

¿Medicina para todos?

# La salud emanada de los sismos

CARLOS RODRIGUEZ AJENJO\*

**A**gregar algo sobre todo lo que se ha dicho y escrito relativo a la situación de salud emanada de los sismos de septiembre, que además de verídico sea original, es cosa difícil; se ha abusado en espacios periodísticos y otros medios repitiendo cifras, porcentajes de daño y otros datos que realmente poco dicen por sí solos. Es imperativo entonces, reflexionar más en forma colectiva sobre esta nueva situación de salud emergida de los sismos; situación que es necesario asumir como desconocida, inédita, en proceso de formación. A ello tratan de contribuir estas notas.

Los sismos y sus efectos directos y colaterales, sectorialmente actualizaron viejos problemas, revivieron discusiones, significaron nuevos retos para el conocimiento. En relación con la salud (incluyo el frecuentemente olvidado campo de la "salud mental"); los sismos someten a una prueba muy dura a un *modelo de atención* (que no es sinónimo de salud) que había fíncado, en lo curativo, su eje rector; en concepciones orgánico-biológicas, su andamiaje explicativo; y en el acceso a servicios médicos elementales para el 100% de la población, su meta explícita.

\* *Coordinador de la Maestría en Salud en el Trabajo, UAM-Xochimilco*





Así, en unos cuantos días, vimos con mayor transparencia algunos de los elementos de la situación de salud, o relacionados con la salud del pueblo, ocultos hasta septiembre por una tramoya discursiva e ideológica que constituía un ejercicio de reiteración de propósitos, divorciados de los hechos cotidianos. La del sector salud es una historia subsumida en el desarrollo del capitalismo mexicano y que de alguna manera expresa sus distintos rasgos esenciales. Por ello podemos explicarnos algunos hechos observados en el sector salud con anterioridad a los sismos y que se develaron crudamente como resultado de éstos. Resumo algunos de estos rasgos:

Centralización inevitable de servicios, concentración de recursos económicos, físicos y humanos en unas cuantas ciudades y dentro de ellas, en unas pocas zonas<sup>1</sup>; centralización creciente del poder sectorial en una estructura vertical con una reproducción institucional de la misma y, por ende, una repartición de cuotas que excluye toda participación de los trabajadores en la orientación institucional y sectorial; descoordinación entre las diferentes instituciones integrantes del sector; abismales diferencias en cuanto a condiciones de trabajo y niveles salariales dentro de cada institución y en el sector en su conjunto; coexistencia de varios tipos de medicinas o prácticas médicas entre las cuales sobresalen aquellas incorporadas 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 cada vez más cara e inalcanzable para la inmensa mayoría de la población, en pleno proceso de concentración de capitales, monopolización y transnacionalización; hipertrofia de los niveles secundario y terciario de atención, frente a un débil sector primario (indudable palanca de apoyo de los otros dos) sostenido a base de programas económicamente baratos, de mala calidad, que se aderezan con campañas esporádicas de vacunación, detección oportuna de enfermedades, orientación higiénica y prevención, incapaces de movilizar a una población considerada permanentemente como menor de edad; coexistencia de patrones de morbi-mortalidad característicos de países de gran desarrollo industrial con patrones propios de países en "vías de desarrollo", erradicables en otros contextos económico-sociales<sup>2</sup>; persistencia de graves problemas de salud relacionados con nutrición, mortalidad infantil,



La salud de un pueblo no depende exclusivamente de la cantidad de servicios médicos. Intervienen otras variables como la alimentación y la vivienda.

patología laboral. En suma, un sector salud aún atomizado, pese a los últimos esfuerzos integradores; con un dispositivo primordial de corte curativo y en el cual, la "salud para todos en el año 2 000" más que un *slogan* o un buen deseo al que se adhirió el gobierno mexicano, es un elemento que cuestiona la seriedad con la que se asume un compromiso internacional de tal magnitud, que se sabe es, prácticamente inalcanzable.

Sin embargo, es necesario aclarar que esta situación era conocida y que la mayor parte de los signos emergidos a raíz del terremoto requieren una reinterpretación. Volver a plantear algunos de los elementos identificados con anterioridad a este fenómeno, significa recuperar un espejo en el cual debe reflejarse todo intento de reconstrucción, ya que no es posible sostener las mismas viejas recetas, ni cometer los errores que en ese pasado nos enfrentaron dramáticamente al presente de los sismos o conservar el optimismo irracional de otros tiempos.

Estrictamente hablando, las condiciones generales de la salud de la población no se afectaron directamente con los sismos, mas que en términos de muertos, heridos, mutilados u otro tipo de secuelas, entre las que debe destacarse especialmente aquellas derivadas de alteraciones mentales individualmente evaluadas y significativamente relacionadas con la organización familiar y social.

Sin embargo, una nueva población surgió a raíz de los sismos de septiembre, una población desconocida para el sector que, incluso, obliga a reconsiderar el concepto de normalidad que se tenía

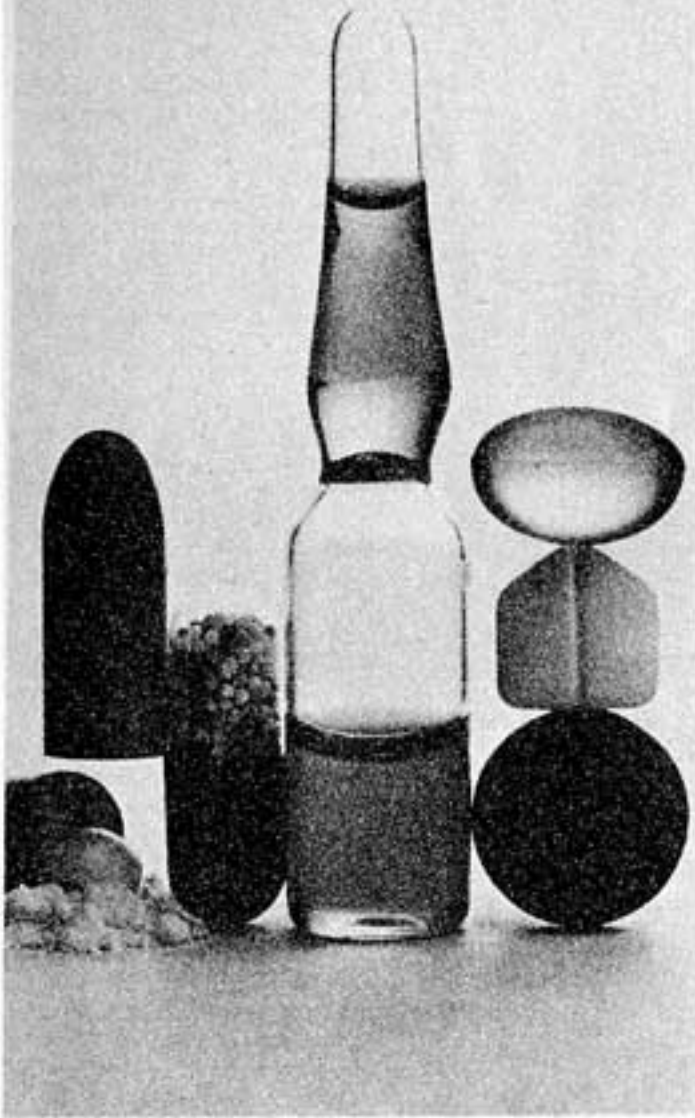
hasta el momento. Aparecen grupos de alto riesgo previamente inexistentes; la población "cubierta" por algún mecanismo de seguridad social, se modifica, crece la llamada "población abierta", y en las calles, en los parques y jardines, en albergues provisionales y oficiales, se gesta —muy probablemente— una modificación de lo que se consideraba "endémico" y se dan los nuevos rasgos de los que puede considerarse "epidémico" a partir de ese momento.

Por otro lado, si bien los servicios médicos y la oferta institucional de los mismos no debe confundirse como equivalente de la salud de una población, la destrucción tan amplia que se observó —especialmente en algunas zonas e instituciones— debe ser reflexionada más allá de la desorganización de los servicios que trajo aparejada la nueva situación y reflexionarla en función del agravamiento de los problemas previos de salud, prioritariamente en algunos grupos (niños, ancianos, gestantes).

Algunas cifras: globalmente, en términos de camas censables, el sector perdió el 39% de las camas de tercer nivel (superespecialidades) y el 22% de las camas de segundo nivel (que aglutina a medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía general)<sup>3</sup> mismas que estaban concentradas prácticamente en los Hospitales Juárez, General (SSA), en el Centro Médico Nacional del IMSS, en los Hospitales 1º de Octubre e Ignacio Zaragoza del ISSSTE y en un Hospital Infantil del DDF.

Institucionalmente el daño es más diferenciado: el IMSS pierde el 7% de sus





Una tarjeta de presentación de la medicina.

camas de 2º nivel y el 46% de sus camas de 3er. nivel (31% de sus camas censables de 2º y 3er. nivel en el Valle de México, 11% nacional). Por su parte, la Secretaría de Salud perdió el 55% de sus camas censables de 2º nivel, 37% de sus camas censables del 3er. nivel (45 y 12.5% del Valle de México y del nacional). El ISSSTE perdió el 27% de sus camas censables del 2º nivel, exclusivamente y el DDF perdió sólo el 6% de sus camas del 2º nivel. La pérdida para el ISSSTE, es del 21% de sus camas del Valle de México y el 11% de las camas censables a nivel nacional<sup>4</sup>.

Sin embargo, esta pérdida se agrava cuando analizamos los servicios afectados ya no en cantidad de camas, sino en la calidad de los mismos, en el tipo de población que cubrían, en las necesidades que deben postergarse en materia de atención especializada. A ello habría que añadir lo que significan las pérdidas en relación con la enseñanza y la investigación.

Sin duda que los servicios que más se afectan en esta situación son los de Gineco-Obstetricia y Pediatría cuya demanda en el Valle de México es alta y su oferta ya se había alterado previamente, por la selectividad impuesta por el DIF en sus hospitales de Pediatría y Perinatología, así como el cierre del Centro Materno Infantil "Manuel Avila Camacho" para la "población abierta", ya que se le donó

a las fuerzas armadas. A ello debemos agregar la afectación derivada de los sismos, misma que completa un cuadro en donde se eleva el riesgo (incluso de vida) para miles de personas demandantes de servicios de pediatría y gineco-obstetricia, especialmente casos de hospitalización necesaria, toda vez que se calcula que en la zona metropolitana el 80% de los partos son atendidos en el medio hospitalario y que de ellos, el 10% son considerados embarazos de alto riesgo<sup>5</sup>.

En el rubro de enseñanza, especialmente la de pregrado, en medicina y enfermería, el efecto de los sismos es importante: unos 12 000 estudiantes de pregrado y unos 2 000 de posgrado vieron alterado su proceso de formación al no contar con espacios clínicos para realizar labores de aprendizaje o capacitación especializada. Si bien la reorganización de este aspecto ha sido relativamente más eficaz que la reorganización de los servicios, lo cierto es que la baja calidad académica puede generalizarse.

Por su parte, la investigación médica se vió profundamente afectada por la destrucción física de varios centros hospitalarios; el IMSS concentraba el 90% de su investigación básica (que equivale en gran parte a la investigación nacional no ejercida en espacios académicos) en la Unidad de Investigaciones ubicada en el Centro Médico Nacional; la investigación clínica del mismo (80% de la investigación clínica nacional de esa institución) también se concentraba en ese centro hospitalario. De esta forma, los registros, acervos, expedientes, equipo, materiales y otras materias primas de la investigación, si no se perdieron totalmente, sí trastocan los ritmos, resultados y posibilidades de la investigación mexicana en el mediano plazo. Otros centros afectados son el Hospital General y el Juárez, de la SSA y las unidades colisionadas del ISSSTE y el DDF, donde la investigación era restringida y su participación en el conjunto de datos epidemiológicos está en entredicho.

En general, el impacto de esta destrucción en el sentido de la desorganización que acarrea en otras áreas relacionadas con la salud, no es desdeñable: en función de los sistemas de registro de morbi-mortalidad, por grupos o sectores sociales, en relación con la posposición de la atención previamente solicitada y de programas previamente diseñados; en fin, puede afirmarse que la desorganización de los servicios de atención no se restringe al hecho de proporcionarlos o no y, en términos generales, el riesgo de profundizar la descoordinación sectorial es elevado en tales condiciones.

Finalmente, un aspecto que no siempre tocan los analistas de la salud, se refiere a la situación de los trabajadores del sector posterior a los sismos. Hay evidencias de que este parece constituir un "factor" desdeñado por las autoridades en sus proyectos de reordenación o reconstrucción sectorial, como si fuese una variable totalmente independiente de otras o un elemento previamente controlado por mecanismos político-sindicales de probada eficacia.

Las cifras de trabajadores afectados con la pérdida de su centro de trabajo son importantes: 25 000 en el IMSS, 2 000 en el ISSSTE, 7 500 en la SSA y 400 en el DDF. La inmensa mayoría de ellos estaban concentrados en grandes centros de trabajo y constituían secciones o delegaciones sindicales identificadas por ellos mismos y reconocidas legalmente por sus respectivos sindicatos.

En unos cuantos días, de acuerdo a notas periodísticas, el IMSS "reubicó" a 7 000 trabajadores del CMN en provincia; en ese mismo tenor, los trabajadores del Hospital Juárez de la SSA fueron "reubicados" en otros hospitales de esa Secretaría, igual que los afectados en el ISSSTE y DDF. Sin embargo, cerca de 12 000 trabajadores del IMSS "02" y "08" no fueron recontratados por la institución y perdieron derechos acumulados y el trabajo. El caso del Hospital General merece mención aparte, ya que impulsados por la Sociedad Médica del mismo, más de 5 000 trabajadores lucharon por la reapertura de su centro de trabajo (48 de los 50 edificios que lo constituían no se afectaron) conservando así su empleo y la posibilidad de participar activamente en el diseño de un proyecto de reconstrucción de corte más democrático.

La manera como se ha enfrentado esta situación totalmente inédita, merece un análisis por separado. Esencialmente, en efecto, parece ser que las condiciones y características de la salud colectiva en

El modelo de atención médica finca en lo curativo su eje rector. Sin embargo, podría ser de otra manera.





nuestro país no se vieron afectadas *directamente* por los sismos. Sin embargo, en el conjunto de la reconstrucción los determinantes verdaderos de la salud colectiva aparecen como elementos en riesgo de verse afectados sustancialmente dado el deterioro previo en que se encontraban las condiciones de vida y de trabajo para millones de mexicanos.

Es indudable que la reconstrucción —la nacional y la sectorial— significa una excelente oportunidad para replantear cuestiones fundamentales de la vida nacional, reflexionar sobre el qué se ha hecho, qué se puede hacer y qué debiera hacerse. El liderazgo del sector salud, marcado por los signos del autoritarismo y la antidemocracia de nuestro sistema político, tiene expresiones particulares que bloquean la participación de organizaciones profesionales y populares en el diseño de ese proyecto de reconstrucción, de tal manera que se busca legitimar proyectos elaborados en la cúpula del poder y estigmatizar o descalificar intentos de participación de cientos de científicos, técnicos, trabajadores manuales y administrativos del sector que desearían participar desde su esfera de acción en un hecho que debiera ser, por definición, colectivo.

Existen cinco aspectos que, desde mi punto de vista, son fundamentales en la elaboración de un proyecto de construcción sectorial. El Dr. Soberón, al instalar el Comité de Reconstrucción del Sector Salud, señaló: "más que reponer se trata de renovar"<sup>6</sup> y atendiendo a ello, la lógica posterior de los acontecimientos niega, en los hechos, esta intención renovadora en cinco aspectos: el financiamiento, la descentralización de los servicios, la desconcentración de los mismos, la orientación que tendrían los nuevos proyectos respecto a posibles usuarios y lo relacionado a los olvidados otros dos aspectos de la tríada clásica: servicios-enseñanza e investigación (me refiero a estos dos últimos).



La figura de la partera ha sido considerada como antípoda a los servicios hospitalarios. ¿Será esto cierto?

#### EL FINANCIAMIENTO

Se calcula que el costo inicial (no el total) de la reconstrucción sectorial implica la erogación de 52 037 millones de pesos más la aportación inmediata de 9 500 millones de pesos adicionales al presupuesto ejercido sectorialmente durante 1985, que sobrepasa los 750 000 millones de pesos<sup>7</sup>. Esta última partida se destinaría, exclusivamente, para programas urgentes de asistencia social (léase desvalidos, inválidos, huérfanos, etc.).

El planteamiento oficial del financiamiento de la reconstrucción, transcurre por cuatro posibles vías: donaciones del Fondo Nacional de Reconstrucción, las cuales hasta el momento han aportado el equivalente al 4% de lo calculado para el inicio de la misma. Las donaciones extras, nacionales e internacionales, provenientes de instituciones altruistas, fundaciones, etcétera. Cabe señalar —que hasta el momento— el sector sólo ha recibido 300 000 dólares de la Fundación Mexicana para la Salud, que a su vez había recibido esta cantidad de la Organización Panamericana de la Salud, cuyos fondos se integran de las cuotas de los países respectivos. Simbólico regreso, éste, de dineros nacionales. El tercer camino señalado por las autoridades del sector para financiar la reconstrucción redunda acerca del uso aplicado al equipo que se rescató de los hospitales y/o unidades destruidas. Parece ocioso, pues, tomar este elemento dentro de los costos cuando ya se tiene adquirido. Finalmente, la reconstrucción sectorial —señalan las autoridades en un documento elaborado "ex profeso"<sup>8</sup>— el financiamiento de la reconstrucción echa-

ría mano de recursos internacionales, especialmente del préstamo México-BID que incluye una cantidad destinada a reconstruir el CMN del IMSS.

Parece ser que la reconstrucción sectorial se ciñe estrictamente a los planteamientos más generales señalados por el gobierno para la misma: no introducir cambios sustanciales en la estructura económica, echar mano de la mayor parte de los recursos internacionales aún a costa de incrementar el endeudamiento, no afectar intereses creados; en síntesis una actitud gatopardiana: para que todo siga igual es necesario que todo cambie, en efecto, pero en la superficie solamente.

Si se dejaran de pagar 4 días los intereses de la deuda externa u 8 días los intereses de la deuda interna, se tendría el equivalente a lo necesario para iniciar la reconstrucción sectorial, que equivale, a su vez, al 1.2 y 1.4% de los intereses que actualmente se pagan por esos conceptos. Este camino, sin embargo, está bloqueado de antemano ya que no se considera ni como posibilidad.

Así las cosas, México debe incrementar en 1% su deuda externa por concepto de financiamiento del sector salud, tan sólo. Posiblemente esto no signifique mucho globalmente, pero reproduce una actitud de dependencia contraria a afanes "renovadores". Más aún, se sabe que detrás de este tipo de financiamientos, siguen equipos completos de asesores, controles especiales, colaboraciones espontáneas imperialistas que imponen ritmos y concepciones y evaluaciones que posiblemente no estén acordes con un desarrollo nacio-





nal basado en criterios de beneficio y justicia social. Habría finalmente, que señalar la relación tan estrecha entre este tipo de proyectos y el apoyo y protección a la industria químico-farmacéutica transnacional proveniente de los mismos países que aparecen como financiadores de la reconstrucción, y lo más grave es que todo esto significa en términos del apoyo de un modelo de atención a la salud basado en una concepción reparadora, curativista, como un tratamiento individualizado de calidades contradictorias. En resumen, el grave peligro del financiamiento de la reconstrucción por esta vía no es tanto agravar la ya de por sí pesada carga de la deuda externa, sino profundizar una dependencia tecnológica y científica nefasta para atender los verdaderos problemas de salud del pueblo mexicano, que no estriban en sólo atención médica, sino en mejoría completa de las condiciones de vida y trabajo.

### LOS TEMAS DE LA DESCENTRALIZACION

Los sismos volvieron a poner de moda el tema de la descentralización de la vida nacional, las instituciones, las actividades. Este macromonstruo que es la capital del país, sin duda la más gigantesca aglomeración humana de la historia, debe ser descentralizado. Las actividades del sector salud, por ende, quedan incluidas en tal proyecto.

Paradójicamente, sin embargo, se puede hablar de descentralización de actividades en muchos campos, pero en cuestión de salud no es posible hablar de ella a menos que se resuelva previamente el problema de los otros campos; es decir, la descentralización obedece a una lógica general, externa al sector y no a una lógica interna, dependiente del propio sector salud. ¿Cómo descentralizar servicios conservando a la población para la cual se diseñan éstos en el mismo ámbito geopolítico?

La carencia de servicios en las zonas populares es otra de las facetas de la salud de la capital.



Se ha abusado de los propósitos descentralizadores y se pasa por alto esta relación entre lo particular y lo general; no es posible sostener la posibilidad del traslado de una serie de servicios o instituciones a la periferia capitalina mientras el grueso de la población persiste en la capital.

En el caso del IMSS y del ISSSTE ya hay antecedentes de descentralización operados bajo esquemas de regionalización y zonificación de servicios al parecer con éxito. El caso de los servicios de salud proporcionados a la población "abierto" por la SSA y el DDF es impensable si no se resuelve, realmente, la descentralización de la vida económica y administrativa de la ciudad de México. Para el caso de la población del D.F. la SSA teóricamente cubre al 30% de la población<sup>9</sup> precisamente centralizada en el área metropolitana en el supuesto de que el resto sea cubierto por otros sistemas "abiertos" (tipo institutos o por la seguridad social o por la medicina privada).

Se habla, entonces, con demasiada ligereza de este tema en relación con la salud y las actividades de la práctica médica, más como intento de no quedar fuera del mismo que como propósito real y viable.

### LA NECESIDAD DE DESCONCENTRACION DE SERVICIOS

Tal vez en el sector salud quedó demostrado dramáticamente con los sismos los inconvenientes de mantener concentrados los servicios en una zona reducida de la ciudad, provocando grandes y graves inconvenientes en la calidad de los mismos, en la viabilidad, en el aprovisionamiento de insumos, etc. La desconcentración, pues, aparece como una necesidad urgente que se enfrenta a toda la historia previa del sector, justamente apuntando por décadas hacia el punto opuesto, es decir, hacia la concentración de servicios. Romper esta inercia no es asunto sencillo, máxime cuando desconcentrar significa tocar intereses de todo tipo.

Un anticipo de las dificultades de la desconcentración se tuvo en el Hospital General; sin moralismos fáciles, la defensa que los trabajadores hicieron de su centro de trabajo puso en primer plano esa inercia, pero también expresó la dificultad que se tiene cuando se trata de antecedentes, derechos y beneficios adquiridos durante muchos años de manera colectiva por miles de trabajadores quienes finalmente, no son los culpables de un estilo de desarrollo que privilegió la concentración por sobre otros elementos.



### ¿Medicina para todos?

Curiosamente, el proyecto de las autoridades aparece como un intento racional, eficiente, atractivo y necesario para los fines de la desconcentración; la oposición a él, sin embargo, no es por sistema, por costumbre, sino porque está elaborado pasando por alto los intereses y los derechos adquiridos por los trabajadores. ¿Qué significa para un trabajador, perteneciente a un centro de trabajo del tamaño del Hospital Juárez o General, identificado como sección sindical democrática, aparecer en un centro de trabajo distinto, con nuevos compañeros y nuevas identidades sindicales? Significa un cambio fundamental de los sistemas de trabajo y las condiciones del mismo, de la seguridad de su empleo, de la organización del proceso laboral y de su organización política. Significa un profundo trastocamiento de sus referentes y de sus identidades que no está dispuesto a perder fácilmente a cambio de un nebuloso y poco claro proyecto de desconcentración. Este es un aspecto oculto en la trama de intereses imbricada pero implícita en todo proyecto de reconstrucción que busque desconcentrar realmente los servicios.

### LA INVESTIGACION Y LA EDUCACION EN SALUD

La oportunidad que se tiene de reunificar una tríada demasiado manoseada, de asistencia-investigación y docencia en una unidad, es inmejorable a raíz de los sismos.

La historia es larga; el crecimiento sectorial dado entre los sesentas y los setentas, significó un divorcio creciente entre





estas tres actividades, de tal suerte que se llegaron a autonomizar entre sí, no existiendo en la mayoría de las instituciones de salud, una relación entre los servicios prestados, los temas o líneas de investigación realizadas y la formación del personal de diverso tipo o rango (subprofesionales, profesionistas en pre-grado, especializaciones, posgrados).

Parece no constituir motivo para incluirse en los planes sectoriales de reconstrucción la investigación y la educación; más aún, se está atendiendo exclusivamente a los servicios afectados, independientemente de aquéllas.

No se vislumbra un cambio fundamental en la orientación de la medicina mexicana (por otra parte no se espera que un cambio ocurra así), sino el reforzamiento de un modelo que a la vez que desvía la atención de los problemas sociales fundamentales, se constituye en un excelente consumidor de productos, bienes, equipo, aparatos y medicamentos producidos por el nada desdeñable sub-sector de la industria químico-farmacéutica y productora de equipo y material médico.

Transitoriamente, mientras se logra definir en concreto ubicaciones y proyectos, planos y maquetas, la oferta de servicios se caracterizará por una desorganización de los mismos y por una creciente subrogación de muchos de ellos hacia la medicina privada. La población directamente afectada sin casa, trabajo o sin recursos, bien acude a estos servicios, o bien resuelve autónomamente su problema de atención. La reconstrucción, en

marcha, parece no ver su situación de damnificados. La racionalidad deberá imponerse.

Finalmente, un aspecto oculto también por tantas cifras y complicaciones, se refiere a la inestable, insegura situación de trabajo de miles de trabajadores del sector, ya reubicados parcialmente o de plano cesados. Un esfuerzo rector como el que se propone, también muestra posibilidades de recortar personal, de racionalizar en esta forma recursos; tal situación, previsible en gran parte, encuentra una desmovilización y confusión inmersa entre los trabajadores de la salud, resultado inallanable de varios años de golpeo sistemático y de represión a sus organizaciones y dirigentes. La profundización de sistemas atomizados y la propia confusión que prevalece son ingredientes que facilitarán, indudablemente, el avance de este proyecto de reconstrucción que tal vez no es el mejor proyecto, pero se impone ya como el proyecto ¿inevitablemente?...

La investigación nacional en el campo salud parece no tener nada que ver con las necesidades de la salud de las mayorías; el propio plan sectorial<sup>10</sup> reconoce esta desvinculación, y precisa que el 87% de los temas de investigación se refieren a aspectos muy específicos de salud, de los cuales sólo el 47% se consideran problemas prioritarios. A ello debe agregarse que sólo el 13% de la investigación se refiere a temas o áreas básicas. Esta situación, si bien en algunas ocasiones contrasta con la que se observa en las instituciones de educación superior —donde se realizan investigaciones en salud— complementan un panorama de concentración geográfica y de recursos, dependencia creciente del exterior, desvinculación de temas e instituciones y graves ausencias que fueron puestas de manifiesto con los sismos y que no han sido atendidas como parte consustancial de la reconstrucción. No es posible, a partir de ahora, continuar con esa tajante separación entre actividades íntimamente relacionadas entre sí. En otras palabras, no es posible reconstruir exclusivamente un aspecto, y dejar por su lado a la enseñanza y a la investigación, cubriendo aspectos que aparecerán, así, cada vez menos relacionados con la asistencia y con los problemas de la realidad.

#### ¿SALUD PARA QUIEN O PARA QUE?

La pregunta vuelve a ser pertinente; en qué se piensa al diseñar un proyecto de reconstrucción de los servicios de salud, cuando en el mismo aparecen nitidamente dos cuestiones cuya complementariedad

no está clara: desconcentrar y racionalizar segundo y tercer nivel de atención y reforzar el primer nivel de atención.

Otra pregunta conveniente sería acerca de qué se está entendiendo por ese primer nivel de atención, ya que de su respuesta derivan acciones concretas dirigidas a sectores concretos de la población.

Al parecer se está hablando de una racionalización de la atención hospitalaria (menos superespecialistas, reforzamiento de la atención hospitalaria de segundo nivel) con un traslado de un esquema hospitalario en cercanía con la comunidad, a través de centros de salud o consultorios periféricos.

Este esquema, independientemente de sus perfecciones o imperfecciones internas (por ejemplo, al estar dirigido a una población "abierta" no define los mecanismos de "entrada" del usuario de un nivel al otro) reproduce una visión médica curativa prevaleciente en la medicina mexicana desde principios de este siglo. En efecto, nivel primario de atención significa la misma medicina hospitalaria, con el mismo enfoque, sólo que más económica; significa "curar" enfermedades, ver casos, resolver individualmente problemas de salud una vez que se presentan en calidad de "enfermedades". ⊕

#### NOTAS Y REFERENCIAS

1. Un ejemplo proporcionado por el excelente trabajo de Ignacio Almada Bay publicado en *La Jornada* el 17 de Nov. menciona que "el Valle de México concentró 38% de todas las camas censables de 2o. y 3er. nivel, aunque ahí viva sólo el 22% de un total de 78.2 millones de mexicanos... una sola delegación, continúa Almada, la Cuahutemoc dispone de 2366 camas sensables (52%) para una población no asegurada de 250 000 personas de un total de 4550 camas para todo el D.F.
2. Nos referimos al contraste entre enfermedades como las crónico-degenerativas, neoplasias, accidentes y violencias, que contrastan con la desnutrición, enfermedades infectoparasitarias y otras vinculadas con condiciones de vida altamente pauperizadas.
3. Almada B.I. "Los daños y las nuevas urgencias" *La Jornada Semanal* Nov. 17 de 1985 p. 7.
4. *Ibid* p. 8
5. *Ibid* p. 8
6. Folleto: *La reconstrucción de los servicios de salud*. CNR. DF México, 15 de octubre de 1985 p. 83.
7. Nota periodística en *La Jornada* 25 de enero de 1985 p. 1.
8. *Reconstrucción y reordenamiento de los servicios de salud en el Valle de México y de atención de demanda en los Edos. aledaños*. México, Sector Salud, Octubre 25 de 1985.
9. *II Informe de Gobierno*, Miguel de la Madrid. Anexos, México, Septiembre de 1984.
10. *Programa Nacional de Salud*, Poder Ejecutivo, México 1983.