

Coyuntura

La cuestión de la salud después de los sismos

Carlos Rodríguez Ajenjo ()*

El encuentro que los mexicanos tuvimos con la naturaleza el 19 y 20 de septiembre pasados genera una nueva situación en todos los renglones de la vida nacional, para la cual nadie estaba preparado. Parecería sospechoso que alguien se abrogara el derecho de hablar acerca de esta nueva situación aplicando conocimientos anteriores a ella, que si bien son relativamente útiles, también son insuficientes para explicar cabalmente esta nueva síntesis de la vida nacional que encuentra su punto de partida en dicho encuentro.

Bajo esta premisa fundamental, las presentes notas pretenden inscribirse en un debate más amplio actualizado por los sismos. Sin duda no cubren todos los aspectos que presenta la situación de la salud emergida luego de los sismos y constituyen una primera aproximación a ella, en un intento de sistematizar el conocimiento del problema.

Una agrupación de la serie de cuestiones que se acumulan ante todos luego de los sismos, en lo que se considera sector salud existen por lo menos cuatro grupos de problemas que requieren ser discutidos,

investigados conocidos ampliamente para despejar las incógnitas que representan.

1.- El impacto directo de los sismos en la población:

Este primer grupo de problemas requiere una aproximación epidemiológica que, además, articule sus resultados con el tratamiento que previamente se le daban a los datos acerca de morbilidad y mortalidad, principalmente.

Estrictamente hablando, en nuestro país no se ha desarrollado un método que reúna indicadores de salud en una metodología que sistemáticamente pueda evaluar las condiciones de salud de la población. Aquel desarrollado por IMSS-Coplamar, pese a sus indudables aciertos, no es de uso corriente y menos oficial, de tal modo que para abordar el estudio de los efectos directos que los sismos tuvieron en la población, sólo puede hacerse en términos de la contabilidad de defunciones, lesionados, secuelas de diverso tipo y modificación —en todo caso— de los parámetros tradicionalmente utilizados: tasas, frecuencias, etc.

Por otro lado, el conocido sub-registro nacional sobre estos “indicadores negativos” de la salud hoy

(*) Maestría en Salud en el Trabajo, UAM-X

presenta una interesante variante: las cifras “oficiales” de heridos y fallecidos durante los sismos parecen quedarse cortas con respecto a otros cálculos y apreciaciones no oficiales.

Mientras que oficialmente se habla de 14 268 heridos trasladados a puestos de socorro, se afirma que “el Sector Salud instaló 281 puestos de socorro para atención primaria en las zonas afectadas, donde se atendieron 5 748 personas con lesiones mayores y 10 188 con heridas menores”. De acuerdo a la misma fuente, 2 637 lesionados requirieron hospitalización en instalaciones públicas, ocupando el 38% del total de camas disponibles. Otros autores (4) mencionan que preliminarmente habría registradas unas 7 000 defunciones. Si es cierta la regla de que en situaciones como las que vivimos el 19 y 20 de septiembre los muertos exceden el número de heridos, algo inexplicable sucedió. En efecto, según la apreciación de Ignacio Almada, los siete mil muertos son comparados con mil heridos atendidos en unidades hospitalarias, de los cuales sólo fallecieron 22 (tasa de letalidad de 2.4%). Pero si la cifra de heridos atendidos oficialmente (2,637) es cierta —bajo el mismo supuesto— el número de muertos debe ser del orden de 15000 muertos. La cifra oficial de defunciones hasta el 31 de octubre (la cifra se refiere a cadáveres puestos a disposición del Ministerio Público) era de 4287.

Habría, entonces, dos problemas por despejar en relación a esto: en primer lugar el impacto directo que tuvieron los sismos en términos de heridos, defunciones y secuelas en la salud de la población (en términos de salud mental, por ejemplo) y que sigue siendo una incógnita y, en segundo lugar, la cifra real de mortalidad por el sismo que, al parecer, es ocultada o diferida oficialmente en razón de un manejo global del problema en donde, la minimización de los efectos, constituye una regla.

Sin embargo, más allá de este efecto, habría que considerar los efectos indirectos que en la salud de la población acarrearón los sismos; así, las deficiencias en dotación de agua potable, en la disposición de excretas y basuras, en el control de alimentos perecederos, en la multiplicación de fuentes de contaminación y producción de vectores, etc. se sumaron a condiciones de vida altamente insalubres en sectores sociales muy amplios, tradicionalmente “marginados” de un supuesto progreso social. Sin duda, no hay elementos para captar la dimensión real de este impacto ya que los indicadores del mismo, de suyo deficientes, también fueron transformados por la situación (por ejemplo, la demanda de servicios médicos públicos modificada por la asistencia privada a estas poblaciones). Empíricamente, sin embargo, se aprecia que sí hubo un impacto importante en estos sectores —especialmente en los considerados “dañificados” y que empezaron a vivir en campamentos y albergues no públicos improvisados— y que en términos de enfermedades este impacto se expresó en un importante incremento de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, conjuntivitis y otros problemas infecto-contagiosos no registrados oficialmente.

Finalmente, habría que valorar el efecto que los sismos tuvieron indirectamente en la salud de la población en términos de la modificación de la misma. Es innegable que la población de la zona afectada se modificó cualitativamente. El criterio de normalidad que se tenía antes de los sismos no puede ser utilizado para explicar la situación de la nueva población; ello incide en lo que se consideraba “endémico” y en lo que se pueda, eventualmente, considerar “epidémico”. Los grupos de riesgo específico (niños lactantes, pre-escolares, escolares, gestantes, ancianos) cualitativamente no son similares a los que previamente estaban conformados.

A esta situación tendríamos que agregar la derivada de la pérdida de centros de atención especializada, particularmente la atención gineco-obstétrica y pediátrica en donde las pérdidas pueden significar incrementos significativos de la letalidad y, por ende, modificaciones de la mortalidad para grupos socialmente más vulnerables.

2.- El impacto de los sismos en los sistemas de atención.

Este es el campo en el que los sismos manifiestan mayores efectos en dos sentidos: por un lado, el efecto destructor directo sobre la planta hospitalaria metropolitana; por otro, el efecto indirecto que acarrea someter a su más dura prueba a todo el sistema de atención médica, no sólo en términos de la desorganización de los servicios o de la oferta de los mismos, sino en función de los elementos descu- biertos en el sistema de atención a raíz de los sismos.

Globalmente y en términos de “camas censables” el sector salud perdió el 39% de las camas de super- especialización (tercer nivel) y el 22% de las camas de medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía general (segundo nivel) y prácticamente nada de lo considerado oficialmente como primer nivel, aunque el trastorno sufrido en términos de consulta externa hospitalaria no es menor. Prácticamente, la totalidad de las camas mencionadas se concentraba en los Hospitales Juárez y General (SSa) en el Centro Médico Nacional (IMSS) en los Hospitales Io. de Octubre e Ignacio Zaragoza (ISSSTE) y en el Hospital Infantil del DDF.

Hay un daño diferenciado según las instituciones afectadas: el IMSS perdió el 7% de sus camas censables de segundo nivel y el 46% de sus camas de tercero, equivalentes al 31% y 11% de sus camas censables a nivel nacional para el segundo y tercer nivel, respectivamente. La Secretaría de Salud perdió

el 55% de sus camas censables de segundo nivel, y 37% de camas del tercero, que equivalen al 45% y 12.5% del total del Valle de México y nacional, respectivamente. La pérdida para el ISSSTE es del 27% para el segundo nivel que representa el 21% del total de camas para el Valle de México y el 11% nacional. El DDF perdió el 6% de sus camas de segundo nivel, centrado en pediatría.

A la alteración sufrida en labores asistenciales, hay que agregar los efectos que estas pérdidas tienen en la enseñanza y la investigación. Unos 12 000 alumnos de pregrado y unos 2 000 de posgrado ven alterada su educación como resultado de la pérdida de estos centros hospitalarios. El 90% de la investigación básica del IMSS se interrumpió con la pérdida de la Unidad de Investigaciones ubicada en el CMN y el 80% de la investigación clínica de esta institución también se altera al estar concentrada en el mismo Centro. En proporciones menores, también se altera la investigación clínica que se venía desarrollando con dificultades extraordinarias en los Hospitales Juárez y General de la SSa.

Todas estas pérdidas se combinaron para desorganizar profundamente la prestación de servicios en los sub-sistemas de la seguridad social y aquél referido a “población abierta”. Los programas normales de atención se vieron sustancialmente alterados, difiriendo miles de casos para ser atendidos con posterioridad, o bien, reiniciando en México la práctica de la subrogación de servicios hacia la medicina privada. No obstante, no es este el elemento central que, como efecto, se vive en el sector salud en su conjunto. Más allá de esta transitoria situación, los sismos de septiembre nos permiten ver un panorama que había sido desdibujado por una tramoya discursiva e ideológica que constituyó un ejercicio de reiteración de propósitos permanentemente divorciado de los hechos cotidianos.

Entre otros, hoy observamos algunos de los rasgos esenciales del sector salud que son redimensionados por efecto de los sismos y que habían sido objeto anterior de estudio y denuncia: centralización inevitable de los servicios; concentración de recursos económicos, físicos y humanos en unas cuantas ciudades y, dentro de ellas, en unas pocas zonas; centralización creciente del poder sectorial a través de una estructura vertical reproducida posteriormente en cada institución, que excluye toda participación de los trabajadores en la orientación institucional y sectorial; descoordinación entre las diferentes instituciones (subsectores) integrantes del sector; diferenciales abismales en cuanto a condiciones laborales y niveles salariales dentro de cada institución y en el sector en su conjunto que, a su vez, se expresan en regímenes laborales diferentes para los trabajadores y sus organizaciones. Coexistencia de varios tipos de prácticas médicas entre las cuales sobresalen las que se incorporan al circuito de ofertas proporcionadas por el sector: una medicina de los pobres, barata y de mala calidad; una medicina de los menos pobres, burocratizada y deshumanizada frente a una medicina privada liberalizada y sin cortapisas, monopolizada y en proceso de centralización de sus capitales así como ya transnacionalizada. Hipertrofia de los niveles secundario y terciario de la atención, frente a la debilidad del nivel primario indudable palanca del desarrollo de los otros dos, sostenido a base de programas económicos, de dudosa calidad aderezados con campañas y otras acciones incapaces de movilizar a la población, que es considerada permanentemente una "menor de edad"; todo esto frente a la coexistencia de patrones de morbi-mortalidad disímboles (la "patología del subdesarrollo" frente a la "patología del desarrollo", por ejemplo) y a la persistencia de graves problemas de salud erradicables en otros contextos socioeconómicos y que prefi-

guran la imposibilidad de arribar a la meta de "salud para todos en el año 2 000".

Hoy esta situación, bajo las nuevas condiciones que han impuesto los sismos, no debe perderse en tanto "crítica por la crítica", sino retomarse como espejo en donde debemos ver lo que somos, lo que queremos, lo que podemos ser.

3.- ¿Reconstruir para quién?

Este tercer aspecto derivado de los sismos hace pertinente la pregunta acerca de la finalidad de la reconstrucción. En efecto, nadie ha ganado la oportunidad inédita que representa la reconstrucción para replantear la mayoría de los aspectos de la vida nacional, incluyendo la salud. Sin embargo, hasta ahora el proyecto de reconstrucción sectorial recoge la peor herencia del autoritarismo y las prácticas antidemocráticas que caracterizan al sistema político mexicano.

Hasta ahora, este proyecto delinea los mismos rasgos que han caracterizado al modelo de atención prevaleciente, que centra su acción en funciones reparadoras de daños a la salud, pese a declarar la importancia de los elementos preventivos. Se trata de racionalizar los recursos y desconcentrar el sistema de atención a la población "abierto" y de consolidar el modelo de zonificación prevalente en el IMSS, ahora extendido al caso del ISSSTE. Declarativamente se pretende reforzar el "primer nivel", empero éste no es entendido como una red primaria tejida entre la población, sino como la reproducción del mismo esquema médico de atención al daño, bajo una óptica financieramente más barata, al trasladar el consultorio hospitalario más en contacto con la población.

El costo calculado para la reconstrucción del sector salud (de otro lado contradictorio en sus versiones) se visualiza como un elemento que profundiza la dependencia tecnológica y económica del exterior,

ya que gravitará sobre un financiamiento externo concedido a México por el BID más que por otras fuentes. Si hemos de dar crédito al primer cálculo del mismo (52,037 millones de pesos más 9,500 adicionales para acciones urgentes de asistencia social) lo necesario para reiniciar la reconstrucción sectorial equivale al 1.2 y 1.4% de los intereses pagados por la deuda externa e interna, respectivamente. Si se dejaran de pagar 4 días los intereses de la deuda externa y 8 días los de la deuda interna se estaría en condiciones de sufragar estos gastos iniciales. Parece, sin embargo, que la reconstrucción sectorial debe realizarse sin modificar sustancialmente los lineamientos de la política económica asumidos por el gobierno, ni trastocar el orden de cosas existente.

Otros tres elementos financieros para la reconstrucción: donaciones internacionales y nacionales, uso del Fondo de Reconstrucción y uso del equipo rescatado necesario apenas representan aproximadamente el 5% de la misma, de tal modo que la única fuente posible del financiamiento es el recurso a empréstitos internacionales, lo que también equivale a permitir el acceso de asesores, técnicos, expertos, equipos y orientaciones provenientes de las metrópolis financieras.

4.- Efectos de los sismos en los trabajadores y en el proceso de trabajo en el sector salud.

Más que dilucidar ampliamente tales efectos, habría que estar atentos a la evolución ulterior de los acontecimientos. En términos de vidas perdidas de trabajadores del sector, al rededor de 700 murieron en los sismos. Se perdieron los centros de trabajo de unos 25 000 trabajadores del IMSS y de 1 500 en el Hospital Juárez; fueron "reubicados" más de 400 trabajadores del ISSSTE y cerca de 6000 trabajadores del Hospital General de la SSA defendieron su centro de trabajo hasta lograr su reapertura parcial.

El IMSS declaró haber reubicado a cerca de 7 000 trabajadores del CMN y resolver el problema de los restantes sin afectar sus derechos, pero aproximadamente cerca de 12 000 trabajadores regidos por contrataciones eventuales en esa institución (02 y 08) fueron cesados a fines de octubre.

El proyecto de construir cuatro pequeños hospitales en distintas zonas de la capital, de 235 camas cada uno, podría representar la oportunidad de realizar recortes de personal ya que al decrecer el número de camas en relación con las pérdidas, se podría operar estos nuevos hospitales con una cuarta parte del personal previamente existente, así como un sustancial recorte de recursos financieros para sostenerlos. Habría, entonces, que mantener una especial atención en este sentido.

Finalmente, es indudable que el proceso de trabajo dado en las diferentes instituciones y centros de trabajo del sector salud se ha modificado sustancialmente a raíz de los sismos de septiembre: los primeros efectos de ello han sido denunciados ya por algunos trabajadores: aumento de las cargas y ritmos de trabajo, prolongación de jornadas, incremento de la exposición a riesgos y stress en el sitio de trabajo, aumento del control y supervisión sobre el trabajador, disminución de los descansos y tiempos muertos en las jornadas. No hay duda de que la responsabilidad y entrega de los trabajadores del sector, a las que se les remite frecuentemente en los discursos oficiales, han soportado la reorganización de servicios en el sector.

Por sobre todas las cosas, la reconstrucción pone hoy más que nunca en evidencia que la salud de una población no es la ausencia de enfermedades ni el disfrute de servicios más o menos planeados racionalmente frente a supuestas necesidades de la población. La salud depende —y respecto a la reconstrucción, ahí está la clave de su trascendencia— de la

satisfacción cualitativamente adecuada de necesidades elementales de la totalidad de la población, de un equilibrio más armónico y racional con la naturaleza, por tanto distinto del que existía hasta el momento

de los sismos; equilibrio que no puede desligarse del otro, de aquel que se establezca en las relaciones de los hombres entre sí.

Xochimilco, Nov. de 1985