hospitalización es de 4.9% (198 de 4,032 consultas diarias a enfermos) (24). Si se desea reducir a un tercio esta proporción, se deberá obtener una relación de hospitalización por consulta de 3.27%. Dado que el nivel deseable de demanda diaria es de 17,756 consultas, 12,300 serán a enfermos de los cuales 403 personas deberían pasar a hospitalización.

En los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal el promedio de estancia por paciente es de 6 días (25) por lo que, para cubrir la demanda se requieren 2845 camas. Esto significa que hay un déficit de 1038 camas en esta institución. (Ver Tabla 13, p. 55).

TABLA 13. CAMAS REQUERIDAS DE ACUERDO A LA DEMANDA DESEABLE DE HOSPITALIZACION Y LAS DISPONIBLES ACTUALMENTE, SMDDF

Variable \ Tipo	Deseable*	Real
Hospitalización	403	198
Camas	2,845	1,807

\* Incluye reducción de un tercio en la proporción hospitalización/consulta.

TABLA 14. CAMAS REQUERIDAS DE ACUERDO A LA DEMANDA DESEABLE DE HOSPITALIZACION Y LAS DISPONIBLES ACTUALMENTE, POBLACION ABIERTA DEL DF.

Variable \ Tipo	Deseable*	Real
Hospitalización	600	405
Camas	4,004	4,418

\* Incluye reducción de un tercio en la proporción hospitalización/consulta.

En conjunto la SSA y los SMDDF requieren de 4004 camas para cubrir la demanda deseable de 600 hospitalizaciones diarias. Dado que se cuenta con 4418 camas, se tendría un superávit de 414 camas. (Ver Tabla 14, p. 55).

e) Oferta potencial sin fortalecimiento al nivel primario.

De acuerdo con los supuestos con que se ha realizado este trabajo y de seguir la situación actual de cobertura restringida, los servicios de salud a población abierta tendrían las siguientes características:

- Si la Secretaría de Salud siguiera presentando una proporción de 2.05% en la relación hospitalización/consulta, el actual número de hospitalizaciones requeriría de 1218 camas. Esto significa que se cuenta con un superávit de 1365 camas.

- Los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal continuarían trabajando con una proporción del 4.9% en la misma relación y requerirían contar con 1397 camas. Para esta demanda se cuenta con un superávit de 410 camas.

- Uniendo esfuerzos, ambas instituciones cubrirían la actual demanda, presentando una proporción de 2.86% en la relación hospitalización/consulta, con 2,615 camas. Esto significa que, dado que se cuenta con 4,418 camas, se tiene un superávit de 1,803 para la actual demanda.

2. Estrategia de redistribución de la oferta de servicios hospitalarios.

a. Análisis de distribución de camas de acuerdo con la distribución de la población.

Los servicios de salud para población abierta pueden enfrentar los efectos del sismo planteando una estrategia de redistribución de los servicios hospitalarios de segundo nivel, que fueron los más afectados. A nivel regional es factible plantear la construcción de hospitales capaces de absorber aquella parte de la demanda proveniente de los estados del centro de la república. Esta demanda foránea es muy importante y se calcula que los hospitales Juárez y General recibían hasta una mitad de sus pacientes de la provincia (26).

Suponiendo la construcción de la cantidad necesaria de hospitales foráneos para población abierta (27), cabe ver la distribución geográfica de camas en el Distrito Federal si éstas dieran servicio de manera exclusiva a su población abierta.

Para medir la distribución geográfica de las camas respecto a la población abierta del Distrito Federal se utilizó el coeficiente de Gini (28). Con él se mide el grado de desigualdad global que existe entre la distribución de población por delegaciones políticas y su dotación de camas de segundo nivel ofrecidas por la Secretaría de Salud y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal a la población abierta. De nuevo, se supone que el aporte por parte de los servicios privados es de poca significancia respecto al volumen total de la oferta y la capacidad de demanda de la población.

Antes del sismo el coeficiente de Gini para el Distrito Federal era de 0.23. Esto indica que las 4,325 camas de segundo nivel para población abierta que entonces existían se distribuían de manera inequitativa en la capital. Los extremos del caso eran las delegaciones Cuauhtémoc, donde se localizaban más de la mitad de las camas, y las delegaciones Cuajimalpa y Alvaro Obregón, donde no existía una sola cama destinada a población abierta. Mientras que la delegación Cuauhtémoc contaba con 104 habitantes por cada cama, otras delegaciones como Tláhuac, Iztapalapa y Contreras tenían más de 5,000 habitantes por cama (Ver Cuadro 13 del Anexo 2, p. 93).

Antes del sismo se contaba, a nivel global, con 693 habitantes por cama en el Distrito Federal. En relación con la norma de 1,212 habitantes por cama propuesta por la Secretaría de Salud, la capital estaba relativamente bien dotada de servicios hospitalarios (bajo el supuesto de exclusividad regional). Aún si 50% de la capacidad instalada se destinara a satisfacer la demanda foránea, se tendrían 1,386 habitantes por cama, lo cual está ligeramente por arriba de la norma.

Después del sismo el coeficiente de Gini bajó a 0.15, lo cual indica una nivelación en la distribución geográfica de las camas de segundo nivel. Este hecho se debe a que el total de la pérdida de 2,158 camas fue resentida por la delegación Cuauhtémoc, la cual pasó de tener 2,366 camas a solamente 208. De cualquier forma, quedó con un indicador de una cama por cada 1,175 habitantes lo cual está dentro de los límites de la norma para camas hospitalarias de segundo nivel. (Ver Cuadro 14 del Anexo 2, p. 94). Esto indica que es imperativo no construir o reconstruir camas hospitalarias en esta delegación.

La construcción de hospitales con vistas a recuperar las camas perdidas en el sismo podría realizarse en las delegaciones menos favorecidas de este recurso. Se requerirían 842 camas en todo el Distrito Federal para llegar a la norma de 1,212 habitantes por cama. Debe notarse que esta cantidad es menor a la de camas perdidas por el sismo. Bajo este supuesto el coeficiente de Gini bajaría a 0.10 lo cual indica que, si bien existiría mucho menor desigualdad, algu-

na persistiría debido a que algunas delegaciones concentrarían todavía más camas que las necesarias según la norma. (Ver Cuadro 15 del Anexo 2, p. 95).

b. Análisis proyectivo de la oferta de camas hospitalarias.

Las consideraciones expresadas en el apartado anterior implican una racionalización de los servicios de salud de tal forma que se optimice la atención primaria y se reduzca el acceso a los servicios de segundo y tercer nivel. Sin embargo, es necesario considerar la posibilidad de que se dificulte la implantación de esta estrategia a corto plazo y que permanezca el status quo. Para analizar esta situación y sus consecuencias a seis meses y dos años nos concentramos en la hospitalización que existe en el Distrito Federal en términos del uso de cama (Ver Tabla 15, p. 58). Examinemos esta situación primero para SMDDF.

TABLA 15. DEMANDA REAL DE POBLACION ABIERTA ACTUAL, ESTIMADA A SEIS MESES Y A DOS AÑOS POR INSTITUCION.

		CONSULTA	CONSULTORIOS	INGRESOS HOSPITALARIOS	CAMAS
S	Actual	14,591	1,157*	207	2,611
S	Seis Meses	15,553	329	224	1,318
A	Dos años	17,070	361	246	1,447
S					
M	Actual	5,821	203*	198	1,807
D	Seis Meses	6,079	127	207	1,461
D	Dos años	6,671	141	227	1,602
F					

\* Los consultorios requeridos de acuerdo al criterio de productividad utilizado son menos que los existentes. Equivalen para la SSA a 304 y para los SMDDF a 121.

Si se mantienen los indicadores actuales para consulta externa por habitante y hospitalización (ya señalados) en los próximos dos años y de acuerdo con las poyecciones poblacionales para este periodo (Ver Cuadro 11 del Anexo 2, p. 90), la demanda estimada de consulta diaria será de 6079 dentro de seis meses y 6671 dentro de dos años. De mantenerse la proporción entre tratamiento hospitalario y consulta en 4.9%, se requerirá hospitalizar a 207 y 227 personas dentro de seis meses y dos años, respectivamente.

Si el promedio de estancia por paciente se mantiene en seis días, se requerirán 1,461 camas dentro de seis meses y 1,602 dentro de dos años.

De acuerdo con la tendencia histórica de 1980 a 1983 los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal contarían con 1,699 camas en seis meses más y 1,374 dentro de dos años. Es evidente que esta situación produce una reducción de la probabilidad de acceso a los servicios hospitalarios para la población demandante. Esta situación se manifiesta en un retraso en el servicio, con las consecuencias que esto tiene en la salud del individuo si éste requiere de tratamiento especial de inmediato. La opción de acortar el periodo de estancia del paciente no soluciona este problema, ya que una decisión así sólo puede fundamentarse en casos particulares.

En el caso de mantener el número actual de camas de 1807 en los próximos años el actual superávit de 410 camas según la demanda real se reduciría a 346 a seis meses y a 205 a dos años respectivamente.

Los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal tienen una demanda real de consulta externa de 5,821 las cuales requieren de 121 consultorios. De ocurrir la demanda estimada de 6,079 y 6,671 a seis meses y dos años se requerirá operar con 127 y 141 consultorios en los mismos periodos. Esto indica una dotación actual suficiente de consultorios, de mantenerse la actual demanda.

De implantarse una estrategia de fortalecimiento a la atención primaria, tendiente a incrementar la demanda hasta alcanzar la deseable por habitante a la vez que de reducir en un tercio la relación hospitalización/consulta externa, se tendría la siguiente situación (Ver Tabla 16, p. 60):

- A seis meses se tendría la necesidad de satisfacer 18,996 consultas, de las cuales 13,159 se espera que sean brindadas a enfermos. De acuerdo con la proporción actual 646 de estos pacientes serán hospitalizados. Si se reduce en un tercio, se requerirán 431 ingresos. Esto lleva a la necesidad de 4560 y 3042

camas, respectivamente. Con estos datos se desprende la necesidad de 396 consultorios en seis meses.

- A dos años la demanda deseable de consultas sería de 20,848, de las cuales 14,441 serían a personas enfermas. De acuerdo a la proporción actual habrá 709 ingresos. Si se reduce en un tercio esta proporción, habrán 473 hospitalizados. El primer caso lleva a la necesidad de 5,004 camas, mientras que en el segundo 3,339 serían suficientes. La demanda de consultorios será de 434.

-----  
 TABLA 16. DEMANDA DESEABLE DE CONSULTAS E INGRESOS HOSPITALARIOS A POBLACION ABIERTA A CORTO PLAZO, SEIS MESES Y DOS AÑOS, Y NECESIDAD DE CONSULTORIOS Y CAMAS POR INSTITUCION.  
 -----

		CONSULTA	CONSUL- TORIOS	INGRESOS HOSPITA- LARIOS		CAMAS	
				(1)	(2)	(1)	(2)
S	Actual	20,843	434	296	197	1,741	1,159
S	Seis Meses	22,299	465	316	211	1,860	1,241
A	Dos años	24,474	510	347	231	2,041	1,359
-----							
S							
M	Actual	17,756	370	604	403	4,264	2,845
D	Seis Meses	18,996	396	646	431	4,560	3,042
D	Dos años	20,848	434	709	473	5,004	3,339
F							
-----							
(1)	Proporción actual ingresos hospitalarios/consultas de 2.05% en SSA y 4.9% en SMDDF.						
(2)	Proporción deseable de ingresos hospitalarios/consultas de 1.36% SSA y de 3.3% en SMDDF.						
-----							

Respecto a la Secretaria de Salud se estima que se requerirán 10,926 y 11,992 consultas a enfermos atendidos a 6 meses

y dos años. De mantenerse la misma proporción entre consulta y hospitalización en 2.05% se tendrán 224 y 246 ingresos hospitalarios a 6 meses y dos años, respectivamente. Dado que el promedio de estancia por paciente es de cinco días, se requerirán 1,318 y 1,447 camas en 6 meses y dos años (Ver Tabla 15, p. 58).

Esto indica que el actual superávit de 1,365 camas respecto a la demanda real se reducirá a 1,293 y 1,164 en 6 meses y dos años. Por otra parte, si se mantiene la actual satisfacción de la demanda de 2.79 consultas por habitante por año se tendrá una necesidad de consultorios de 329 y 361 a seis meses y dos años.

De implantarse una estrategia de fortalecimiento a la atención primaria tendiente a satisfacer la demanda deseable tendríamos la siguiente situación (Ver Tabla 16, p. 60).

- A seis meses se tendría la necesidad de satisfacer 22,299 consultas diarias, de las cuales 15,447 se ofrecerían a enfermos. De acuerdo con la proporción actual, 316 personas serán hospitalizadas. Si se reduce ésta de 2.05% a 1.36% se darán solamente 211 ingresos. Esto lleva a la necesidad de 1860 y 1241 camas en uno y otro caso, respectivamente. Se desprende la necesidad de 465 consultorios.

- A dos años la demanda deseable de consultas sería de 24,474, de las cuales 16,953 serían a enfermos. De acuerdo con la proporción actual habrá 347 ingresos. De reducirse esta proporción a un tercio se hospitalizarán solamente 231 personas. Para satisfacer esta demanda se requerirá de 2,041 y de 1,359 camas en uno y otro caso, respectivamente. La demanda de consultorios será de 510.

Las tablas 14 y 15 (pp. 55 y 58) resumen las necesidades prospectivas de camas, consultorios, ingresos y consultas, contrastando con la situación actual. Puede verse que la capacidad actual no es superada ni a seis meses ni a dos años, bajo el supuesto de que se continúe con la satisfacción actual de la demanda. (Tabla 15).

En lo que se refiere a la proyección a 6 meses de la demanda deseable con reducción en la proporción de ingresos (Tabla 16, p. 60) tenemos la siguiente situación: en los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal se da un déficit de 1,235 camas, mientras que en la Secretaría de Salud hay un superávit de 1,370. Se tiene por lo tanto un superávit global de 135 camas.

Respecto a consultorios los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal tienen un déficit de 193, mientras que la Secretaría de Salud mantiene un superávit de 692. De manera global hay un superávit de 499 consultorios,

de atenderse la demanda deseable.

De no operar una reducción en un tercio en la proporción ingreso hospitalario/consulta externa de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal mostrarán un déficit de 2,753 camas en seis meses, mientras que la Secretaría de Salud tendrá un superávit de 751. Resulta un déficit global de 2,002 camas.

La proyección de demanda deseable con reducción en la proporción ingreso/consulta a dos años es la siguiente: los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal muestran un déficit de 1,532 camas mientras que la Secretaría de Salud tiene un superávit de 1,252. Globalmente se tiene un déficit de 280 camas. En lo referente a consultorios se tiene un déficit de 231 en los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, mientras que la Secretaría de Salud muestra un superávit de 647. De manera global el superávit es de 416 consultorios.

De no operar una reducción de un tercio en la proporción ingresos/consulta se tiene a dos años un déficit en los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal de 3,197 camas mientras que, en la Secretaría de Salud se mantiene un superávit de 570 camas. El déficit global es de 2,627.

### 3. Estrategia de unificación funcional en el tercer nivel de atención.

Se ha señalado en repetidas ocasiones que el eventual proceso de reconstrucción en el Distrito Federal no debe conducir a una situación similar a la que prevalecía antes de la ocurrencia del sismo. Ahora es evidente la gravedad de los problemas que trajo consigo la alta concentración de la población y los servicios en el área metropolitana.

Se ha visto que los daños a la salud son importantes y que el impacto del sismo sobre el Sector Salud ha sido severo, aunque no tan grave como para impedir la oferta de un servicio adecuado la población. El análisis prospectivo del nivel primario permite ver que existe un margen amplio de maniobra en los servicios hospitalarios. Por otra parte, el análisis de los servicios de segundo y tercer nivel hace posible pensar en una redistribución que optimice los recursos para la atención especializada.

Es importante señalar, sin embargo, que los servicios especializados requieren tener una evolución racional basada en estrategias fundamentadas en el análisis de factibilidad y operatividad. Nos proponemos hacer un aporte en este sentido a nivel cualitativo.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la primera sección de este capítulo, existe una subutilización de los servicios especializados. La oportunidad que se presenta ahora permite pensar en un esquema de atención a la salud que optimice los recursos disponibles. Si se lleva a cabo un programa de construcción de unidades hospitalarias, es importante tomar en cuenta la relación que ellas tienen con el servicio especializado (segundo nivel de atención) y la canalización de pacientes desde el nivel primario.

La distribución de los servicios de primer contacto debería atender las necesidades de la población de manera que contenga la transferencia a los niveles secundario y terciario de atención.

De este modo, sería conveniente tener unidades hospitalarias en las que exista un servicio de consulta reducida al mínimo. Es decir, el tercer nivel de atención debería ofrecer consulta especializada solamente. El número de unidades hospitalarias estaría determinado por la distribución demográfica de la población, así como en base a indicadores clínicos y epidemiológicos. Además las unidades hospitalarias deberían estar acompañadas de unidades de atención primaria en una región determinada por ejemplo, por delegación.

El servicio especializado (tercer nivel) en el Distrito Federal, de tamaño intermedio de acuerdo a criterios epidemiológicos, clínicos y operativos, podría estar coordinado. Esta coordinación podría darse en el nivel funcional (e incluso de manera orgánica) de modo que se dé acceso no sólo a poblaciones de adscripción definida (como la población derechohabiente para instituciones como IMSS e ISSSTE, o población abierta para instituciones como SSA y SMDDF), sino a toda la población demandante.

De esta manera, los servicios hospitalarios de alta especialidad estarían al servicio de toda la población, bajo la coordinación de la SSA y los SMDDF o un organismo conjunto que se creara para el caso. De este modo no sería necesario que IMSS o ISSSTE construyeran nuevos hospitales de tercer nivel en el Distrito Federal, ya que ambas instituciones podrían remitir pacientes a dichos centros hospitalarios sin menoscabo en la calidad del servicio. Para facilitar este proceso, es necesario diseñar un sistema de registro homogéneo que permita la flexibilidad necesaria en la atención a la salud de acuerdo a los criterios indicados.

4. Estrategia de descentralización de los servicios de salud mediante la creación de anillos regionales y redistribución de los servicios.

El desarrollo del sistema de salud en México no puede dejar

de considerar la distribución tan heterogénea entre el área metropolitana de la ciudad de México y la provincia. Un análisis detallado de la estructura de los servicios en la provincia deberá mostrar con mayor precisión lo que parece evidente. Es decir, que el acceso y la calidad de los servicios no se equiparan a la oferta del sector en el Distrito Federal.

De esta manera, es absolutamente necesario reformular las estrategias de desarrollo del Sector Salud, especialmente si se implanta la estrategia de reforzamiento en el Distrito Federal.

Es importante señalar que para que se dé un desarrollo paralelo en provincia y el servicio sea adecuado, se podría implantar la misma estrategia de reforzamiento a la atención primaria en provincia, con lo que se obtendrían resultados favorables para la organización de los servicios hospitalarios en un contexto de descentralización.

En este contexto, se propone que se creen anillos concéntricos que cubran el país, cuyo centro sea el Distrito Federal. La oferta de servicios en los tres niveles de atención en un anillo determinado tendría que ser autosuficiente, de tal manera que las demandas de la población sean cubiertas en su totalidad. Con esto se trata de contener la demanda de servicios de provincia al Distrito Federal y de ciertas regiones del país a otras. Con estos parámetros, podemos pensar en varias posibilidades de regionalización por anillos, cuyos límites se especificarían de acuerdo con características demográficas, clínicas y epidemiológicas, así como con la infraestructura existente.

En principio tendríamos las siguientes regiones:

- Distrito Federal
- Área Metropolitana y estados circunvecinos
- Michoacán, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí, Oaxaca, Guerrero y Aguascalientes
- Jalisco, Nayarit, Sinaloa, Durango, Zacatecas, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Veracruz, Tabasco y Chiapas
- Estados restantes en dos subregiones

Para ello se pueden aprovechar los hospitales de zona existentes en Guadalajara, Monterrey, Puebla y Mérida. En cada anillo deberían considerarse subregiones que impidan la reproducción del centralismo en nuevas áreas del país de tal forma que existan pequeños anillos de contención en cada anillo mayor. Con esta estrategia se apoyaría gradualmente a la resolución del problema de la concentración en la ciudad de México, se evitaría crear nuevas áreas de concentración en el país y se ofrecerían servicios de salud en forma amplia y de buena calidad a población que ha estado tradicionalmente al margen de ellos.