

CONCLUSIONES

Puede concluirse que existe una capacidad instalada en el primer nivel de atención a población abierta lo suficientemente sólida para desarrollar los servicios de salud de manera adecuada. No obstante, habría que realizar análisis más detallados sobre esta capacidad para ir más allá de los indicadores utilizados.

Respecto al segundo nivel, existe un superávit importante de camas, suficiente para cubrir la demanda estimada a 6 meses y 2 años en las dos instituciones analizadas, si no se modifican sustancialmente las proporciones presentadas en este estudio. No obstante, de hacer modificaciones para una cobertura adecuada, existiría un déficit importante de camas para población abierta, especialmente en los Servicios Médicos del D.D.F.

La oferta se encuentra distribuida de manera desigual entre las delegaciones políticas y la población abierta, representando problemas de accesibilidad. No obstante los múltiples efectos negativos, lo cierto es que el sismo produjo una nivelación entre las delegaciones políticas. Esto muestra con mayor claridad los efectos de la alta concentración del sector. También abre una oportunidad para mejorar la distribución de servicios en la capital.

El sistema de salud del Distrito Federal padece de dos fenómenos paradójicamente opuestos: por un lado, el primer nivel de atención es subutilizado, atendiendo menos del 53% de la demanda deseable cuando se tiene una capacidad potencial utilizada en sólo 31.3%. Aparentemente existe una alta dispersión de consultorios la cual no necesariamente contribuye a aumentar la accesibilidad de servicios a la población. Esto explicaría en parte la situación que muestran las cifras señaladas. Por otra parte los niveles de productividad son muy bajos. Además los hospitales siguen concentrados en ciertas delegaciones del Distrito Federal. Aquí la escala de operación es excesiva, como queda ejemplificado por los hospitales de más de 500 camas. De nuevo, la accesibilidad queda severamente limitada. Así, los extremos se tocan: una dispersión excesiva del primer nivel con una concentración del segundo lo cual lleva, en conjunto, a niveles bajos de productividad.

RECOMENDACIONES

La situación actual, asumiendo las pérdidas debidas al sismo, afecta la capacidad de satisfacción de la demanda a seis meses y dos años, existiendo un déficit significativo en los servicios. Por ello se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Enfocar la reconstrucción de manera prioritaria a la redistribución de los servicios hospitalarios en el Distrito Federal y al aprovisionamiento de servicios de salud en aquellos estados de la República que son más deficitarios.
2. No reponer las camas perdidas por la Secretaría de Salud en la Delegación Cuauhtémoc, sino redistribuir las camas, tanto en otras delegaciones como en provincia, de forma tal que se generen los anillos de contención aquí sugeridos. Ello permitirá hacer realidad el supuesto de que las instituciones de salud del Distrito Federal atiendan sólo a la población de esta entidad federativa, en vez de tener que suplir las carencias del resto del país. En otras palabras: fortalecer la capacidad de atención en provincia es una forma de mejorar los servicios en el Distrito Federal.
3. Desarrollar unidades de atención primaria con la organización y escala suficiente para poder operar bajo las normas de productividad y eficiencia que lleven a un mayor rendimiento de los recursos y satisfacción de la demanda deseable. La organización de las unidades de atención primaria tendría mejores resultados si SSA y SMDDF trabajaran en forma integrada. Para ello se sugiere la necesidad de estudios que lleven a la definición de estas formas de organización e integración de los servicios.
4. Elaborar e implementar normas de equipamiento que permitan contar con una definición uniforme de consultorio, logrando así bases para la elaboración de análisis de productividad y equidad.
5. Aumentar la capacidad resolutive de las unidades de atención primaria, de manera que se reduzca la utilización innecesaria de los hospitales, especialmente de su servicio de consulta externa.
6. Mejorar los sistemas de información, de tal forma que sea posible conocer en detalle la productividad y la calidad de los servicios.
7. Iniciar un proyecto de investigación que permita derivar las normas de oferta y demanda según la realidad epidemiológica nacional, más que según estándares convencionales.

8. Integrar bancos de datos susceptibles de alimentar modelos de simulación con los cuales sea posible incorporar elementos analíticos a la planeación y la toma de decisiones en torno a la salud y, particularmente, en torno a situaciones de futuras emergencias.

De manera general resulta necesario reforzar las estrategias de descentralización y desconcentración, dando mayores recursos a los gobiernos de los estados que conforman la región central del país.

Para profundizar en este análisis, requiere de la elaboración de un estudio de la demanda no satisfecha de servicios de salud en distintas regiones y de la demanda foránea tanto en el Distrito Federal como en las principales ciudades del país. Sobre esta base podrán realizarse estudios integrales de planificación de los servicios los cuales permitan aprovechar las consecuencias negativas del sismo para reorientar el desarrollo del Sector Salud.

REFERENCIAS

- (1) COPLAMAR. Necesidades esenciales en México, No. 4. Salud. México. Siglo XXI, 1982. Coordinación de Estudios y Proyectos. Subsecretaría de Planeación-SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988. Cuadernos Técnicos de Planeación, Vol. I, Núm. 6. SSA.
- (2) Yépez, Rodrigo. Comentario al tema: Análisis de la práctica médica actual en América Latina por el Dr. Yesio Corderio pp 111-124. Citado en la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. La Práctica Médica y la Formación del Personal de Salud, UDUAL. México, 1979.

Vandale Toney, S.; Durán Arenas, J.L.; Rodríguez Domínguez, J. y López Cervantes, M. Bases para la Comparación de los Distintos Sistemas de Salud. Rev. Salud Pública de México. Vol. 27 Núm. 1. pp. 10-17. Ene-Feb 1985.
- (3) COPLAMAR, op. cit.
- (4) COPLAMAR, op. cit. Yépez, Rodrigo. op. cit.
- (5) Delgado, Hernán. Modelo Integrado y Simplificado de Servicios de Salud, Nutrición y Planificación Familiar para Zonas Rurales. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 94 No 4, pp 362-378, 1983.
- (6) Mercer, Hugo. La práctica médica, en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales No. 84, pp. 9-31, abr-jun, 1976.
- (7) Datos extraídos del "Diagnóstico General" presentado en el Programa Nacional de Salud 1984-1988, pp. 9-14.
- (8) Jose Luis Bobadilla. Atención médica y su efecto sobre la mortalidad perinatal (muestra de 25 hospitales en el Distrito Federal). Mexico, Centro de Investigaciones en Salud Pública, SSA. 1984, mimeo.
- (9) Bobdilla, J.L., op cit
- (10) Datos de la fuente denominada UNAM-IIMAS (Véase el Cuadro 6 del Anexo 2 para una descripción de las fuentes consultadas).
- (11) Es claro que estos indicadores y sus relaciones no agotan el análisis sobre la calidad del servicio; sin embargo, son importantes para la comprensión de la estructura de la

oferta y la demanda de servicios de salud.

- (12) En lo sucesivo, todo lo referente a "camas" significa camas censables.
- (13) La población asegurada en el Distrito Federal es de 73% (Cuadro 7 del Anexo 2), No se ha considerado en absoluto los servicios privados y el uso que de ellos hacen la población no asegurada.
- (14) Se maneja la consulta externa agregada, dado que no existen datos desagregados de este indicador por nivel de atención.
- (15) No nos hemos detenido en un análisis específico de factibilidad, que requiere mayor información y más tiempo; nos hemos abocado a estudiar la red de efectos y posibles beneficios y consecuencias que una reducción de esta magnitud tendría sobre el conjunto de los servicios.
- (16) La Dirección General de Regulación de Servicios de Salud a propuesto una norma para la demanda de consulta de 1er. nivel por habitante por año de entre 4 y 5 consultas por año. Aquí se toman 4 consultas como la cifra más conservadora. Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, SSA. Manual de Programación para situaciones locales de Salud. México, 1985.
- (17) SSA. op. cit.
- (18) SSA. Dirección General de Informática. Informe Semestral enero-agosto 1985. Agosto 1985.
- (19) En ausencia de información al respecto para la Secretaría de Salud se manejará la proporción de casos de urgencias que se dio para la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, durante enero-agosto de 1985. Ver DGSMDDF, Informe anual de avance programático, 1985.
- (20) Estimado a partir del supuesto de 48 consultas diarias por consultorio.
- (21) De 14,591 consultas diarias, 10,107 son a personas enfermas de las cuales 207 pasan a servicio hospitalario.
- (22) Dirección General de Información Estadística. Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno #4, México, INEGI, 1985.
- (23) En lo sucesivo se asume un 85% de ocupación en todos los cálculos de camas hospitalarias.
- (24) Dato estimado a partir del total de consultas ofrecidas por los SMDDF en 1985. Ver Cuadro B del Anexo 2.

- (25) Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. Informe Anual de Avance Programático 1985. Septiembre 1985.
- (26) Dra. Yolanda Ortiz, comunicación personal.
- (27) El Banco Interamericano de Desarrollo está considerando la construcción de 18 hospitales con un total a 1,380 camas en provincia, los cuales darán servicio a una población abierta de 2,881,463 habitantes. Los estados de Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro, México y Tlaxcala, que son aquellos en el Centro de la República que más demandan servicios hospitalarios en el D.F., recibirán 6 hospitales con 480 camas con una cobertura de 1,373,954 habitantes. Secretaría de Salud, Dirección de Crédito Externo, Proyecto de Salud MEXICO-BID. Dimensionamiento y Costos Versión Preliminar. México 1985.
- (28) El Coeficiente de Gini tiende a cero mientras mayor equidad existe en la distribución entre variables en nuestro caso se trata de la distribución geográfica de causas por delegación; esto sería el caso si cada delegación contara con el mismo número de camas por habitante. Por el contrario el coeficiente tiende a la unidad al existir una máxima desigualdad, lo cual sucedería si el total de camas se concentrara en una sola delegación.