



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE AMÉRICA DEL NORTE**  
**CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLAN**

**“EXPLORANDO LA DESIGUALDAD:  
EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO”**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN ESTUDIOS POLÍTICOS Y SOCIALES**

**P R E S E N T A:**

**GINA ILIANA CHACÓN FREGOSO**

**Directora de tesis: Dra. María Cristina Bayón Chernicoff**

**Ciudad Universitaria, febrero del 2007**

***Esta Investigación fue realizada gracias al apoyo del  
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología***



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A quienes han caminado a mi lado:  
Mis padres, Marina y Abel  
Mis otros pedacitos de vida:  
Dulce, Yanco y Chiara.  
A tí Alexander

**Mi más profundo agradecimiento:**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Filosofía y Letras donde inicié mi formación en investigación. A la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, a los profesores del Posgrado en Estudios Políticos y Sociales, en especial a: Dra. Susana García Salord, Dra. Nora Rabotnikov, Dr. Adolfo Gilly y Dr. Gilberto Jiménez; por compartir sus conocimientos, su excelencia académica y humana.

A la Dra Angélica Cuellar y a mis compañeros del seminario de Tesis II y III, por su apoyo en los momentos difíciles.

A la Dra. María Cristina Bayón, por su paciencia y dedicación en este trabajo de tesis; en especial por su enseñanza en este salto de la historia a la sociología.

A los lectores de la tesis: Dra. Carolina Tetelboin, Dra. Georgina Rojas, Dra. Angélica Cuellar, Dr. Víctor Manuel Durand, por el interés y las detalladas observaciones en la revisión de la investigación.

A mi antropólogo de cabecera Mtro. Maximino Matus y a la especialista en frontera sur Mtra. Andrea González, quienes estuvieron conmigo durante el desarrollo de la tesis, discutiendo ideas, aportando sugerencias para el trabajo de campo. Sobre todo mil gracias por compartir conmigo este proceso.

A las autoridades y profesionales de la salud de la delegación La Magdalena Contreras. Al jefe de la Unidad Departamental Médica, a la directora Inmujeres Unidad Contreras, y a la doctora del consultorio médico unidad Atacaxco, por el apoyo e información brindados.

A Ismael García (y familia) mi guía en las veredas y calles de Contreras, por compartir tu habilidad en el trabajo de campo.

A todas aquellas personas que dedicaron su tiempo para narrar su experiencia, por permitirme entrar en una parte íntima de sus vidas, por reflexionar conmigo las desigualdades en las que vivimos.

**Por su compañía y apoyo: Gracias;**

A la familia Fregoso: Ángeles, Aline, Leticia, Yessica, Sol, David, Cristina y Margarita.

Andrea, Ingrid, Renata, Daniela y Asami por su presencia y cariño a lo largo de muchos años. A Eréndira por ser una guía en aquel mi primer trabajo de campo en la Costa Atlántica de Nicaragua.

Max: por estar siempre cerca, por el aprendizaje, por la tardes en que juntos escribimos nuestras tesis, pero sobre todo por acompañarme en el camino ayer y hoy.

A quienes han vivido conmigo y de mil formas esta nueva etapa:

Dra. Susana, Paco, Omar, Tavo, Ismael, Claudia, Mariana, Rodian, Makieze, Rogelio, y a los Da Punto Beat por amenizar las largas noches de recreo.

A Olle y Sebastian Carlsson, Ingrid Johansson, quienes han estado cerca desde aquel verano del 2001 hasta la fecha.

Mi más sincero agradecimiento a Patricio Buenrostro y Pablo Martínez.

En tu memoria, Patricia Gilhuys (†) con mucho cariño.

---

## ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Capítulo 1. Desigualdad y Ciudadanía social: integración “diferenciada” y “desfavorable”</b> .....	15
I. Desigualdad y ciudadanía social.....	18
1.2. ¿Qué se entiende por exclusión social?.....	19
1.2.1. ¿Cómo pensar los procesos de exclusión social en América Latina?.....	22
1.3. Régimen de bienestar: las formas de integración y provisión del bienestar social.....	24
II. Desigualdad y salud: enfoques y perspectivas.....	28
2.1. Desigualdad y salud en América Latina.....	31
2.2. Desigualdad y salud en México.....	33
<b>Capítulo 2. Desigualdad y provisión de servicios sociales en México</b> .....	40
2.1. El régimen corporativista y la ciudadanía social en América Latina.....	42
2.1.1. Regímenes de bienestar: variaciones nacionales en América Latina.....	45
2.1.2. La emergencia del “régimen de bienestar” mexicano.....	47
2.1.3. Los derechos sociales en el régimen corporativista mexicano.....	51
2.2. La década de los 80: el cambio al modelo económico neoliberal.....	52
2.2.1. Pobreza y desigualdad: los saldos del modelo neoliberal.....	57
2.2.2. Cambios de orientación en la política social: ¿rupturas o continuidades?.....	60
<b>Capítulo 3. Segmentación y desigualdad en el acceso a los servicios: El Sistema Nacional de Salud en México</b> .....	66
3.1. Surgimiento y constitución del Sistema Nacional de Salud: desigualdad y segmentación.....	67
3.1.1. Las reformas al sistema: 1980-2000.....	72
3.1.2. Estructura del Sistema Nacional de Salud.....	76

3.1.2.1. Sector público.....	77
3.1.2.2. Instituciones de Seguridad Social.....	79
3.1.2.3. Secretaría de Salud.....	82
3.1.3. Sector privado.....	83
3.2. La política de salud en México.....	85
3.2.1. El gasto en salud.....	91
3.3. Población y acceso a los servicios de salud en México: utilización, preferencias y gasto de bolsillo.....	94
3.3.1. Características de la población y desigualdades regionales.....	94
3.3.2. Utilización y preferencias de los servicios de salud.....	98
3.3.3. Gasto de bolsillo.....	99

**Capítulo 4. Las expresiones de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud: El caso de La Magdalena Contreras.....** 104

4.1. La Magdalena Contreras: un espacio social polarizado.....	105
4.2. Servicios de salud en La Magdalena Contreras.....	112
4.2.1. Derechohabientes y población abierta: quiénes son y a dónde asisten....	117
4.3. Utilización de los servicios de salud.....	121
4.4.1. Obstáculos en el acceso a los servicios médicos y estrategias desarrolladas para satisfacer las necesidades de salud.....	129
4.4. Explorando la desigualdad: percepciones sobre el acceso a los servicios de salud.....	134

**Conclusiones.....** 141

**Apéndice.....** 156

1. Composición de la muestra (por sexo, grupos de edad, posición en el hogar y condición de derechohabiencia).....	157
2. Perfil de entrevistados.....	158
3. Entrevistas a directivos y empleados de los servicios de salud.....	160
4. Trabajo de campo.....	161
5. Guía de entrevista a residentes de La Magdalena Contreras.....	162

6. Formas de acceso al IMSS.....	166
6.1. Clínicas del IMSS en La Magdalena Contreras (servicios y cobertura geográfica).....	167
7. Programa de Servicios y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del D.F.....	171
8. Tabulador de costos, servicios de salud de La Magdalena Contreras.....	173
9. Distribución de los servicios de salud en La Magdalena Contreras.....	174
10. La Magdalena Contreras .....	175
<b>Bibliografía.....</b>	<b>176</b>

### **Índice: Mapas, Gráficas y Cuadros**

Mapa 1. Localización de La Magdalena Contreras.....	106
Mapa 2. Distribución de los principales servicios de salud en La Magdalena Contreras.....	175
Gráfica 1. Tasa de desempleo urbano en México 1984-2004.....	54
Gráfica 2. Evolución de la pobreza en México, 1984-2004 (porcentajes).....	58
Gráfica 3. Desglose del gasto público destinado a las instituciones de Seguridad Social.....	80
Gráfica 4. Desglose del gasto público total (en salud) 2002.....	92
Cuadro 1. Población ocupada en los sectores formal e informal 1990-2003 (porcentajes del total de población urbana ocupada).....	54
Cuadro 2. Asalariados con cobertura de seguridad social (salud y pensiones) 1990-2003 (porcentajes del total de población urbana).....	55
Cuadro 3. Distribución del ingreso en los hogares y desigualdad económica, México. 1989 2004.....	59
Cuadro 4. Enfoques de la política social en América Latina. Características del paradigma tradicional y el paradigma emergente.....	62
Cuadro 5. Servicios de salud del sector público.....	78
Cuadro 6. Participación del gasto público en salud. 1990-2003.....	91
Cuadro 7. Distribución de los hogares e individuos según ingreso mensual del hogar (en salarios mínimos).....	95

Cuadro 8. Distribución de la población derechohabiente y población abierta según niveles de ingreso, educación y condición de actividad, 2000.....	96
Cuadro 9. Contrastes entre entidades federativas: porcentaje (mayor y menor) de la población según condición de derechohabiencia.....	97
Cuadro 10. Gasto de bolsillo en hogares (por tipo de servicio y niveles de ingreso), 2000.....	100
Cuadro 11. Gasto de bolsillo (promedio) en los hogares, por condición de derechohabiencia y tipo de servicio, 2000 (en pesos).....	101
Cuadro 12. Características sociodemográficas de La Magdalena Contreras y la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2000, porcentajes.....	108
Cuadro 13. Desigualdad (según Índice de Gini) en el Distrito Federal, 2000.....	109
Cuadro 14. Distribución de las delegaciones del D.F., según grado de marginación urbana, 2000.....	111
Cuadro 15. Servicios de salud del sector público en La Magdalena Contreras...	112
Cuadro 16. Recursos humanos y materiales en Unidades Médicas de la SS en La Magdalena Contreras, 2001.....	113
Cuadro 17. Servicios médicos de la delegación La Magdalena Contreras.....	115

# INTRODUCCIÓN

## 1.1. Planteamiento del problema

La profunda desigualdad social que impera en México tiene sus causas y formas de expresión en diferentes ámbitos de la vida económica, política, social y cultural. Esto se traduce en una profunda inequidad en la distribución de oportunidades de vida entre distintos segmentos de la población. En particular, la marcada desigualdad en la distribución del ingreso<sup>1</sup>, en un contexto en el que los derechos sociales adquirieron un carácter segmentado e incompleto, se constituye en un factor determinante de las posibilidades de la población para acceder a elementos básicos de bienestar.

En las últimas décadas la consolidación de un modelo de desarrollo de corte neoliberal<sup>2</sup> ha tenido serias y profundas implicaciones en el ámbito social, tales como el aumento de la pobreza, alzas en los niveles de desempleo, incremento de la economía informal y caída de los salarios. (Rendón y Salas, 2003; Roberts, 2004; Bayón, 2006). Estas problemáticas sumadas a los diferenciales de ingresos, a la escasez y precariedad del empleo, han tendido a agudizar diferencias en las oportunidades y niveles de vida de la población. Sus implicaciones más severas se han manifestado en las esferas del vínculo social como la educación, la seguridad social y la salud (Rojas, 2002), acentuado problemas de larga data sobre el acceso a dichos servicios.

---

<sup>1</sup> En 2004, mientras que 40% de los hogares más pobres recibió sólo 15.8% del ingreso disponible, el 10% más rico concentró 34.6%. (CEPAL, 2005).

<sup>2</sup> En términos generales el modelo de desarrollo neoliberal se caracteriza por el predominio del mercado frente al Estado, la reducción del papel del Estado en la provisión de bienestar social, la privatización de las esferas públicas, la desregulación de los mercados laborales y por la aplicación de políticas de austeridad fiscal, etc. (Salas, 2003:48)

En este sentido, la preocupación que guía la presente investigación se centra en uno de los espacios donde se expresa la profunda desigualdad que caracteriza a la estructura social mexicana: el acceso a los servicios de salud.

Si bien este problema no es reciente, existen múltiples factores que hacen que el acceso desigual y segmentado a los servicios de salud, de acuerdo al nivel socioeconómico, adquiera particular relevancia en el escenario actual. Diversos factores contribuyen a explicar la importancia del problema, entre los principales se encuentran: la estructura actual del Sistema Nacional de Salud, que combina un sistema mixto público-privado, el cual define el acceso por la capacidad de pago de la población; los cambios en la política de salud aplicada a partir de la década de los ochenta<sup>3</sup>, y la distribución del gasto público destinado a la salud, entre las instituciones del sector público (Blanco y López, 2001; Tamez y Valle, 2005).

Análisis recientes sobre el sistema de salud en México, realizados por agencias nacionales e internacionales, han señalado algunos de los rasgos más significativos del acceso a los servicios de salud (ENSA, 2000; FUNSALUD, 2002, OPS, 2002, OCDE, 2005). Entre los más relevantes, se destaca la existencia de un gran número de barreras en el acceso a los servicios para la población que no cuenta con seguridad social (“población abierta”), que se relacionan con la disponibilidad de clínicas y centros de salud, escasez de recursos humanos y materiales y la calidad de la atención médica. Estas limitantes afectan a los 47 millones de personas que conforman la población abierta del país (INEGI, 2005,

---

<sup>3</sup> Se refiere al cambio en la forma de participación del Estado como proveedor de servicios de salud. Esta política favoreció la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios por parte del Estado, la descentralización financiera y la expansión progresiva del sector privado en la prestación de servicios (Laurell, 2003).

Conteo de Población y Vivienda). Al respecto, es importante subrayar que una importante proporción de esta población que pertenece a los segmentos más pobres y habita en zonas urbanas marginadas y en áreas rurales, se ve obligada a acudir a los servicios del sector privado y a realizar gastos provenientes de su propio bolsillo, que pueden resultar en lo que se denomina como “gastos catastróficos en salud”<sup>4</sup> (ENSA, 2000; OCDE, 2005).

Si bien las dimensiones antes expuestas contribuyen a una mejor comprensión de los factores estructurales<sup>5</sup> que determinan la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en México, una perspectiva que pretenda analizar el problema en toda su complejidad requiere tener en cuenta, a la par de dichos elementos, su dimensión subjetiva, es decir, las formas en que dicha desigualdad se manifiesta en las experiencias y percepciones de los individuos.

En este sentido, la presente investigación pretende explorar, a través de la articulación de las dimensiones estructural y subjetiva, las formas concretas que adquiere la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en México.

## **1.2. Relevancia del problema.**

Desde la década de los sesenta el tema del combate a la pobreza y la disminución de la desigualdad social, ha estado presente en las agendas de diversos organismos internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la CEPAL, el Fondo Monetario Internacional y el PNUD- ONU

---

<sup>4</sup> El gasto catastrófico representa el gasto equivalente a más de 30% de los ingresos disponibles en el hogar, una vez satisfechas las necesidades alimenticias (Knaul y Torres, 2002).

<sup>5</sup> Las dimensiones estructurales se refieren a problemas tales como la distribución del ingreso, la posición ocupada en el mercado de trabajo, el nivel educativo de la población y el diseño institucional de los servicios de salud, (el cual define el tipo de inclusión dentro del Sistema Nacional de Salud, ya sea como derechohabiente o población abierta). Estos factores condicionan el acceso a los servicios de salud en México (Laurell, 2003; Tamez y Valle, 2005).

(Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). Sin embargo, el abordaje de estas problemáticas ha transitado por diferentes perspectivas<sup>6</sup>.

En la década de los ochenta el viraje, –ideológico y político- privilegió las transformaciones económicas (apertura de los mercados, reducción en la intervención del Estado en la economía), como vía para sanar las diferencias sociales derivadas de desigual distribución de ingresos. De esta manera, se concibió a las fuerzas del mercado como el principal instrumento para eliminar las desigualdades y la pobreza. Hacia los años noventa, el estudio de la desigualdad en los países latinoamericanos dio un giro dentro de las investigaciones de los organismos internacionales, enfatizando que los altos niveles de desigualdad en la distribución de los ingresos constituyen un obstáculo para el crecimiento y la disminución de la pobreza (BID, 1998). En los análisis elaborados en el marco de la CEPAL (2004, 2005, 2006) se ha planteado que el problema de la desigualdad social en la región no se reduce a una brecha de ingresos, puesto que remite como causa y consecuencia a otras brechas que se generan en el ámbito de la educación, el mercado de trabajo y en la obtención de los servicios sociales, es decir, en el acceso de activos productivos y al pleno ejercicio de los derechos ciudadanos (CEPAL, 2005).<sup>7</sup> De esta manera se ha dado mayor importancia “al

---

<sup>6</sup> Durante la década de los sesenta los temas de la pobreza y la desigualdad fueron consideradas como problemáticas que tenían que ser resueltas por las estrategias de desarrollo. Así, la visión prevaleciente dentro de las agencias internacionales y en los estudios sociales (en especial en los estudios económicos) planteaba que el desarrollo económico necesariamente tenía que preceder a la redistribución del ingreso ya que de lo contrario se podría minar el desarrollo acaparando recursos para la inversión. En los años setenta el Banco Mundial introdujo el tema de la pobreza como eje principal de la agenda para el desarrollo. Dentro de sus prioridades se destacó la atención de las necesidades de los individuos en situación de pobreza, principalmente en las áreas rurales (Korzeniewicz y Smith; 2000: 30).

<sup>7</sup> En los últimos años, en los estudios realizados por la CEPAL ha prevalecido la preocupación por la persistencia de las profundas inequidades que vive la región. En este sentido se ha enfatizado la importancia de los factores arraigados en los estilos de desarrollo para comprender los elementos que afectan y reproducen los patrones inequitativos. Estos, según Machinea y Hopenhayn, (2005: 7) han cobrado mayor fuerza con “la

desarrollo centrado en los derechos”, donde cobran vital importancia los derechos sociales que deben garantizar a todos los ciudadanos las mismas oportunidades de participar en los beneficios de la vida colectiva (CEPAL, 2006:18).

La extensa literatura sobre pobreza y desigualdad abarca una amplia variedad de estudios con diferentes perspectivas (que en su mayoría dan cuenta de los factores estructurales que generan estos fenómenos). Sin embargo, siguen siendo pocas las investigaciones que exploran la desigualdad en el acceso a servicios básicos, así como la falta de acceso a derechos políticos y sociales en las naciones latinoamericanas (Faria, 1995).

En particular, dentro del contexto mexicano son muy escasos los estudios que abordan los problemas en el acceso a los servicios de salud. Las investigaciones realizadas se han centrado- principalmente- en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (FUNSALUD, 2002) y en los impactos de las políticas sociales aplicadas en las últimas décadas sobre la provisión de los servicios (López y Blanco, 1993, 2001; Moreno, et.al, 2003; Tamez y Valle, 2005). Al respecto, destacan las contribuciones de Peter Ward (1987) y Lloyd – Sherlock (2002) quienes realizan –a partir de diferentes perspectivas- un análisis sobre los factores que propician el acceso desigual en los servicios de salud en México.

El estudio sobre la desigualdad en el acceso a los servicios incorporando una perspectiva que considere la dimensión subjetiva del problema constituye un campo poco explorado hasta el momento, por lo que la presente investigación

---

nueva ola modernizadora” que trastocó la estructura económica y social de las naciones con la puesta en marcha – en la década de los ochenta- de los procesos de ajuste y apertura económica.

pretende constituir un aporte al análisis de esta problemática en el contexto mexicano.

### **1.3. La provisión de los servicios sociales en México: los orígenes del acceso desigual a los servicios de salud.**

Puesto que, como señalamos previamente, la desigualdad en el acceso a servicios y derechos sociales es un problema de larga data, la comprensión del mismo exige mirar la trayectoria de México en términos de los patrones de integración social (Bayón, 2006) emergentes del modelo de desarrollo de industrialización por sustitución de importaciones (ISI), vigente en México desde los años cuarenta hasta la década de los ochenta.

El régimen de bienestar que prevaleció en México durante este período, según la tipología de Esping Andersen (1999)<sup>8</sup> fue de tipo “corporativista”. Éste se caracterizó por la estratificación de la población en función de la posición ocupada en el mercado de trabajo (trabajadores del sector formal e informal) y a su vez por la adscripción geográfica, trabajadores del campo y la ciudad. Esta diferenciación favoreció la selectividad en el acceso a los servicios y a las prestaciones sociales, los cuales estuvieron fuertemente orientados a los sectores urbanos y con cobertura preferencial al mercado de empleo formal (Barba, 2004). De esta manera el trabajo formal asalariado constituyó el eje para obtener los beneficios sociales por parte del Estado (Bayón, et. al 1998).

Durante los años cuarenta, la provisión de los servicios de salud, respondió a este patrón selectivo y diferenciado. El acceso a los servicios quedó

---

<sup>8</sup> En términos generales, Esping Andersen, (1999) define los regímenes de bienestar como la forma conjunta e interdependiente en que se distribuye la provisión de bienestar entre las esferas del Estado, el mercado y la familia. Este concepto se analiza con mayor profundidad en el capítulo 1.

segmentado de acuerdo a la posición ocupada en el mercado de trabajo. Para los trabajadores del sector formal se creó en el año de 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En el mismo año, el establecimiento de la Secretaría de Salud y Asistencia, se orientó a prestar servicios de salud al resto de la población integrada por trabajadores rurales, informales y sectores de bajos ingresos (Frenk, 1997, De Gortari y Zicarddi, 1996). Este período se caracterizó por un activo - aunque no muy eficiente- rol del Estado en la provisión de bienes y servicios básicos, los cuales fueron limitados en su extensión y cobertura a ciertos grupos de la población (Faria, 1995). En otros términos, el patrón de integración social privilegiado durante este período se caracterizó por un tipo de incorporación “diferenciada” de la población (Roberts, 2004). El acceso al bienestar social y el alcance de los derechos sociales tuvieron así un carácter segmentado, que dio como resultado una ciudadanía social limitada (Gordon, 2003, Barba, 2004).

El acceso a los servicios de salud y seguridad social, surgidos bajo el modelo corporativo sigue manteniendo en la actualidad el esquema segmentado de atención a la población de acuerdo a su situación ocupacional, aunque en un contexto de marcado deterioro del mercado de trabajo.

Al respecto, la segmentación del Sistema Nacional de Salud plantea dos cuestiones importantes. La primera es que históricamente las instituciones de seguridad social han recibido mayor financiamiento (como porcentaje del PIB y del gasto público) que las instancias que atienden a la población abierta, Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud (Ward, 1993, Laurell, 2003). Esto se traduce en fuertes diferencias (en cuanto a infraestructura y servicios) para la provisión de atención médica entre los usuarios del sector público. La segunda

cuestión se refiere a los contrastes regionales que se evidencian en el financiamiento de los Servicios Estatales de Salud, los cuales presentan fuertes variantes entre los estados más ricos y los más pobres del país (OCDE, 2005).

De acuerdo con estadísticas recientes, en 2005 las instituciones de seguridad social cubrían a 55% de la población total, estimada en 103 millones de personas (INEGI, 2005. Censo de Población y Vivienda), lo que significa que la población restante enfrenta fuertes barreras en el acceso a los servicios. Esta realidad, que impacta con particular crudeza a los sectores de menores recursos, contrasta con el reconocimiento formal, dentro de la Constitución mexicana, del acceso a la salud como un derecho individual y como responsabilidad del Estado.<sup>9</sup>

#### **1.4. Preguntas de investigación**

En función de los antecedentes previamente expuestos, el problema de investigación se construyó alrededor de las siguientes interrogantes:

- ¿Qué factores producen el acceso desigual a los servicios de salud en México?
- ¿Cuáles son las diferentes formas en que se expresa la desigualdad en el acceso a los servicios de salud (público y privados)?
- ¿Qué estrategias implementan individuos y hogares para hacer frente a los obstáculos en el acceso a los servicios?

---

<sup>9</sup> En 1984 la modificación del artículo 4º, elevó a rango constitucional el derecho a la protección a la salud. (López y Blanco, 2001). El derecho a la salud se incorporó a su vez en la Ley General de Desarrollo Social, en el año 2004. En su artículo 6 menciona: “son derechos para el Desarrollo Social, la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un ambiente sano, el trabajo, la seguridad social y los relativos a la no discriminación en términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” (SEDESOL; 2004:16).

- ¿En qué medida la desigualdad en el acceso a los servicios es percibida como un problema?
- ¿El acceso a los servicios de salud, es concebido por la población como un derecho social o como un problema que debe ser resuelto individualmente?

## **1.5. Objetivos**

### **Objetivo general:**

- Analizar las formas concretas en que se manifiesta la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en México a través de la articulación de las dimensiones estructural y subjetiva.

### **Objetivos específicos:**

- Conocer los obstáculos y/o limitaciones que enfrentan los usuarios en el acceso a los servicios de salud públicos y privados.
- Identificar las principales estrategias que individuos y hogares desarrollan para hacer frente a estas limitaciones.
- Explorar la forma en que usuarios de los servicios salud perciben la desigualdad en el acceso a los servicios de salud.
- Indagar en que medida el acceso a los servicios de salud es concebido como un derecho social o como un problema individual.

## **1.6. Estrategia metodológica y fuentes de datos.**

La presente investigación combina datos cuantitativos y cualitativos. Los datos cuantitativos provienen de diversas fuentes, informes y bases de datos de: la OCDE (Sistema de Salud en México, 2005), CEPAL (2004, 2005), OIT (2005),

INEGI (Censo de Población y Vivienda 2000, y Censo de Población y Vivienda, 2005), CONAPO (Índices de Marginación Municipal, 2000), Secretaría de Salud (2004) y de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000). Esta información permitió –básicamente- dar cuenta de las características sociodemográficas de la población usuaria de los servicios de salud, la utilización de dichos servicios y la posición de la población en el mercado de trabajo. En suma, se orientó a delinear el comportamiento -en las últimas décadas- de los factores estructurales que afectan el acceso a los servicios de salud.

La información cualitativa proviene del trabajo de campo realizado en una de las delegaciones del Distrito Federal: La Magdalena Contreras. Se realizaron entrevistas en profundidad (semi estructuradas) a individuos usuarios de servicios de salud (clínicas del IMSS, Centros de Salud y consultorios privados) residentes de dicha jurisdicción. La muestra fue seleccionada con base a los siguientes criterios: género, edad, nivel socioeconómico (educación e ingresos) y acceso/no acceso a los servicios de seguridad social (derechohabientes y población abierta). Se entrevistaron a 14 usuarios de los distintos servicios.<sup>10</sup>

La guía de entrevista contempló los siguientes ejes analíticos:

a) Utilización y acceso a los servicios. Cercanía de los servicios, gasto de bolsillo en salud (costo de la consulta y/o gasto en medicamentos) y demoras para obtener atención médica.

b) Percepción del derecho a la salud: conciencia de derechos, responsabilidad del Estado como proveedor de los servicios de salud.

---

<sup>10</sup> El perfil de la población entrevistada y la guía de entrevista aplicada se encuentra detallada en el Apéndice.

c) Percepción de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud: en qué medida se asume como un problema.

La muestra es de carácter analítico y no pretende ser representativa del conjunto de la población de la delegación. El perfil de los entrevistados seleccionados pretendió dar cuenta de la heterogeneidad de experiencias en relación a: el acceso, utilización de los servicios de salud y estrategias que implementan los individuos para satisfacer sus necesidades de salud<sup>11</sup>; en una localidad caracterizada por su estructura social “polarizada”. Al respecto, es preciso subrayar que La Magdalena Contreras es una de las delegaciones del Distrito Federal con mayor desigualdad de ingresos.<sup>12</sup> Con una población total de 228, 927 personas –según datos del año 2005 (INEGI, II Censo de Población y Vivienda; 2005), es una de las jurisdicciones que presenta un crecimiento poblacional sostenido en últimas décadas; cuestión que ha favorecido la expansión de servicios básicos, principalmente el establecimiento de escuelas, centros de salud y consultorios médicos ([www.mcontreras.gob.mx](http://www.mcontreras.gob.mx); Garza, 2000).

Con la finalidad de conocer la demanda y las características de los servicios de salud disponibles en esta delegación, además de las 14 entrevistas en profundidad con usuarios, se realizaron 6 entrevistas estructuradas con directivos y personal médico de la delegación. Éstas arrojaron datos acerca del número de usuarios, la infraestructura de las clínicas y/ o consultorios delegacionales y los

---

<sup>11</sup> Para efectos del presente estudio, por necesidades de salud se entiende el acceso a servicios médicos y la obtención de los medicamentos. La definición de este concepto fue resultado de las entrevistas realizadas, puesto que – en general- las personas expresaron que parte fundamental del acceso y la obtención de la atención médica finaliza cuando se comienza el tratamiento o la etapa de curación, esto implica la obtención de medicamentos.

<sup>12</sup> Según los datos de la SEDESOL, en el año 2000 La Magdalena Contreras registró un índice de Gini de 0.322, que la ubica como la tercera delegación más desigual del Distrito Federal; Cuajimalpa, ocupa el primer lugar y Tlalpan el segundo. Desigualdad en Municipios.2000 Subsecretaría de Planificación. SEDESOL.

servicios que ofrecen. La información obtenida en éstas entrevistas, se complementó y cotejó con la observación realizada durante el trabajo de campo efectuado entre los meses de marzo y junio de 2006, en los diferentes servicios de salud de la jurisdicción: consultorios delegacionales, centros de salud, consultorios privados de bajo costo, y en las clínicas nº 18, nº 22 y nº140 del IMSS.

La imposibilidad de obtener entrevistas con los directivos de los Centros de Salud ubicados en la delegación, dificultó el acceso a información oficial actualizada respecto de: número de derechohabientes, infraestructura, cobertura geográfica, etc. Este vacío trató de cubrirse con información provista por empleados y usuarios de estas clínicas. Así, pláticas informales sostenidas con usuarios, personal médico y administrativo de estos servicios, junto con la observación participante realizada en el Centro de Salud TIII, constituyeron una fuente complementaria de información, pues permitieron conocer las necesidades de salud de la población usuaria y explorar de manera más cercana los problemas en la provisión de atención médica que experimentan los servicios de la SS localizados en La Magdalena Contreras.

### **1.7. Estructura de la tesis.**

La presente tesis consta de 4 capítulos y una sección de conclusiones. En el primer capítulo se examinan algunos conceptos y enfoques que permitan abordar el problema de la desigualdad en el acceso a un servicio social básico como el de la salud. Con tal propósito se analizan los conceptos de ciudadanía social, exclusión social y régimen de bienestar, su significado y utilidad en el contexto latinoamericano. Así mismo, se revisa la literatura existente sobre desigualdad y

salud, en donde se presenta una breve reseña de las investigaciones más relevantes, destacando sus principales aportaciones.

En el segundo capítulo se exponen las características de la provisión de los servicios sociales en México durante el período de sustitución de importaciones y en el actual escenario. Se presentan las formas que adquirió la provisión de bienestar y la ciudadanía social en América Latina a fin de contextualizar el caso mexicano. De esta manera, se analizan los mecanismos de integración social y la forma que asumió el acceso de la población a los servicios sociales, (educación, salud, seguridad social). A continuación se destacan brevemente los rasgos del nuevo modelo de desarrollo neoriberal en términos del mercado de trabajo y sus implicaciones en las oportunidades de vida de la población, así como los supuestos del modelo desarrollo en el área social y los cambios experimentados en la provisión de servicios sociales.

El tercer capítulo aborda los orígenes y la estructura actual del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se destacan las principales reformas y se realiza una descripción general del mismo (instituciones, financiamiento y formas de acceso). Se exponen los lineamientos generales de la política en salud en las últimas décadas y se aborda, a partir de la ENSA 2000, el problema del acceso de la población a los servicios de salud públicos y privados, destacando los factores que definen la utilización, la preferencia por los servicios y el gasto de bolsillo en salud.

El cuarto capítulo se centra en la dimensión subjetiva del problema, el cual explora las formas en las que se expresa la desigualdad en el acceso a servicios de salud en La Magdalena Conteras. En primer lugar se expone el perfil general de la delegación y sus principales características sociodemográficas, se describe

la oferta de los servicios de salud en la delegación y se presenta un panorama general de su demanda y del perfil de sus usuarios. A partir de las entrevistas realizadas a residentes de la delegación -usuarios de diversos servicios de salud- se indaga acerca de la utilización de servicios públicos y privados, los obstáculos que enfrentan en la obtención de atención médica, y las estrategias que implementan para hacer frente a los problemas en el acceso. Por último se exploran las percepciones que tienen los usuarios sobre la desigualdad en el acceso a los servicios, y la medida en que el acceso a los servicios de salud se percibe como un derecho social.

En las conclusiones se da cuenta de las formas concretas que adquiere la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Se plantea cómo en la actualidad el acceso a los servicios se define a partir de la posición ocupada en el mercado de trabajo, del tipo de integración dentro del SNS y de modo cada vez más marcado, de la capacidad de pago de la población. Al respecto, se realiza un análisis sobre las implicaciones en términos de derechos sociales.

Finalmente, se destacan los hallazgos y aportes de la tesis, -emergentes del análisis cualitativo- y se destacan algunos puntos relevantes en líneas de investigación futuras.

# CAPÍTULO 1

## **Desigualdad y Ciudadanía social: integración “diferenciada” y “desfavorable”**

*“La salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”  
(Organización Mundial de la Salud)*

### **Introducción**

El análisis de la desigualdad y la privación social en el contexto latinoamericano debe tomar en cuenta que se trata de problemas de larga data que caracterizan – en mayor o menor medida- a la estructura social de todos los países de la región.

Tradicionalmente, el estudio de la desigualdad social se ha centrado en sus dimensiones económicas -en particular en la distribución de ingresos-, para explicar su extensión y reproducción dentro un contexto social. No obstante, la desigualdad social en la región alude a distintos tipos de desventajas que se manifiestan en la participación de los individuos en los ámbitos político, económico y social (CEPAL, 2006). Es en este sentido que la desigualdad social no se limita a las diferencias en la distribución de ingresos, pues remite como causa y como consecuencia a otras brechas en términos de acceso a bienestar social, de formación de capital humano y del pleno ejercicio de los derechos de ciudadanía (Machinea y Hopenhayn; 2005:13).

Dentro del contexto mexicano, la profunda desigualdad en la distribución de oportunidades educativas y ocupacionales -y, por lo tanto, de protección social- revelan que los niveles de ingreso son factores clave del acceso a los servicios sociales y de un modo cada vez más marcado, de la calidad de los servicios a los

que se accede (Bayón, 2006). El problema del acceso a los servicios de salud, se inscribe precisamente dentro de este marco de reproducción de la inequidad social.

La provisión de los servicios de salud en México se ha caracterizado, históricamente, por su estratificación y segmentación. La estructura y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud ha favorecido una inclusión desigual de la población dentro del sistema. En las últimas décadas el rol asumido por el Estado, tanto en la provisión de servicios como en las políticas de salud implementadas, ha contribuido a agudizar el problema de la desigualdad en el acceso a los servicios, haciéndolo depender -cada vez más- de la capacidad de pago de la población.

En la actualidad, el acceso a los servicios de salud que provee el Estado se caracteriza por un gran número de barreras para la obtención efectiva de atención médica, (OCDE, 2005) lo que deja a amplios sectores de la población en una situación de desprotección e inseguridad.

De las observaciones previas se desprenden algunos aspectos fundamentales para analizar la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en México en la actualidad. Al respecto, adquiere relevancia indagar acerca de las formas de inclusión y acceso a los servicios sociales, y por ende la forma en que el Estado y sus instituciones han “diferenciado” el acceso a un servicio social básico: la salud.

El análisis de esta problemática lleva a plantear en primer lugar el acceso a los servicios de salud como un componente central de los derechos sociales. En este sentido, esta investigación retoma el concepto de ciudadanía social, puesto

que, como se analiza más adelante, los derechos sociales constituyen un mecanismo clave de integración social en la medida en que permiten reducir las desigualdades ligadas al origen social y las generadas en el mercado.

Desde esta perspectiva, el estudio del acceso a los servicios de salud nos remite a las formas de integración social privilegiadas en México, particularmente en los últimos cincuenta años. Al respecto, se aborda el concepto de exclusión desde la noción de “inclusión diferenciada”, la cual permite dar cuenta de los aspectos cualitativos de dicha integración. Este concepto ayuda entonces a comprender la particularidad del acceso a los servicios de salud en México; dado que el Sistema Nacional de Salud supone una inclusión y atención diferenciada de distintos sectores sociales, de acuerdo con su posición en el mercado de trabajo y su capacidad de pago.

Por otra parte, el concepto de régimen de bienestar, ofrece un marco para analizar la provisión de bienestar social en el contexto latinoamericano y especificar las particularidades del caso mexicano. En su conjunto, los conceptos antes mencionados permitirán explorar las implicaciones que tiene en México el acceso desigual a un servicio social básico como la salud.

En la primera sección de este capítulo se exploran los conceptos de ciudadanía y exclusión social, “inclusión diferenciada” y régimen de bienestar. En la segunda sección se hace una revisión de la literatura existente sobre desigualdad y salud, resaltando los principales enfoques desde los que se han abordado las relaciones entre desigualdad social y salud. A continuación, se destacan los aportes de investigaciones realizadas en América Latina, particularmente aquellas que abordan la realidad mexicana.

## **I. Desigualdad y ciudadanía social.**

### **1.1. Ciudadanía social: provisión pública de servicios sociales y estándares mínimos de bienestar.**

Los derechos sociales prescriben la obligación de los Estados de garantizar la plena satisfacción de necesidades básicas (educación, servicios de salud y seguridad social) a toda la población (Machinea y Hopenhayn, 2005:7).<sup>13</sup>

Según Marshall, ([1950] 1992), la experiencia compartida en los servicios sociales constituye un factor fundamental para acceder a la participación plena dentro de una sociedad de acuerdo a sus estándares de bienestar predominantes.

La ciudadanía social constituye un importante mecanismo de integración social en la medida que promueve la igualdad de oportunidades y permite reducir las desigualdades que genera el mercado. Sin embargo, también puede actuar como un mecanismo de exclusión y estratificación social, puesto que parte de ciertas formas de cierre social, las cuales excluyen a quienes están fuera y preservan los derechos de bienestar para quienes permanecen adentro (Turner, 1986, citado en Bayón et. al 1998).

Al respecto cabe subrayar que la importancia de derechos sociales es que deben garantizar a todos los ciudadanos las mismas oportunidades de participar en los beneficios de la vida colectiva (CEPAL, 2006:18). La ciudadanía social implica por tanto un freno a las desigualdades económicas y las del origen social,

---

<sup>13</sup> El concepto de ciudadanía supone la igualdad de derechos y obligaciones para participar en un Estado, con responsabilidad hacia el bienestar de la comunidad. Para Marshall ([1950], 1992:37), la ciudadanía es aquel estatus que concede a los miembros el pleno derecho de una comunidad; sus beneficiarios son iguales en cuanto a los derechos y obligaciones que implica su ejercicio y disfrute, está garantizado institucionalmente por medio de los tribunales de justicia (derechos civiles), el parlamento (derechos políticos) y el sistema educativo y servicios sociales (derechos sociales) (Ibíd.).

mediante la acción deliberada del Estado, pues tales desigualdades, impiden la real pertenencia a ésta a muchos miembros de la sociedad (CEPAL, 2005).

De hecho, los derechos sociales (y su ejercicio efectivo) tienen un papel fundamental para explicar los procesos que reproducen la desigualdad social y la exclusión social en la región. Al respecto, es preciso plantear las implicaciones de éste último dentro del contexto latinoamericano.

## **1.2 ¿Qué se entiende por exclusión social?**

Desde su nacimiento en Francia, en la década de los setenta, el concepto de exclusión ha sido dotado de diferentes contenidos para explicar -en diferentes espacios nacionales- las desventajas que sufren individuos o grupos sociales en ámbitos como el político, el económico o el social.<sup>14</sup>

En la última década, la mayoría de los estudios sobre exclusión han tenido como marco de referencia las nuevas problemáticas sociales emergentes en los países industrializados, principalmente en Europa occidental.<sup>15</sup> Estos estudios han tomado como base de análisis la vulnerabilidad que caracteriza a las estructuras sociales y la privación que afecta a los individuos debido a problemas relacionados

---

<sup>14</sup> Durante la década de los sesenta y setenta, surgió dentro de la literatura Latinoamericana el debate de la marginalidad, el cual tuvo como objetivo explicar los procesos que generan y reproducen la pobreza. Una vertiente se situó dentro de la teoría de la modernización, según la cual las sociedades “subdesarrolladas” se caracterizaban por la coexistencia de un segmento tradicional y otro moderno, siendo el primero el principal obstáculo para alcanzar el crecimiento económico y social autosostenido. En su vertiente estructuralista, la teoría de la marginalidad económica desarrollada entre otros por Cardoso, Nun, y Quijano, planteó que la marginalidad hace referencia al lugar que ocupaban las relaciones sociales de producción respecto al modelo de acumulación; que pueden ser centrales o marginales. Este concepto de marginalidad tuvo como marco de referencia las relaciones sociales de producción y no a los individuos, en los que hacían énfasis las investigaciones desarrolladas -en la misma época- por el Centro de Desarrollo Social para América Latina (DESAL) (Cortés, 2006:75-76).

<sup>15</sup> Dentro de estos estudios se destacan los realizados por: Paugam. S. (1995), Room, G. (1995), Rodgers G.Gore.C y Figuereido.J (1995), Silver. H (1995), Castel. R (1997), Bramley. G (1999), Minujin A. (1999) De Haan (1999), Barry. B (1999), Bhalla y Lapeyre (1999) Kaber, N. (2000), Sen (2000) y Estivil. J (2003).

con la precarización del trabajo, el desempleo, el debilitamiento de las redes familiares y extrafamiliares, etc.<sup>16</sup>

El concepto de exclusión social es complejo y dentro de la literatura se le ha dado diversos contenidos que tratan de explicar la situación a nivel del individuo y el proceso a nivel de la sociedad.<sup>17</sup> Sin embargo, existe cierto consenso en analizar el fenómeno de la exclusión social desde los factores estructurales que afectan la integración de los individuos en la sociedad.

En este sentido, Bhalla y Lapeyre (1999) señalan que el concepto de exclusión social se refiere específicamente a los cambios acontecidos dentro de la estructura socioeconómica y enfatizan el carácter integral de esta perspectiva, puesto que procura dar cuenta tanto de las dimensiones económicas (de ingresos o distributivas) como de las dimensiones sociales (o relacionales) de la privación. Así, distinguen tres dimensiones analíticas de la exclusión: la económica, la política y la social.<sup>18</sup> Destacan que este enfoque permite una mejor comprensión de los procesos que generan situaciones de privación, puesto que va más allá de

---

<sup>16</sup> Para Castel, (1997) la exclusión social hace referencia a los procesos de “desafiliación social”, que llevan a individuos que antes se encontraban integrados a la sociedad, (por medio del trabajo estable), a transitar en zonas de vulnerabilidad, que suponen la ruptura de una estabilidad económica y social aumentando el riesgo de caer en situaciones de privación de distinta índole. En tanto que para Paugam (1995), la exclusión social se expresa en un proceso de “descalificación social”.

<sup>17</sup> Según De Haan (2001:2) la exclusión social puede ser analizada desde dos vertientes: como atributo del individuo o como propiedad de las sociedades. En el primer caso la exclusión se enfoca directamente en los modos de vida que llevan las personas; así los grupos o personas excluidas son vistos en una situación de desventaja. La exclusión desde este nivel cuestiona qué tanto hace el individuo por incluirse. Por su parte la exclusión como propiedad de la sociedad, procede del marco institucional prevaleciente en una sociedad. Considera por tanto, las reglas formales e informales de las instituciones las cuales posibilitan y/o restringen la interacción de las personas. La exclusión social en este nivel se manifiesta en la discriminación (ya sea racial, sexual u otra), o si los servicios públicos que en teoría están disponibles para cualquiera se limiten sólo a algunos grupos.

<sup>18</sup> La dimensión económica se refiere a cuestiones de ingreso, producción, acceso al mercado de trabajo, a bienes y servicios de los cuales algunas personas pueden ser excluidas. La dimensión política se centra en los derechos políticos y humanos de ciertos grupos de la población; algunos de estos son: la seguridad personal, libertad de expresión, participación política e igualdad de oportunidades. Conduce por tanto al campo de los derechos de ciudadanía, de su acceso y su ejercicio pleno. La dimensión social da cuenta del acceso a servicios sociales: educación, salud, vivienda, así como también del acceso al mercado de trabajo y el alcance de la participación social. (Bhalla y Lapeyre; 1999:22).

las condiciones económicas de la pobreza al considerar aspectos políticos (tales como los derechos civiles y políticos) que determinan la relación entre los individuos y el Estado y entre la sociedad y los individuos (Ibíd).

La exclusión social puede ser entendida como “la acumulación de procesos confluyentes con rupturas sucesivas que, arrancando del corazón de la economía, la política y la sociedad, van alejando e inferiorizando a personas, grupos, comunidades y territorios con respecto a los centro de poder, los recursos y los valores dominantes” (Estivil, 2003:19).

De esta manera, la riqueza del concepto radica en proveer un marco analítico para ampliar la noción de privación, ya que permite enfatizar el carácter complejo y dinámico de las situaciones que la generan, destacando la interacción entre su dimensión material y no material (Estivil, 2003:21, De Haan 2001, Rodgers et.al 1995).

Diversos autores han destacado la utilidad de esta perspectiva para analizar los procesos que conducen a situaciones de desventaja social en contextos distintos al de los países europeos, como América Latina, donde la pobreza y la desigualdad social están sumamente enraizadas en la estructura de sus sociedades (Faria, 1995; Bhalla y Lapeyre, 1999; Gacitua- Marió, 2001; De Haan, 2001).

Es importante mencionar que la principal y más relevante contribución teórica de las ciencias sociales para la región latinoamericana, en el análisis de la pobreza, la privación y la desigualdad, ha sido por un lado, la conexión de estos fenómenos con el modo en que funcionan los sistemas sociales y por otro, que los procesos de exclusión social en la región tienen su origen en los modos

específicos de integración de las economías y sociedades en el cambiante sistema mundial y de grupos sociales, familias, e individuos en las economías nacionales (Faria, 1995:117).

La utilidad del concepto de exclusión en América Latina radica precisamente en que permite integrar nociones vagamente conectadas en la literatura producida en la región, como lo son la pobreza, el tipo de integración social, la falta de acceso a bienes y servicios y la precariedad de derechos ciudadanos (De Haan, 2001; Faria, 1995).

### **1.2.1 ¿Cómo pensar los procesos de exclusión social en América Latina?**

La exclusión social adquiere distintos significados según el contexto social que se analice. Como señala Silver (1995), el concepto hace referencia a la forma de integración social privilegiada en un contexto nacional determinado, por lo que las manifestaciones de la inclusión y la exclusión están marcadas por la relación entre los actores, el Estado y las instituciones. Así, el amplio marco de tensiones y acuerdos que se establecen entre los actores sociales y el Estado, definen los mecanismos de inclusión y exclusión de ciertos grupos e individuos dentro de una sociedad, (Estivil, 2003: 41) y de forma más específica, el “modo” en que se da su integración.

Retomando los argumentos de Amartya Sen (2000:28), existe una diferencia entre un problema donde algunas personas son “excluidas”, –en palabras del autor- “dejadas fuera” (*left out*) o “mantenidas fuera” (*Kept out*), y las características de un problema donde algunas personas son “incluidas en términos desfavorables”. Bajo esta perspectiva se puede plantear que la inclusión o la

exclusión no son -en sí mismos- conceptos que permitan entender las características cualitativas de los procesos de integración social y más aún las implicaciones que éstos traen consigo. Para Sen, muchos problemas de privación se potencian a partir de “los términos desfavorables de la inclusión y la participación adversa”, lo cual no significa necesariamente una cuestión de “exclusión”. Como ejemplo de ello, el autor menciona que las condiciones de explotación en el trabajo o la profunda desigualdad en términos de participación social, no denotan un problema de exclusión como tal, pero sí dan cuenta de la naturaleza “desfavorable” de los términos de la inclusión social (Ibíd.).

Esta distinción es de gran importancia para entender la especificidad de los procesos de integración y exclusión social en los países latinoamericanos. Como se expuso previamente, en América Latina la exclusión social es resultado de los *patrones de integración* (Bayón, 2006: 134; Faria, 1995) de grupos sociales, familias e individuos dentro del sistema social; que se caracterizan de acuerdo con Roberts (2004: 196) por una “inclusión diferenciada”, en donde las desventajas se derivan de las diferencias producidas desde las propias instituciones del Estado.

De esta manera la exclusión social se manifiesta en el acceso diferenciado de los individuos a una gran cantidad de bienes materiales, servicios de salud, educación, protección social, así como también a su participación en la toma de decisiones de las que dependen sus vidas (Estivil; 2003:15).

En esta medida, los procesos a los que hace referencia el término exclusión social en América Latina, estarían relacionados, más que con el hecho de “dejar fuera” a un individuo o grupo social, con los patrones de integración, que

se expresan en la inclusión “diferenciada” y “desfavorable” de amplios grupos sociales (Faria, 1995; Sen, 1999; Roberts, 2004).

Es por ello que algunos autores han planteado que el carácter limitado de la ciudadanía dentro el contexto latinoamericano, es una de las principales causas en las que se expresa la exclusión social en la región. La naturaleza limitada de los derechos políticos, civiles y sociales en estos países ha obstaculizado el pleno ejercicio de los mismos por parte de amplios sectores de la sociedad, dando lugar a lo que Draibe (1993) denomina una ciudadanía segmentada.<sup>19</sup> Roberts (2004) señala que la exclusión social en América Latina se expresa en una ciudadanía “de segunda clase”, la cual esta marcada por la inclusión diferenciada dentro del sistema social.

En suma, como señala Minujin (2000, citado en De Haan 2001) *la pobreza de la ciudadanía* en América Latina se manifiesta en la falta de condiciones materiales básicas y de códigos para el cumplimiento de los derechos, junto con un exiguo sentido de cooperación y reciprocidad como bases de un bien social común.

### **1.3 Régimen de bienestar: las formas de integración y provisión de bienestar social.**

Como se señaló previamente, el “tipo” integración dentro de una estructura social particular define –entre otros factores- la forma en que lo individuos acceden a los “mínimos básicos” de bienestar: servicios de salud, educación y seguridad social.

---

<sup>19</sup> Para O’Donnell, (1998: 84) en América Latina la ciudadanía “trunca” o de “baja intensidad” se debe a una ausencia del Estado de derecho para vastos sectores de la población. “El estado de derecho, corolario y soporte de la ciudadanía, y por lo tanto elemento central de la democracia, sólo rige de manera intermitente en los países latinoamericanos”.

Esta problemática que se relaciona con el alcance de los derechos sociales, nos remite a considerar el modo en que se provee el bienestar dentro de una sociedad, y por tanto lo que constituye un “régimen de bienestar”.

Existe cierto consenso entre especialistas en que el origen de lo que ha sido denominado “Estado de bienestar” se remonta a las reformas sociales puestas en marcha en algunos países europeos a finales del siglo XIX. Sin embargo, las bases para definirlo son diversas y se relacionan con su emergencia dentro de un contexto histórico definido, así como con ciertos criterios que toman en cuenta las políticas sociales y otra serie de prestaciones sociales que ofrece un Estado (Esping Andersen; 1999:50).<sup>20</sup>

Esping Andersen (2000) define los regímenes de bienestar como “la forma conjunta e interdependiente en que se produce y distribuye el bienestar por parte del Estado, el mercado y la familia”. Estos ámbitos representan tres principios distintos de gestión de riesgos sociales<sup>21</sup> y proveen bienestar de formas particulares. En el caso del Estado, la norma de asignación son transferencias; sin embargo ello no significa necesariamente una distribución igualitaria entre los individuos. En el mercado es por vía del nexo monetario, la provisión de bienestar depende por tanto del ingreso de los individuos. Y en la familia, la forma

---

<sup>20</sup> En este caso, partimos del argumento que concibe al Estado de bienestar como una construcción histórica concreta que empezó a desarrollarse en los países capitalistas industrializados entre las décadas de 1930 y 1960; y en donde su objetivo no descansaba solamente en el establecimiento de una política social que sanara los males sociales y redistribuyera los riesgos básicos, sino un esfuerzo por reescribir el contrato social entre el gobierno y la ciudadanía. Así, en el contexto europeo de la segunda posguerra, el Estado benefactor significó un nuevo paradigma en lo que se refiere a la relación entre el Estado, la sociedad y los ciudadanos, en la producción de bienestar social (Esping Andersen, 1993:13-50).

<sup>21</sup> Los riesgos constituyen situaciones que salen fuera del control de los individuos y se vuelven “sociales” en tanto tienen efectos colectivos, se reconocen como públicos y ponen en juego el bienestar de la sociedad (Esping Andersen, 2000:54-56).

predominante de asignación de bienestar es la reciprocidad, que no equivale a la igualdad (Ibíd.).<sup>22</sup>

Las formas que adquiere la provisión de bienestar en estos ámbitos no implica la independencia de cada uno de ellos. En efecto, uno de los rasgos fundamentales dentro del funcionamiento del régimen es su estrecha interdependencia, lo cual implica que la producción de bienestar de cada una de ellas afecta lo que se realiza en las otras.

Para explicar la interrelación de las fuentes proveedoras de bienestar, Esping Andersen (1993) caracteriza tres tipos de regímenes a partir de la experiencia histórica de los países capitalistas industrializados (que se observa entre 1930 a 1960). Estos son: el liberal o residual (en países anglosajones), el conservador o corporativo (en la Europa continental) y el social demócrata (en los países nórdicos). En su tipología el autor distingue a los regímenes de bienestar de acuerdo al grado de desmercantilización y desfamiliarización (Esping Andersen; 2000: 64-67). La primera se refiere al grado en que los estados garantizan los mínimos básicos para que los niveles de vida de los individuos no dependan de las fuerzas del mercado; ésta alude por tanto a la calidad y alcance de los derechos sociales. Por su parte, la desfamiliarización hace referencia al grado en que se relajan las responsabilidades de la familia en cuanto a provisión de bienestar, ya sea gracias a la provisión estatal de éstas o debido a su adquisición en el mercado (Ibíd.).

---

<sup>22</sup> Como explica Esping Andersen (2000:54), también podría integrarse al “tercer sector”: asociaciones de caridad cooperativas y voluntarias, como otro proveedor de bienestar social, sin embargo, cuándo éstas se encuentran subvencionadas por el Estado, se convierten en organismos de asistencia semi-públicos.

En lo que concierne al *régimen liberal*<sup>23</sup>, el mercado es considerado el mecanismo principal para alcanzar el bienestar social, por ende tiene un nulo potencial de desmercantilización. De esta manera la responsabilidad en la provisión de servicios básicos recae en el individuo y la familia (austera capacidad de desfamiliarización), por lo que el apoyo del Estado se focaliza a la población que es incapaz de proveerse de bienestar a través del mercado. Por ello, la forma en que el Estado gestiona los riesgos tiene un carácter residual.

Por su parte, *el régimen conservador (o corporativista)*<sup>24</sup> supone un sistema estratificado para la provisión del bienestar por parte del Estado, el cual distribuye beneficios para distintos grupos ocupacionales. Éste resalta la importancia de la familia como principal gestor en la provisión del bienestar; por tanto tiene una nula capacidad de desfamiliarización. Los derechos sociales están ligados a la posición en el mercado de trabajo y a la capacidad contributiva del sujeto. En comparación con el régimen liberal tiene una mínima capacidad de desmercantilización.

*El régimen social demócrata*<sup>25</sup> concibe los riesgos sociales como consecuencias sistémicas de la operación del mercado y por ello asume el bienestar individual como una responsabilidad colectiva, solidaria. De esta manera se define como universalista porque socializa los riesgos. Supone una interrelación entre el bienestar social y el trabajo. El acceso a las provisiones sociales no depende del mercado, por lo que tiene un mayor potencial

---

<sup>23</sup> Esta distinción parte de las experiencias de países anglosajones: Estados Unidos, Australia, Canadá, Nueva Zelanda y tardíamente Reino Unido (Esping Andersen, 1993).

<sup>24</sup> Este paradigma parte de la experiencia de países de Europa occidental continental, Alemania, Francia, Bélgica, Austria, Holanda y en menor medida Italia o España (Esping Andersen, 1993).

<sup>25</sup> Este paradigma suele identificarse con dos experiencias históricas diferentes: la inglesa y el social demócrata escandinavo, ambos desarrollados principalmente después de la segunda guerra mundial (Barba, 2004:11).

desmercantilizador y también desfamiliarizador. (Ibíd, 1993:26, Esping Andersen, 2000:103).

Lo que interesa destacar de la tipología es, por un lado, la forma en que se gestionan los riesgos desde el Estado, el mercado y la familia, y por otro, que todo régimen de bienestar, con sus rasgos legales y organizativos -como afirma Esping Andersen (1993)- constituye en sí mismo un sistema de estratificación social.<sup>26</sup>

Así, con base en lo antes expuesto podemos concluir que la configuración institucional define el modo en que se absorben y distribuyen los riesgos entre el Estado el mercado y la familia, la estratificación social, el alcance y la calidad de los derechos sociales (Esping Andersen, 2000).

El análisis previo es relevante para comprender las especificidades asumidas por los “regímenes de bienestar” en América Latina, y en particular en México donde el acceso a los derechos sociales tuvo características particulares que definieron el acceso diferenciado a los servicios de salud, problemática que se aborda en el siguiente capítulo.

## **II. Desigualdad y salud: enfoques y perspectivas.**

En términos generales, la literatura que aborda la problemática de la desigualdad social y la salud, analiza -desde distintas perspectivas- el impacto de ciertas condiciones sociales en la salud de la población.

---

<sup>26</sup> En la actualidad, los cambios en la estructura de riesgos de la sociedad “postindustrial”, presentan nuevos retos a los regímenes de bienestar. En el período fordista, la economía estaba dominada por la producción industrial masiva, se caracterizaba por una estructura de clases en la que el trabajador masculino era el ciudadano prototípico, la familia era más estable y con una sola fuente de ingresos y el trabajo era considerado como una fuente de bienestar social. En contraste, el nuevo escenario se caracteriza por la precariedad del empleo y el desempleo, por la transformación de la unidad familiar; aquellas que eran por lo general estables y con una sola fuente de ingresos, ahora son también monoparentales, además la mujer tiene un papel más activo en el mercado de trabajo (Esping Andersen, 2000).

Uno de los aspectos relevantes que enfatizan los estudios más recientes se refiere a la fuerte influencia que tiene la desigualdad de ingresos sobre la salud de los individuos. En este sentido, algunas investigaciones realizadas en Europa, Estados Unidos y Canadá, destacan que a mayor diferencial de ingresos dentro de la población, existen mayores diferenciales en las condiciones de salud de los individuos; tal evidencia sugiere que las peores condiciones de salud están asociadas con bajos niveles de ingresos (Wagstaff, *et.al*, 2001; Phipps, 2003).

La asociación entre las desigualdades socioeconómicas y los diferenciales en salud no es reciente. De hecho la tradición anglosajona, así como la Escuela Latinoamericana de Epidemiología Social, han realizado importantes contribuciones al respecto (Martínez; 2000). Los estudios anglosajones han enfatizado en la estrecha relación entre la distribución de ingresos y las condiciones de salud; éstos tienen como base evidencias empíricas -que entre otros aspectos- revelan cómo el status socioeconómico (medido a través de factores como la clase social, la ocupación, la educación, y el ingreso) influyen de forma positiva en las condiciones de salud de los individuos. De esta manera, tales investigaciones (Wagstaff, *et.al*, 2001; Marmot M. and Wilkinson, 1999) se han centrado casi exclusivamente en factores de riesgo social que afectan al individuo.

Por su parte, la Escuela Latinoamericana de Epidemiología Social,<sup>27</sup> ha enfatizado la importancia que tiene la pertenencia a cierta clase social y el contexto social sobre el cual se manifiestan las desigualdades y sus

---

<sup>27</sup> Dicha escuela ha elaborado diversos estudios que relacionan los cambios epidemiológicos experimentados en los diferentes países, y los factores sociales que los desencadenan. [www.latinamericansocialmedicine.org](http://www.latinamericansocialmedicine.org), 2006. Cabe mencionar que desde la década de 1970 la corriente de la Medicina Social en la región ha producido relevantes investigaciones y análisis sobre la educación médica, los determinantes de clase social en los resultados de salud-enfermedad, las ciencias sociales en medicina, entre otros. (Waitzkin, etal .2001)

consecuencias en salud. Si bien, la literatura latinoamericana se ha orientado particularmente al análisis de tipo teórico, por lo que son escasas las investigaciones que aportan evidencia empírica respecto a este problema (Martínez, 2002).<sup>28</sup>

De las aportaciones de los estudios anglosajones en la última década, se destacan dos propuestas metodológicas que ofrecen relevantes ejes de análisis para la comprensión de las desigualdades y sus efectos sobre la salud. Por un lado, el planteamiento de Whitehead (1992) propone una distinción de las desigualdades para determinar su presencia en cuestiones de salud. Al respecto, la autora distingue las desigualdades aceptables, las desigualdades injustas y las desigualdades inevitables; las primeras las define como aquellas que provienen de la libre elección de los individuos, las desigualdades injustas e innecesarias como aquellas que resultan de la desigual distribución de los determinantes de salud y escapan por lo general al control de los individuos; y por último las desigualdades inevitables, que son consecuencia de la distribución desigual de ciertos factores como los genéticos (Ibíd.). De acuerdo con la autora, la desigualdad en la salud se explica por una conjunción de los tres elementos. Desde esta perspectiva, las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en México, se localizarían precisamente dentro de lo que Whitehead denomina como desigualdades injustas, es decir, de aquellas que escapan al pleno control de las personas. Esta problemática –según la autora- remite al funcionamiento del sistema de salud así como a la distribución de los recursos para la salud, los cuales determinan en gran medida la obtención de los servicios médicos por parte de los demandantes.

---

<sup>28</sup> Algunos estudios empíricos son los realizados por Brofman (1992), Lozano et.al (2001), y Ward (1987).

Diderichsen, *et.al* (1998) ofrecen un marco analítico para esclarecer los mecanismos a través de los cuales se producen y refuerzan las desigualdades en la salud. Parten de la influencia que tienen en las condiciones de salud tanto el contexto social como las políticas sociales, por lo cual consideran aspectos como:

-La influencia de la estratificación social para definir la posición social de individuo, lo que a su vez afectará su movilidad social.

-El papel de las políticas sociales para modificar o aminorar los grados de exposición del individuo a condiciones de pobreza, insalubridad, condiciones laborales, etc.

-La influencia directa que tienen las políticas de salud en la modificación de los efectos o resultados de tales condiciones, en la exposición a distintos riesgos específicos por parte d el grupo social.

Esta propuesta ha tenido una fuerte influencia dentro de las investigaciones que tienen como objeto de análisis contextos sociales con fuertes niveles de desigualdad social (Zurita *et.al*; 2003). Para la presente investigación se retoman – de manera general- los aspectos antes expuestos, en particular se abordan las características de la provisión de los servicios sociales en México, en donde se inscribe el problema del acceso desigual de los servicios de salud.

## **2.1. Desigualdad y salud en América Latina.**

Dentro del contexto latinoamericano, los estudios que abordan la desigualdad en la salud han tomado como marco de referencia –principalmente- la influencia de los diferenciales de ingreso en las condiciones de salud de los individuos (Maceira, 1998; Gauri, 2003).

Al respecto, el estudio realizado por Suárez Berenguela (2000) toma en cuenta diferentes países de la región (Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica y México) y hace referencia a esta problemática desde la percepción que tienen los individuos sobre sus condiciones de salud (percepción de salud). De esta forma, compara las diferencias que existen en la percepción de salud entre los diversos grupos socioeconómicos. Su análisis sobre el caso mexicano arrojó que 37% de la población en el quintil de ingresos más bajo reportó tener buena o muy buena salud, mientras que en el quintil más alto el porcentaje de población que declaró tener buena salud fue de 26%.<sup>29</sup> La buena percepción de la salud de los individuos en el quintil de ingresos más bajo es una excepción dentro de la tendencia observada en los países estudiados, puesto que ésta tiende a ser mejor en los quintiles de ingresos más altos.

Por otra parte el estudio de Lloyd -Sherlock, (2002) examina la equidad en salud en México y Argentina.<sup>30</sup> El estudio parte de un análisis sobre el acceso a los servicios de salud en la región latinoamericana: el tránsito de la provisión “universal” de los servicios hacia la focalización de los mismos, las variaciones geográficas de los indicadores de salud, la segmentación de los sistemas de salud y el contexto histórico y político en que los problemas de equidad ocurren. Al

---

<sup>29</sup> Para el caso mexicano tomó como referencia la Encuesta Nacional de Salud de 1994. Según el autor en contraste con las encuestas realizadas en otros países donde la percepción sobre la condición de salud fue contestada de manera individual, en México se tomó en cuenta la encuesta de hogares donde la madre de familia (en su mayoría) fue quien dio su opinión sobre las condiciones de salud del resto de los miembros. En Brasil donde se aplicó un cuestionario similar los resultados arrojaron que la percepción del status de salud incrementó según el nivel de ingresos, así 87% de la población en el quintil más alto reportó tener una buena salud frente a 76% de la población del quintil más bajo (Suárez Berenguela, 2000).

<sup>30</sup> Otro estudio es el de Tetelboin y Granados (2000) quienes analizan las características que adquieren las transformaciones estructurales de los sistemas de salud latinoamericanos, en particular en tres países de la región Chile, Colombia y México. A través del análisis de estos casos revisan el comportamiento de las principales estrategias aplicadas: la privatización selectiva, la descentralización y la focalización; identifican los rasgos de variabilidad y los procesos que facilitan y/o retardan su aplicación.

respecto, el autor enfatiza que existen importantes aspectos que han afectado en las últimas décadas la equidad en el acceso los servicios de salud. El primero es que dentro de la política de salud se dio un viraje de la atención primaria de carácter universal hacia políticas más acordes con la agenda neoliberal, que en términos prácticos significa la reducción de las responsabilidades y el rol del Estado en la provisión de los servicios de salud. El segundo es que actualmente las agencias financieras internacionales tienen una mayor participación en el diseño de las reformas en el sector salud. Dentro de este contexto, puntualiza que las implicaciones de estas transformaciones tanto en Argentina como en México han producido grandes disparidades en el financiamiento público de los servicios de salud al interior de los países. En México, ello ha propiciado el incremento de la brecha de recursos para la atención entre la población que accede a las instituciones de seguridad social y el resto de la población. Finalmente destaca que a la inequidad en el acceso a los servicios se suman otros problemas como la pobreza y el incremento de los empleos informales, lo que aumenta el número de la población que carece de seguridad social.

## **2.2. Desigualdad y salud en México**

En México son escasos los estudios que abordan el vínculo entre la desigualdad social y la salud. Uno de ellos es el elaborado por Martínez Valle (2000) quien explora a través del ámbito individual y de las políticas los caminos por los cuales la desigualdad social afecta las condiciones de salud de la población. En el estudio que comprende el período 1990-1996, el autor examina la asociación entre la desigualdad social y la salud a partir de los diferenciales entre los estados de la

república; para ello toma en cuenta los indicadores de marginación, indicadores de salud, esperanza de vida y la tasa de mortalidad. La investigación enfatiza que los mecanismos políticos que se vinculan a la provisión de los servicios de salud en cada entidad sumados al financiamiento desigual entre distintas instancias de salud afectan de forma negativa la provisión de atención médica para la población. Dentro del ámbito individual, el autor destaca que mientras más bajo es el status social, más pobre es la percepción de salud, por lo que la desigualdad social podría estar impactando la salud, a través de mecanismos materiales (tales como el financiamiento desigual a las instituciones de salud) y psicosociales (Ibíd.).

El trabajo de Ward (1987) sobre la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en la Ciudad de México, es una de las pocas investigaciones que analiza los efectos de las desigualdades sociales sobre el acceso a los servicios de salud. El autor plantea que si bien la cobertura de servicios de salud básicos en la Ciudad de México es más amplia que en el resto de los estados, existen importantes factores que generan desigualdad en el acceso a los servicios dentro de ésta zona urbana, tales como la disponibilidad de los servicios de salud en distintas colonias. A mediados de los ochenta, la mayor parte de los asentamientos irregulares que albergaban a la población de más bajos ingresos no tenía acceso a los servicios de salud pública, por lo que la población localizada en los asentamientos irregulares prefería hacer uso de los servicios privados. Entre las causas de dicha preferencia destacan el costo en tiempo y en dinero que se emplea para asistir a los servicios públicos, más que la mala calidad en la atención que ofrece el sector público. En contraste, las zonas más ricas de la ciudad concentraban una buena oferta de servicios médicos básicos y de

especialidades (Ibíd.). Este trabajo permite observar cómo la desigualdad de ingresos tiene implicaciones reales sobre el acceso a los servicios de atención médica y sobre las condiciones de salud de los individuos.

Por otra parte, existe un amplio número de investigaciones que toman en cuenta el desempeño del sistema de salud en México. Éstos abordan problemas relacionados con la provisión de los servicios médicos, la calidad y la equidad en salud, así como el impacto de las transformaciones del sector salud en las décadas de 1980 y 1990, en la extensión y la cobertura de los servicios. Entre ellos se encuentran el reciente informe de la OCDE (2005) sobre los servicios de salud en México y los análisis elaborados por autores como Frenk (1987, 1990), López y Blanco (1996, 2001) Zurita, et.al, (2003), Lozano (2003), Nigenda, et.al, (2003), Knaul y Torres (2003) y Laurell (1994, 2003), Tetelboin y Granados (2000, 2003); Tamez y Valle (2005).<sup>31</sup>

El estudio realizado por Knaul y Torres, (2003) sobre los determinantes del gasto de bolsillo en salud en México<sup>32</sup>, ofrece resultados sobre los principales factores que conducen a que el gasto en salud sea catastrófico (mayor al 30% de los ingresos del hogar una vez satisfechas las necesidades básicas de alimentación). La relevancia de este estudio radica en mostrar las implicaciones de la falta de financiamiento de salud en el país y las formas en que afecta a distintos

---

<sup>31</sup> Los trabajos de Frenk (1999), Zurita *et.al* (2003), Lozano (2003), Nigenda, *et.al.* (2003), Knaul y Torres (2003) forman parte de las investigaciones desarrolladas para la Fundación Mexicana para la Salud, (FUNSALUD, organización filantrópica privada, principalmente del sector empresarial). En contraste con los anteriores, los estudios de López y Blanco (1996), Tetelboin y Granados (2000, 2003) Tamez y Valle (2005) y Laurell (1994, 2003) del Posgrado de Medicina Social UAM-Xochimilco, se caracterizan por su análisis crítico respecto de la política de salud aplicada en México desde los años 80, las implicaciones de ésta en el acceso “universal” a los servicios de salud, entre otros temas.

<sup>32</sup> La investigación abarca el período comprendido entre 1992 a 2000, éste se desprende de modelos econométricos elaborados con base en datos de la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares (ENIGH) correspondientes a esos años (Knaul y Torres, 2003:212).

sectores de la población. Al respecto, las autoras muestran que durante el período 1992-2000 la población mexicana (de todos los deciles de ingreso) presenta altos porcentajes de gasto del bolsillo en salud, lo cual incrementa el riesgo de empobrecimiento especialmente para los de menores ingresos. Sin embargo, aún cuando los hogares más ricos son quienes tienen un mayor gasto nominal en salud, son los más pobres quienes gastan en salud una proporción mayor de su gasto disponible (medido a partir del gasto del hogar una vez satisfechas las necesidades de alimentación). Datos del 2000 muestran que el gasto de bolsillo destinado por los sectores de ingresos más bajos fue de 9.3% de su gasto disponible para servicios de salud y en los más altos representó sólo 4.5 % de su gasto (Ibíd: 216). El estudio destaca que una de las determinantes dentro del gasto de bolsillo para servicios de salud es el hecho de no contar con seguridad social. Como proporción del gasto disponible, los hogares que carecen de acceso a los servicios médicos de la seguridad social resultan ser los más afectados. El análisis del gasto en salud por nivel de ingresos muestra que los hogares más pobres no asegurados son quienes tienen un mayor gasto de bolsillo. Por otra parte, las autoras plantean que el comportamiento del gasto de bolsillo en salud de las familias varía dependiendo de su lugar de residencia. Los hogares que viven en áreas urbanas tienen un gasto per cápita en promedio mayor que aquellos que viven en zonas rurales, puesto que en promedio son hogares con un nivel de ingreso mayor. Sin embargo, entre los hogares rurales el gasto per cápita en salud representa una proporción mayor de su gasto disponible y destinan una mayor proporción de éste para la atención ambulatoria, hospitalaria, medicamentos y maternidad (Ibíd: 217). Las autoras concluyen que la ausencia de un sistema de

aseguramiento universal en México constituye un importante determinante de pagos de bolsillo excesivos y de carácter catastrófico para la población con menores niveles de ingreso.

Dentro las recientes investigaciones sobre desigualdad en salud, destaca el trabajo de Tamez y Valle, “Desigualdad social y reforma neoliberal en salud”, (2005), donde examinan el impacto de las reformas neoliberales en el sector salud y en el acceso a los servicios.<sup>33</sup> Las autoras argumentan que la estructura del sistema mexicano de salud -que en la actualidad se constituye por una mezcla público –privado (sistema mixto)- ha contribuido a agudizar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la medida en que el acceso se define por los niveles de ingreso de la población. Su análisis toma en consideración la reestructuración del Sistema Nacional de Salud realizada durante la década de los noventa como parte de las reformas estructurales. De esta manera, plantean que la estructura actual del SNS ha aumentado la desigualdad social al afectar de forma negativa las posibilidades de la población para acceder a los servicios de salud. En este contexto, la población de menores ingresos ha visto disminuida su capacidad de acceso, en tanto que los estratos medio y alto acceden a través de una diversidad de opciones de acuerdo con su capacidad de pago. Para las autoras ello afecta en primer lugar el ejercicio al derecho a la salud establecido dentro de la Constitución mexicana y que tiene como garante al Estado, y en segundo lugar, el acceso a servicios de salud de los sectores de la población más desfavorecidos. Además, destacan que la reforma en el sector salud en la década

---

<sup>33</sup> La reforma neoliberal en salud, hace referencia a la reforma del sector iniciada desde la década de 1980, la cual se expresa en una nueva fisonomía institucional que muestra el cambio de la forma de participación del Estado en este sector, que básicamente consistió en la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios, descentralización financiera y promoción del sector privado (Támez y Valle, 2005).

de 1990 influyó negativamente en la tendencia en la cobertura de la seguridad social observada en los ochenta ya que pasó de un crecimiento de 12.9% en esa década a 1,4% en los noventa, por ende ha propiciado el “achicamiento” de la seguridad social. En contraste, los servicios para la población abierta (no asegurada) han aumentado a partir de los noventa, lo que se refleja en el incremento de unidades médicas, camas censables, quirófanos y consultorios (los dos primeros sirven para medir la atención hospitalaria y el último la ambulatoria). Las autoras relacionan el crecimiento registrado en algunos rubros de los servicios de salud, que presta la Secretaría de Salud, con la necesidad de ampliar la capacidad de este sector para la atención ambulatoria de primer nivel, liberando actividades más rentables para el sector privado (Ibíd: 343). En síntesis, Tamez y Valle plantean que el actual modelo de atención público- privado, tiene como principal propósito aumentar la expansión del sector privado en detrimento del público lo que afecta el acceso de la población a los servicios de salud, principalmente el de los grupos más pobres.

Por otro lado, existen estudios que analizan los cambios de la política de salud en México y sus repercusiones en la extensión y la cobertura de los mismos. Al respecto López y Blanco en “La polarización de la política de salud en México” (2001) examinan el tránsito de la política de salud la cual ha pasado de una concepción de atención integral y de extensión gradual de coberturas como responsabilidad del Estado, a través de las instituciones públicas de salud, a una activa promoción gubernamental para la mercantilización de los servicios, complementada con una política de beneficencia hacia la población pobre. Identifican tres períodos que corresponden con los sexenios presidenciales y que

expresan en tres momentos distintos de la reforma del sector salud: el primero de 1982-1988 caracterizado como un período de transición, el segundo 1988-1994, donde emerge con claridad la estrategia bipolar de mercantilización y beneficencia, y el tercero 1994-2000, donde las estrategias gubernamentales se orientan a fortalecer los mercados de salud. Para los autores la reestructuración del sector salud ha sido instrumentada en forma explícita a partir de 1982, formando parte del conjunto de reformas secundarias derivadas de la adecuación subordinada del campo social a las políticas de ajuste estructural y a los megaproyectos económicos y sociales impuestos por los organismos financieros internacionales (López y Blanco, 2001: 44).

Los estudios previos contribuyen a una mejor comprensión del problema de la desigualdad en el acceso y la provisión de los servicios de salud en México. Sin embargo, es preciso subrayar algunos puntos, en particular en lo que se refiere a las continuidades y rupturas respecto al acceso a los servicios de salud. En este sentido, un elemento fundamental a tener en cuenta y que se desarrolla en la presente investigación, es que la provisión de los beneficios sociales (en los que se incluye los servicios de salud) en México, tuvieron un carácter segmentado desde su origen en el contexto del “régimen de bienestar” establecido a partir de la década de 1940. Así, las reformas estructurales y el nuevo modelo económico habrían agudizado y profundizado de manera dramática (aunque no generado) el problema de la desigualdades en el acceso a los servicios básicos: educación, vivienda y salud, puesto que dicho acceso y la calidad de los servicios a los que se accede dependen cada vez más de la capacidad de pago de la población (OCDE, 2005; Tamez y Valle, 2005).

## CAPÍTULO 2

### Desigualdad y provisión de servicios sociales en México.

#### Introducción

En México, como en el resto de América Latina, los altos niveles de desigualdad social constituyen un problema de larga data. Al respecto, estudios realizados en los últimos años enfatizan que la persistencia de la desigualdad en la región se relaciona con factores arraigados en el estilo de desarrollo<sup>34</sup> (CEPAL, 2000, 2006; Machinea y Hopenhayn, 2005) los cuales han moldeado los patrones de integración social y el acceso a elementos básicos que definen las oportunidades de vida de la población.

En la última década, diversos organismos internacionales (BID, 1999; Banco Mundial, 2003; CEPAL, 2000, 2006)<sup>35</sup> han señalado que el problema de la desigualdad social en América Latina ha cobrado mayor fuerza con los procesos de ajuste y reestructuración económica que acompañan al nuevo modelo económico establecido en la región a comienzos de la década de 1980. Este modelo económico o – de acuerdo con Gerstenfeld (2002) “nuevo contexto económico”- basado en la competitividad en el mercado internacional y en una significativa reducción del Estado, ha planteado una serie de problemáticas

---

<sup>34</sup> El término estilo de desarrollo designa el modelo de relación entre el Estado, la economía y la sociedad, el cual adquiere diferentes expresiones de acuerdo a la modalidad de inserción en la economía mundial, el mecanismo de regulación de la economía, la relación Estado –sociedad y el modelo de bienestar social (Sottoli, 2000:4).

<sup>35</sup> Estos organismos plantean que en las dos últimas décadas se ha registrado un incremento alarmante de la desigualdad, la pobreza y la exclusión social dentro de la región. Durante el período de 1990 a 2002 la rigidez en la distribución del ingreso en la región reflejó una tendencia hacia el deterioro distributivo en gran parte de los países (CEPAL, 2006). Según cifras del Banco Mundial (2003), en el 2002 la décima parte más rica de la población percibió 38% del ingreso total, mientras la décima parte más pobre recibió sólo 1.6%, de esta manera América Latina se constituye como una de las regiones del mundo que presenta la mayor desigualdad en la distribución de ingresos. En la actualidad 42% de hogares latinoamericanos viven bajo la línea de pobreza y sin protección social básica, los que afecta a 220 millones de habitantes (CEPAL, 2006)

económicas y sociales “distintas” a las del modelo anterior (predominante durante las décadas de 1940 a 1980) basado en la expansión del mercado interno mediante la sustitución de importaciones y en una elevada participación del Estado en la economía.

En este sentido, la precariedad del empleo y la agudización de la desigualdad en el acceso a servicios básicos (educación y salud), constituyen parte de los múltiples problemas que se expresan en el marco del actual escenario económico y social, tanto en México como en el resto de la región (Roberts, 2002, Laurell, 2003, Bayón, 2006, CEPAL 2006).

Si bien, muchas de estas problemáticas representan continuidades del anterior modelo de desarrollo, bajo el modelo neoliberal han tendido a exacerbarse, generando circuitos de exclusión y desigualdad que han impactado – en distintos grados- la estructura social de las naciones latinoamericanas.

En este sentido, el análisis de la trayectoria de los procesos de integración en el contexto latinoamericano contribuirá a comprender la especificidad del caso mexicano. En particular, nos concentraremos en las características de la provisión de los servicios sociales en el modelo de desarrollo industrializador y en el marco del modelo neoliberal.

Tomando en cuenta lo anterior, el presente capítulo se divide en dos apartados, el primero brinda un panorama general sobre las diversas formas que adquirió la provisión de bienestar y la ciudadanía social en América Latina, bajo el modelo de industrialización por sustitución de importaciones (ISI), vigente en la mayoría de los países de la región hasta la década de los ochenta del siglo XX. En este marco se analiza la especificidad del caso mexicano, donde se enfatizan los

mecanismos de integración social prevaecientes durante este período, y la forma que asumió el acceso de la población a los servicios sociales, (educación, salud, seguridad social) así como sus implicaciones en términos de derechos sociales.

En una segunda parte se esboza el cambio de modelo de desarrollo económico experimentado a partir de la década de 1980. Se destacan los rasgos del nuevo modelo, haciendo énfasis en el comportamiento de factores estructurales que afectan las oportunidades de los individuos. Al respecto, se analizan las principales transformaciones experimentadas en el mercado de trabajo durante las últimas dos décadas, destacando los impactos de su deterioro sobre las condiciones de vida de amplios sectores de la población mexicana. Por último, se presentan los supuestos del modelo en el área social, destacando los cambios de orientación en la política social y sus repercusiones en la provisión de servicios sociales.

## **2.1. El régimen corporativista y la ciudadanía social en América Latina.**

El régimen de bienestar<sup>36</sup> que prevaleció en América Latina durante el modelo de industrialización por sustitución de importaciones<sup>37</sup> (1940-1980) fue – según la tipología de Esping Andersen (1999)- el de tipo conservador o corporativista.

Este modelo “parcial” de estado de bienestar se basó en la “sociedad del trabajo”, la cual suponía una situación de pleno empleo, crecientemente formal a

---

<sup>36</sup> Según Esping Andersen (1999:52) el concepto de régimen de bienestar alude a las formas de producción y distribución del bienestar por parte del Estado, el mercado y la familia.

<sup>37</sup> En el modelo de desarrollo articulado teóricamente por la CEPAL y por los aportes de Raúl Prebisch, el Estado asumió un rol central en el proceso de desarrollo económico y social. Apoyados en las divisas generadas por productos primarios de exportación, los aparatos estatales de la región financiaron el crecimiento de industrias orientadas a la producción doméstica por la vía de subsidios y diversas medidas proteccionistas. Asimismo, el Estado asumió el rol de absorber mano de obra excedente y proveer el capital para obras básicas de infraestructura económica y social (Filguiera; 1998).

partir del cual la protección social iría consolidándose mediante prestaciones progresivas a la fuerza laboral. El mismo consideraba al hombre, trabajador, y jefe de familia, como el principal receptor de ingresos del hogar (male breadwinner) y como tal, garante de la seguridad familiar mediante sus ingresos y prestaciones sociales (CEPAL, 2006:34).

Dentro de este régimen las instituciones de seguridad social constituyeron uno de los ejes principales para articular una coalición distributiva, integrada por sectores medios, organizaciones obreras, empleados públicos, empresarios industriales, políticos y funcionarios públicos (Barba, 2004).<sup>38</sup> Aunque la cobertura de la seguridad social tendió a crecer gradualmente, ésta se distinguió por su carácter excluyente ya que sólo incorporó a los sectores sociales ligados al proyecto industrializador.<sup>39</sup> Dado que el acceso a los beneficios sociales estuvo condicionado a la posición ocupada en el mercado de trabajo, la extensión de los mismos fue estructurada a partir de acuerdos societales y corporativos, entre el Estado y las organizaciones obreras (Bayón, et.al, 1998). Como señala Roberts (1998), el régimen corporativo latinoamericano se constituyó como un sistema “estratificado” de provisión estatal, puesto que ofreció diferentes niveles y tipos de beneficios a los diferentes grupos ocupacionales, y reservó a la familia muchas de sus tradicionales funciones en la provisión de bienestar.

---

<sup>38</sup> El régimen corporativista latinoamericano -al igual que en los regímenes conservadores europeos- fue esencialmente político, pues concibió el bienestar de manera corporativa y asumió como problema fundamental preservar las diferencias de status (Barba, 2004:15).

<sup>39</sup> Durante la década de 1950 y 60, la cobertura de la seguridad social se extendió a numerosos sectores de la clase trabajadora urbana especialmente a los empleados en las grandes empresas formales. Al mismo tiempo se produjo una creciente regulación al mercado de trabajo, cuyo resultado fue la emergencia de códigos laborales que si bien garantizaban ciertos niveles de protección, muchas veces no eran respetados por los empleadores ni se obligaba su cumplimiento por parte del estado. Esto creó una distinción entre el empleo formal e informal que constituyó un rasgo de la estructura de clase urbana en las décadas de los setenta y ochenta. (Oliveira y Roberts, 1991 citado en Bayón, et. al. 1998:82)

El desarrollo de la ciudadanía social en la región fue limitado y excluyente de los sectores sociales que no estaban integrados al mercado de trabajo formal y a los sectores urbanos. De esta manera, una gran parte de la población, conformada por trabajadores informales, campesinos, artesanos que no contaban con los lazos o con la capacidad organizativa suficiente, vieron bloqueadas sus posibilidades de acceso a la ciudadanía social.

De este modo, el modelo corporativo de provisión de bienestar estableció un tipo particular de relación Estado-sociedad y el proceso de integración social se caracterizó por una estratificación de los derechos sociales y por un flujo de arriba hacia abajo de los beneficios sociales y generó una relación clientelar con el Estado, tanto en los sectores “incluidos” como en los “excluidos” (Jelin, 1996 citado en Bayón, *et.al*; 1998: 83).

Así, el acceso a los beneficios sociales por parte de los sectores populares y los excluidos también fue obtenido por medio de relaciones clientelares. El complejo conjunto de redes patrón-cliente con funcionarios estatales o líderes políticos representó una de las principales fuentes de capital social para los sectores marginados e informales (Bayón, *et.al*; 1998: 83).

Es importante subrayar que el régimen predominante en la región siempre fue parcial. En primer lugar porque el alto nivel de informalidad laboral dejó una proporción muy amplia de la población sin la protección social vinculada al trabajo. Por otro lado este modelo no se consideró específicamente a grupos como las mujeres, los pobres y en general, a las familias. Y finalmente porque el Estado fue presentando serios problemas de disponibilidad de recursos, sobre todo a partir de 1980, la “década perdida”, además de las acumuladas ineficiencias en el

campo de las políticas, ligadas al burocratismo, el clientelismo y el corporativismo, entre otros (CEPAL, 2006).

### **2.1.1. Regímenes de bienestar: variaciones nacionales en América Latina.**

En América Latina las trayectorias de los sistemas de prestaciones y políticas sociales, tuvieron su fase expansiva durante el período de la segunda posguerra. En la práctica se dieron trayectorias diversas en materia de consolidación institucional y de cobertura de los servicios sociales<sup>40</sup>.

Filgueira (1998: 83-92) propone una tipología de los “Estados sociales” en América Latina (prevalcientes entre 1930 y 1980) con base en las variables estructurales y los distintos grados de desarrollo de cada de contexto nacional.

El primer grupo lo conforman los países de “universalismo estratificado” Argentina, Chile, Uruguay y Costa Rica, los cuales se distinguen por la expansión gradual -y casi universal- de los servicios sociales y por la vinculación de la protección social al mercado de trabajo formal y a las organizaciones obreras<sup>41</sup>.

Un rasgo importante es la fuerte estratificación, entre los diversos grupos ocupacionales, de los beneficios, condiciones de acceso, rango de protección en

---

<sup>40</sup> Carmelo Meza Lago (1991) propone una clasificación de los países de la región de acuerdo con la etapa de inicio del sistema de seguridad social y su grado de desarrollo. Los países “pioneros” (Argentina, Brasil, Chile, Cuba, y Uruguay) desarrollaron programas de seguridad social de manera temprana durante la década de 1920 y 1930, además contaron con una cobertura universal o casi universal de servicios de protección social básicos, por lo que el alcance de los derechos sociales fue mayor que en otros países de la región. En el grupo “intermedio” conformado por Colombia, Costa Rica, México, Paraguay, Ecuador, Bolivia, Perú y Venezuela, el sistema de seguridad social fue establecido en la década de 1940 y la cobertura se limitó principalmente a los grupos con empleos en el sector formal. El grupo “tardío” (República Dominicana, El Salvador, Honduras y Haití), se forma por los últimos en desarrollar su sistema de seguridad social (década de 1950 y 1960), poseen el nivel de cobertura más bajo de la región y un limitado menú de opciones en materia de servicios.

<sup>41</sup> Estos países fueron los que más se asemejaron a los regímenes corporativistas o conservadores europeos, de tipo bismarckiano, de acuerdo a la tipología de Esping-Andersen (Barba, 2004). Hacia los años setenta en estos países se observaban los mayores niveles de gasto social, la menor heterogeneidad- cultural, la mayor cobertura del seguro social y de los sistemas educativos y de salud, los menores niveles de pobreza y concentración del ingreso, y los indicadores más bajos en materia de precariedad del empleo (Filgueira, 1998).

materia de seguro social y servicios de salud. Así, los trabajadores del Estado, profesionistas, y obreros fueron los primeros que accedieron a protecciones y beneficios sociales, mientras que los autoempleados, desempleados y trabajadores rurales lo hicieron tardíamente y en condiciones desfavorables en materia de acceso y beneficios. Como argumenta Filguiera, en este caso la estratificación de los servicios sociales amortiguó y no reforzó la pauta de estratificación social.<sup>42</sup>

El segundo grupo lo constituyen los países con “regímenes duales”, México y Brasil. En términos generales estos se distinguen por la heterogeneidad territorial, por un desarrollo importante del mercado formal de trabajo y la protección en ciertos estados y regiones, y por una virtual desprotección y baja incorporación de la mayor parte de la población (ya sea vía el mercado o por la vía del estado). La clasificación como regímenes duales radica en que el control (político) e incorporación de la población se dio de dos formas. Para los sectores populares de las zonas de menor desarrollo económico y social, dicha incorporación descansó en una combinación de formas clientelares y patrimonialistas, mientras que en áreas más desarrolladas se basó en una forma de corporativismo vertical.<sup>43</sup> A diferencia de los países de universalismo estratificado, los sistemas de protección amortiguaron la segmentación social sólo en los sectores incorporados a los esquemas de protección modernos (como la

---

<sup>42</sup> Según el autor esto se debe a que las prestaciones sociales -aún con los rasgos de estratificación -acortaron las brechas entre los ingresos de la población, “al calcular los coeficientes de Gini del ingreso primario y del ingreso luego de las transferencias, el último sería más igualitario que el primero” (Filguiera, 1998:85).

<sup>43</sup> En la década de 1970 estos países presentaba un casi universalizado desarrollo de la educación primaria y un importante aunque estratificado grado de cobertura en salud. Cabe subrayar la importante diferencia de los niveles de desarrollo económico y social a nivel regional en cada uno de estos países (Filguiera, 1998).

seguridad social), pero acentuaron la segmentación entre sectores protegidos y desprotegidos.

Finalmente, los países con “regímenes excluyentes” del cual forman parte las naciones centroamericanas (excepto Costa Rica) además de Bolivia y Ecuador. Estos se caracterizan por un sistema elitista de sus sistemas de seguridad social y servicios de salud. Los profesionales, un reducido número de trabajadores formales y funcionarios públicos constituyen el grupo de población beneficiada, mientras que la mayor parte, representada en el sector informal, en la agricultura y mano de obra secundaria se encuentran excluidos (Filguiera, 1998:93) Además el grado de intervención estatal es mínimo, y el sistema favorece la estratificación social en dos polos, el urbano y el rural.<sup>44</sup>

De acuerdo a esta tipología, los niveles de protección social en los países de la región dependieron de muy diversos factores, tales como el grado de industrialización alcanzado y la forma en que el modelo de desarrollo (ISI) logró expandirse al interior de los territorios, favoreciendo su crecimiento o acentuando las diferencias regionales entre las zonas rurales y las urbanas.

### **2.1.2 La emergencia del “régimen de bienestar” mexicano.**

Existen ciertas controversias sobre el momento en que surge el régimen de bienestar mexicano y sus bases fundamentales<sup>45</sup>. No obstante, hay un consenso

---

<sup>44</sup> En 1970 menos del 20% de la población se encontraba cubierta por programas básicos de protección y seguridad social, en materia de salud la situación era similar. En materia educativa existían fuertes desigualdades en la calidad, sin embargo alcanzaba a más de la mitad de la población y llegó en algunos casos a la cobertura universal (Ibíd.).

<sup>45</sup> Algunos de los debates giran en torno a ciertos episodios de la historia del país, que marcaron los cimientos tanto de la política social como de los derechos sociales, en un lapso comprendido entre la promulgación de la Constitución Mexicana y la crisis económica de 1982. Así, varios autores consideran en primera instancia, la

sobre la importancia de la Constitución de 1917 como uno de los pilares en los que descansan los principios de justicia social, derecho al trabajo y protección social, los cuales emanaron de la revolución y fueron plasmados en varios artículos de la Carta Magna (Gordon, 2003; Laurell, 2003; Barba, 2004).

Según Barba (2004: 27) los cimientos del régimen de bienestar mexicano tienen su base en la herencia de un orden sociopolítico autoritario y corporativo, que fue legitimado por la ideología revolucionaria, donde predominó la intervención paternalista del Estado a cambio de lealtad política y subordinación social a las formas de organización propuestas por el Estado. Para el autor estos rasgos se expresan en los gobiernos que precedieron la cristalización de la Constitución hasta 1980 (Ibíd.).

La década de 1940, marca el período en que se comenzó a afianzar el “Estado interventor corporativo” (De Gortari y Ziccardi, 1996), el cual instauró en el país un orden político que otorgó estabilidad y apoyo a los proyectos de desarrollo económico basados en la industrialización y en la expansión del mercado interno.<sup>46</sup> En este período, la política social se sustentó en la creación de un gran aparato institucional, el cual generó una importante cantidad de empleos asalariados y estables para atender las demandas y necesidades de educación y

---

promulgación de la constitución de 1917 y en segundo lugar, el mandato de Lázaro Cárdenas 1934-1940 (Barba 2004:27).

<sup>46</sup> En el período 1940-1950 se emprendió el desarrollo de las industrias, en particular la manufactura se convirtió en uno de los motores del crecimiento económico de ésta época. (Moreno-Brid y Ros 2004). Al mismo tiempo la producción agrícola experimentó alzas en sus tasas de crecimiento, aunque se redujeron en un promedio de 4.3 % entre 1950 y 1960. Durante el período de 1940 y 1970 la economía aumentó a un ritmo de más de 6% anual y más de 3% anual per capita y México experimentó un acelerado aumento poblacional. Las tasas de crecimiento medio anual fueron en 1940 de 3.1%, mientras que en 1970 registró 3.4%. Este escenario estuvo acompañado por un proceso de urbanización, la población que vivía en áreas urbanas pasó de 22% en 1940 a 42.3% en 1970 (De Gortari y Zicarddi, 1996: 213).

salud y en menor medida vivienda y servicios urbanos (De Gortari y Ziccardi, 1996:213).

No obstante, la política social se concibió como el soporte de la estrategia industrializadora impulsada por el Estado mexicano (Barba, 2004), por lo que se orientó hacia el medio urbano y especialmente hacia los grupos sociales que apoyaban el proyecto económico estatal: trabajadores urbanos del sector formal (obreros, empleados públicos) y clases medias. Esto produjo la exclusión sistemática de los sectores de la población ligados al medio rural y a los sectores informales urbanos (Barba; 2004, Rimez y Bendesky; 2000). Asimismo, la creación de instituciones de seguridad social tuvo la finalidad de apoyar el proyecto industrializador por medio de una transferencia de beneficios tales como servicios de salud y pensiones (por invalidez y vejez) a los trabajadores formales de los sectores público y privado de las zonas urbanas<sup>47</sup>. La fundación de la primera institución, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se dio de forma paralela al establecimiento del modelo de desarrollo, dos décadas más tarde (1960) se estableció el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)<sup>48</sup>; ambas instancias fueron centrales en la construcción del sistema de bienestar (Barba, 2004).

Uno de los elementos característicos del régimen mexicano fue la estratificación entre los trabajadores formales e informales<sup>47</sup> y los trabajadores

---

<sup>47</sup> Durante este período la persistencia de altas tasa de desempleo, bajos salarios y en general una marcada desigualdad en la distribución del ingresos hicieron del Estado el principal interlocutor de las organizaciones y movimientos sociales que demandaban cada vez más bienes y servicios. (De Gortari y Ziccardi, 1996:214)

<sup>48</sup> Durante el gobierno de Manuel Ávila Camacho (1941-1946) fue expedida la ley del Seguro Social, en 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores asalariados del sector formal. En el sexenio de López Mateos, (1959-1964) se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Y para el año de 1976 el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), (Laurell, 2003; De Gortari y Ziccardi, 1996).

rurales y urbanos. Esto dio como resultado un alto grado de selectividad y diferenciación en el acceso a los servicios y las prestaciones sociales.<sup>49</sup>

Dentro de este contexto, los mecanismos a partir de los cuales se integró socialmente a la población fueron predominantemente políticos y clientelares (Barba, 2004) y por medio de ellos se reforzó la estructura de representación corporativa la cual prevaleció prácticamente intacta hasta mediados de los ochenta (De Gortari y Ziccardi; 1996).

De manera específica, las políticas sociales desarrolladas durante esta época, consideraron los ámbitos de la seguridad social, la salud, la educación y la vivienda (Barba, 2004; Duhau, 1997), y en términos generales, tendieron a reforzar los patrones de acceso “diferenciado” de los servicios sociales.

De acuerdo con algunos autores (Duhau, 1997; Barba, 2004; Laurell, 2003) sus características se sintetizan en los siguientes puntos:

- Desarrollo de un sistema de bienestar social limitado a los trabajadores asalariados en el sector formal de la economía, cuya base fue la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Segmentación de los mecanismos de seguridad social mediante la conformación de sistemas diferentes para los trabajadores de empresas privadas (IMSS) los trabajadores del sector público, (ISSSTE) los integrantes de la fuerzas armadas (ISSFAM) y los trabajadores petroleros (PEMEX), y que a su vez otorgaron beneficios adicionales (crédito subsidiado para vivienda, créditos de

---

<sup>49</sup> De hecho, el acceso a los servicios de salud estuvo segmentado en función de la condición en el mercado de trabajo, así los empleados y trabajadores del sector formal accedieron a los servicios de salud en un primer momento a través del IMSS, mientras que el resto de la población (la no asegurada) tuvo acceso a los servicios de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. Cabe destacar que la segmentación también se dio en la calidad de los servicios. Como afirma Laurell (2003) desde su fundación, el IMSS ha contado con mayor presupuesto e infraestructura para la atención de sus afiliados, a diferencia de las instancias para la atención de la población no asegurada.

bajo interés y de largo plazo, sistemas de retiro específicos, entre otros) para los trabajadores agrupados en grandes organizaciones sindicales (Duhau, 1997).

- Limitación de los esquemas de carácter universalista en dos ámbitos, educación y salud. En la primera existió una política consistente en la ampliación permanente de la cobertura, sin embargo, la educación sólo había alcanzado cierto nivel de universalidad en el nivel primario (Barba, 2004). Mientras que, en el área de salud se conformó un sistema a cargo de instituciones para la atención de población no asegurada, el cual estuvo orientado fundamentalmente a los sectores pobres. Una de las limitantes fue que dichas instancias se centraron en ofrecer servicios de salud básica (o primaria) (Barba: 2004), -en contraste con las instituciones de seguridad social- éstas carecían de recursos e infraestructura suficiente para la atención de sus demandantes (Laurell, 2003).

- Inclusión de mecanismos de aplicación generalizada de subsidios en productos de consumo básico y de servicios públicos (alimentos básicos electricidad, agua potable, transporte, etc.) (Duhau, 1997)

-Programas sociales focalizados, orientados a reasignar recursos a las zonas rurales, los cuales estuvieron poco coordinados entre sí, no fueron permanentes y fueron manipulados con fines políticos (Barba, 2004).

### **2.1.3 Los derechos sociales en el régimen corporativista mexicano.**

En un primer momento, los derechos sociales en México, se establecieron con base en el ideario revolucionario de justicia social, quedando plasmados en la Constitución de 1917. Estos derechos abarcaron básicamente la regulación de las relaciones obrero-patronales, las condiciones de trabajo y el establecimiento de

un salario mínimo (Moreno Brid y Ros, 2004).<sup>50</sup> Es en este sentido que los derechos sociales en México han tendido a ser más identificados como derechos laborales (Gordon, 2003).

En el contexto del modelo de desarrollo industrializador, el acceso a los derechos sociales favoreció a las organizaciones por encima de los individuos. La ciudadanía social entendida como el acceso a servicios sociales y a otros elementos de bienestar se adquirió mediante la pertenencia a ciertas organizaciones o grupos avalados por el Estado mexicano (Barba, 2004; Gordon, 2003).

Como se señaló en la sección anterior, los derechos sociales no tuvieron el mismo alcance para toda la población. El establecimiento de beneficios para diferentes categorías ocupacionales, propició una “ciudadanía segmentada” (Draibe 1993 citado en De Gortari y Zicardi; 1996); así dentro del marco de este sistema de provisión altamente selectivo, los beneficios sociales se convirtieron en privilegios más que en derechos (Rojas, 2002: 310). Así, las bases en que se fundó la incorporación social en el esquema corporativo han persistido.

## **2.2. La década de los ochenta: el cambio al modelo económico neoliberal.**

El agotamiento de modelo de desarrollo sustitutivo de importaciones, se puso en evidencia a principios de los años ochenta con la crisis de la deuda en el año de 1982. A partir de ese momento la puesta marcha políticas de estabilización y de

---

<sup>50</sup> En el artículo 123, vigente hasta nuestros días, se estableció el derecho al trabajo y diversos derechos comprendidos en el ámbito laboral, como jornada máxima (ocho horas), derecho de huelga, prohibición del trabajo a menores de 14 años, un día de descanso semanal, salario mínimo, responsabilidad empresarial en accidente de trabajo y enfermedades profesionales (Gordon; 2003:14).

ajuste estructural<sup>51</sup> estuvieron orientadas la apertura de la economía a la competencia externa y a dar una mayor participación en el desarrollo al sector privado (Stallings y Peres, 2000). Las reformas de corte neoliberal priorizaron la función del mercado y promovieron una reorientación del marco de acción del Estado, el cual pasó a desempeñar un rol subsidiario (Gerstenfeld, 2002).

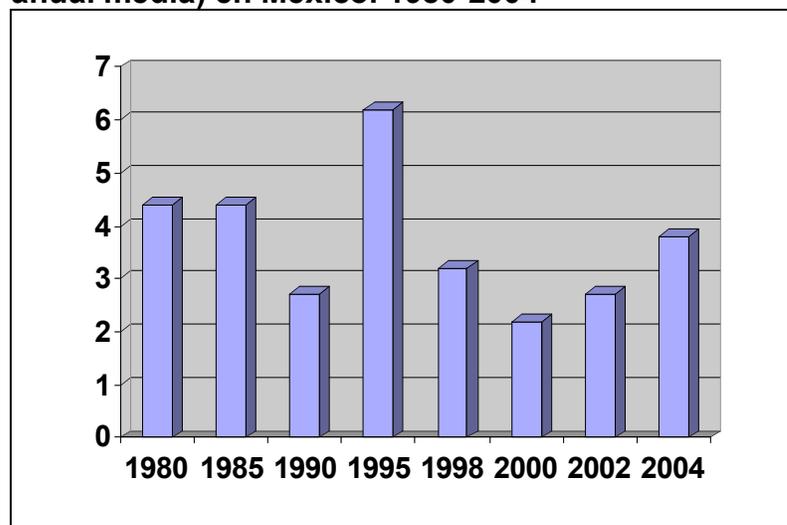
Estos cambios estructurales transformaron de manera profunda la estructura de oportunidades, particularmente el mercado de trabajo (Rojas; 2002). Al respecto, la década de 1990 se caracterizó por las reducidas tasas de desempleo, el crecimiento en la ocupación del sector informal de la economía y los bajos salarios (Bayón, 2006; Salas y Rendón, 2003).

En la gráfica 1, se observa que la tasa de desempleo en el año de 1995 registró un aumento considerable en comparación a los niveles registrados en la década previa. Si bien, este incremento tiene su causa en los efectos de la crisis económica desatada a finales de 1994, no obstante, la considerable reducción del desempleo en los años posteriores (de 6.2% en 1995 a 2.5% en 1999) se explica en gran medida por la ocupación de la población en actividades del sector informal: autoempleo, explotación de negocios propios, venta ambulante o la venta en la vía pública en pequeños puestos móviles (Rendón y Salas, 2003).

---

<sup>51</sup> Según Cortés (2000:18-20), es importante distinguir las características de las medidas que acompañaron el establecimiento del nuevo modelo de desarrollo. En primer lugar, las políticas de estabilización que se pusieron en marcha tras la crisis económica de 1982, se dirigieron principalmente a sanear los problemas económicos derivados de ésta. Para la segunda mitad de la década y a principios de los noventa, las políticas de ajuste estructural tuvieron como objetivo la redefinición del funcionamiento de la economía, con tal propósito se limitó el papel del Estado al de guardián y corrector de los costos sociales derivados de las fallas del mercado. Estas medidas de estabilización y ajuste -impulsadas por los organismos financieros internacionales - se sintetizan en los siguientes puntos: a) Ajuste fiscal y modernización del Estado, b) privatización de parte de la base productiva de las manos estatales al sector privado., c) eliminación de controles de precios y de subsidios a bienes y servicios, d) reformas liberalizadoras en el mercado de capitales, e) apertura de la economía hacia el exterior, f) incentivos a la inversión extranjera, y g) reformas al sistema de seguridad social. Cabe señalar que estas reformas han sido introducidas de manera paulatina, en la actualidad las reformas al sistema de seguridad social del ISSSTE sigue en proceso.

**Gráfica 1. Tasa de desempleo abierto urbano (tasa anual media) en México. 1980-2004**



Fuente: CEPAL, (2000, 2004b)

En este contexto, Salas y Zepeda (2003:57) argumentan que el desempleo en México enmascara precisamente el problema de empleos desprotegidos, con bajos ingresos y condiciones de trabajo inadecuadas, predominantes dentro del sector informal. De esta forma, al observar la distribución de la población ocupada en los sectores formal e informal, durante el período de 1990 a 2003, (cuadro 1) se puede advertir el incremento gradual (con excepción del año 2000) de las personas ocupadas en este último sector.

**Cuadro.1 Población ocupada en los sectores formal e informal 1990-2003 (porcentajes del total de población urbana ocupada)**

Año	Sector Informal				Sector Formal		
	Total	Trabajador independiente/a	Servicio doméstico	Micro-empresa/b	Total	Sector Público	Pequeñas medianas y grandes empresas/c
1990	38.4	19.0	4.6	14.8	61.6	19.4	42.3
1995	43.2	20.9	5.3	17.0	56.8	16.1	40.7
2000	39.2	18.3	3.7	17.2	60.8	14.5	46.4
2003	41.8	19.5	4.4	17.9	58.2	14.2	44.0

Fuente: OIT (2005).

a/ Incluye trabajadores por cuenta propia y trabajadores familiares (excepto administrativos profesionales y técnico) b/ Ocupados correspondientes a establecimientos que cuentan con hasta 5 trabajadores.

c/ Empresas privadas con 6 o más ocupados.

Si bien, el sector formal supone un mayor grado de protección en el empleo -en comparación al sector informal- en los últimos años se ha mostrado una tendencia desfavorable en materia de protección al trabajo.<sup>52</sup> Esto se traduce en condiciones adversas de amplios sectores sociales para acceder a la protección social y a los servicios de salud.

De esta manera, la precariedad del empleo en México se evidencia por un lado, en el alto porcentaje de los trabajadores que a pesar de ser asalariados no cuentan con acceso a servicios médicos, a la seguridad social y a otras prestaciones establecidas por ley y por otro, en el aumento de la informalidad, que ha tendido a consolidarse teniendo cada vez mayor importancia para los más pobres como fuente de empleo y de ingresos (CEPAL, 2006).

**Cuadro 2. Asalariados con cobertura de seguridad social (salud y pensiones) 1990-2003 (porcentajes del total de población urbana)**

Año	Sector Informal			Sector Formal **	Total
	Total	Servicio doméstico	Microempresas*		
1990	12,7	4,2	15,3	72,9	58,5
1995	16,2	16,1	16,3	80,7	69,1
2000	14,1	11,7	14,8	82,1	66,4
2003	11,3	9,2	11,9	81,2	63,4

Fuente: OIT (2005).

\*Ocupados correspondientes a establecimientos que cuentan con hasta 5 trabajadores.

\*\*Incluye sector público y empresas con 6 o más ocupados.

Según datos de la OIT (2005) del cuadro anterior, la proporción de asalariados con acceso a los beneficios de la seguridad social ha registrado una paulatina disminución desde el año de 1995; ello se muestra en distribución de los

<sup>52</sup> Según la ley del trabajo prevaleciente en México, los trabajadores asalariados tienen derecho a una serie de beneficios sociales: servicios de salud, seguridad social (que incluyen los fondos de retiro) guarderías y otro tipo de prestaciones (Rendón y Salas, 2003).

trabajadores asalariados del sector formal e informal con acceso a dichos beneficios.<sup>53</sup>

Por otro lado, la década de los noventa también se caracterizó por la tendencia al crecimiento de los empleos no asalariados en diversos sectores de la economía (comercio, servicios y manufactura). La importancia del trabajo no asalariado en los nuevos puestos de trabajo ha estado acompañada de un aumento de pequeños negocios.<sup>54</sup> Como afirma Cortés (2000), este fenómeno se explica por la precariedad del mercado laboral y en consecuencia por la necesidad de la población de obtener una fuente de ingresos.

En este sentido, otras de las dificultades que ha presentado el mercado laboral, se relaciona con la salida de trabajadores del sector formal (debido al cierre de empresas o al corte de personal), que se han incorporado al sector informal, lo que supone la pérdida del acceso a elementos de bienestar (seguro social, prestaciones por ley) para los trabajadores y sus familias (Rendón y Salas, 2003).

La existencia de obstáculos para la población que entra al mercado laboral ha sido un signo de las problemáticas experimentadas por la economía para crear el número de empleos formales que requiere el crecimiento de la población (Gordon, 2003:9).

---

<sup>53</sup> En comparación con los datos de INEGI, la OIT (2005) pareciera sobreestimar los niveles de protección social de los trabajadores asalariados. Según cifras del INEGI (Encuesta Nacional de Empleo, series anuales), la proporción de trabajadores asalariados con prestaciones sociales (incluye la seguridad social) pasó de 66.2% en 1991 a 60.1% en 1995, en 2000 a 60.6% y cayó a 59.3% en 2004.

<sup>54</sup> En el período que va de 1991 a 1997 los micronegocios contribuyeron con 65% de los nuevos puestos de trabajo en las áreas urbanizadas. Los micronegocios como con fuente de empleo ha tenido un papel amortiguador del ciclo económico. Su peso relativo en el empleo total aumenta en períodos de recesión y disminuye o frena cuando repunta la economía (Rendón y Salas, 2000:35-41).

Respecto al comportamiento de los ingresos laborales, en los últimos veinte años éste último ha caído de manera dramática en términos reales.<sup>55</sup> El salario real mínimo en el año 2000 representó sólo una tercera parte del monto de 1980 (Salas y Zepeda, 2003:65). En este sentido, el deterioro de las condiciones de trabajo, también se traducen en los bajos niveles salariales.

Al respecto, cabe señalar que el ingreso principal de la población mexicana proviene de empleo y de la explotación de negocios propios (Rojas; 2002), por lo que el acceso al trabajo representa un factor clave para la obtención y el acceso a bienes y servicios sociales.

En suma, la reforma económica puesta en marcha en las últimas décadas modificó la estructura del empleo en detrimento de las condiciones de vida de amplios sectores de la población, debido a la precarización del empleo, a la reducción del ingreso al trabajo y al aumento en la desigualdad de los ingresos de los trabajadores (Hernández Laos, 2003; Salas y Zepeda, 2003). Dentro de este contexto, los grupos sociales más desprotegidos (en términos de empleo e ingresos) ven reducidos su marco de acción para escapar de la alta precariedad de sus condiciones de vida. (CEPAL, 2005).

### **2.2.1 Pobreza y desigualdad: los saldos del modelo neoliberal**

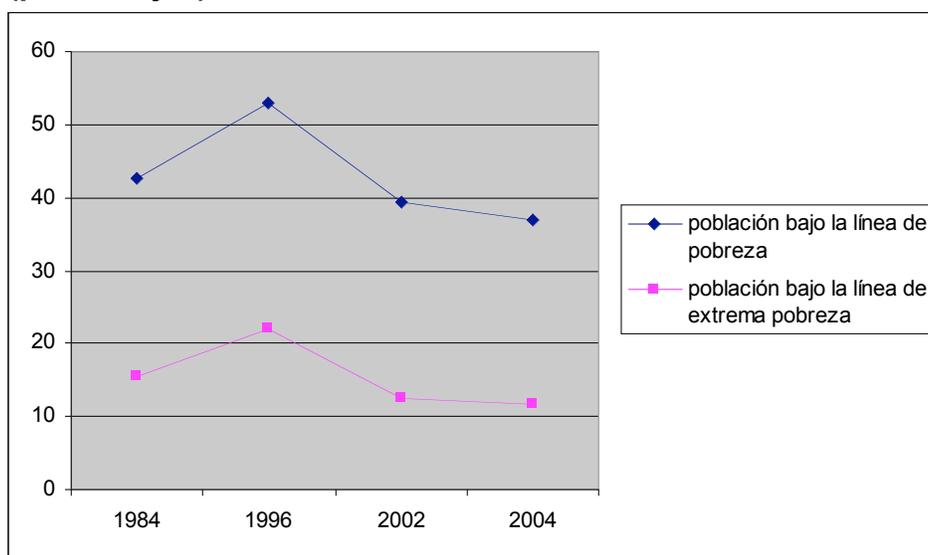
Los problemas de pobreza y desigualdad social en México están profundamente enraizados en la historia del país. Sin embargo los saldos de últimos 20 años señalan que los ajustes estructurales del modelo neoliberal han tenido efectos negativos para amplios sectores sociales. A partir de 1984 el porcentaje de

---

<sup>55</sup> En términos reales, los salarios de jurisdicción federal fueron equivalentes a la mitad de los prevalecientes en 1980 (Salas y Zepeda, 2003:65).

población en situación de pobreza (bajo la línea de pobreza y pobreza extrema) se incrementó gradualmente. La crisis económica de 1995 impactó fuertemente en el número de pobres, que pasó de 42.5% en 1984 a 52.9% en 1996 (CEPAL, 2005).

**Gráfica 2. Evolución de la pobreza en México, 1984-2004 (porcentajes)**



Nota: La línea de pobreza representa ingresos menores que el doble del costo de la canasta básica de alimentos, la línea de extrema pobreza (o indigencia) ingresos menores al costo de la canasta básica de alimentos.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la CEPAL, (2004 y 2005)

Como se observa en la gráfica 2, si bien desde finales de los años noventa los indicadores de pobreza muestran una tendencia descendente, en 2004 el porcentaje de población en situación de pobreza se ubican a sólo tres puntos porcentuales por debajo de los niveles registrados en 1984.

Los procesos que generan o acentúan situaciones de pobreza se derivan en gran medida de las desigualdades que prevalecen en el ámbito de la distribución de ingresos, en el acceso desigual a oportunidades (educación y empleo) y a servicios básicos de bienestar. (CEPAL, 2006). Si bien pobreza y la

desigualdad no constituyen problemas equivalentes, ambas tienden a retroalimentarse y reforzarse mutuamente.

La desigual distribución del ingreso en México se evidencia en la reducida participación de los deciles de hogares más pobres, y en la alta concentración de ingresos en el decil más rico. En 2004, mientras que el 40% más pobre recibió sólo 15.8% del ingreso nacional, el 10% más rico concentró casi 35% del ingreso (CEPAL, 2005).

**Cuadro 3. Distribución del ingreso en los hogares y desigualdad económica, México. 1989-2004**

Año	Porcentaje de participación en el ingreso total del:				Indice de Gini
	Decil 1-4 40% más pobre	Decil 5-7	Decil 8-9	Decil 10 10% más rico	
1989	15.8	22.5	25.1	36.6	0.536
1994	15.3	22.9	26.1	35.6	0.539
2000	14.6	22.5	26.5	36.4	0.542
2002	15.7	23.8	27.3	33.2	0.514
2004	15.8	23.3	26.3	34.6	0.516

*Fuente:* CEPAL. (2005)

Las cifras de la CEPAL mostradas en el cuadro anterior difieren de los datos que muestra Hernández-Laos (2003:101) para el mismo período. Según este autor, la concentración del ingreso del 40% más pobre en el año de 1989 fue de 10.4% y en el año 2000 fue de 9.4%. Por su parte, la concentración del ingreso en el 10% más rico pasó de 48.93% a 50.35% en el mismo período. Según Hernández Laos (2003) durante este período se experimentó un importante

aumento de la desigualdad, al pasar el índice de Gini de 0.549 en 1989 a 0.574 en el año 2000.<sup>56</sup>

De acuerdo a Cortés y Rubalcava (1991) la disminución en la desigualdad experimentada en períodos de crisis responde a lo que los autores llaman “equidad por empobrecimiento”, que se debe a la contracción de los ingresos en los estratos medios y una reducción general de los ingresos reales.<sup>57</sup>

### **2.2.2 Cambios de orientación en la política social: ¿rupturas o continuidades?**

El análisis de la política social tanto en México como en América Latina, muestra que históricamente ha estado caracterizada por un supuesto “universalismo” que en la práctica fue raramente alcanzado (Gerstenfeld, 2002; Abel y Lewis, 2002). En este sentido para algunos autores la política social mexicana se distingue por un “universalismo estratificado” (Gordon 1999) o “universalismo fragmentado” (Duhau (1997)).

Como se planteó anteriormente, en el caso mexicano el acceso segmentado de los servicios sociales y el fuerte componente corporativista explican la concentración de ciertos beneficios (como los de la seguridad social) en algunos grupos, que dio como resultado – según Roberts (2004)- una integración “diferenciada” de amplios sectores de la población.

---

<sup>56</sup> El Índice de Gini es uno de los más utilizados para el análisis de la desigualdad en la distribución del ingreso, toma valores entre 0 y 1, donde el valor cero corresponde a la equidad absoluta y el uno a la inequidad absoluta (CEPAL, 2006).

<sup>57</sup> Según el Banco Mundial (2005), la desigualdad de ingresos en México ha tendido a ser contracíclica (en comparación con los patrones característicos de América Latina en los años ochenta) pues la crisis de 1994-1995 redujo la desigualdad, pero ésta aumentó con la recuperación de 1996-2000 y el período de estancamiento de 2000-2002 también redujo la desigualdad.

Aunque con estas características, la provisión estatal había sido hasta los años ochenta la principal política para fomentar el bienestar social en México (Roberts, 2002). Sin embargo, a partir del establecimiento del modelo neoliberal se modificó sustancialmente el papel del Estado en la provisión de los beneficios sociales.

El nuevo modelo económico trajo consigo un enfoque distinto de la política social, que ha sido denominado como “nuevo paradigma” (Sotolli, 2000) o “paradigma emergente” (Gerstenfeld, 2002). No obstante, en la actualidad las políticas sociales son el resultado de la coexistencia del paradigma “emergente” con el paradigma “tradicional” o “dominante”, vigente durante el modelo industrializador por sustitución de importaciones (Sotolli, 2000; Duhau, 1997; Gerstenfeld, 2002).

Al respecto, es interesante comparar la dimensión de las políticas sociales según los supuestos de cada paradigma con la finalidad de mostrar las principales diferencias en cuanto a su desarrollo e implementación (ver cuadro 4).

Según Duhau (1997:196) el modelo neoliberal ha tendido a expresarse en el plano de la cuestión social en una revisión y en un grado variable de reformas en materia de políticas sociales, de hecho sus ejes fundamentales se basan en las críticas a los sistemas de bienestar social desarrollados en la etapa anterior.

De esta manera, las cuatro estrategias concretas de la implantación de la política social dentro del modelo neoliberal son el recorte del gasto social, la privatización, la focalización del gasto social público en programas selectivos y la descentralización (Laurell, 1998).

**Cuadro 4. Enfoques de la política social en América Latina. Características del paradigma tradicional y el paradigma emergente.**

	<b>Tradicional</b>	<b>Emergente</b>
Objetivos	-Integración social y distributiva	-Combate a la pobreza.
Cobertura de los servicios y tipo de provisión	-Segmentada según posición en el mercado de trabajo. -Provisión con tendencias a universalización homogénea	-Selectiva y focalizada. - Provisión heterogénea con base en una discriminación positiva.
Destinatarios	-Clase media urbana y grupos organizados (principalmente)	-Población pobre.
Papel de Estado y del mercado	-Estado interventor como garante de la justicia distributiva.	-Intervención estatal selectiva y conforme a las reglas del mercado. -Mercado como criterio para la igualación de oportunidades.
Organización y administración.	-Organización estatal centralizada. -La toma de decisiones es central y vertical.	-Descentralizada y desconcentrada. La toma de decisiones favorece la participación de los propios destinatarios. -Enfoques centrados en proyectos y en la demanda.
Financiamiento	-Financiamiento predominantemente estatal (pagados con recursos fiscales) -Gasto social como instrumento de la regulación del conflicto distributivo.	-Co-financiamiento: estatal, internacional y privado.  -Gasto social como una inversión eficiente en capital humano.

*Fuente:* Elaboración propia con base en Sotolli (2000), Gerstenfeld (2002) y Laurell (2003).

El “paradigma emergente” tienen la particularidad de enfocarse en el combate a la pobreza; ésta aparece entonces como una categoría que organiza los objetivos de la reforma de los sistemas preexistentes y el desarrollo de nuevos programas y políticas sociales.

Bajo esta lógica, las acciones del Estado han seguido –básicamente- dos vertientes, por un lado la creación de programas selectivos dirigidos a personas en extrema pobreza y por otro la transferencia de servicios sociales (lucrativos) al sector privado, lo que significa dejar el financiamiento y la provisión en sus manos.<sup>58</sup>

En la práctica, la reorientación de las políticas sociales iniciada en México en los años ochenta ha tenido como características fundamentales: la descentralización, en particular en los ámbitos de educación y salud (manteniéndose el esquema de la provisión generalizada y gratuita) donde las reformas se han orientado a descentralizar los respectivos sistemas mediante la transferencia de recursos a los gobiernos estatales. (Duhau, 1997; De Gortari y Zicarddi; 1996). La reforma financiera de las instituciones de seguridad social y los fondos solidarios de vivienda, ha tenido según Duhau (1997) una aplicación titubeante de los mecanismos basados en el apoyo a la demanda.

El desarrollo de programas focalizados destinados a los pobres ha sido la base para la provisión de bienes y servicios básicos. Sin embargo, estos han operado con un esquema selectivo aún dentro de los sectores pobres. Este tipo de programas, como Pronasol durante el gobierno de Ricardo Salinas de Gortari (1988-1994) el Progresá (dirigido a combatir la pobreza extrema en las zonas rurales)<sup>59</sup> durante el sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000) y Oportunidades en

---

<sup>58</sup> Según Laurell, (2003: 321) bajo los términos del proyecto neoliberal, la intervención del gobierno abarca la provisión de bienes públicos (definidos de una forma restringida) de acuerdo a los principios de no rivalidad y no exclusión, la regulación para compensar las fallas del mercado y fomento de ciertos servicios y subsidios para el combate a la pobreza.

<sup>59</sup> De acuerdo con Valencia (2000:134) el programa Progresá representa el nuevo modelo de focalización de la política social en México.

el gobierno de Vicente Fox, (2000-2006) han favorecido la selectividad en el acceso a servicios por medio del apoyo a la demanda.<sup>60</sup>

En el área de la salud, la reestructuración de los servicios ha sido un elemento clave de las medidas de ajuste, y ha estado enmarcada por la reorganización institucional de uno de los pilares del limitado “régimen de bienestar mexicano”, el IMSS; así como a las instituciones que prestan servicios médicos a la población abierta. Estas reformas transformaron la provisión y el acceso de los servicios de salud en México.<sup>61</sup>

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se advierte que el modelo neoliberal ha tenido profundos impactos sobre los niveles y la calidad de vida de amplios sectores de la población.

Una de los principales problemáticas que se presentan en el nuevo escenario económico y social, se relaciona con el deterioro del empleo y por ende con las oportunidades de la población para acceder a la provisión de bienestar. La precarización del empleo ha deteriorado las condiciones de trabajo, el poder de negociación de los trabajadores y la protección social ligada al empleo (Machinea y Hopenhayn, 2005; Bayón, 2006). Estos procesos han impactado con mayor fuerza a los sectores ocupados en empleos de baja productividad, es decir, a los más desfavorecidos (CEPAL, 2006).

---

<sup>60</sup> El programa Oportunidades, provee a las familias “a) apoyo monetario para la alimentación, 180 pesos mensuales, b) servicios de salud gratuitos a través del Paquete Básico de Servicios de Salud para toda la familia, que se proporciona por las instancias de la Secretaría de Salud, el IMSS- Oportunidades en los centros de salud, unidades médicas rurales o brigadas móviles, c) becas y útiles escolares para las hijas e hijos que estudien, d) apoyo patrimonial, un fondo de ahorro que es un incentivo para que los jóvenes concluyan la educación media superior y puedan terminar ese nivel educativo, e) apoyo mensual para adultos mayores. Las familias reciben el apoyo por tres años después de ese tiempo tendrán que responder nuevamente la encuesta socioeconómica” (Guía didáctica Oportunidades, para las reuniones de incorporación y rectificación, 2006)

<sup>61</sup> Las especificidades de estos cambios se analizan con mayor profundidad en el siguiente capítulo, haciendo énfasis en las formas de incorporación al Sistema Nacional de Salud y la manera en que la propia estructura del sistema ha agudizado -en la última década- el problema de la desigualdad en el acceso a los servicios.

A esto se añade el aumento de la desigualdad social y en consecuencia, la regresiva distribución de oportunidades entre distintos grupos sociales, lo que ha debilitado seriamente la extensión de los derechos sociales (Bayón, et.al; 1998) que históricamente han tenido un carácter limitado en México.

En este sentido, de acuerdo con Gordon (2003:21) las modalidades de acceso a la ciudadanía social que siguen prevaleciendo en el país se caracterizan por el patrón corporativo de la distribución, donde el acceso a bienes colectivos es fundamentalmente por la vía de las organizaciones. Por lo tanto se ha mantenido la “no” universalidad en la entrega de satisfactores de bienestar. Además, la autora señala que otro de los obstáculos es la insuficiencia de los recursos fiscales, tanto por la escasa capacidad impositiva del Estado, como por las características de la economía que favorecen la informalidad (Ibíd.).

## CAPÍTULO 3

### **Segmentación y desigualdad en el acceso a los servicios: El Sistema Nacional de Salud en México.**

#### **Introducción**

La provisión de los servicios sociales en México -como se analizó en el capítulo anterior- ha sido diferenciada y segmentada. Es en este contexto en el que interesa indagar las formas en que se expresa la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, problemática que se aborda en este capítulo.

El análisis pretende mostrar cómo la propia estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha producido una “inclusión diferenciada” (Roberts, 2004) de la población dentro del sistema de salud. Junto a estos elementos (estructurales) se analiza de qué manera el rol asumido por el Estado, tanto en la provisión de servicios como en las políticas de salud implementadas en las últimas décadas, ha contribuido a agudizar el problema de la desigualdad en el acceso a los servicios (tanto públicos como privados).

Con tal propósito, el capítulo se divide en tres secciones. En la primera se analiza el origen y las principales reformas al sistema de salud en México en los últimos 25 años. Se describe la estructura actual del SNS (sectores que lo conforman, mecanismos de acceso a las instituciones públicas, cobertura y servicios que ofrecen). En la segunda sección se examinan los lineamientos generales de la política de salud desde 1980 hasta la actualidad, donde se destaca el comportamiento del gasto en salud. Finalmente, en la tercera sección se aborda el problema del acceso de la población a los servicios de salud, explorando las siguientes dimensiones: “quiénes tienen acceso a qué

instituciones”, “dónde se atienden”, “qué instituciones prefieren” y “cuánto gastan”. La fuente de datos utilizada para responder a estas interrogantes es la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) correspondiente al año 2000<sup>62</sup>. Se presentan datos sobre el acceso de la población (abierta y derechohabiente) a servicios públicos y privados según nivel de ingresos y nivel educativo; la utilización y preferencia de servicios (públicos y privados) y por último, el “gasto de bolsillo” en salud.

### **3.1. Surgimiento y constitución del Sistema Nacional de Salud: desigualdad y segmentación.**

Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud (OMS, 2000:5). Esta amplia definición considera la prestación de servicios provista por profesionales particulares, curanderos tradicionales, instituciones públicas o privadas, el uso de toda clase de medicamentos, así como la atención domiciliaria para tratar padecimientos. Además, toma en cuenta toda clase de actividades que tengan como objetivo la salud de la población, como por ejemplo políticas estatales, legislaciones (en materia de salud) o programas especiales de atención a la salud (Ibíd.). En suma, un sistema de salud se constituye por diversos proveedores de servicios que se interrelacionan y actúan bajo una función común: la provisión y atención a la salud.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> La Encuesta Nacional de Salud, (ENSA) forma parte del sistema nacional de encuestas de salud (reproductiva y de nutrición, entre otras) que se aplican periódicamente desde 1986. La ENSA es representativa a nivel nacional, cubre aspectos tales como las condiciones de salud de la población, utilización de los servicios de salud y la percepción de la calidad de los servicios.

<sup>63</sup> Existe varias clasificaciones sobre los sistemas de salud, una de ellas -ampliamente utilizada- distingue entre la asistencia pública, seguro nacional de salud y servicio nacional de salud. Otra clasificación reconoce además de los sistemas de libre empresa, tres tipos principales de programas públicos: seguridad social, seguro de salud, servicios de salud, y socializado. Frenk afirma que estas clasificaciones engloban bajo una

Los orígenes del sistema de salud en México se inscriben en el marco del régimen de bienestar que se implementó a partir de la década de 1940, bajo el modelo de industrialización por sustitución de importaciones (ISI). Como se analizó en el capítulo previo, este régimen de corte “corporativista” basado en la estratificación ocupacional, incorporó principalmente al sector formal urbano, excluyendo entre otros sectores a los campesinos y trabajadores informales urbanos (Bayón et,al. 1998). Esta estratificación entre los trabajadores de la economía formal e informal, así como entre los trabajadores del campo y la ciudad, dio como resultado una diferenciación en la provisión de servicios sociales (Barba, 2004), que se expresó claramente en el desigual acceso a los servicios de salud.

Durante esta época, dicho acceso estuvo sustentado en la influencia política y económica de los distintos grupos socioeconómicos (sindicatos, trabajadores del estado, grupos urbanos entre otros). En 1943 la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se orientó a atender las necesidades y demandas sociales -cada vez mayores- de estos grupos (De Gortari y Ziccardi, 1996). Su propósito fundamental fue administrar los esquemas de seguridad social, incluidos los de salud.<sup>64</sup>

En el mismo año, el establecimiento formal la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) tuvo como objetivos, establecer una política general de salud

---

sola categoría sistemas totales de salud que en muchos casos mezclan varios sectores o programas muy diferentes. En los sistemas de salud existentes en la mayoría de los países latinoamericanos, el Estado maneja dos subsistemas distintos, la asistencia pública para la población rural y la población en extrema pobreza, y por otro la seguridad social principalmente para los asalariados (Frenk, 1990: 112-119).

<sup>64</sup> Como parte de las prestaciones de la seguridad social, los trabajadores asalariados tendrían acceso a servicios de salud que iban desde la maternidad y los cuidados infantiles y a un sistema de pensiones relacionados con la edad. (Revista Mexicana de Seguridad Social, IMSS, edición especial por el cincuentenario del IMSS, 1993: 24).

pública y procurar servicios de salud para la población sin seguridad social mediante sus oficinas de coordinación en los estados o “Servicios Sanitarios Coordinados” (administrados de forma centralizada) (González y Frenk, 1997).

En esta época la ampliación de los servicios de salud se vio favorecida por la puesta en marcha de campañas nacionales de salud y por el establecimiento y expansión de instituciones de seguridad social<sup>65</sup>. Entre las décadas de 1950 a 1970 se crearon nuevas instituciones para atender a sectores estratégicos, tales como el sector petrolero, el sector público y las fuerzas armadas. En la década de 1950 se funda el seguro social para los trabajadores del petróleo (PEMEX), en 1960 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y en 1976 el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), éstas estuvieron orientadas a ofrecer servicios médicos (preventivo, curativo y de hospitalización) y distintas prestaciones sociales a sus afiliados (crédito subsidiado para vivienda, créditos de bajo interés y de largo plazo, sistemas de retiro específicos, entre otros) (Duhau, 1997).

De esta manera, el acceso a los servicios de salud, quedó dividido en instituciones para “asegurados” y en servicios para la “población abierta” (trabajadores sin seguridad social y grupos sociales de bajos ingresos) operados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Un contraste significativo entre éstas, fue que el Estado asignó la mayor parte de sus recursos a la prestación de servicios de salud para los trabajadores adscritos a las instituciones de la seguridad social (Ward, 1989).

---

<sup>65</sup> El surgimiento y consolidación de la seguridad social en las décadas de los cuarenta y cincuenta y el establecimiento de programas nacionales de vacunación y de control contra enfermedades transmisibles, son algunos de los logros que tuvieron las políticas de salud del período llamado “el milagro mexicano” (Zurita et.al, 2002).

Durante los años setenta, los desequilibrios en el acceso a los servicios de salud tendieron a acentuarse<sup>66</sup> y aunque se introdujeron medidas especiales en la Ley del Seguro Social para ampliar la cobertura obligatoria a los trabajadores temporales y rurales, salvo escasas excepciones, estas no se aplicaron, lo que hizo más pronunciada la diferencia entre asegurados (o derechohabientes) y la población abierta (OCDE, 2005). En esta época el Estado recurrió a la Secretaría de Salubridad para aumentar la cobertura de la población abierta y se establecieron programas para dar acceso parcial a las prestaciones de seguridad social, con la finalidad de incorporar a otros grupos en las zonas rurales y a los trabajadores informales<sup>67</sup>. Sin embargo, ello propició la creación de un segundo “segmento de servicios de salud de menor calidad que ofrecía cuidados básicos de salud a los trabajadores rurales y del sector informal y a la población en general” (OCDE, 2005:23).

A finales de la década de 1970, el Estado se encontraba incapacitado para extender la cobertura a través de la SSA, de manera que la ampliación de los servicios de salud tuvo como marco de referencia el Plan de Solidaridad Social como instancia para integrar a nuevos grupos de la población a la seguridad social, pero fuera del régimen ordinario (Tetelboin, Granados, et.al, 2005). En 1979, este programa se sumaría al de la Coordinación General del Plan Nacional

---

<sup>66</sup> Ward (1989:188- 193) señala que durante ésta década el aumento de la cobertura en las instituciones de seguridad social (que pasó de 22% en 1967 a casi 40% en 1980) no estuvo acompañado de un incremento en los recursos per capita necesarios para la atención de la población. Aunque en este período, el porcentaje del gasto público destinado a las instituciones disminuyó, en el caso de la SSA pasó de 8% en 1972 a 6 % en 1980, en el IMSS de 37% a 31%, y aumentó en el ISSSTE de 12% a 14%. El fuerte contraste de los recursos entre estas instancias planteó una seria problemática en el acceso a los servicios de salud puesto que la mayoría de la población dependía de los servicios de la SSA.

<sup>67</sup> En 1973, la modificación de la Ley del Seguro Social, estableció la modalidad de incorporación voluntaria al seguro social. Dentro de este “quedan protegidos por el régimen los trabajadores domésticos; los de las industrias familiares y los trabajadores independientes; así como patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio”, ello mediante el cumplimiento de los requisitos y mediante el pago de cuotas establecidas (Ley del Seguro Social, 1986).

de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) que tuvo como objetivo brindar atención médica a 10 millones de campesinos sin capacidad contributiva. Con este propósito el gobierno firmó un convenio con el IMSS, el cual adquirió la responsabilidad de organizar y administrar dichos servicios. Así surgió el IMSS-Coplamar, que fue financiado con recursos federales.<sup>68</sup>

A pesar de la creación de programas para extender los servicios en zonas rurales y beneficiar -en particular- a grupos excluidos del acceso a la seguridad social, la estructura del sistema de salud en México segmentó no sólo el acceso sino la calidad de los servicios con base en el perfil ocupacional y la capacidad de pago de la población, segregando a los grupos sociales en subsistemas separados. Como señala Frenk, el sistema de salud en México podía caracterizarse como de “integración vertical pero de segregación horizontal, es decir, cada grupo institucional (seguridad social, población abierta y sector privado) ejercía funciones del sistema por separado” (Frenk citado en Tamez y Valle, 2005).

Aunque las reformas al sector salud iniciadas en la década de los ochenta y que continuaron en los noventa tuvieron como objetivos ampliar la cobertura poblacional y mejorar la calidad del servicio, éstas no modificaron la estructura del SNS sino que -como señalan algunos autores- (Tamez y Valle, 2005; López y Blanco, 2001) añadieron nuevos elementos que afectaron el acceso a los servicios de salud en México.

---

<sup>68</sup> IMSS- Coplamar se orientó a prestar servicios de salud a habitantes de zonas marginadas, urbanas y rurales aunque financiado por el gobierno fue operado por el IMSS. En 1990, cambió de nombre por el de IMSS-Solidaridad y operó en 17 estados y durante el gobierno de Vicente Fox, este fue renombrado como IMSS-Oportunidades. (Revista Mexicana de Seguridad Social, 1993, OCDE, 2005)

### **3.1.1. Las reformas al sistema: 1980-2000**

El Sistema Nacional de Salud ha experimentado diversas modificaciones en lo que respecta a sus mecanismos de financiamiento, operación y prestación de servicios.

En los años ochenta se planteó por primera vez la necesidad de conformar un sistema de salud que coordinara y normara las acciones de las diversas instituciones y evitara la creciente duplicidad de funciones, centralización y segmentación (Zurita, Lozano, et.al, 2002). El punto de partida fue la modificación del Artículo 4º que elevó a rango constitucional el derecho a la protección a la salud y aprobó la Ley General de Salud, que entró en vigor a mediados de 1984. Aunque el derecho a la salud ya existía en la constitución, la reforma consistió en señalar “la protección a la salud como derecho individual y como responsabilidad del Estado” (López y Blanco, 2001).

A partir de 1983 las reformas al sector tuvieron como objetivo conformar un sistema de salud rector del conjunto de las instituciones y establecer un programa de descentralización y modernización, con el fin de ampliar las coberturas y mejorar la calidad del servicio. La estrategia de mayor importancia para reorganizar el subsistema de atención a la “población abierta” (sin seguridad social) consistió en la descentralización de estos servicios (Merino, 2002; López y Blanco, 2001).<sup>69</sup>

Al iniciar el proceso descentralizador el balance oficial del funcionamiento de los servicios era negativo. Las diferencias e inequidades en la prestación de los

---

<sup>69</sup> En el sexenio 1983-1988, las estrategias del gobierno en el sector salud se centraron en la modernización administrativa, sectorialización, coordinación intersectorial, descentralización y participación comunitaria (López y Blanco, 2001: 44).

servicios se explicaba a partir de dos ejes: el primero era la ausencia de una entidad rectora que coordinara las acciones de las instituciones públicas y de los sectores privado y social; el segundo señalaba que existía en el ámbito regional y nacional “una calidad heterogénea en la cobertura, costos diferentes en la prestación de servicios y un inadecuado aprovechamiento de los recursos disponibles” (Ruiz Massieu en López y Blanco, 1993:43).

En este contexto, las reformas se centraron en un principio, en la desconcentración<sup>70</sup> de las facultades de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados (Scspe) y en el Distrito Federal (Scspdf) y la descentralización a través del establecimiento de los Sistemas Estatales de Salud (López y Blanco, 1993). Ésta última tuvo como objetivo transferir la responsabilidad operativa de las clínicas de atención primaria y los hospitales de segundo nivel (unidades médicas especializadas), así como ciertas responsabilidades administrativas a los estados. Este proceso se caracterizó por una integración administrativa de las oficinas de coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los estados, el programa IMSS-COPLAMAR y algunos servicios de salud que los estados prestaban de manera directa.<sup>71</sup> Sin embargo al finalizar la década sólo 14 estados finalizaron la integración orgánica y la descentralización operativa.<sup>72</sup> Estos tenían una mayor capacidad administrativa y

---

<sup>70</sup> La desconcentración tuvo como objetivo reordenar y modernizar los Scspe mediante la transferencia de facultades programas y recursos de las unidades administrativas de la Secretaría de Salud a las unidades administrativas de los Servicios Coordinados de Salud pública con autonomía técnica, pero sin personalidad jurídica, ni patrimonio propio y bajo las normas y el control jurídico del centro (López y Blanco, 1993:45).

<sup>71</sup> Asimismo, la Secretaría de Salud y Asistencia cambió su nombre por el de Secretaría de Salud. Cabe señalar que la descentralización no involucró a los Institutos Nacionales de tercer nivel (hospitales de alta especialización) (López y Blanco, 1993: 45).

<sup>72</sup> Estos fueron: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guerrero, Guanajuato, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, Sonora y Tlaxcala. Además de los estados de Jalisco, Estado de México, Nuevo León y

mayores recursos, además contaban con los niveles más altos de cobertura de la seguridad social y menos problemas de nutrición e higiene básica (López y Blanco, 2001).

En la década de los noventa, las reformas al sector salud incluyeron tanto las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y los centros y clínicas que atienden a la población abierta. Estas se centraron en la reforma a la Ley del Seguro Social del IMSS<sup>73</sup> y en la descentralización paulatina de los servicios de salud dependientes de la Secretaría de Salud en el resto de los estados y el Distrito Federal. En 1997, la puesta en marcha de la reforma a la Ley General de Salud, y el Acuerdo Nacional para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, impulsó la creación un fondo de aportaciones (FASSA) para financiar los servicios de salud en los estados de la República, lo que significó que en esta última etapa de la descentralización se pasaran a los estados recursos y competencias (Merino, 2002; CEPAL, 2005).

Sin embargo, la distribución de los recursos estatales sufrió serias modificaciones. La descentralización fracturó los mecanismos de redistribución del presupuesto federal, como consecuencia los estados con mayores recursos absorbieron un porcentaje más elevado del apoyo financiero.<sup>74</sup>

---

Tabasco, los cuales contaban con poco más del 20 por ciento de la población nacional y concentraron en el trienio 1985-87 más del 50% del total del financiamiento federal (Blanco y López; 2001:51).

<sup>73</sup> En 1997 las reformas a la ley del IMSS se expresaron en: el cambio de cotización -establecimiento de una cuota uniforme, en lugar de una aportación proporcional al salario- lo que significó la pérdida de solidaridad del esquema anterior, b) la creación de un seguro voluntario mediante el establecimiento del Seguro para la Familia, acción que pretende captar a las capas medias de la población con capacidad de pago, y por último, c) sistema de reversión de cuotas, el cual por una parte, impulsa la privatización dentro del sistema de aseguramiento y sienta las bases para el éxodo de cotizantes de mayores ingresos hacia los servicios privados, y por la otra, posibilita que hasta 40% de los fondos del seguro de enfermedad y maternidad puedan ser retirados por los empresarios para elegir otra opción para sus trabajadores (Tamez y Valle; 2005: 331).

<sup>74</sup> De acuerdo con la reforma los estados asignaron recursos que van desde menos de 5% en algunas de las entidades más pobres, como Chiapas, Durango y Oaxaca hasta más de 20% en Aguascalientes, Distrito Federal, Morelos y Tabasco (OCDE, 2005).

Por otra parte, las reformas realizadas en 1997 promovieron la participación del sector privado en los espacios públicos. Por un lado, las transferencias del sector público al privado se centraron en la administración de fondos para el retiro; ello significó la sustitución del antiguo sistema por uno de pensiones de capitalización individual, donde las contribuciones siguen siendo tripartitas pero depositadas en cuentas personales y administradas por instituciones financieras, Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) y Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (Tetelboin y Granados, 2000). Por otro parte, se autorizó la prestación de servicios a través de compañías aseguradoras denominadas Organizaciones de Salud Administrada<sup>75</sup> (“Health Maintenance Organization” por sus siglas en inglés) (Tamez y Valle; 2005:335). Estas comenzaron a operar dentro del marco legal de la reglamentación de seguros en el año de 1999, con el nombre de Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) (OCDE, 2005).

La apertura y expansión del sector privado, en el financiamiento y la provisión de los servicios, planteo una nueva configuración del sistema. En la actualidad –según Tamez y Valle (2005)- el Sistema Nacional de Salud constituye un sistema mixto público–privado, que se caracteriza por el funcionamiento de organismos de los sectores público y privado en actividades de mediación entre el financiamiento y la prestación de los servicios. Esto se traduce en una profundización de la segmentación del SNS, puesto que, como señalan las autoras a la separación entre “asegurados” y “población abierta” se agrega una

---

<sup>75</sup> Una organización de Salud Administrada es un sistema de seguro médico que asume o comparte el riesgo financiero como el de prestación de servicios que se asocian con la prestación integral de servicios médicos a los usuarios, a cambio de una cuota fija pagada con anticipación (OCDE, 2005:48).

nueva modalidad de servicios, los seguros privados a los que se accede dependiendo de la capacidad de pago (Ibíd.).

De esta manera, las reformas al sector salud iniciadas y puestas en marcha durante la década de los ochenta y noventa, transformaron el funcionamiento del sistema, (descentralizando los servicios hacia los estados) sin embargo, no modificaron el modelo de atención “diferenciado”. Por el contrario, añadieron nuevos elementos que acentuaron el acceso desigual y segmentado de la población a los servicios de salud de acuerdo a su inserción laboral y a su nivel de ingresos. En este sentido, las características de la estructura y funcionamiento actual del SNS darán cuenta de las formas de acceso a los servicios de salud en México y las desigualdades existentes entre los distintos proveedores.

### **3.1.2. Estructura del Sistema Nacional de Salud.**

El sistema de salud mexicano, (Sistema Nacional de Salud)<sup>76</sup> combina varios esquemas públicos integrados con un amplio sector privado. El sector público incluye un sistema administrado por los gobiernos federal y estatal y un sistema de seguridad social que cubre a los empleados asalariados del sector formal. El sector privado incluye un mercado de servicios muy heterogéneo (en precios y calidad) y escasamente regulado.

La institución rectora del sistema es la Secretaría de Salud, la cual elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) donde se establecen los contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional. Entre otras de sus funciones

---

<sup>76</sup> Según la clasificación de la CEPAL (2006: 90) el sistema mexicano de salud es de tipo “no integrado” y tiene como rasgo característico la convivencia de sistemas de seguridad social bastante fragmentados con una multiplicidad de instituciones sin mecanismos de coordinación y escasa presencia de financiamiento solidario.

básicas se destacan, la evaluación de la prestación de los servicios y la operación del sistema nacional de vigilancia epidemiológica (OPS, 2002).

### **3.1.2.1. Sector público.**

Los servicios de salud pública funcionan bajo ciertas normas de incorporación de la población en el SNS, el cual se compone de aseguradores y prestadores de servicios que atienden a distintos segmentos de la población. Se dividen en dos subsistemas: las instituciones de seguridad social, que cubren a los trabajadores asalariados en el sector formal y las instituciones de la Secretaría de Salud que proveen servicios médicos para la población abierta (Dávila y Guijarro; 2000: 27). Ambos subsistemas ofrecen servicios de primer nivel (o atención primaria), que comprende la prevención y curación de atención ambulatoria, en clínicas o centros de salud; de segundo nivel que son servicios de medicina especializada en hospitales y, el tercer nivel que comprende servicios que se ofrecen en hospitales e institutos donde se realiza atención especializada de mayor complejidad. En estas unidades se reciben a los pacientes de los otros niveles de atención y también se realiza investigación médica (Secretaría de Salud, 2004). De esta manera, las instituciones del sector público operan un sistema de referencia para acceder a los niveles superiores de atención, por lo que en el nivel de atención primaria se remite a los pacientes a un hospital general o de especialidades que pertenezca a la misma institución (OCDE, 2005).

La estructura de las instituciones que conforman los servicios de salud públicos, así como sus fuentes de financiamiento y los beneficios que ofrecen, se muestra en el siguiente cuadro:

## CAPÍTULO 4

### **Las expresiones de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud: El caso de La Magdalena Contreras.**

#### **Introducción**

El presente capítulo tiene como objetivo analizar las expresiones concretas que adquiere la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en México. El análisis se concentra en una delegación de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México localizada en el Distrito Federal: La Magdalena Contreras. Se examina, en primer lugar, la disponibilidad de servicios de salud públicos y privados y la utilización de éstos por parte de la población. A continuación se explora la desigualdad en el acceso a estos servicios, y finalmente se analizan las percepciones que sobre dicha desigualdad tienen los habitantes de La Magdalena Contreras. En el primer apartado se justifica la selección de esta localidad, destacando el carácter polarizado de la misma. Se presenta un perfil general de la delegación y sus principales características sociodemográficas. En el segundo, se presenta el análisis cualitativo del problema a partir de las entrevistas realizadas a residentes de La Magdalena Contreras usuarios de servicios de salud, destacando los problemas que experimentan en el acceso a los servicios, las estrategias que desarrollan para satisfacer sus necesidades de salud<sup>98</sup>, sus percepciones sobre la desigualdad en el acceso a los servicios, y se indaga en qué medida el acceso a los servicios de salud es concebido como un derecho social.

---

<sup>98</sup> Para efectos del presente estudio, por necesidades de salud se entiende el acceso a servicio médicos y la obtención de los medicamentos. La definición de este concepto fue resultado de las entrevistas realizadas, puesto que – en general- las personas expresaron que parte fundamental del acceso y la obtención de la atención médica finaliza cuando comienza el tratamiento o la etapa de curación, esto implica la obtención de medicamentos.

#### 4.1 La Magdalena Contreras: un espacio social polarizado.

*“Personas como nosotros somos las que hacemos las colonias, las colonias proletarias, bajas, las humildes, nosotros somos las que levantamos estas colonias. Por ejemplo aquí como estaba, había cerro de aquí en la esquina para arriba ya era cerro, entonces cuando llovía uno dejaba los zapatos aquí enterrados y al siguiente día uno los venía a buscar porque se atascaba de lodo. Uy! y el alambrierío que había cuando uno tenía que jalar la luz desde la calzada... Y a mí me da mucho coraje que digan que aquí esta colonia (El Toro) es “residencial”, que quiere decir que nos suben los impuestos, nos cargan más la mano y eso ¡no debe de ser! Simplemente la luz ya nos viene cara, el agua ni se diga y el predial pues ahí más o menos y ¿por qué? porque somos colonia residencial. Para allá arriba en las colonias Tierra Unida, Ojo de Agua, San Bernabé aunque allá hay casotas y privadas allá no es residencial.” (Teresa, 66 años, residente de La Magdalena Contreras)*

Como lo evidencia el relato de Teresa, la contrastante composición social emerge como una característica relevante de esta delegación. De acuerdo con Duhau (2003)<sup>99</sup>, en comparación con otras jurisdicciones de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, La Magdalena Contreras alberga una proporción importante de hogares situados en los estratos de ingresos medio alto y alto<sup>100</sup>. Esta demarcación se destaca por el desarrollo de conjuntos urbanos y fraccionamientos de alto nivel, al tiempo que presenta modalidades informales de urbanización.

---

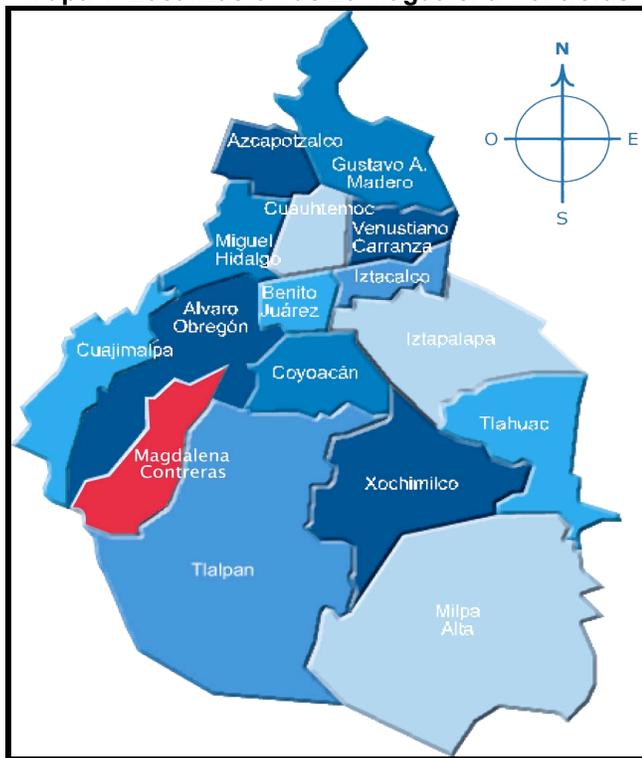
<sup>99</sup> En su artículo sobre la *División social del espacio metropolitano y movilidad residencial*, Duhau (2003) propone una clasificación de las 44 jurisdicciones que integran la Zona Metropolitana de la Ciudad de México con base en dos dimensiones: 1. El papel de cada jurisdicción en el mercado de trabajo metropolitano, según la cual se distinguen tres tipos de jurisdicciones, centrales, pericentrales y periféricas. 2. De acuerdo a las características de las jurisdicciones pericentrales y periféricas que se relacionan con la división del espacio y ciertos rasgos del proceso de urbanización., se subdividen en jurisdicciones pericentrales de tipo A y de tipo B, y cinco jurisdicciones periféricas: populares consolidadas, de desarrollo informal, de desarrollo mixto, de desarrollo formal y polarizadas”. Esta última categoría la conforman la delegación Xochimilco en el sur y La Magdalena Contreras en el suroeste del D.F., y los municipios de Huixquilucan y Atizapán en el Edo. de México. En comparación con todas las demás jurisdicciones, este último grupo alberga un porcentaje importante de hogares situados en los estratos de ingresos medio y alto. En Huixquilucan y Atizapán, se desarrollan actualmente conjuntos urbanos y fraccionamientos de alto nivel y en el caso de La Magdalena Contreras, es escenario de modalidades informales de urbanización. Esto último determina la presencia de una proporción elevada de hogares ubicados en los estratos de menores ingresos, semejante a la que presentan las jurisdicciones periféricas de desarrollo formal (Ibíd:175).

<sup>100</sup> Duhau, (2003:183) define como de ingresos bajos el estrato de hasta 3 salarios mínimos, como medio bajo el de más de 3 y hasta 5 salarios mínimos, como medio el de más de 5 a 10 salarios mínimos, como medio alto el de más de 10 a 20 salarios mínimos y como alto el de más de 20 salarios mínimos mensuales.

Esto último determina la presencia de una proporción elevada de hogares ubicados en el estrato de menores ingresos (ver cuadro 1). Estas características expresan el carácter “polarizado” de su estructura social (Ibíd.).

Según datos del año 2005, (INEGI II Censo de Población y Vivienda), La Magdalena Contreras contaba con una población de 228,927 habitantes, es decir, 2.6% de la población total de la entidad. De las 16 delegaciones que conforman el Distrito Federal, ocupa el noveno lugar en extensión, con una superficie territorial de 64 km<sup>2</sup>, lo que representa el 4.3% del territorio total de la entidad. (www.fondeso.df.gob.mx, febrero de 2006)

**Mapa 1. Localización de La Magdalena Contreras**



Fuente: www.mapsofmexico.com

La población se concentra básicamente en la zona norte de la delegación, donde los terrenos son relativamente planos; esta área representa el 13.6% aproximadamente, de un total de 41.65% de superficie de desarrollo urbano, pues el 58.35% del territorio es de conservación ecológica ([www.mcontreras.df.gob.mx](http://www.mcontreras.df.gob.mx), febrero 2006).<sup>101</sup>

Cabe señalar que La Magdalena Contreras ha sido escenario de formas heterogéneas de urbanización destinadas a diferentes niveles de ingresos, por lo que la división social de su espacio se caracteriza por la coexistencia de distintos estratos sociales en espacios cercanos y fuertemente contrastantes (Duhau; 2003:178). En los últimos quince años este fenómeno se ha acentuado debido a la creación de fraccionamientos residenciales en colonias que fueron tradicionalmente de carácter popular (como las zonas de San Bernabé, Oyamel y San Nicolás).<sup>102</sup>

Respecto al crecimiento demográfico de la delegación, en sólo tres décadas (entre 1960 y 1990), la población casi se quintuplicó al pasar de 40, 724 habitantes a 195,041.<sup>103</sup> En el período 1970-2000 dicho crecimiento fue considerablemente mayor que el total de la entidad, mientras que el Distrito Federal presentó una tasa de crecimiento total del 0.9%, en La Magdalena Contreras fue de 4.7% ([www.mcontreras.df.gob.mx](http://www.mcontreras.df.gob.mx), febrero 2006).

---

<sup>101</sup> De acuerdo con Garza (2000: 598) La Magdalena Contreras cumple dos funciones dentro de la trama metropolitana: lugar dormitorio por ser esencialmente habitacional, y de protección del ecosistema, al contar con más de trece mil hectáreas de bosques que permiten la recarga de acuíferos y la oxigenación del aire.

<sup>102</sup> Estas zonas localizadas al sur de la delegación colindan con el área de conservación ecológica, por lo que se caracterizan por amplias zonas verdes, en algunos casos por la poca pavimentación y por los asentamientos irregulares de sectores de bajos ingresos. Información proporcionada por asistente del Departamento de Desarrollo Social de la Magdalena Contreras, en plática informal (13/3/2006).

<sup>103</sup> En el período 1960 a 1970 el incremento fue del 85.2%, es decir, casi se duplicó el número de residentes. De 1970 a 1980 la población creció en 1.3 veces respecto al decenio anterior, registrando una tasa de 8.3% anual, lo cual colocó a La Magdalena Contreras como una de las delegaciones con más elevado crecimiento demográfico, junto con Tlalpan, Cuajimalpa, Iztapalapa y Tláhuac. ([www.mcontreras.df.gob.mx](http://www.mcontreras.df.gob.mx), febrero 2006).

**Cuadro 12. Características sociodemográficas de La Magdalena Contreras y la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), 2000, porcentajes.**

	ZMCM	M. CONTRERAS
<b>Población Total</b>	17.844.829	222,050
Hombres	48.4	47.9
Mujeres	51.6	52.1
<b>Trabajo</b>		
Población económicamente activa	53.2	55.5
Población desocupada	1.7	1.7
Población ocupada	98.3	98.3
Población ocupada en sector secundario	25.3	20.8
Población ocupada en sector terciario	69.6	75.6
Población ocupada como empleado u obrero	72.4	76.0
Población ocupada como jornalero	1.1	1.1
Población ocupada por cuenta propia	20.3	17.0
<b>Ingresos</b>		
Población ocupada con menos de 1 salario mínimo mensual*	8.3	8.8
De 1 y hasta 2 salarios m.m.	34.2	36.6
De 2 y hasta 5 salarios m.m	33.8	31.6
Más de 5 salarios m.m	15.0	15.6
<b>Acceso a servicios de salud</b>		
Población derechohabiente a servicio de salud	48.2	49.9
Población sin derechohabencia a servicio de salud	47.7	46.8
<b>Educación</b>		
Población analfabeta 15 años y más	---	3.5
Población de 15 años y más con primaria completa	17.1	17.0
Población de 15 años y más con secundaria completa	22.3	21.2
Población de 18 años y más con instrucción media superior	---	21.6
Población de 18 años y más con instrucción superior	17.2	18.9
Grado promedio de escolaridad	---	9.3
<b>Vivienda</b>		
Viviendas con techo de materiales ligeros, naturales y precarios	15.7	24.1
Viviendas con agua entubada	68.7	67.8
Viviendas particulares sin drenaje	3.1	3.1
Viviendas con energía eléctrica	99.4	99.4
<b>Índice de marginación</b>	---	-1,75643
<b>Grado de marginación</b>	---	Muy bajo

\*Nota: Salario mínimo mensual año 2000: 1,137 pesos. (www.conasami.gob.mx, 2006)

Fuente: Elaboración propia con base en SCINCE, Delegaciones y Municipios más marginados, 2000, e Índice de Marginación en D.F., CONAPO 2000

GINA 23/2/07 12:25

Deleted: de

Si bien, según el CONAPO (2000) esta delegación presenta un índice de marginación municipal “muy bajo”, indicadores socioeconómicos (cuadro 12) muestran en su interior profundas desigualdades sociales.

Como se observa en el siguiente cuadro, La Magdalena Contreras se ubica entre las tres delegaciones del Distrito Federal con mayor desigualdad en la distribución del ingreso.

**Cuadro. 13 Desigualdad (según Índice de Gini) en el Distrito Federal, 2000**

<b>Delegación</b>	<b>Índice Gini</b>
Azcapotzalco	0.2449
Coyoacán	0.3023
Cuajimalpa	0.3585
Gustavo A. Madero	0.2526
Iztacalco	0.2427
Iztapalapa	0.2472
<b>La Magdalena Contreras</b>	<b>0.3222</b>
Milpa Alta	0.2056
Álvaro Obregón	0.3169
Tlahuac	0.2211
Tlalpan	0.3340
Xochimilco	0.2872
Benito Juárez	0.2554
Cuauhtemoc	0.2847
Miguel Hidalgo	0.3174
Venustiano Carranza	0.2355
<b>Distrito Federal</b>	<b>0.3084</b>

Nota: Cuajimalpa ocupa el primer sitio, seguida de Tlalpan y La Magdalena Contreras.

Fuente: Desigualdad en Municipios.2000. Subsecretaría de Planificación. SEDESOL.

Al respecto, dicha jurisdicción se distingue por la proporción de hogares con estratos de ingreso alto y muy alto<sup>104</sup> (que van de 10 a 20 salarios mínimos y de 20 hasta 50 salarios mínimos mensuales), la cual supera la concentración de la

<sup>104</sup> Este porcentaje de la población reside principalmente en la zona norte de la demarcación y en algunas colonias -de la zona sur- cercanas a la zonas de conservación ecológica. Viviendas dentro de fraccionamientos con vigilancia privada y grandes portones las separan de las colonias populares, especialmente en zonas como San Jerónimo Lídice, Av. San Francisco, el Pueblo de La Magdalena y -recientemente- en Oyamel. (Notas de campo, abril-junio, 2006).

media en la zona metropolitana de la Ciudad de México (Duhau, 2003:183).<sup>105</sup> De esta manera, 7.8% de la población total concentra ingresos que van desde los 10 hasta los 50 salarios mínimos, mientras que casi la mitad de la población (44.8%), percibe ingresos que van de menos de un salario mínimo hasta 2 salarios mínimos mensuales. Esta enorme brecha en la distribución del ingreso se manifiesta en la desigualdad de oportunidades entre distintos sectores sociales.

Para dar cuenta de las condiciones de vida de los habitantes de la delegación, también se ha tomado como referencia el índice de marginación urbana,<sup>106</sup> el cual permite medir el impacto global de las carencias de la población con base en dimensiones relativas a la residencia en viviendas adecuadas, el acceso a la educación, la percepción de ingresos monetarios suficientes -y a diferencia del índice de marginación que se presenta en el cuadro 12- acceso a los servicios de salud y las desigualdades de género. Con base en estos indicadores el siguiente cuadro muestra los niveles de marginación por delegación en el Distrito Federal.

---

<sup>105</sup> En la ZMCM, la concentración media de hogares con ingresos altos y muy altos es de 0.209. En 12 jurisdicciones donde se presentan concentraciones superiores a la media: La Magdalena Contreras, Atizapán, Huixquilucan, Cuauhtémoc, Miguel Hígaldo, Benito Juárez, Naucalpan, Cujimalpa, Coyoacán, Álvaro Obregón, Tlalpan, Tlalnepantla; en total cuentan con 33 por ciento del total de hogares de la zona metropolitana y con 68.4 por ciento de los que obtienen ingresos de más de 20 salarios mínimos (Duhau, 2003:183-184).

<sup>106</sup> El índice de marginación urbana es una medida resumen que permite diferenciar las áreas urbanas (definidas como un área geográfica dentro de una localidad de 2500 o más habitantes), según el impacto de las carencias de la población a partir de indicadores. Salud: porcentaje de la población sin derechohabiencia y el porcentaje de hijos fallecidos para las mujeres entre 15 y 49 años de edad; educación: porcentaje de la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela y porcentaje de la población de 15 años y más sin educación postprimaria; vivienda: porcentaje de viviendas particulares sin agua entubada, drenaje, sanitario exclusivo, ni refrigerador, porcentaje de viviendas con techos de materiales ligeros, naturales y precarios y el porcentaje de viviendas habitadas con algún tipo de hacinamiento; ingresos: porcentaje de la población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos; género: se toma en cuenta el embarazo a edad temprana a partir del porcentaje de mujeres entre 12 y 17 años que han tenido al menos un hijo nacido vivo. (Solís, F. Marginación Urbana, CONAPO, 2002). El índice de marginación municipal – que se presenta en el cuadro 1 – no toma en cuenta el bienestar en salud: acceso a los servicios de salud y mortalidad infantil, por este motivo se presenta el grado de marginación urbana de la delegación (Índices de Marginación, 2000).

**Cuadro. 14. Distribución de las delegaciones del D.F. según grado de marginación urbana, 2000**

Delegación	% Población					Población Total
	Grado de Marginación					
	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	
Azcapotzalco	0.0	0.5	30.8	55.5	13.2	441,008
Coyoacán	0.0	2.8	31.6	29.4	36.2	640,423
Cuajimalpa	0.0	25.1	47.7	27.2	0.0	151,222
Gustavo A. Madero	2.7	8.5	39.2	38.1	11.5	1,235,542
Iztacalco	0.0	0.0	48.0	46.0	60.0	411,321
Iztapalapa	5.6	21.4	41.3	27.1	4.6	1,773,343
<b>Magdalena Contreras</b>	<b>4.9</b>	<b>19.9</b>	<b>45.1</b>	<b>25.6</b>	<b>4.5</b>	<b>222,050</b>
Milpa Alta	9.5	73.3	17.2	0.0	0.0	96,773
Álvaro Obregón	0.0	12.5	50.8	28.6	8.1	687,020
Tlahuac	0.5	19.9	60.9	14.8	3.8	302,790
Tlalpan	4.8	16.8	38.8	21.4	18.2	586,530
Xochimilco	6.6	26.1	42.9	19.8	4.7	365,038
Benito Juárez	0.0	0.0	0.0	35.6	64.4	360,478
Cuauhtémoc	0.0	1.4	21.0	68.3	9.4	516,255
Miguel Hidalgo	0.0	0.0	18.3	69.4	12.3	352,640
Venustiano Carranza	0.0	0.5	41.3	46.1	12.1	462,806

Fuente: (Solís, 2002, Publicaciones CONAPO).

En La Magdalena Contreras 4.9% de su población se ubica en la casilla de “muy alto” grado de marginación, y es una de las 7 delegaciones en que se concentra la población con mayores carencias. A su vez, al tomar a los distintos grados de marginación (muy alto, alto y medio), observamos que casi el 70% de la población total de la delegación vive en condiciones precarias, dadas las condiciones de las viviendas, provisión y acceso a servicios tales como educación, salud y el nivel de ingresos de sus habitantes.

### 4.3. Servicios de Salud en La Magdalena Contreras.

En esta sección se presentan las características de los servicios de salud disponibles en la delegación y el tipo de acceso que tiene la población (como derechohabiente o población abierta), en otras palabras “cuáles” son los servicios de salud y “quiénes” los utilizan.

En las últimas décadas, la expansión de servicios de salud en La Magdalena Contreras ha sido resultado del constante crecimiento poblacional (Garza, 2000). En la actualidad la oferta de servicios de salud dentro de la delegación es heterogénea, se compone de hospitales, clínicas, consultorios y laboratorios de los sectores público y privado.

**Cuadro 15. Servicios de salud del sector público**

Institución o Dependencia	Clínicas o consultorios	Tipo de servicios
IMSS	Nº 18 Nº 22 Nº 140	Servicios ambulatorios de primer nivel con: laboratorio, rayos X, y servicios de urgencias
Secretaría de Salud (D.F)	1 Centro de Salud TIII	Atención ambulatoria TIII: consultorios médico, dental, laboratorio y rayos X.
	1 Centro de Salud T II	TII: consultorio médico y dental
	9 Centros de Salud T I	TI: consultorio médico.
	1 Hospital Materno Infantil	Servicios segundo nivel: Hospitalización y atención ambulatoria.
Delegación M. Contreras	8 Consultorios médicos 12 Consultorios dentales 1 Consultorio de atención psicológica	Servicios ambulatorios

*Fuente:* Elaboración propia con base en información de la Secretaría de Salud del D.F. ([www.salud.df.gob.mx](http://www.salud.df.gob.mx), 2006) y datos proporcionados por el jefe de la Unidad Departamental Médica de la delegación M. Contreras (en entrevista, 13 de marzo 2006).

Dentro del sector público, se localizan tres clínicas del IMSS que ofrecen a sus derechohabientes<sup>107</sup> servicios de consulta externa (medicina general y odontología) laboratorio, servicios de apoyo a la salud que comprenden las áreas de nutrición, trabajo social, enfermería, psicología y fomento a la salud; y servicios de urgencias las 24 horas los 365 días del año (excepto la clínica N° 18). En la actualidad ninguna de las tres clínicas ofrece servicios de hospitalización y con excepción de la clínica N° 22 (que dispone de consultorios de psicología y psiquiatría) las unidades médicas no cuentan con consultorios de especialidades.

La Secretaría de Salud del D.F., ofrece servicios generales y de especialidad a través de 1 Hospital de gineco-obstetricia y 11 Centros de Salud; estos últimos no cuentan con servicios de urgencias y solamente uno (el TIII) cuenta con laboratorio y rayos X.

**Cuadro 16: Recursos humanos y materiales en unidades médicas de la Secretaría de Salud en La Magdalena Contreras, 2001**

<b>Recursos Humanos</b>							
	Total	Generales	Pediatría	Gineco – obstetricia	Cirugía	Medicina interna	Otros especialistas
Médicos	128*	51	5	12	1	0	15
Enfermeras	120	20	0	7	0	0	93
<b>Recursos Materiales</b>							
Material	Camas censables	Incubadora	Consultorio General	Consultorio especialidad	Análisis clínicos	Equipos	Quirófanos
Total	26	4	34	13	2	7	1

\*Incluye a médicos que realizan labores administrativas en enseñanza e investigación.

Fuente: Elaboración propia con base en: Secretaría de Salud D.F. ([www.salud.df.gob.mx](http://www.salud.df.gob.mx))

<sup>107</sup> En el siguiente apartado se da cuenta del número de derechohabientes adscritos en las clínicas del IMSS además se ofrece una breve descripción del perfil de la población usuaria y de la localización de las clínicas. El 23 de noviembre de 2006 fue inaugurada la cuarta clínica del IMSS en La Magdalena Contreras, la Unidad de Medicina Familiar N° 161, que comenzará a operar en el mes de diciembre (2006) y se espera que beneficie a 50 mil derechohabientes. (La Jornada, 23 de noviembre 2006 pp: 22). Puesto que el trabajo de campo fue anterior a esta fecha, no se ha incorporado información sobre esta nueva clínica.

Los servicios médicos que prestan estos Centros de Salud (TI, TII y TIII) son de carácter ambulatorio y de atención básica (primaria); la población puede acceder a estos por medio del “Programa de Servicios y Medicamentos Gratuitos” del Gobierno del Distrito Federal, el cual otorga medicamentos y consulta médica gratuita a quienes no tienen seguridad social<sup>108</sup>; y por medio del pago de una cuota de 6 pesos a quienes no están registrados en el programa

Como se observa en el cuadro, los recursos humanos y materiales en estas unidades médicas pueden considerarse como escasos cuando se advierte que su población potencial -residentes de la delegación sin acceso a instituciones de seguridad social- es de 95,612 personas, según datos del año 2005 (INEGI, II Censo de Población y Vivienda). Aunque ésta cifra no representa el número real de personas que asisten los Centros de Salud,<sup>109</sup> la falta de recursos en estas unidades médicas obstaculiza la atención de sus usuarios. Según una empleada entrevistada del Centro de Salud (TIII):

“No hay medicamentos aquí, no los hay, la Secretaría de Salud está muy pobre en ese aspecto(...)hay ocasiones en que ni reactivos para laboratorio, ni placas para rayos X y los médicos hacen lo posible para atender a las personas(...) En el turno de la tarde sólo hay un médico de base el otro es temporal y no sabemos cuánto tiempo vaya a durar y hay una sola enfermera (...)Desafortunadamente no hay el equipo y los medicamentos para poder atender una urgencia, en esos casos tenemos que referir al paciente a un hospital, y el hospital más cercano que es el único que esta funcionando es Xoco<sup>110</sup> porque el Materno Infantil de Contreras no está funcionando, lo cerraron por remodelación y ya lo abrieron pero nos están mandando pacientes para que se atiendan aquí porque allá no hay servicio, pero no hay modo de atenderlos, con qué?”

---

<sup>108</sup> Los requisitos de acceso a dicho programa se presentan con detalle en el Apéndice (apartado 7), se presenta el formulario y el carnet del Centro de Salud TIII obtenido en la observación participante.

<sup>109</sup> La población usuaria de los Centros de Salud en La Magdalena Contreras está compuesta por personas sin seguridad social y por derechohabientes del IMSS o ISSSTE, (estos últimos pagan una cuota de 6 pesos por la consulta médica). (Notas de campo, marzo-abril, 2006)

<sup>110</sup> El hospital del Xoco está ubicado en la delegación Coyoacán.

Por su parte, la delegación ofrece atención médica<sup>111</sup> de bajo costo a través de 21 consultorios, que se localizan principalmente en zonas de marginación, dentro de centros deportivos, junto a parques, escuelas públicas o iglesias.<sup>112</sup> Los servicios que ofrecen y sus costos se muestran en el siguiente cuadro:

**Cuadro 17. Servicios médicos de la delegación La Magdalena Contreras**

	<b>Consultorios Médicos</b>	<b>Consultorios Dentales</b>	<b>Consultorio de Psicología</b>	<b>Servicios de ambulancia</b>
<b>Servicios</b>	-Consulta externa -Planificación familiar -Detección de cáncer de mama y cérvico uterino	-Extracción -Amalgamas -Resinas -Endodoncias -Rayos x	-Contención (canalización a algún hospital de especialidades de la Secretaría de Salud)	4 ambulancias operan 24 horas los 365 días del año en 4 turnos matutino, vespertino y nocturno
<b>Costos</b>	\$ 18 consulta (incluye estudios de detección de cáncer)	Variado. (ver tabulador de costos en apéndice)	\$18	Gratuito

Nota: El costo del servicio se establece con base a un tabulador dado por la Secretaría de Finanzas, el cual de se actualiza cada año.

Fuente: Elaboración propia con base en datos proporcionados por el jefe de la Unidad Departamental Médica de la delegación M. Contreras (en entrevista, 13 de marzo 2006).

El sector privado está constituido por una extensa gama de servicios médicos de diferentes costos y calidades, que incluyen consultorios médicos generales y de especialidades (servicios de odontología, ginecología, fisioterapia, medicina homeopática, medicina naturista y laboratorios clínicos). Además, existe un gran número de consultorios médicos populares<sup>113</sup> y consultorios ubicados en

<sup>111</sup> Además, la delegación ofrece servicios a la comunidad, (consulta médica, dental y psicológica) a través de jornadas que se realizan (una o dos veces al año) en escuelas primarias, escuelas secundarias o jardines de niños del sector público. Información provista por: Dr. Alejandro Carrillo Jefe de la Unidad Departamental Médica de La Magdalena Contreras, en entrevista, 13 marzo, 2006.

<sup>112</sup> En la observación realizada en la delegación pude constatar que los consultorios se ubican en algunas colonias con poca pavimentación, que además poseen viviendas de materiales ligeros y techos de lámina (abril, 2006).

<sup>113</sup> Para efectos de este estudio se denominan “consultorios populares” a los consultorios médicos que ofrecen servicios de bajo costo (de \$50 hasta \$120 la consulta) que en su mayoría son de medicina general y tienen un

farmacias, de los cuales no se dispone de un registro que permita disponer de datos confiables.

La oferta de este sector incluye un hospital de especialidades de alto nivel, el Hospital Ángeles del Pedregal, que cuenta con diversos servicios clínicos, especialistas de todas las áreas médicas y laboratorios de alta tecnología (cámara hiperbárica, radioterapia y radiocirugía) ([www.hospitalangelesdelpegredal.com.mx](http://www.hospitalangelesdelpegredal.com.mx)). Es importante mencionar que en la actualidad el Grupo Ángeles, al cual pertenece dicho hospital constituye la red de servicios médicos privados más importante en todo el país.

Durante el trabajo de campo, los numerosos recorridos por diversas colonias de la delegación y una detenida observación sobre la oferta de servicios médicos me permitieron advertir la existencia de una amplia oferta de servicios de “bajo costo”, donde el precio oscila entre \$50 y \$120 la consulta; éstos se concentran en consultorios “populares” cuya infraestructura se limita, en general, a una pequeña sala de espera y un cuarto de exploración, (en contraste con los consultorios médicos de especialidades donde la consulta es de \$150 hasta \$700). También se observó un gran número de farmacias que cuentan con consultorios médicos, donde el costo de la consulta es de \$18 a \$25. Como ejemplo, en las colonias Palmas, El Rosal, Judío- Tanque y Anzaldo se notó la apertura de 5 farmacias que ofrecen consultas médicas; en un caso en particular se advirtió la presencia de 3 farmacias (2 “Farmacias Similares” y 1 “Farmacia de Descuento”) en una misma cuadra.

---

establecimiento propio. Se diferencian de los consultorios médicos localizados en farmacias, ya que si bien en estos últimos la consulta puede tener un costo más bajo (18 a 25 pesos), dichos establecimientos tienen como principal objetivo la venta de medicamentos.

#### **4.2.1. Derechohabientes y población abierta: quiénes son y a dónde asisten.**

Según datos del INEGI, en el año 2005 un total de 129, 257 personas, es decir 56.4% de la población total de La Magdalena Contreras contaba con derechohabiencia en alguna institución de seguridad social. Del total de derechohabientes, 62.2% estaba asegurado en el IMSS, mientras que 19.8% lo estaba en el ISSTE y 2% en PEMEX, Defensa o Marina. Mientras que la población abierta, representó 41.7% de la población total es decir 95, 612 personas; de las cuales 8, 409 tienen acceso al Seguro Popular. El 1.7% de la población total (4,058 personas) no especificó su condición de derechohabiencia. (II Censo de Población y Vivienda, 2005).

Las personas afiliadas al IMSS se distribuyen en las clínicas de la delegación (Nº 140, Nº 18 y Nº 22)<sup>114</sup> de forma desigual, dado que la adscripción a las unidades médicas se determina a partir del domicilio del asegurado. En la observación realizada y en pláticas informales, se pudo constatar que los usuarios de clínica Nº 22<sup>115</sup> son en su mayoría personas de estratos medios que habitan en la unidad habitacional Independencia. Sin embargo, residentes de algunas colonias populares (como la Era o Tizapan) de la delegación Álvaro Obregón, también conforman el perfil de los usuarios de la unidad médica. En contraste, los usuarios de la clínica del IMSS Nº 140, son residentes de áreas que concentran a población de bajos ingresos, en muchos casos provenientes de asentamientos

---

<sup>114</sup> La jurisdicción de las clínicas del IMSS y el ISSSTe no coincide con los límites de la delegación política del D.F. Las formas de acceso al IMSS y costos del servicio para no derechohabientes están detalladas en el Apéndice.

<sup>115</sup> La clínica Nº 22 se localiza en la colonia San Jerónimo Lídice, en cuyos alrededores se encuentran fraccionamientos y zonas residenciales, además de plazas comerciales con servicios bancarios y una diversidad de establecimientos, restaurantes, farmacias y tiendas. La clínica se ubica junto a la unidad habitacional Independencia (construida originalmente para los trabajadores del IMSS) que es habitada en general, por sectores de estratos medios.

informales cercanos a la zona de conservación ecológica, aunque también se distinguen usuarios de niveles de ingresos medios<sup>116</sup> que habitan en colonias populares y colonias denominadas residenciales. Por su parte, la clínica N° 18 atiende a los asegurados que provienen principalmente de colonias populares de bajos ingresos (como Anzaldo, San Nicolás Totoloapan, la Cruz, La Concepción, entre otras).<sup>117</sup> En suma, los derechohabientes de las clínicas del IMSS constituyen una población muy heterogénea en términos de sus condiciones socioeconómicas. El perfil de los derechohabientes que utilizan los servicios de las clínicas proviene principalmente de sectores de ingresos medios y bajos que dependen de estos servicios para procurarse atención médica. En contraste, los usuarios de los servicios médicos que ofrece la Secretaría de Salud (a través de los 11 Centros de Salud) constituyen un grupo más homogéneo, básicamente provenientes de los sectores de menores ingresos.

En particular el Centro de Salud TIII capta mucha de la demanda de la población abierta de la delegación, debido a que es la única unidad médica que cuenta con servicios de laboratorio y rayos X. De acuerdo con una entrevista realizada a una empleada de esta unidad médica, la mayoría de los usuarios acceden a los servicios por medio de la “gratuidad” (programa del gobierno del D.F.) no obstante, derechohabientes del IMSS y del ISSSTE también utilizan sus servicios, aunque deben pagar la cuota de recuperación y no se les otorgan las medicinas.

---

<sup>116</sup> Se toma como referencia la clasificación de los estratos de ingreso hecha por Duhau (2003), mencionada en el apartado 4.1.

<sup>117</sup> La clínica se localiza en una zona de “altos contrastes”, que se caracteriza por la vecindad de fraccionamientos y conjuntos habitacionales “residenciales” junto a casas habitación de hasta dos pisos y viviendas austeras (de materiales precarios y techos de lámina). La clínica está muy cerca de la colonia Santa Teresa, donde se ubica el Hospital Ángeles del Pedregal.

Es importante destacar que los programas gratuitos del Gobierno del Distrito Federal y los programas del gobierno federal, tales como el “Seguro Popular” y “Oportunidades” han ampliado considerablemente la demanda de atención en estos Centros de Salud, puesto que los servicios médicos provistos por ambos tipos de programas (locales y federales) se prestan en estas unidades médicas. Sin embargo, la mayor demanda no parece haber ido acompañada de una inversión equivalente en recursos e infraestructura. A su vez pareciera existir cierta desarticulación y superposición entre diferentes programas. Según nos comentó una empleada del Centro de Salud:

“Ahora está el programa de Oportunidades, el Seguro Popular y la gratuidad por parte del gobierno del D.F. entonces hay familias que tienen los tres beneficios y en cambio hay otras personas que no tienen nada, además está el programa de adulto mayor, el de niño sano, el de mamá soltera, hay muchos programas de gratuidad (...) la gente está engañada con eso de que aquí va a tener todos los servicios, de dónde se les va a dar si no lo hay, ¿hay gasas para poder limpiar la herida? ¿y una cama donde pueda estar el paciente? No los hay.” (...)

Los consultorios delegacionales tienen una considerable demanda por parte de la población local. Según datos del año 2005 el promedio mensual de consultas fue de 3226 (un total de 38712 consultas en ese año)<sup>118</sup>, la mayoría de la población usuaria fueron personas que carecen de seguridad social, residentes de colonias populares de bajos ingresos.

Al respecto, cabe señalar que pareciera existir cierta “competencia” entre los servicios de bajo costo orientados a los sectores de menores ingresos, competencia en la que los usuarios no parecen ser los principales beneficiarios.

“Sí, disminuyeron muestras consultas a partir de que empezó consultorios médicos similares, si bajó (...) Pero nosotros le hacemos conciencia a la gente de que ese medicamento no sirve, en realidad no sirve, servirá un día pero ya el segundo ya no sirve. Haga de cuenta que se fue a tratar una faringo amigdalitis al

---

<sup>118</sup> Información provista en entrevista por el jefe de la Unidad Departamental Médica de La Magdalena Contreras, 13/3/22006.

consultorio de similares y a los 8 días no se compuso el paciente, qué hace? pues busca apoyo en otro lado, por eso vienen con nosotros (...) Además el diagnóstico falla, y te puedo decir que por ejemplo en su receta de las similares traen hasta 6 o 7 medicamentos. Entonces si tienen catarro les mandan el antibiótico, medicina para que no vomiten, el medicamento desinflamatorio, etc, etc, son varios medicamentos que en realidad, pobres niños; yo no sé cómo aguantan porque quienes van más son las mamás por los niños” (Médico de consultorio delegacional unidad Atacaxco, 26/5/2006).

Respecto de las diferencias entre los consultorios delegacionales y los consultorios ubicados en las farmacias, el jefe de la Unidad Departamental Médica de la delegación expresó que éstas radican principalmente en los mecanismos de supervisión, tanto de control de la consulta y del diagnóstico, como de control de los exámenes de laboratorio. Desde su perspectiva, los consultorios de la delegación tienen una garantía y un respaldo institucional mientras que los servicios de los consultorios que han venido proliferando en farmacias realmente no tienen un control en cuanto al tipo de padecimientos que atienden, “no se nos está reportando la morbi y mortalidad de este tipo de padecimientos, cuando vemos las recetas los tratamientos que prescriben no van bajo ningún esquema, entonces todo eso hace que sea difícil el supervisarlos”.<sup>119</sup> El problema del escaso control y supervisión por parte del Estado de los consultorios y clínicas privadas, particularmente los orientados a los sectores de menores ingresos es una problemática sumamente relevante, que sin embargo, no parece formar parte de las “agendas” de las autoridades, tanto locales como federales.

De los servicios que ofrecen los consultorios de la delegación, cabe destacar que el consultorio de la unidad Atacaxco, localizado dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) de La Magdalena Contreras, es el único que cuenta con un médico especialista en

---

<sup>119</sup> Jefe de la Unidad Médica Departamental, de La Magdalena Contreras, en entrevista, 13/3/ 2006.

ginecología y con equipo para la detección de cáncer de mama (mastógrafo); y donde los estudios que se realizan a las pacientes para la detección del cáncer cérvico uterino y de mama, no tienen un costo adicional al de la consulta médica.

#### **4.4 Utilización de los servicios de salud.**

En esta sección, a partir de las entrevistas realizadas a usuarios de servicios públicos y privados, se explora el uso que hace la población de los servicios de salud y los obstáculos que enfrentan en el acceso a los mismos.<sup>120</sup> Para ello se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: la cercanía de los servicios, el gasto de bolsillo en salud (costo total del servicio incluido los gastos en medicamentos) y las barreras relacionadas con la organización de los servicios, (como las demoras para obtener atención médica).<sup>121</sup>

Un primer acercamiento a la utilización de los servicios por parte de la población se muestra en los datos sobre el uso de servicios médicos en el D.F., durante el año 2000, del total de población abierta (3, 963,188 personas) sólo 39.4% utilizó los servicios de la Secretaría de la Salud, mientras que 58.7% ocupó servicios privados. En el caso de los derechohabientes las cifras revelan que del total de afiliados al IMSS (3,147, 605 personas) 82.4% acudió a ésta institución

---

<sup>120</sup> El perfil de entrevistados (nivel de ingresos, escolaridad, condición de derechohabiencia,) se encuentra detallado en el Apéndice (apartado 2)

<sup>121</sup> Estos aspectos se relacionan con la accesibilidad de los servicios, que significa el grado de ajuste entre los servicios y las necesidades de la población. Según Frenk, (1990:64) pueden distinguirse cuatro formas fundamentales de accesibilidad: la geográfica: grado de ajuste entre la distribución espacial de la población y la de los servicios, para que sean accesibles deben localizarse cerca de la población; la financiera: el grado en que los ingresos de los usuarios potenciales alcanzan para pagar el precio de los servicios, incluye el costo del transporte y el valor del tiempo utilizado en buscar y obtener atención; accesibilidad organizativa: que abarca los obstáculos a la utilización que se generan en los modos de organizar los recursos (servicios) como las demoras para obtener una cita u horarios restringidos de los servicios; y la cultural: que se refiere a la distancia entre los prestadores y los usuarios potenciales en aspectos como el idioma o creencias sobre la salud. Al respecto, el presente estudio tiene como objetivo indagar los obstáculos geográficos, de organización y los económicos, ya que los culturales nos remitiría a estudiar otro tipo de percepciones y prácticas de curación que más allá de los objetivos establecidos en este estudio.

para su atención médica, 15% ocupó servicios privados y 2.3% acudió a otras instituciones públicas. De los afiliados al ISSSTE (1121,854 personas) 78.8% acudió a esa institución y 17.2% a los servicios privados (INEGI, 2000, XII Censo General de Población y Vivienda, D.F.). Los datos anteriores muestran un elevado porcentaje de usuarios en los servicios privados, quienes a pesar de contar con derechohabencia al IMSS o al ISSSTE, hacen uso de los servicios que ofrece este sector.

En el caso de La Magdalena Contreras, el uso de los servicios de salud por parte de la población indica una tendencia similar. Datos recogidos durante el trabajo de campo muestran que del total de asegurados en el IMSS (hasta el mes de mayo de 2006) sólo una proporción utiliza los servicios; así en la clínica N° 22 de un total de 111,830 derechohabientes sólo 78.9% son usuarios (es decir, cuentan con expediente abierto en consultorio). En la clínica N° 140, de los 61,803 derechohabientes, 88.8% son usuarios.<sup>122</sup> Estas cifras indican que la población adscrita en las clínicas utilizan otros servicios para procurarse atención médica o bien, se encuentran sanos.

En este sentido, las entrevistas aplicadas a los residentes de la delegación derechohabientes del IMSS, mostraron que las principales razones para asistir a otros servicios de salud fueron, en orden de importancia: las demoras para recibir atención (primaria y de especialidades), la calidad de la atención, las creencias sobre la curación de enfermedades y la cercanía del servicio.

---

<sup>122</sup> Información provista por las directoras de las clínicas N° 22 y N° 140 IMSS, entrevistadas en mayo 2006. (No se cuenta con información de la clínica n° 18)

El relato de un matrimonio que cuenta con derechohabiencia al IMSS y al ISSSTE revela los motivos por los cuales no asisten a estas instituciones.

“El ISSSTE tiene mucha gente y me tardan en consultas, por ejemplo que si son cosas de laboratorio no me admiten en mi clínica, sino que tengo que ir a otro lado y hay más gente es muy tardado ¡es todo el día!, el seguro (IMSS) es igual y pues aquí con el servicio que tiene mi esposo, que es un seguro privado de gastos médicos, la doctora me dice quiero que te saquen análisis nos da una orden y nosotros tenemos varias opciones, como son servicios particulares, tenemos varios laboratorios, entonces al que te quede más cerca tú vas, igual con los hospitales, nosotros llevamos a los niños al Ángeles que nos queda más cerca además me los atienden muy bien, la doctora los revisa de pies a cabeza. En cambio en el ISSSTE los ven sólo de pasadita, y por eso vamos ahí porque es más cómodo, mejor, y no pagamos nada solamente se firma, porque es una prestación del lugar donde trabaja mi esposo”. (Pedro y Estela. Ent. n° 10).

La calidad en la atención médica que se recibe en los servicios privados sobresa como una de las principales razones para utilizarlos. Así, la mayoría de los entrevistados que cuentan con los servicios del ISSSTE o del IMSS y tienen ingresos suficientes (o como en el caso de Pedro cuentan con un seguro médico privado) – optan por atenderse en consultorios particulares, en los que se incluye los servicios de medicina alópata, homeópata y naturista. No obstante algunos siguen utilizando los servicios de las instituciones sólo en casos específicos: para conseguir constancias de incapacidad (por enfermedad o cuidados maternos), obtener atención especializada que requiera análisis de laboratorio y en caso de hospitalización.

En relación con los motivos por los cuales los derechohabientes se atienden de manera permanente en el IMSS o en el ISSSTE, el más significativo es la obtención de medicinas, particularmente entre quienes sufren padecimientos crónicos.

“Siempre vengo a esta clínica (nº 22), porque me queda cerca y pues tengo los servicios del seguro, así que vengo aquí para mi chequeo de rutina como soy diabética para que me den mi insulina y lo que llegara a necesitar (...) Sólo una vez, el año pasado fui con un médico privado por allá por la salida a Cuernavaca y fui porque tenía problemas de circulación en mis piernas pero el privado me mandó la misma medicina y los mismos estudios que el doctor del seguro, así que me di cuenta que era igual y para pagar 1000 pesos de la consulta más medicamentos pues mejor voy al seguro. (Carmen, Ent. nº 4)

Un punto a destacar es que los entrevistados que utilizan los servicios de las instituciones de seguridad social, no consideran como un “problema” el acceso a los mismos. Esta -relativa- “satisfacción” contrasta con sus experiencias, ya que la mayoría manifestó haber tenido diversos problemas para obtener atención médica (demoras para recibir servicios de urgencias, mala calidad en la atención por diagnósticos equivocados, etc.). Los usuarios parecieran asumir que ese es el “modo” en el que funcionan los servicios públicos, por lo que consideran “normal”, “algo natural” que hay que “aceptar con resignación”. Esto se expresa en frases como: “así es”, “uno tiene que agarrarles el modo” o “hay que tener paciencia porque somos muchos”.

Cabe subrayar que los derechohabientes “usuarios”, particularmente los de menores ingresos, expresaron una fuerte valoración hacia estas instituciones:

“Tener seguro es una gran ventaja porque por ejemplo, nosotros que tenemos bajos recursos, no vamos a estar pagando un particular, no tenemos para estar pagando los estudios, ya vez que los estudios son caros, y en cambio acá con el seguro o teniendo el ISSSTE pues ya nada más vas y sacas tu cita, te formas y ya te atendieron, vas a tu laboratorio y tienes tus estudios, pero es una ventaja porque las personas que no tenemos lo suficiente para un particular pues esa es la única forma. (Martha, Ent. nº 9)

Aquellos que a pesar de ser derechohabientes no utilizan los servicios de manera regular, consideran importante contar con la seguridad social como una “protección para el futuro”, especialmente en caso de requerir intervenciones

quirúrgicas o tratamientos de enfermedades crónicas, puesto que dados sus altos costos, sería muy difícil o casi imposible financiarlos en el sector privado.

Respecto a la utilización de los servicios de salud por parte de la población sin derechohabiencia, datos de la Secretaría de Salud del D.F. muestran que en 2001 sólo 54.3% de la población abierta de la delegación (estimada en 107,130 personas) hizo uso de los servicios de los distintos centros de salud al menos una vez al año (Secretaría de Salud del D.F. [www.salud.df.gob.mx](http://www.salud.df.gob.mx), abril, 2006).

Las entrevistas aplicadas a personas sin derechohabiencia (6 personas de diferentes niveles de ingreso) muestran importantes aspectos sobre la utilización de los servicios públicos y las percepciones que tienen de estos. En primer lugar, es importante señalar, que para los entrevistados carecer de seguridad social significa “pagar” servicios de salud privados, y no, como podría suponerse, asistir a los servicios públicos. Esto se aprecia tanto en sus prácticas en el uso de servicios médicos como en sus percepciones.

Uno de los motivos que se destacaron para acudir a los servicios privados, se refiere a las “malas experiencias” que tuvieron en los servicios de salud públicos, por lo que tienden a relacionar la eficiencia de la atención médica con el sector privado.

*-Usted ¿ha asistido a algún servicio de salud público de aquí de Contreras?*

“Me han dicho que el Centro de Salud para tratarme cada mes lo de la diabetes y todo, pero no, no he querido.”

*-¿Por qué no?*

“Porque no me late, ahora si que no, para ir a lidiar otra vez con lo mismo del seguro, (IMSS) que es lo mismo porque es asistencia pública”.

*-¿Ya no les tiene confianza?*

No para nada, que hay de todo, hay doctores que mis respetos también muy buena gente, pero le digo, se topa uno la mayoría de las veces con malos médicos que ni lo quieren atender a uno. (Angel, Ent. n° 1)

Como lo evidencia el relato de Ángel existe desconfianza sobre la calidad de los servicios ofrecidos en los Centros de Salud (dependientes de la Secretaría de Salud del D.F.), por lo cual (a excepción de una persona) no los utilizan. De manera que para los entrevistados la atención médica en estos centros de salud es para la gente “pobre”, para quienes no tienen seguro o no pueden pagar una consulta con un médico privado.

La valoración negativa que manifestaron los entrevistados hacia los servicios públicos (tanto los de la seguridad social como los destinados a la población abierta) no se limita a las “malas experiencias”. Es interesante observar que ante una pregunta hipotética sobre el uso de estos, las respuestas, en términos generales, evidenciaron una percepción desfavorable.

*Si tuvieras la oportunidad de atenderte en el IMSS por tu trabajo ¿irías o no?*

“Pues no iría, la neta, no iría porque si he visto que atienden muy mal y si no llevas las cosas necesarias no te quieren atender aunque tú pagues la consulta. Se ponen prepotentes y no te quieren atender, la neta, no. Que si ya no me queda de otra más que aguantarme pues ya sería como segundo término, en primer término no acudiría (Mariano, Ent. nº 8).

Al respecto, Tetelboin (1998) afirma que estas representaciones que tienen la población sobre los servicios públicos, se debe a que sus objetivos han sido profundamente transformados a partir de su propio desgaste y por las condiciones críticas de operación producto de la falta de recursos para la atención.

Por su parte, una entrevistada sin seguridad social que acude a servicios públicos declaró recibir una “buena atención” en el Centro de Salud TIII, donde se ha atendido desde hace más de 20 años. Para ella, la falta de medicamentos y el largo tiempo de espera, es “parte” del servicio, y debido a estas “dificultades” algunas veces ha tenido que acudir con un médico privado.

“El año pasado que sí estuve muy mala, tuve que ir como cuatro veces a consulta con el particular, pero como yo trabajo y administro mi dinero voy guardando para eso, porque como no tengo seguro tengo que prevenirme. Y sí, si gasté mucho dinero, 150 pesos la consulta pues es caro y como le digo tuve que ir varias veces” (Teresa, Ent. n°13).

En este sentido, los niveles de ingresos de la población que utiliza servicios privados constituyen un factor que determina no sólo el acceso a servicios médicos, sino también la calidad de los mismos. De esta manera, es preciso desmitificar “lo privado” como equivalente a eficiencia, atención de calidad y alta tecnología, particularmente para los sectores de menores ingresos. Los servicios de salud privados en México constituyen un espacio muy heterogéneo que alberga servicios de precios y calidades altamente contrastantes que tienden a reproducir la alta polarización de su estructura social. Ello se muestra en las experiencias contrastantes en el acceso a los servicios privados que tiene la población, de acuerdo con la capacidad de pago.

“No he tenido la necesidad de usar servicios de salud en general (...) Yo nunca he tenido la experiencia de usar un servicio de salud público que sea gratuito, no se si eso exista siquiera (...) Por ejemplo a Médica Sur he ido a hacerme análisis de sangre cuando por ahí me siento mal. En cuanto al servicio, haciendo una comparación, que a lo mejor podría ser muy alejada porque en realidad son parámetros muy distintos: el del servicio de ortopedia al que voy y me cobran 150 pesos la consulta y el de un servicio de examen de sangre o lo que sea. Pues sí, evidentemente he tenido la sensación de que es más veloz el servicio en Médica Sur y pareciera muy simple todo. Sin embargo, tiene que ver con que finalmente cobran una barbaridad, cobran mucho dinero y lo mínimo que pueden hacer es tener cierta eficiencia”. (Wilfrido, Ent. n°14)

Como se pudo observar en el trabajo de campo, la “amplia” oferta de servicios médicos de bajo costo en La Magdalena Contreras, va acompañada de escasas regulaciones e inspecciones de la Secretaría de Salud. Si bien, existe una problemática particular con los medicamentos “económicos” (o similares) que

se comercializan en farmacias –como la de “Similares” y “Dr. Descuento”- pues a pesar de que puedan tener un registro sanitario de la SS, éstos no necesariamente cuentan con pruebas clínicas que verifiquen su seguridad, eficacia y calidad.<sup>123</sup>

La multiplicación de estos servicios con grados diversos de “formalidad” contribuye no sólo a profundizar la desigualdad en el acceso a servicios y medicamentos de calidad, sino que puede tener implicaciones adversas sobre la salud de las personas (particularmente las de menores ingresos)

*¿Cuánto le cuesta su medicamento?*

“En la farmacia mi medicina puede salir hasta en 80 pesos, pero en la de similares me cuesta 10 pesos, que dicen que no tiene la misma sustancia.”

*Entonces se ahorra un dinerito y ¿Cada cuándo las tiene que comprar?*

“Tiene 50 pastillas y me tomo cuatro diarias, como cada doce días la tengo que comprar. Pero por ejemplo, una vez fui a ver a mi doctor y me recetó tres piquetes (*inyecciones*) pero pues por ahorrarme una lana pues fui a similares a comprarlas y creo que una ya estaba caducada o no sé y en la última inyección me faltó el aire, sentía que me ahogaba, me puse mal. Por eso luego a veces ya lo pienso porque mi doctor siempre me ha recomendado que no compre en similares. Pero le digo ¡pues uno no tiene lana! entonces para lo que a uno le alcanza porque luego se aprovechan del pobre”. (Angel. Ent. n° 1)

Una percepción generalizada entre los entrevistados (con o sin derechohabiente) es precisamente que la “calidad” del servicio, depende de la “cantidad de dinero que se paga” -la cual evidentemente se relaciona con los niveles de ingreso- por lo que pareciera que la ecuación “a mayor pago mejor

---

<sup>123</sup> “Los medicamentos innovadores (o de *marca*) soportan su eficacia y seguridad por medio de la investigación clínica básica necesaria usualmente costosa y prolongada. En cambio los medicamentos genéricos que *copian* a los innovadores no requieren repetir la investigación ya efectuada en los originales. La forma de garantizar su eficacia y seguridad es por medio de la realización de pruebas de intercambiabilidad que demuestren que en genérico se comporta igual al innovador. Estas pruebas son necesarias para obtener el registro sanitario en la mayoría de los países pero en México, sólo se había exigido en el caso de los genéricos intercambiables (GI) por decisión voluntaria de los establecimientos, que admitieran explícitamente la existencia de dos clases de medicina: los que cuentan con la evidencia plena a través de la investigación clínica o a través de las pruebas de intercambiabilidad y los que carecen de cualquier demostración. Actualmente cerca de los 40 mil medicamentos registrados (sólo 7000 en comercialización) únicamente 3107 son GI, por lo que se estima que más del 60% aún no cuenta con esta evidencia.” *Hacia una política farmacéutica en México*. 2005 1ª edición. Secretaría de Salud. [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

atención”, es considerada como algo “natural”. Esta “naturalización” de la segmentación de los servicios sociales supone que hay servicios de salud para “ricos” y para “pobres”, donde los que más tienen acceden a los mejores servicios. Así, los niveles de ingresos de la población constituyen un fuerte determinante de las “opciones” en el acceso a servicios médicos y -probablemente- a la calidad de los mismos.

“Mire, la diferencia muy notoria que yo vi es que en los Ángeles me dieron un sobre en donde me dieron toda la información donde decía que yo estaba bien, no así en el seguro social (IMSS), ahí te dicen usted está enfermo de esto y esto y le vamos a recetar tal cosa, te dan tu receta y hasta ahí nada más (...) En cambio aquí en el Ángeles sí me dijeron y por escrito me lo dieron, además las enfermeras muy amables, muy diferente al seguro social. Entonces eso es una diferencia muy grande, por algo cobran tanto y por algo es una institución donde acude gente pues, artistas, doctores gente que tiene dinero, porque el Ángeles es uno de los mejores hoteles, perdón; es uno de los mejores hospitales (*risas*), pues es como un hotel! (...) A mí el chequeo que me hicieron costó 10,000 pesos pero bueno fue porque mi hermano me lo pagó y casi me obligó a ir, pero él goza de un dinero que yo no tengo”. (Ramón. Ent. n° 11)

“Yo pienso que hay personas que sí tienen posición como se dice, tienen mejores servicios, el (*hospital*) Ángeles, mejores clínicas, especialistas y pues porque pueden, en cambio en el medio que está uno siempre le anda uno buscando donde nos cobren menos. Yo le digo mi opinión, para mí hay personas que trabajan mucho y les gusta salir adelante, hay gente que nace en pañales de seda y unos que nacemos en pañales de manta para mí eso es”. (Teresa. Ent. n° 13)

#### **4.4.1 Obstáculos en el acceso a los servicios y “estrategias” desarrolladas para satisfacer las necesidades de salud.<sup>124</sup>**

Según la información que arrojan las entrevistas, los principales obstáculos que enfrenta la población para obtener servicios de salud se relacionan con la organización de los servicios y con el gasto de bolsillo en salud. Otro de los

---

<sup>124</sup> Para efectos de la investigación se entiende por estrategia las diversas respuestas que desarrollan individuos y hogares para poder satisfacer sus necesidades de salud. Como señalan Crozier y Friedberg (1990) dentro de las restricciones, a veces muy pesadas que les impone el sistema, los individuos disponen de cierto margen de libertad (variable de acuerdo a sus recursos) que emplean de manera estratégica en sus interacciones con los otros. La “estrategia”, así entendida, no es sinónimo de voluntad, ni tampoco es necesariamente consciente (Ibid.).

obstáculos señalados se refiere a la lejanía de los servicios. Respecto a este último se puede señalar que, por ejemplo, los derechohabientes del ISSSTE - quienes representan casi 12% de la población total de la delegación- no cuentan con una clínica de la institución en La Magdalena Contreras; de hecho la unidad médica más cercana del ISSSTE (de primer nivel) se ubica en la delegación Álvaro Obregón.

“Cuando mi esposo se accidentó anduvimos desde las 11 de la mañana hasta las 4 de la tarde que fue que lo atendieron, primero fuimos aquí a la clínica de Álvaro Obregón pero no se pudo porque ahí no había urgencias y luego al hospital Darío Fernández (*hospital con servicio de urgencias*) pero lo estaban reparando y no tenían nada. Al final nos mandaron hasta allá por calle 10, (por la misma zona) pero lo fueron atendiendo hasta las 4 de la tarde, ya el dedo lo tenía todo hinchado, morado, con la sangre toda seca.” ( Martha, Ent. n° 9)

Los problemas de organización de los servicios no se limitan al tiempo de espera para recibir atención médica, sino que también se expresa en la atención que brinda el personal médico y de enfermería. Para muchos entrevistados usuarios de los servicios públicos, ser atendidos cordialmente o contar con un médico que los revise adecuadamente es una cuestión de “suerte”.

“En el IMSS pasa algo bien curioso, yo creo que tienes que tener suerte y si te toca un buen médico es perfecto hasta te dan ganas de ir, pero no ha sido mi caso creo que me he topado con malos médicos y vaya la recepcionista que me toca en mi consultorio es muy mala entonces por ese detalle evito ir” (Héctor. Ent. n° 6).

De acuerdo a la percepción de los entrevistados un servicio de “calidad”<sup>125</sup>, se relaciona, en términos generales, con los siguientes aspectos: que el personal médico y de enfermería los trate con amabilidad, que el doctor los mire a los ojos,

---

<sup>125</sup> La calidad es una construcción social que tienen diversos significados y abarca muchos aspectos en la prestación de servicios. Desde el campo de los sistemas de salud, la calidad es medida a partir de distintos indicadores que toman en cuenta el diseño del sistema y el monitoreo de su desempeño, lo que permite a cada sistema de salud tener distintos mecanismos para evaluar la calidad (Donabedian, 1990: 9) Además existen algunas normas propuestas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud.

les resuelva sus dudas y les recete medicina efectiva, que el servicio tenga los instrumentos necesarios para poder diagnosticarlos, en el caso de derechohabientes, que les proporcionen el medicamento en su clínica, que sea un lugar limpio y cómodo, y por último que el tiempo de espera no sea tan largo.

Por otra parte, los obstáculos en el acceso a los servicios también se expresan en la falta de recursos institucionales para proveer atención médica, particularmente se relacionan con problemas en el suministro de los medicamentos. Como se señaló previamente, en los Centros de Salud (dependientes de la Secretaría de Salud del D.F.) ello es una problemática constante. Si bien en las instituciones de seguridad social éste problema no es tan agudo, algunos entrevistados (derechohabientes del IMSS) expresaron tener dificultades para obtener medicamentos controlados, (como por ejemplo antidepresivos o insulina) debido a las múltiples instancias burocráticas por las que debe transitarse para su obtención en las farmacias de las clínicas<sup>126</sup> a lo que además se le suma la escasez de los medicamentos.

Este tipo de obstáculos se reflejan en el gasto de bolsillo que realiza la población, tanto en la obtención de atención médica privada, como en la compra de medicamentos.

“Mire usted a mi me mandan medicina para la depresión y cuando no lo hay (en la clínica) pues es difícil, porque cuesta como 400 pesos una cajita con 20 capsulas, que no dura ni el mes” (Sra. María, Ent. n° 7).

---

<sup>126</sup> Este proceso comienza con la prescripción del medicamento controlado por el médico especialista del Hospital General de Zona (clínica de segundo nivel) posteriormente se lleva la nota al médico de la unidad médico familiar (clínica de primer nivel) para que extienda la receta, una vez teniéndola debe llevarse al director médico de la clínica de primer nivel para que la firme y la autorice, finalmente se lleva a la farmacia. Una vez que el médico especialista prescribe el medicamento, la clínica de primer nivel es la encargada de suministrarlo por un año, tiempo en el cual el trámite consiste en ir mensualmente con el médico familiar que expide la receta y llevarlo con el director de la clínica para que la firme y después obtener el medicamento en la farmacia.

De hecho como señalan Knaul et. al (2000) el pago del bolsillo de los servicios de salud tiende a generar injusticias en el acceso principalmente, porque en un momento de enfermedad una persona no puede negociar efectivamente el precio del servicio que recibirá ni elegir el de mejor calidad. Como se expuso en el capítulo anterior, para la población de menores ingresos el gasto de bolsillo en salud representa un grave problema que con frecuencia se traduce en gastos “catastróficos” (mayor a 30% del total de ingresos del hogar menos el gasto en alimentos).

“A mí una vez, yo ya no tenía el seguro y me salió una bolita en la espalda y pues fui a ver a mi doctor y como tengo diabetes pues tenía miedo. Ya lo vi y me dijo que tenía un herpes, me recetó una sola inyección pero me dijo: estás jodido sabes cuanto te va a costar? 1200 pesos”.

*¿Y como le hizo para conseguir el dinero?*

“Pues como pude, mi hija trabajaba y tenía un dinerito, ella me prestó mil pesos, se consiguió la medicina, pero con esfuerzos”. (Ángel. Ent. n° 1)

El relato anterior revela algunas de las estrategias que desarrollan individuos y hogares para satisfacer sus necesidades de salud. En primer lugar, las redes sociales de los usuarios constituyen un recurso utilizado con frecuencia para acceder a los servicios de salud (tanto públicos como privados). Según los entrevistados, contar con “conocidos”, “cuates” o “familiares” que trabajan directamente en los servicios de salud posibilita y agiliza el acceso a la atención médica. Entre los usuarios de los servicios de la seguridad social este recurso facilita el acceso a una atención más rápida y eficiente. Para quienes utilizan servicios privados, los “contactos” ayudan, por ejemplo, a disminuir el costo de la consulta médica o acceder a ciertas facilidades para pagar los servicios.<sup>127</sup>

---

<sup>127</sup> Como señala Lomnitz, (1998: 203-205) dentro del contexto urbano, uno de los factores principales que estimulan la confianza y el intercambio entre las personas, es la cercanía física entendida en términos de vecindad, donde las instituciones del compadrazgo y el cuatismo son fundamentales para reforzar las redes de

“El consultorio donde voy me queda muy cerca de mi casa, además la doctora es familiar mío y cuando no tengo dinero tengo la opción de decirle que luego se lo pago o a veces no me cobra, eso es una gran ventaja, porque por ejemplo últimamente me he tenido que hacer análisis y comprar medicina y ya he gastado 400 pesos sólo en eso, más la consulta que es de 200, pues es mucho dinero”. (Beatriz. Ent. n° 3)

El caso de Arturo, un joven diabético (sin seguridad social) cuyos ingresos no superan el salario mínimo, comentó que gracias a los contactos de su madre con un médico que trabaja en el hospital Médica Sur, pudo obtener el servicio médico a un costo relativamente bajo (\$150 la consulta). Además, el apoyo económico de su familia ha sido determinante para poder financiar los costos mensuales de su enfermedad.

El análisis previo ha intentado mostrar que la utilización de los servicios es el resultado de múltiples factores: tipo de acceso a los servicios de salud (derechohabiente o población abierta); nivel de ingresos, problemas en el acceso, gasto de bolsillo, redes sociales, percepciones sobre calidad de la atención, y creencias sobre la curación de las enfermedades.

Después de examinar algunos de estos factores, comienzan a delinearse algunas de las formas concretas que adquiere la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Estas formas se expresan, por un lado, en las problemáticas que enfrenta la población en la búsqueda y obtención efectiva de la atención médica. Cuando se considera el gasto de bolsillo en salud que deben realizar tanto los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, como quienes están registrados en algún programa de gratuidad (en los Centros de Salud), se puede advertir que aún teniendo “acceso” a alguna institución del sector público la

---

reciprocidad que se desarrollan. De hecho estas últimas desempeñan un papel importante en los sectores desfavorecidos al articular a sus miembros al sistema formal de intercambio y al crear un sistema informal de seguridad social para sobrevivir.

obtención de la atención médica y de medicamentos sigue dependiendo de la capacidad de pago de la población. Como señala Barry (1998, citado en Bayón 2006) el funcionamiento de las instituciones pueden favorecer o coartar las oportunidades de una experiencia social compartida (clave en toda práctica de ciudadanía), al respecto el SNS de salud, como se ha señalado, produce una inclusión desfavorable dentro del sistema.

Asimismo, se destacó que los recursos humanos y materiales de las clínicas son limitados y en consecuencia los usuarios dependen de otros medios o instancias para poder satisfacer sus necesidades de salud. En este sentido, se exploraron algunas de las respuestas desarrolladas por los residentes de La Magdalena Conteras para “suplir” las limitaciones de la provisión pública de servicios de salud: uso de redes sociales, utilización de servicios privados y medicamentos de bajo costo (similares, etc.)

#### **4.4. Explorando la desigualdad: percepciones sobre el acceso los servicios de salud.**

En esta sección se examina la manera en que los entrevistados perciben el acceso a los servicios de salud a través de dos ejes de análisis: la desigualdad en el acceso y la percepción del acceso a los servicios de salud como un derecho social. El primer eje pretende indagar en qué medida la desigualdad es percibida como un problema y cuáles son sus implicaciones. El segundo eje se orienta a explorar si el acceso a los servicios de salud es percibido como un derecho social de ciudadanía, o si por el contrario, constituye un problema que debe resolverse individualmente.

En términos generales, para los entrevistados el acceso a servicios de salud, así como la “calidad” de los mismos, depende de la capacidad de pago de las personas, problema que aparece como algo “natural”, “que siempre ha sido así”:

“Desgraciadamente así siempre ha sido, los que tienen posición pues van a los mejores servicios y los que no pues vamos a donde podemos, por ejemplo ahora las similares están muy bien, porque la consulta está barata y el medicamento lo dan a mitad de precio y ahorita hay mucha gente que acude allí”. (Teresa.Ent. n° 13).

*Usted que opina de estas diferencias que hay, que la gente que tiene dinero tiene más opciones para atenderse y pueden escoger entre ir al seguro social o ir a un privado y las personas que tienen pocos ingresos y no tienen muchas opciones ¿le parece es justo?*

“Qué le puedo opinar, que ellos lo usan porque tienen dinero, yo por ejemplo si hubiera un mejor servicio público mmm, pero algunos no tenemos dinero pues nos vamos a lo más baratito, pero tenemos de todo en la villa del señor tenemos de todo, ricos codos, pobres que se dan vida de ricos le digo tenemos de todo” (Ángel. Ent. n° 1).

Si bien esta percepción es generalizada, existen ciertos matices que es importante destacar. Entre algunos adultos entrevistados, (particularmente los mayores de 40 años) se evidencia que si bien la desigualdad y la segmentación de los servicios de salud es un viejo problema, internalizado como algo “natural”, la brecha se ha profundizado en los últimos años. Esto se evidencia en la mayor oferta de servicios “de lujo” para los “que tienen”, junto a la proliferación de consultorios “populares” de muy bajo costo y dudosa calidad para los sectores de menores ingresos.

Las principales diferencias percibidas entre el “antes” y el “ahora” radican principalmente en el deterioro progresivo de la calidad de los servicios públicos (con particular referencia a la seguridad social), en donde ya no confluyen las “distintas clases sociales”.

“En los sesentas aquí en la Unidad Independencia la clínica 22 estaba muy bien, la atención era muy buena, tenían instrumentos y equipo para atender a la gente, y se veía gente de todas las clases sociales atendiéndose, pienso que esa fue la mejor época del seguro social” (Elena. Ent. n° 5).

Los relatos de los jóvenes entrevistados (entre 24 y 28 años) dan cuenta de una estructura social profundamente segmentada entre “los que tienen varo” y “los que no tienen varo”. Nuevamente, los niveles de ingreso aparecen como determinantes de las oportunidades a las que se accede, lo que habla de un profundo déficit de derechos de ciudadanía. Sin embargo, en contraste con una cierta “resignación” de los adultos, la igualdad de oportunidades emerge con más claridad como una aspiración entre los jóvenes y la profunda desigualdad como algo “injusto”, aunque la mayor parte de ellos asistan a servicios privados.

“Aquí en México en general todo se maneja por varo, el que tiene más varo va a ser mejor atendido, el que no que se amuele hasta que quiera atenderlo el doctor o hasta que el doctor tenga tiempo o hasta que, a veces, se cure solo. El que tiene más varo es el que mejor va a ser atendido y así es (...) se ha marcado una discriminación en muchos lados, en restaurantes, antros, en los hospitales, y en algunos lugares te restringen la entrada si no aparentas que tienes dinero. *Ya se acostumbra si quieres que tú familiar este bien llévalo a una institución privada menos al IMSS, eso ya está bien marcado. Y la gente pobre que se joda con el IMSS, con el centro de salud o con lo que se encuentre, y la neta eso está de la chingada! todos deberíamos de tener las mismas oportunidades de ser bien atendidos*”. (Mariano. Ent. n° 8)

“No está bien que la estratificación social de alguna manera esté marcada en un servicio básico como lo es la salud pero así es, y tiene que ver con una sociedad que divide más de lo que integra y entonces la tendencia es que la gente que no tiene pues que se quede con lo que pueda”. (Wilfrido. Ent.n° 14)

A fin de explorar en qué medida el acceso a los servicios de salud es o no percibido como un derecho social, se indagó acerca de las conductas asumidas por los entrevistados (usuarios de los servicios públicos) ante problemas concretos experimentados en las clínicas o centros de salud a los que asisten.

Aunque manifestaron tener obstáculos en el acceso (tales como tiempo de espera, errores en el diagnóstico, lejanía de los servicios), cuando se les preguntó si alguna vez habían reclamado o presentado una queja ante las autoridades de las clínicas, algunos afirmaron que no lo había hecho porque que “no tenía caso”, porque hasta para ir a reclamar había que perder tiempo”, o “que no servía de nada porque no cambia nada” y al final lo que se les dice -a los responsables- “lo echan en saco roto”. Otros consideraron que no se trataba de reclamar sino “*hacer una petición al director de la clínica para que se le otorgara un mejor servicio*”; ó que eso de reclamar “estaba mal hecho porque uno no tenía que ser tan intransigente”. Estas percepciones parecieran dar cuenta tanto de la débil presencia, entre los ciudadanos del “derecho” a reclamar por servicios de salud de calidad, como de la ausencia del Estado como garante del cumplimiento de esos derechos. La capacidad para ejercer el derecho a reclamar, se percibe, entre algunos entrevistados, como limitada a ciertos sectores sociales, a los que “tienen palabra”:

“Por ejemplo ahorita pues en el caso de mi prima se le reventó la vesícula porque no la atendieron los doctores, pero está en un hospital nuevo, es un privado y pues *como ella es licenciada, pues ora sí que tiene palabra para defenderse y ella dijo que iba a demandar porque no la atendieron y sí lo hizo*, luego de eso los doctores y la enfermeras ya estaban ahí: se le ofrece algo, que necesita.” (Martha, Ent. n° 9)

En términos generales se observan actitudes de resignación o conformismo frente a la baja calidad de los servicios, sobre todo cuando “no se paga”.

“En el ISSSTE, es perder todo un día aunque no lo quieras y es desgastante. Todo el proceso es incómodo y pues ya cuando uno regresa a su casa a lo mejor ya se alivió de la desesperación, de que uno está ahí todo el día. Pero malo no es, porque igualmente en otros países o en otros lugares ni siquiera tienen esa atención y además pues yo valoro que también somos demasiados los

derechohabientes como que para también nos hagan una atención de muy así, atendernos unos 20 minutos a cada persona que lo solicita". (Sr. Rosa. Ent. nº 12)

La provisión de servicios por parte del Estado es vista como una concesión: algo que "da" o que "otorga" el gobierno, y acceder a servicios de calidad como una cuestión de "suerte". Ramón fue uno de los pocos entrevistados que habló de su "derecho" a recibir una buena atención médica, derecho ligado a su condición de trabajador (formal):

"Si no me atienden como debe de ser yo reclamaría tengo derecho a reclamar, porque soy derechohabiente, porque yo empecé a cotizar desde muy joven desde los 16 años, entonces eso me hace que he adquirido un derecho como ciudadano, como persona que trabajó tanto tiempo y que me merezco que no me traten mal mucho menos a mi familia. Si yo cumplí en mis cuotas y mi empresa siempre pagó o mis dos empresas donde yo trabajé, pues justo es que me den ese trato. Entonces pues por eso yo sería capaz de acudir hasta donde fuera, según la mala atención que yo haya tenido". (Ramón. Ent. nº 11)

Como lo expresa el relato, y como se ha señalado al analizar las características del esquema corporativo de provisión de bienestar, el acceso a la seguridad social (y por tanto el acceso a servicios de salud como parte de las prestaciones que ésta provee) deriva de los beneficios sociales que se adquieren como trabajador, es un derecho laboral y no un derecho ciudadano de carácter universal.

Un punto que complementa la noción de derecho, es la percepción que tienen los entrevistados sobre la responsabilidad del Estado como proveedor de los servicios de salud. Por un lado se advierte una percepción muy generalizada sobre la responsabilidad del individuo de procurarse atención médica, ya sea a través de los servicios públicos o en el mercado. En este sentido el Estado no aparece como el principal responsable de la provisión universal de servicios de salud. En términos generales, en las entrevistas pareciera desprenderse cierta

tendencia a considerar que las personas que quieran acceder a servicios médicos en alguna institución de seguridad social, deben obtenerlos por medio de un trabajo que les otorgue estos beneficios. De esta manera, las percepciones tienden a confirmar lo señalado en numerosas oportunidades en este trabajo. En primer lugar, el derecho a servicios de salud se asocia a la posición ocupada en el mercado del trabajo. En segundo lugar, el Estado desempeña un rol residual en la provisión de servicios de salud, siendo responsable sólo de los sectores de menores ingresos.

“El gobierno es el que debe de poner mayor atención a los centros de salud porque es para la gente humilde para la gente que no tiene, y hay mucha, entonces el gobierno tiene que poner mayor atención (...) Hay que ver la pobreza, porque los ricos ya están bien”. (Teresa, Ent.nº 13)

Sin embargo, entre algunos entrevistados, particularmente los jóvenes con mayores niveles educativos, el Estado es percibido como el principal responsable de proveer servicios de salud a toda la población, independientemente de la capacidad de pago de los individuos:

“Los servicios deben ser equitativos para todos aunque estas personas que pudieran tener dinero y acceder a un privado, pues que sea opcional, pero que todos tengamos el mismo servicio de salud y de la misma calidad, entonces me parece que en el país ésto está demasiado desequilibrado”. (Beatriz, Entr. nº3)

Así, las percepciones de los usuarios de diversos tipos de servicios parecen evidenciar una alta internalización del carácter segmentado y estratificado de los servicios de salud. En este contexto, la provisión universal de servicios de salud de calidad uniforme y relativamente alta para todos emerge como un “deseo”, como un escenario difícil de lograr.

A lo largo del capítulo se expusieron los factores que definen la utilización de los servicios de salud, los problemas que enfrenta la población en el acceso a estos, así como las estrategias que ponen en marcha principalmente los sectores de menores ingresos para satisfacer sus necesidades de salud.

Al respecto, es importante destacar que el análisis cualitativo permitió confirmar que las desigualdades en el ingreso desencadenan otro tipo de desigualdades, como las que se expresan en el acceso a los servicios de salud, de manera que las diferencias de origen social tienden a permanecer y a reproducirse en el acceso a los servicios sociales.

## CONCLUSIONES

La presente investigación surge del interés por explorar las formas en las que se expresa la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en México a partir de la articulación de las dimensiones estructural y subjetiva.

A la par de elementos estructurales (tales como el diseño institucional de los servicios, la distribución de los ingresos, la posición ocupada en el mercado de trabajo, entre otros), se analizó la evolución de los patrones de integración social en México. Estos últimos contribuyeron a identificar las transformaciones y continuidades en la provisión de los servicios de salud, y fundamentalmente las implicaciones del acceso “diferenciado” en el contexto actual.

La exploración de la dimensión subjetiva permitió indagar acerca de las formas en que se manifiesta y se vive la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Las entrevistas realizadas a usuarios de diversos tipos de servicios de salud ayudaron a una mejor comprensión de los obstáculos que enfrentan individuos y hogares para obtener atención médica, de las “estrategias” que emplean para resolver los problemas en el acceso y de las concepciones acerca de los servicios de salud - es decir, en qué medida los mismos se perciben como un derecho social o como un problema individual.

A continuación se destacan los hallazgos de investigación más importantes de esta tesis.

**-La desigualdad en el acceso a los servicios de salud: las nuevas expresiones de un “viejo” problema.**

El abordaje de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en México tuvo como punto de partida el análisis de la trayectoria de los patrones de integración social emergentes en el país a partir del modelo de industrialización por sustitución de importaciones (ISI), señalando continuidades y rupturas respecto a la estrategia de desarrollo neoliberal desarrollada desde la década de 1980 hasta la actualidad.

Desde sus inicios, en los años cuarenta, el modelo corporativo de provisión de bienestar estableció la selectividad en el acceso a los servicios y a las prestaciones sociales con base en la estratificación ocupacional de la población. El acceso dependió de la posición ocupada en el mercado de trabajo: trabajadores formales/informales y rurales/urbanos (Bayón *et.al*, 1998; Barba, 2004). Esto favoreció principalmente a los grupos urbanos del sector formal, considerados la fuerza de trabajo clave para el desarrollo del modelo industrializador. El alcance diferenciado y segmentado de estos derechos, a la par de las práctica clientelares que caracterizaron las relaciones Estado-sociedad, dieron como resultado una ciudadanía social limitada, que persiste hasta nuestros días (Gordon, 2003).

La provisión de atención médica quedó así dividida en dos grandes grupos: los trabajadores del sector formal, quienes accedieron a dichos servicios a través de las instituciones de seguridad social, (creadas entre las década de 1940 y 1970) y el resto de la población, conformada por trabajadores informales urbanos, trabajadores del campo y sectores de menores ingresos, para quienes fue creada la Secretaría de Salud y Asistencia.

En la actualidad el acceso a los servicios de salud sigue respondiendo a este patrón segmentado y diferenciado. Sin embargo, el tránsito del modelo de desarrollo anterior (ISI) al modelo de corte neoliberal, trajo consigo procesos de ajuste estructural que derivaron en cambios sustanciales en el ámbito económico (en particular el mercado de trabajo) y en los lineamientos de la política social, aspectos que contribuyeron a exacerbar el acceso desigual a los servicios de salud. Al respecto, se mencionan sus implicaciones más relevantes.

En primer lugar, la reforma al sistema de salud constituyó uno de los pilares de la “nueva” política social. La descentralización de los servicios estatales de salud para la población abierta desarrollada a partir de la década de los ochenta, estuvo acompañada por restricciones fiscales, por lo que el proceso acentuó las desigualdades en el financiamiento y la provisión de atención médica entre los estados ricos y pobres del país.

En el escenario actual, la desigualdad en el financiamiento entre las instituciones de seguridad social y los Servicios Estatales de Salud plantea serias limitaciones para la provisión de servicios, que se manifiestan en los recursos para la atención de la población. Datos de 2004 muestran que entre las instituciones de seguridad social (IMSS, PEMEX, ISSSTE) <sup>128</sup> el gasto per cápita es de 2, 128 pesos, dicho gasto para la población no asegurada es de 1,139 pesos. (OCDE, 2005, Secretaría de Salud, 2004).

Por otro lado, el establecimiento del modelo neoliberal modificó sustancialmente el papel del Estado en la provisión de servicios sociales. Las

---

<sup>128</sup> Aún entre las instituciones de seguridad social, existe una diferencia considerable en los recursos per capita. De esta de manera que el IMSS destina 2, 224 (pesos corrientes) el ISSSTE dispone de 1, 654 y PEMEX 9, 467 (OCDE, 2005, Secretaría de Salud, 2004).

reformas implementadas en la década de los noventa, impulsaron la expansión del sector privado en actividades de provisión y financiamiento de los servicios de salud, promoviendo así la expansión de una variedad de servicios cuyo acceso depende de la capacidad de pago, es decir de los niveles de ingreso de la población.

En este contexto, la participación del Estado en el financiamiento y provisión de los servicios ha tenido un carácter residual, lo que significa que su papel como proveedor de servicios de salud se concentra en los grupos poblacionales más desfavorecidos, a aquellos que no acceden a los servicios provistos por el sistema de seguridad social y carecen de los recursos necesarios para procurarse atención médica de manera privada en el mercado. Dentro del paradigma emergente de política social, los programas focalizados, orientados a la población en situación de extrema pobreza, constituyen el mecanismo principal de provisión pública de bienestar social, no obstante contribuyen a profundizar la segmentación en la provisión de servicios entre “pobres” y “no pobres”.

Los procesos de reestructuración y ajuste estructural tuvieron profundos impactos en el funcionamiento del mercado de trabajo, que se tradujeron en una marcada precarización del empleo, y por tanto en un aumento de la población sin acceso a la seguridad social. En términos de acceso a los servicios de salud esto presenta dos problemáticas que me interesa destacar. La primera es que el aumento de la demanda de servicios (públicos) para la población abierta, contribuye a profundizar los problemas en la prestación de los servicios, debido a que los recursos disponibles son insuficientes para atender dicho aumento en la demanda. La segunda se relaciona con las condiciones adversas que enfrenta la

población para obtener servicios médicos a través de estas instancias (Secretaría de Salud y SESA). Como lo señalan reportes de agencias nacionales e internacionales (ENSA, 2000, FUNSALUD, 2002; OPS, 2002; OCDE, 2005) actualmente existen importantes barreras en el acceso a los servicios para la población abierta, tales como calidad de los servicios, disponibilidad de clínicas y centros de salud y tiempo de espera para recibir atención médica.

Como hemos señalado en los capítulos anteriores, el acceso desigual de la población a los servicios de salud es resultado de la inclusión social “diferenciada” y “desfavorable”, donde las desventajas derivan de las diferencias producidas desde instituciones del Estado (Roberts, 2004; Sen, 2000).

#### **-Las implicaciones de una inclusión social “desfavorable”.**

Como se planteó en el primer capítulo, la importancia de los derechos sociales radica en que permiten a todos los ciudadanos participar de los beneficios de la vida colectiva. Esto implica -como señala Barry (1998)- que las propias instituciones contribuyan a la creación de oportunidades para una experiencia social compartida.

En el caso de México, el derecho a la salud está formalmente establecido en el artículo 4º Constitucional, el cual alude a los principios de universalidad y gratuidad de los servicios y a la responsabilidad del Estado como garante de los mismos. Sin embargo, en la práctica, la propia estructura del Sistema Nacional de Salud establece diversas modalidades de acceso a los servicios, lo que resulta en una alta inequidad en el acceso y la calidad por lo que cuestionan el carácter “universal” de los mismos.

Es en este sentido que el acceso diferenciado a los servicios de salud expresa con claridad la constitución de una “ciudadanía segmentada” (Draibe, 1983; De Gortari y Ziccardi, 1996). Este término es válido no solamente para ilustrar la división de la población en los múltiples esquemas de atención sino también de la calidad de los servicios a los que acceden. Como se planteó en los capítulos precedentes, el acceso a los servicios depende cada vez más de la capacidad de pago de la población, lo que deja a amplios sectores en una situación de alta vulnerabilidad para satisfacer sus necesidades de salud. Las dificultades en el acceso a los servicios de salud revela las consecuencias adversas de la desigual distribución del ingreso sobre la titularidad de los derechos sociales (CEPAL, 2006), evidenciando la ausencia del Estado como garante del cumplimiento de los derechos sociales y la alta desigualdad en la distribución de oportunidades de vida de la población.

Como se desprendió del análisis cualitativo, las estrategias que numerosos sectores de la población deben poner en marcha para satisfacer sus necesidades de salud responden a los problemas de acceso a los servicios en un sistema que no garantiza una atención equitativa y de calidad. Si bien, estas condiciones son más adversas en los sectores sociales de menores ingresos, sus efectos negativos se extienden de manera creciente a los sectores medios. Al respecto, cabe preguntarse ¿hasta qué punto pueden numerosos sectores sociales seguir dependiendo de diversas estrategias “individuales” (tales como la utilización de redes sociales para obtener la atención médica, o la adquisición de deudas en efectivo para costear los servicios de salud y para obtener los medicamentos) como medio para satisfacer sus necesidades de salud? La ausencia de un Estado

que garantice el pleno acceso a un servicio de calidad se traduce no solamente en costos económicos (gastos de bolsillo en salud) sino que también implica altos costos sociales.

En este sentido, considero que el ejercicio efectivo de los derechos sociales supone el diseño de instituciones y políticas que permitan disponer de los recursos necesarios para garantizar a todos los ciudadanos el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad, donde dicho acceso no dependa de la capacidad de pago de la población.

**- Las expresiones del acceso desigual a los servicios de salud: cómo se vive y percibe la desigualdad.**

El análisis cualitativo tuvo como marco de referencia una de las delegaciones del Distrito Federal que se caracteriza por su polarizada estructura social: La Magdalena Conteras. Al respecto, el análisis de las características socioeconómicas de su población mostraron los fuertes contrastes que existen en la distribución del ingreso y por ende en las oportunidades para acceder a los servicios básicos. En este sentido, las experiencias de distintos sectores de la población con respecto al uso de los servicios médicos, así como de sus percepciones sobre el derecho a la salud, adquieren especial relevancia para comprender las formas en las que se manifiesta el acceso desigual a los servicios de salud en México.

En primer lugar, las prácticas en la utilización de los servicios de salud por parte de individuos y hogares, revelaron importantes aspectos relacionados con las barreras en el acceso a los servicios médicos (públicos y privados) y las

estrategias que implementan para satisfacer sus necesidades de salud. En particular considero relevante resaltar los siguientes puntos.

De acuerdo con el trabajo de campo realizado (observaciones en distintas clínicas, entrevistas y la observación participante realizada en el Centro de Salud TIII), el acceso a los servicios públicos se caracteriza por serios problemas para la obtención de atención médica tales como el tiempo de espera, múltiples trámites burocráticos y requisitos para el acceso a los servicios, la escasez de medicamentos (principalmente en los Centros de Salud) y en el caso de los derechohabientes del ISSSTE, la lejanía de la clínicas de primero y segundo nivel.

Por estas razones, muchos de los entrevistados (con y sin derechohabiencia) utilizan los servicios de salud del sector privado. Es preciso señalar que las personas que cuentan con derechohabiencia, pero que se atienden regularmente en el sector privado, sólo utilizan los servicios de sus instituciones de seguridad social (IMSS o ISSSTE) en casos muy específicos: para obtener incapacidad médica, realizarse estudios clínicos o de laboratorio y para acceder a servicios hospitalarios.

Al respecto, la mayoría de los entrevistados expresaron su preferencia por los servicios privados de salud. Esto se debe a que estos servicios garantizan – hasta cierto punto- la atención inmediata (sin tantos trámites ni demoras) y la calidad de la atención; a lo que se suma la percepción generalizada de que la calidad de los servicios se relaciona con el pago, por lo que a mayor costo, se considera que son mejores, es decir mejor calidad en la atención que se obtiene.

Un aspecto a destacar es que los entrevistados manifestaron “desconfianza” respecto a la calidad de los servicios ofrecidos en los Centros de

Salud (dependientes de la Secretaría de Salud del D.F.), por lo cual prefieren hacer uso de servicios médicos privados. Desde su perspectiva, la atención médica en estos centros de salud es para la gente “pobre”, para quienes no tienen seguro o no pueden pagar una consulta con un médico particular. En este sentido, se observa la estigmatización de estos lugares como “servicios para pobres”.

Como se planteó en el capítulo 4, los limitados recursos (humanos y materiales) de los Centros de Salud dificultan seriamente la atención médica y la provisión de medicamentos para la población demandante. Esta realidad permea las percepciones que tiene la población respecto de los servicios públicos. Según los adultos entrevistados, el deterioro en la calidad de la atención, tanto en los Centros de Salud como en las instituciones de seguridad social, es un aspecto que se ha acentuado en las últimas décadas.

A partir del análisis sobre la utilización de los servicios en La Magdalena Contreras, es posible establecer que la desigualdad en el acceso a los servicios de salud se expresa en: los problemas para la obtención de atención médica (tales como la escasez de recursos humanos y materiales), la calidad de la atención médica, trámites prolongados para acceder a los servicios (en particular a los de la Secretaría de Salud del D.F) y principalmente en el gasto de bolsillo en salud (atención médica y medicamentos) que deben realizar tanto quienes cuentan con seguridad social como quienes acceden al Programa de Servicios y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal.

En este contexto, la satisfacción de las necesidades de salud (entendida como acceso a servicios médicos y la obtención de medicamentos) presenta serios problemas, debido a que en muchas ocasiones ésta se ve obstaculizada

por el alto costo de los medicamentos o a la escasez de los mismos en las clínicas del sector público. Al respecto, las entrevistas evidenciaron las limitaciones que enfrentan los sectores de menores ingresos y sin acceso a la seguridad social para financiar la atención médica y la compra de medicinas, en particular quienes padecen enfermedades crónico-degenerativas (por ejemplo diabetes o hipertensión), puesto que deben incurrir de manera frecuente en gastos catastróficos de bolsillo.

Así, las “estrategias” o respuestas desarrolladas por individuos y hogares (de bajos ingresos) para acceder a servicios de salud – públicos o privados- tienden a sustentarse en la utilización de las redes sociales. Contar con un “cuate”, “conocido” o “pariente” que trabaja en alguna clínica u hospital, facilita en gran medida la obtención de atención médica. De igual forma estas redes facilitan el acceso a préstamos en efectivo, a los cuales se suele recurrir para costear el pago de consultas o la adquisición de medicamentos.

Otra de las “estrategias” empleadas para acceder a servicios de salud es la utilización de consultorios médicos privados de bajo costo. Entre ellos se destaca el uso creciente, por parte de la población de ingresos bajos y medios, de los consultorios médicos establecidos en farmacias (“Farmacias de Similares” y “Farmacias del Dr. Descuento”), en donde se pueden obtener medicamentos “similares” a muy bajo costo, hasta 60% más económicos que los medicamentos de marca o innovadores (los cuales soportan su eficacia y seguridad por medio de la investigación clínica básica necesaria) (OCDE, 2005; notas de campo). Sin embargo, como se planteó en el capítulo 4, ello representa un riesgo para la salud de los usuarios. Por un lado, este tipo de establecimientos carecen de una

adecuada supervisión sanitaria por parte de las autoridades delegaciones u otras instancias oficiales del sector salud, lo que permite “dudar” de la calidad de los servicios médicos que allí se ofrecen. Además, los medicamentos “similares” no cuentan con pruebas científicas que avalen su eficacia y seguridad.

La creciente utilización de servicios de bajo costo por parte de la población residente en La Magdalena Contreras, se puede explicar a partir de los problemas que enfrentan para acceder a los servicios públicos y por el alto costo de los servicios médicos que se ofrecen en el mercado. Esto significa que este tipo de servicios “económicos”, en amplio aumento en los últimos años, constituyen un nuevo mercado de salud cuya principal “clientela” es la población más desfavorecida, aspecto que evidencia la alta rentabilidad de los servicios médicos para “los pobres”.

En suma, las entrevistas realizadas permitieron confirmar que los niveles de ingresos de la población constituyen un factor determinante en el acceso a los servicios de salud y en la adquisición de medicamentos, y al mismo tiempo definen la calidad de los servicios que se obtienen.

Por otra parte, el análisis cualitativo reveló interesantes aspectos sobre las formas en que se concibe la desigualdad en el acceso a los servicios médicos y en qué medida estos últimos son percibidos como un derecho social. Al respecto dos elementos emergen con particular relevancia. En primer lugar, los entrevistados no consideran como un “problema” la provisión de atención médica, y a pesar de los evidentes diferenciales que existen en la provisión de servicios de salud, la mayoría se muestran satisfechos con la atención que reciben. Estos relativamente “altos niveles de satisfacción” contrastan con las experiencias de los entrevistados

en distintos servicios médicos. Así, aunque la mayoría expresó importantes dificultades en el acceso a los servicios (demoras y mala calidad en la atención médica, que en algunos casos se tradujeron en diagnósticos equivocados o en largas esperas para recibir atención en situaciones de emergencia), los entrevistados asumen que ese es el “modo” en el que funcionan los servicios públicos, por lo que consideran “lógicos” o “normales” los problemas experimentados. Estas percepciones parecieran estar indicando actitudes de conformismo con los servicios a los que se puede acceder: esto es lo que “hay” y es lo que las clínicas pueden “dar”. Con excepción de algunos entrevistados, quienes presentaron quejas ante los directivos de las clínicas para expresar su inconformidad con la atención recibida, la mayoría considera que “no tiene caso” reclamar o levantar una queja, puesto que “los servicios no van a cambiar”, “así son”, “uno debe ser paciente porque al final sí lo atienden a uno”. Sin embargo, en general reconocen que estos factores sí representan un problema en la medida que afecta su salud.

En segundo lugar, y con base en lo anterior, se desprende una cierta “naturalización” acerca de la segmentación y estratificación de los servicios de salud. Los entrevistados expresaron que los servicios de salud privados y en especial los más costosos, que consideran “de lujo”, son para las personas con mucho dinero, mientras que para los trabajadores y la gente pobre, existe el seguro social y los centros de salud. Al respecto, Ward (1989:212) afirma que un sistema estratificado de seguridad social ejerce un papel ideológico que previene el surgimiento de acción social en torno a cuestiones de salud.

En cuanto a la responsabilidad del Estado como proveedor de servicios de salud, las entrevistas parecieran reafirmar lo señalado por este autor. Por un lado, se considera que las personas que desean obtener servicios médicos en alguna institución de seguridad social, deben obtenerlos por medio de un trabajo que les garantice estos servicios. A su vez, hay una percepción generalizada de la responsabilidad del individuo por tener un empleo adecuado que garantice este beneficio. Es en este sentido que el derecho a los servicios de salud se percibe como el resultado de la posición ocupada en el mercado del trabajo, y no como un derecho de ciudadanía social.

Para la mayoría, el Estado no es el responsable de la provisión universal de servicios de salud, sino que es el individuo quien tiene que buscar la manera de procurarse atención médica, ya sea a través de los servicios públicos o en el mercado. Por otro lado, el Estado aparece como el principal responsable de la provisión de servicios de salud sólo para las personas de menores ingresos. Así, las percepciones reflejan (y reafirman) el rol residual que el Estado desempeña en la provisión de servicios: “el gobierno debe ocuparse de los pobres, porque los ricos ya están bien”.

Otra percepción generalizada entre los entrevistados es que el acceso a una atención médica oportuna y de calidad, debe ser igual para todos y no debe estar determinada por el lugar donde se procura la atención médica o por la capacidad de pago de las personas.

Finalmente, el ejercicio efectivo de los derechos de ciudadanía (como el acceso universal a servicios de salud de calidad) aparece más bien como un horizonte utópico:

“Estaría chido que todo mundo tuviera un seguro, que toda la gente tuviera un seguro, no importando clase social ni nada. Y ya unos tendrán a lo mejor un seguro con un hospital particular, pero sí estaría chido que todo mundo tuviera un seguro para cualquier imprevisto porque uno nunca sabe cuando puedan pasar las cosas. Y la neta, lo que sería la clase muy baja hasta la muy alta, si estaría chido que todos tuviera un seguro para respaldar la salud”. (Mariano, Ent. n° 8)

### **Líneas de investigación futuras**

Por lo expuesto anteriormente, algunas líneas de investigación futuras podrían orientarse a profundizar el análisis de las implicaciones de la creciente segmentación de los servicios de salud desde una perspectiva de ciudadanía. Es decir, cómo afecta dicha segmentación la calidad y el ejercicio de los derechos de ciudadanía y en qué medida el sistema de salud en sí mismo es un factor que limita o profundiza la desigualdad y la estratificación en el acceso a los servicios.

En este sentido, esta tesis ha constituido un trabajo de investigación de carácter exploratorio acerca de las formas que adquiere la desigualdad en los servicios de salud. La misma permitió conocer algunos aspectos relevantes sobre la provisión de la atención médica en México. Un primer elemento es que la expansión de los servicios ha estado acompañada por una creciente segmentación, como lo evidencian los diversos programas dirigidos a la población más desfavorecida y sin acceso a los beneficios de la seguridad social, como el programa Oportunidades y el recientemente creado Seguro Popular.

En La Magdalena Contreras se pudo observar la “coexistencia” en los Centros de Salud de dichos programas federales con el programa del Gobierno del Distrito Federal (que provee atención médica y medicamentos gratuitos a la población en general). De acuerdo con la observación realizada en el Centro de

Salud TIII, la operación y el funcionamiento de los programas evidencia una “superposición” y “desarticulación” en la provisión de los servicios de salud, que se acompaña de la escasez de recursos (infraestructura, personal médico y de enfermería) para atender a la población beneficiaria de los diversos programas.

De continuar esta tendencia, se profundizará aún más el deterioro de los servicios de salud públicos. Además se pondría en riesgo el mantenimiento de los programas focalizados y el programa universal del gobierno del Distrito Federal.

En este sentido, otra línea de investigación podría dirigirse a analizar las implicaciones que tienen las políticas de salud, federales y estatales, en el acceso de la población a los servicios médicos.

## **APÉNDICE**

**1. COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO, EDAD, POSICIÓN EN EL HOGAR Y CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA**

<b>Total entrevistados</b>	<b>14</b>
<b>Género</b>	
Masculino	<b>7</b>
Femenino	<b>7</b>
<b>Grupos de edad</b>	
25-40	<b>7</b>
41-60	<b>3</b>
61+	<b>4</b>
<b>Posición en el hogar</b>	
Jefe/a de hogar	<b>7</b>
Esposa	<b>2</b>
Hijo	<b>5</b>
Otro	<b>0</b>
<b>Condición de derechohabencia</b>	
Derechohabiente	<b>8</b>
No derechohabiente	<b>6</b>

## BIBLIOGRAFÍA

Abel C. y Lewis, C. (comp.) 2002. "Exclusion and Engagement: a diagnosis of Social Policy in Latin America in the Long Run en C. Abel y C.Lewis, (eds) *Exclusion and Engagement, social Policy in Latin America*, Univertisy of London. U.K. Institute of Latin American Studies.

Arredondo Armando e Irene Parada. 2001. "Financing Indicators for Health care decentralization in Latin America: information and suggestions for health planning" en *International Journal of Health Planning and Management*. Vol. 16:259-276.

Ashworth Karl and Middleton Sue. 1999. *Social Security and Social Exclusion: Evidence from the Poverty and Social Exclusion survey of Britain*. Centre for Researching Social Policy. Working Paper N° 77.

Banco Mundial. 2005. *La pobreza en México, una evolución de las condiciones las tendencias y las estrategias del gobierno*. Washington, D.C.

----- 2003. *Desigualdad en América Latina y el Caribe ¿ruptura con la historia?* Washington, D.C.

Barba, Carlos. 2004. *Régimen de bienestar y reforma social en México*. CEPAL, Santiago de Chile.

Barry Bryan. 1998. *Social exclusion, Social Isolation and the Distribution of Income*. Centre for analysis of Social Exclusion. London School of Economics. London.

Bayón, Cristina, 2006. "Precariedad social en México y Argentina: tendencias, expresiones y trayectorias nacionales" en *Revista de la CEPAL* n° 88.

Bayón, C. Roberts, B y Saraví G. 1998. "Ciudadanía Social y Sector Informal en América Latina" en *Perfiles Latinoamericanos*, México, Vol.7:13 pp.73-112

Bhalla A.S. y Lapeyre F. 1999. *Poverty Exclusion in a Global World*, London, MacMillan Press. Ch. 1 Defining Exclusion, pp.1-32

Bradshaw Jonathan, Gordon David, Peter Townsend, *et.al.* 1998. "Perceptions of Poverty and Social Exclusion". Townsend Centre for International Poverty Research. University of Bristol

Bramely, Gen and Ford, Tania. 1999. *Social Exclusion and lack of access to services: Evidence from 1999 PSE survey of Britain*. Joseph Rowtree Foundation

BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 1999. *América Latina frente a la desigualdad 1998-1999*.

Boltvinik, Julio. 2003. "Welfare, Inequality, and Poverty in Mexico" en *Confronting Development Assessing Mexico's Economic and Social Policy Challenges*. Stanford University Press: 385-445

Castel, Robert. 1997. *La metamorfosis de la cuestión social*, Buenos Aires: Paidós.

CEPAL, (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) 2006. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile.

----- 2005. *Panorama Social de América Latina*, 2005, Santiago de Chile, noviembre.

-----2004 (a). *Panorama Social de América Latina*, 2004, Santiago de Chile.

-----2004 (b). *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*, 2004, Santiago de Chile.

-----2000. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*, 2000, Santiago de Chile.

CONAPO. 2000. *Índice de Marginación Municipal*. México.

----- 2000. *Índices de Marginación*. México.

-----1995. *La demanda de servicios de salud en México. Un análisis econométrico*. México.

Cortés, Fernando. 2006. "Consideraciones sobre la marginación, la marginalidad económica y la exclusión social" en *Papeles de Población*. Nueva época, nº 47.

-----2000. *La distribución del ingreso en México en épocas de estabilización y reforma económica*. México: Porrúa- CIESAS.

Cortés, Fernando y Rubalcava, Rosa María. 1991. *Autoexplotación forzada y equidad por empobrecimiento. La distribución del ingreso familiar en México*. México: El Colegio de México.

Crozier, Michael y Friedberg, Erhard. 1990. *El actor y el sistema: las restricciones de la acción colectiva*. México: Alianza Editorial.

Dávila Enrique y M. Guijarro. 2000. *Evolución y reforma del sistema de salud en México*. CEPAL. Santiago de Chile.

De Gortari, Hira y Zicardi, Alicia. 1996. "Instituciones y clientelas de la política social: un esbozo histórico, 1867-1994" en Cordera. *et al. Las políticas sociales de México en los años 90s*. FLACSO, Instituto Mora, UNAM, Plaza y Valdéz.

De Haan, Arjan. 2001. "Reviewing the concept of social exclusion". Banco Interamericano de Desarrollo.

Donabedian, Avedis. 1990. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Perspectivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

----- 1985. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México, Fondo de Cultura Económica.

Diderichsen, F. Evans, withed. 2001. "The social basis of disparities in health in: *Challenging inequities in health. From ethics to action*. Oxford University Press.

Duhau, Emilio. 2003. "División social del espacio metropolitano y movilidad residencial" en *Papeles de Población*. Universidad Autónoma del Estado de México.

-----1997. "Las políticas sociales en América Latina: ¿del universalismo fragmentado a la dualización? en *Revista Mexicana de Sociología*, año LIX, nº 2 abril-junio, pp.185-207.

Encuesta Nacional de Salud (ENSA). 2000. Tomo 1 *Vivienda, Población y Utilización de Servicios de Salud*. Cuernavaca, Morelos. Instituto Nacional de Salud Publica (INSP), México, 2003.

Estivil, Jordi. 2000. *Panorama de la lucha contra la exclusión social. Conceptos y estrategias*. Oficina Internacional del Trabajo. STEP/Portugal.

Esping Andersen, Gosta. 2000. *Fundamentos Sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.

-----1993. *Los tres mundos del Estado de Bienestar*, Valencia: Ediciones Alfons El Magnanim.

Faria, Vilmar. 1995. "Social Exclusion and Latin American analyses of Poverty and Deprivation" en G. Rodgerds, C. Gore y J. figuereido (comps) *Social Exclusion: Rhetoric, Reality, Responses*, Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (OIT), pp. 117-128.

Filguiera, Fernando. 1998. "El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada", en: B. Roberts (comp) *Ciudadanía y Política Social*, FLACSO San José, Costa Rica.

Fitoussi, J.P. y Rosanvallon, P. 1997. *La nueva era de las desigualdades*, Buenos Aires: Manantial

Fleury, Sonia. 2003. "Ciudadanías, exclusión y democracia" en *Nueva Sociedad*, sep-oct. Caracas, Venezuela.

Frenk, Julio. 1990. *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México. Fondo de Cultura Económica. Col. Ciencia para todos, n° 133.

-----1987. "El financiamiento como instrumento de política pública". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 103:719-725.

-----1985. "El concepto y la medición de accesibilidad" en: *Salud Pública de México*. Sept-Oct.

Frenk, J y A. Donabedian. 1987. "State Intervention in Medical Care: types Trends and variables" en *Health Policy and Planning*, 2: 17-31.

Gacitúa- Marió, E. y Q. Wodon. 2001. *Measurement and Meaning. Combining Quantitative and Qualitative Methods for the Analysis of Poverty and Social Exclusion in Latin America*, World Bank Technical Paper N° 518, Washington, D.C. The World Bank.

Garza, Gustavo. 2000. "Delegación La Magdalena Contreras". La Ciudad de México en el fin del segundo milenio. Gobierno del Distrito Federal - El Colegio de México. México.

Gauri, Varun. 2003. *Social Rights and Economics. Claims to Health Care and Education in Developing Countries*. World Bank.

Gerstenfeld, Pascual. 2002. "Social Policy delivery: The New Economic Model and the reform of the State in Latin America" en Abel C. et.al (eds), *Exclusion and Engagement, social Policy in Latin America*, University of London. U.K. Institute of Latin American Studies.

Goddard, Maria, Smith Peter. 2001 "Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK". En *Social Science and Medicine* 23, 1149-1162. Centre for Health Economics, University of York.

Gómez de León J. Bloom E, et.al. 1995. *La demanda de servicios de salud en México. Un análisis económico*. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Serie Estudios Sectoriales.

González de la Rocha, Mercedes. 2004. "De los recursos de la pobreza a la pobreza de los recursos y a las ventajas acumuladas" en *From the Marginality to the 1960 s to the "New Poverty of Today*. LARR Research Forum, Latin American Research Review, Vol.39, N° 1.

González, Miguel, Frenk, Julio, et.al. 1997. *The package of Basic Services in México. Towards Equity?*. Paper presented at the Workshop "Towards Equity:

Health Sector Reform and Access to Basic Health Services”, organized by TDR-WHO, Oslo, Norway.

Gordon, Sara. 2003. *Ciudadanía y derechos. ¿Criterios Distributivos?* CEPAL, Santiago de Chile.

-----1999. “Del universalismo estratificado a los programas focalizados. Una aproximación a la política social en México”. M. Schteingart (coord) *Políticas sociales para los pobres en América Latina*, México: Global Urban Research Initiative- Miguel Angel Porrúa.

----- 1997. *Poverty and Social Exclusion in Mexico*. Institute of Labour Studies. Geneva

Hernández Laos, Enrique. 2003. “Distribución del ingreso y pobreza” en E. de laGarza y C. salas (coodds,) *La situación del trabajo en México, 2003*. México, D.F. Instituto de Estudios del Trabajo: Plaza y Valdez.

Hobarth Corredor, E. 2002. “El trabajo y la ciudad de México: una revisión desde la geografía de las actividades productivas urbanas.” *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona, vol. VI, nº 119 (55), [www.ub.es/geocrt/sn/sn\\_199-55.htm](http://www.ub.es/geocrt/sn/sn_199-55.htm)

INEGI. 2005. II Censo de Población y Vivienda.

-----2000. XII Censo General de Población y Vivienda.

-----2000. XII. Distrito Federal. Censo General de Población y Vivienda.

Kabeer, Naila. 2000. *Social exclusion, poverty and discrimination*. IDS.Bulletin. Vol. 31. N°4

Knaul, Marie y Torres, Ana Cristina. 2003 “Determinantes del gasto en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México:1992-2000” en *Caleidoscopio de la salud*. FUNSALUD. 2003. México.

Kaztman Ruben. 2002. “Convergencias y divergencias: exploración sobre los efectos de las nuevas modalidades de crecimiento sobre la estructura social de cuatro áreas metropolitanas en América Latina”, en Rubén Kaztman, y Guillermo Wormald *Trabajo y ciudadanía. Los cambiantes rostros de la integración y exclusión social en cuatro áreas metropolitanas de América Latina*. Montevideo: Cebra.

----- 2001. “Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos” *Revista de la CEPAL* 75.

Korzeniewicz, Roberto. y Smith, William. 2000. "Poverty, Inequality, and Growth in Latin America: Searching for the High Road to Globalization" en LARR: Latin America Research Review, volume 35, number 3.

Laurell, Asa Cristina. 2003. "The Transformation of Social Policy in Mexico" en *Confronting Development Assessing Mexico's economic and Social Policy Challenges*. Stanford University Press: Pp:321-349.

-----1994. "Avanzar al pasado: La política social del Neoliberalismo" en Estado y políticas sociales del Neoliberalismo, Asa Cristina Laurell (coordinadora), México: Fundación Friedrich Ebert.

Ley del Seguro Social. 1997. Instituto Mexicano del Seguro Social,

Lloyd-Sherlock, Peter. 2002. "Health, Equity and Social Exclusion in Argentina and Mexico", en C. Abel y C.Lewis, (comp.) *Exclusion and Engagement, social Policy in Latin America*, Universtisy of London. U.K. Institute of Latin American Studies.

Lomnitz, Larissa. 1983. *Cómo sobreviven los marginados*. México: Siglo XX.

López, Oliva y Blanco, José. 2001 "La polarización de la política de salud en México" en *Revista Saúde Pública*, Río de Janeiro, 17(1):43-54, jan-fev.

-----1993. *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. México, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.

Maceira, D. 1998. *Income distribution and the public-private mix in heath care provision: The Latin American Case*. Washington, D.C. Working Paper n°391. Office of the Chief Economist. Interamerican Development Bank.

Machinea, J. y Hopenhayn M. 2005. *La esquivia equidad en el desarrollo latinoamericano. Una visión estructural, una aproximación multifacética*. CEPAL, Santiago de Chile.

Marmot M. and Wilkinson RG. 1999. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

Marshall, T.H. y T Bottomore. [1950, (1998)]. *Ciudadanía y Clase Social*, Madrid: Alianza Editorial.

Martínez Valle, Adolfo. 2002. *Social Inequality and Health in Mexico 1990-1997: Individual and Policy Pathways*. FUNSALUD, México.

Mesa-Lago, Carmelo. 2000. *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social al umbral del siglo XXI*. CEPAL, Santiago de Chile, enero.

Merino, Gustavo. 2003. "Descentralización del sistema de salud en el contexto del Federalismo" en *Caleidoscopio de la salud*. FUNSALUD. México.

Minujin, A.1999. "¿La gran exclusión? Vulnerabilidad y exclusión en América Latina", en D. Filmus (comp.) *Los noventa. Política, sociedad y cultura en América Latina y Argentina de fin de siglo*, Buenos Aires: FLACSO, UDEBRA

Moreno Brid y Ros Jaime.2004. "México: las reformas del mercado desde una perspectiva histórica" en *Revista de la CEPAL* n° 84, diciembre, 2004.

Moreno, Pedro, *et.al.* 2003. "La seguridad social en México" en Enrique de la Garza y Carlos Salas. *La situación del trabajo en México*, México: Plaza y Valdés.

Nigenda, Gustavo, *et.al.* 2003. "Mezcla público-privada en el sector salud" en *Caleidoscopio de la salud*. FUNSALUD. México.

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).2005. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*, 2005, París.

OIT (Organización Internacional del Trabajo) 2005. *Panorama Laboral 2005*. Lima.

----- 1998. *Panorama Laboral 1998*. Lima

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2000. Informe sobre la Salud en el Mundo, 2000, Ginebra.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) 2002. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud, México*.

Pedersen, Duncan. 1989. "Elementos para el análisis de los sistemas médicos" en América Indígena, vol. XLIX, número 4, oct-dic.

Portes, Alejandro y Roberts, Bryan. 2004. "Empleo y desigualdad urbanos bajos el libre mercado" en *Nueva Sociedad. Desarrollo y desigualdad*. Caracas, Venezuela.

Paugam, Serge. 1995 "The spiral of precariousness: a multidimensional approach to the process of social disqualification in France" in *Social Exclusion in Europe*.

Phipps, Shelley. 2003. *The impact of poverty on Health. A Scan of Research Literature*. Canadian Institute for Health Information.

Portes, Alejandro y Haller, William. 2004. *La economía informal*. CEPAL. Santiago de Chile.

Ramos, Joseph R. 1996. "Poverty and Inequality in Latin America: A neostructural perspective" en *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*. Pp 141-157.

Rendón Teresa y Bensusán Graciela. 2000 *Trabajo y Trabajadores en el México contemporáneo*. Porrúa: México. pp. 5-23.

Revista Mexicana de Seguridad Social. 1993. Edición especial "IMSS 50 Aniversario", México.

Revista Panamericana de Salud Pública, 2002 12 (6). *Toronto Declaration on Equity in Health*

Rendón Teresa y Salas Carlos. 2000 "La evolución del empleo" en *Trabajo y trabajadores en el México contemporáneo*. Porrúa, México, pp. 25-91.

Rimez, Marc y Bendesky, León. 2000. "Dos decenios de política social. Del universalismo segmentado a la focalización" en Clavijo Fernando (comp) *Reformas Económicas en México 1982-1999*. Lecturas del Trimestre Económico. N° 92 FCE-CEPAL: México

Rodgers, G, Gore, C, Figueredo, J. 1995. *Social Excursion: Rethoric, Reality, Responses*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Roberts, Bryan. 2004. "From Marginality to Social Exclusion: From Laissez to Pervasive Engagement" en *From the Marginality to the 1960 s to the "New Poverty of Today*. Latin American Research Review, Vol.39, N° 1.

----- 2002. "Los nuevos modelos de crecimiento y sus desafíos para los derechos sociales y la política social" en Kaztman y G. Wormald (coords) *Trabajo y ciudadanía. Los cambiantes rostros de la integración y exclusión social en cuatro áreas metropolitanas de América Latina*. Montevideo: Ceбра.

----- 1998. "Ciudadanía y Política Social en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada", en: B. Roberts (ed) *Ciudadanía y Política Social*, San José: FLACSO- sede Costa Rica.

Rojas, Georgina. 2002. "Estructura de oportunidades y usos de los activos familiares frente a la pobreza en la Ciudad de México durante los años noventa" en R. Kaztman y G. Wormald (coords) *Trabajo y ciudadanía. Los cambiantes rostros de la integración y la exclusión social en cuatro áreas metropolitanas de América Latina*, Montevideo: Ceбра.

Salas, Carlos. 2003. "El contexto económico de México" en *La situación del trabajo en México 2003* México: Plaza y Valdés: 37-53.

Salas Carlos y Zepeda Eduardo. 2003. "Empleo y salarios en el México contemporáneo" en C. Salas y E. Zepeda (coords.) *La situación del trabajo en México 2003*. México: Plaza y Valdés.

Salinas, Darío y Tetelboin, Carolina. 2005. "Las condiciones de la política social en América Latina" en *Papeles de Población*, N° 44. (abril /junio 2005), Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 1994. *La planeación del desarrollo social en los noventa*. (Tomo 23) Fondo de Cultura Económica, México, D.F.

Secretaría de Salud, 2005 "Hacia una política farmacéutica integral para México" ([www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx))

----- 2004. Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas, 2ª edición, México, D.F.

Sen, Amartya. 2000. *Social Exclusion: Concept, Application, and Scrunity*. Office of Enviroment and Social Development. Asian Development Bank.

-----1992. *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial.

Silver, Hilary, 1995. "Reconceptualizing social Disadvantage": Three Paradigms of Social Exclusion" en Rodgers, G.C. Gore y J. Figuereido (eds). *Social Exclusion: Rethoric, Reality Responses*, Ginebra: ILO International Institute for Labor Studies.

Solís, Fernando, 2002, *Marginación Urbana*, Publicaciones CONAPO.

Sottoli, Susana. 2000. "La política social en América Latina bajo el signo de la economía de mercado y la democracia" en *European Review of Latin American and Caribbean Studies* 68, April 2000.

Suárez –Berenguela, Rubén. 2000. *Health System Inequalities in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implications*. Working Document prepared for the Health and Human Development Division of the Pan American Health Organization- World Health Organization.

Támez, Silvia y Valle Rosa. 2005. "Desigualdad social y reforma neoliberal en salud" en *Revista Mexicana de Sociología* 67, núm. 2 (abril-junio, 54-83)

Tetelboin, Carolina.1998. "Estado, políticas sociales y ciudadanía" en *Sociología y Política*, Nueva Época. Año V, N° 10, Universidad Iberoamericana, Departamento de Ciencias Sociales.

Tetelboin, Carolina, Granados, José Arturo, et. al. 2005. "Alternancia Política y política de salud en México", en *Estudios Sociológicos*, Vol. XXIII, núm.67, (enero-abril, 2005) El Colegio de México.

Tetelboin, Carolina y Granados, José Arturo. 2003. "Lectura del Programa Nacional de Salud 2001-2006 en México" en *Argumentos Estudios Críticos de la Sociedad*, (Agosto de 2003) Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.

Tetelboin, Carolina y Granados, José Arturo. 2000. "Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México" en *Argumentos Estudios Críticos de la Sociedad*, (Abril de 2000) Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.

Valencia, Enrique. 2000. "Política social mexicana: modelos a debate y comparaciones internacionales" en E. Valencia (coord.) *Los dilemas de la política social: cómo combatir la pobreza?* Universidad Iberoamericana: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, pp.119-156.

Wagstaff, Adam. 2001. *Causes of Inequality in Health. Who you are?, Where you live? Or who your parents were?* World Bank.

----- . 2002. *Inequalities in Health in Developing Countries*. World Bank.

Ward, Peter. 1987. "Reproduction of Social Inequality: Access to Health Services in Mexico City" en *Health Policy and Planning* N°2(1) march, pp.44-57

----- 1989. *Políticas de bienestar social en México, 1970-1989*. México: Nueva Imagen.

Waitzkin, Howard. *et al.* 2002. "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos" en *Revista Panamericana de Salud Pública*. vol. 12, no. 2, pp. 128-136. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php>

Whitehead, M. 1992. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Health Services. II (3) pp.429-445.

Zurita, Beatriz y Lozano Rafael, *et.al.* 2003. "Desigualdad e inequidad en salud" en *Caleidoscopio de la Salud*. FUNSALUD.

Zurita, Beatriz y Ramírez, Teresita. 2003. "Desempeño del sector privado de la salud en México" en *Caleidoscopio de la Salud*. FUNSALUD.

Páginas electrónicas:

Asociación Latinoamericana de Medicina Social: [www.latinamericansocialmedicine.org](http://www.latinamericansocialmedicine.org)

Comisión Nacional de Salarios Mínimos: [www.conasami.gob.mx](http://www.conasami.gob.mx)

Delegación La Magdalena Contreras: [www.mcontreras.df.gob.mx](http://www.mcontreras.df.gob.mx)

Fondo de Desarrollo Social Gobierno del D.F.: [www.fondeso.df.gob.mx](http://www.fondeso.df.gob.mx)

Fundación Mexicana para la Salud: [www.funsalud.org.mx](http://www.funsalud.org.mx)

Instituto Mexicano del Seguro Social: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

Secretaría de Salud: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).

Secretaría de Salud del Gobierno del D.F. [www.salud.df.gob.mx](http://www.salud.df.gob.mx)