V Congreso Latinoamericano de Ciencia Política. Asociación Latinoamericana de Ciencia Política, Buenos Aires, 2010.

El Programa Progresa-Oportunidades y la universalización del derecho a la salud: ilusiones sistémicas en el caso de la salud.

Valencia Lomelí Enrique.

Cita:

Valencia Lomelí Enrique (2010). *El Programa Progresa-Oportunidades y la universalización del derecho a la salud: ilusiones sistémicas en el caso de la salud. V Congreso Latinoamericano de Ciencia Política. Asociación Latinoamericana de Ciencia Política, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-036/468

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/emPm/9eY

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

El programa Progresa-Oportunidades (PROP) y la universalización del derecho a la salud: la ilusión sistémica en el caso de la salud.

Un estudio en cuatro localidades del estado de Jalisco, México

Carlos Barba Solano y Enrique Valencia
[1]

Introducción

En América Latina (AL), durante los últimos diez años, las Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) han logrado un gran prestigio como instrumentos para invertir en la formación de capital humano en las familias de los más pobres. La difusión de estas TMC en AL ha influido notablemente para que estos programas amplíen su presencia global: el Banco Mundial habla ya de la "CCT wave" porque 30 países contaban ya en 2008 con un programa de esta naturaleza, aunque AL seguía siendo la región más dinámica con 17, seguida por el sur de Asia con 6[2].

Numerosos gobiernos de esta región latinoamericana asumen que esta clase de inversiones son el factor crucial para que las familias ubicadas en ese segmento de la población sean capaces de modificar radicalmente las estrategias que favorecen la reproducción intergeneracional de la pobreza[3]. Debido a esta apuesta de las políticas públicas de la región, la cobertura de los programas de TMC ha avanzado notablemente y en sólo una década incluye a cerca de 12% de los latinoamericanos[4].

El enfoque principal es que recurrir a los hijos para incrementar los ingresos familiares impide que los niños y jóvenes puedan acumular capital humano, lo que evita incrementos futuros en materia de productividad e ingreso y perpetúa la pobreza. Por ello, el enfoque de esta clase de programas es familiarista y subraya el rol de las madres para garantizar la efectividad de las inversiones públicas[5]. En cierto sentido también podría caracterizarse como mercantilizador, pues de lo que se trata es de los que los pobres estén aptos para integrarse al mercado de trabajo; la apuesta es por su integración en el mercado.

Su principal instrumento son la trasferencias monetarias, que asume distintas formas, como: becas, apoyos para adquisición de útiles escolares, apoyos para comprar alimentos, etc. Dichas transferencias están condicionadas al cumplimiento de reglas establecidas por los programas, como: garantizar la inscripción escolar de los beneficiarios directos; comprometer la asistencia de las madres a cursos de salud y nutrición y garantizar que los hijos asistan a controles periódicos de salud. Una idea

[1] Con la colaboración, en calidad de investigadores asistentes, de la Dra. Celia Magaña García, el Mtro. David Foust Rodríguez y el Mtro. César Padilla Altamira de la Universidad de Guadalajara.

[2] Datos del Informe del Banco Mundial coordinado por Fiszbein y Schandy (2009).

[3] La idea es que a través de las transferencias monetarias (fundamentalmente becas y apoyos para útiles escolares) los más pobres tendrán un mejor acceso a los servicios educativos y de salud y que esto puede ser reforzado distribuyendo complementos alimenticios para los niños más pequeños.

[4] Cálculos realizados en Valencia, 2008.

[5] Las TMC focalizan sus intervenciones en familias en situación de pobreza alimentaria y de capacidades y al interior de éstas se concentran en un grupo etario que incluye fundamentalmente niños, adolescentes y jóvenes en edad escolar, además de las madres o jefas de hogar concebidas como administradoras de las transferencias.

Formatted: DefaultParagraphFont, Font: Calibri,10 pt

Formatted: Font: Calibri,10 pt

complementaria es sustituir los ingresos que la familia "pierde" al retirar a niños y jóvenes del ámbito laboral.

Este enfoque asume que se pueden interrumpir el círculo vicioso de la pobreza influyendo selectivamente en la demanda, a través de transferecias monetarias focalizadas en las familias más pobres; que este tipo de intervenciones no requieren de un gran gasto social; y que su operación no debe alterar el funcionamiento del mercado[6].

Desde hace varios años, las TMC son promovidos por instituciones financieras internacionales y varios programas en América Latina cuentan con financiamiento de estas instituciones. En algunos casos, el éxito de estos programas ha sido respaldado por evaluaciones estrictas, a través de procedimientos estadísticos rigurosos. Se han comprobado mejoras en escolaridad, inscripción y asistencia escolar.

Un caso paradigmático, que corresponde puntualmente al modelo que hemos esbozado en las líneas previas y que ha servido de referencia para el diseño de numerosos instrumentos de TMC en todo el mundo, es el programa mexicano denominado Progresa-Oportunidades (PROP).

Este programa se instauró en 1989 y fue denominado Programa Educación, Salud y Alimentación ("Progresa"), en 2002 fue reformado y se rebautizó como "Oportunidades". Inicialmente su ámbito de acción fueron las comunidades rurales que debido a su aislamiento geográfico se encontraban al margen de las acciones públicas y su núcleo operativo eran las familias más pobres de esas localidades. (Levy, 1994). Para 2002 el programa fue ampliado y rebautizado. Desde entonces se le denomina "Oportunidades".

La reforma se tradujo en una gran expansión de su cobertura debida a la inclusión de familias pobres que viven en áreas semiurbanas, urbanas y metropolitanas. Para 2007, su cobertura alcanzó a 5 millones de familias[7], equivalente a 25 millones de individuos, lo que equivale al número de personas ubicadas en situación de pobreza alimentaria[8] o de capacidades[9] reconocida oficialmente. (Coneval, 2009a). A fines de 2009 (octubre), el PROP atendía a 5.2 millones de familias[10].

---

[6] Por ello, se privilegia la reasignación de recursos productivos y se rechazan las tentativas redistributivas de largo aliento a cargo del Estado. La justificación de este enfoque es que se considera que éstas tienden a generar más problemas de los que resuelven, distorsionando el funcionamiento del mercado (Musgrave y Musgrave, 1975)

[7] Y se estabilizó en esta cifra a pesar de que hay una importante rotación entre las familias beneficiarias.

[8] Término que hacía referencia a aquellos individuos o familias cuyo ingreso no les permite proveerse de una dieta que satisfaga sus requerimientos nutricionales mínimos para garantizar su supervivencia. (CONEVAL, 2009a: 5). Es digno de mención que el método oficial para la medición de la pobreza cambió en diciembre de 2009: en lugar de tres líneas de pobreza por ingresos (alimentaria, de capacidades y de patrimonio), ahora se tiene una medición multidimensional, que incorpora una dimensión de ingresos y una dimensión de carencias sociales (la falta de acceso a servicios de salud y a seguridad social, entre ellas). El nivel de pobreza alimentaria de la medición anterior equivale a la "línea de bienestar mínimo" actual, que en realidad corresponde a una línea de desnutrición, si atendemos a su definición: "permite identificar a la población que, aun al hacer uso de todo su ingreso en la compra de alimentos, no podría adquirir lo indispensable para tener una nutrición adecuada" (CONEVAL, 2009c: 22).

[9] Pobreza de capacidades se refiere a quienes no cuentan con ingresos suficientes para hacer frente a sus necesidades de educación y salud (CONEVAL, 2009a: 5). Como se indicó en la nota anterior, la

PROP se convirtió así en el segundo programa más extenso en toda América Latina, sólo detrás de Bolsa Familia de Brasil[11], y es reconocido ampliamente como uno de los ejemplos más exitoso de TMC en el mundo (Fiszbein y Schady, 2009). Sus éxitos notables se inscriben en el consumo alimentario, en la ampliación de la cobertura de la educación y la salud para los más pobres; ha sido especialmente destacado el incremento de la escolarización de niños y especialmente de niñas de los hogares en condición de pobreza.

Es justamente en este contexto de gran ampliación de la cobertura lograda por PROP, donde se inscribe el propósito de este trabajo. El objetivo principal es averiguar si este programa, que fue diseñado siguiendo un paradigma residual, puede servir de punto de partida para impulsar una tentativa de universalización de derechos sociales.

Esta indagación tiene sentido porque un aspecto que suele mencionarse como un factor que favorece el tránsito de un enfoque residual a otro universalista es precisamente el crecimiento significativo de la cobertura[12]. Sin negar la relevancia de dicha expansión -sobre todo en un contexto de exclusión de la mitad de la población de los mecanismos de seguridad social en un régimen de bienestar dual (Barba, 2003)- en este trabajo consideramos que incrementar significativamente la cobertuna de un programa no es una condición suficiente para hablar del tránsito de un enfoque residual a otro universalista. Desde nuestra perspectiva, el tema de la universalidad está vinculado también con otras dos temáticas: los derechos sociales y la calidad de los servicios ofrecidos para todos los ciudadanos.

Para determinar en qué medida PROP puede servir como una herramienta para impulsar un proyecto de universalización de derechos sociales en México, esta investigación se concentró en el análisis del impacto de este programa en el ámbito de la salud. Nos pareció que esta manera de acercarnos al tema es pertinente por dos razones: la primera es que la mayoría de las indagaciones acerca de PROP se han orientado a analizar su impacto en el ámbito educativo; la segunda es que el sistema de salud mexicano experimentó una importante reforma en 2004, cuyo objetivo fundamental era lograr universalizar el derecho a la salud para todos los ciudadanos mexicanos.

---

distinción de tres líneas de pobreza por ingresos fue modificada por la nueva metodología oficial de medición multidimensional de la pobreza.

[10] Información oficial en http://www.oportunidades.gob.mx/Wn_Inf_General/Padron_Lig/Cober_Aten/archivos/variacionesbimestralespadron(3).xls

Formatted: Font: Calibri, 10 pt

[11] Con un presupuesto que se ha situado en cerca de 0.4% del PIB (Levy, 2006). En 2009, sólo el presupuesto de las transferencia monetarias del PROP fue equivalente a 3,004 millones de dólares (40,549 millones de pesos a un tipo de cambio promedio en el año de 13.49 pesos, con información de las series históricas del Banco de México). Para los datos presupuestales ver http://www.oportunidades.gob.mx/Wn_Inf_General/Padron_Lig/Cober_Aten/archivos/Poblacion_objetivo_publicado_DOF_170309.pdf

[12] Para numerosos académicos y tecnócratas este tipo de programas constituyen un parteaguas en la política social. Se ha llegado a afirmar que vivimos un proceso de "universalización de la protección social" que no tiene precedentes, debida a la enorme ampliación de la cobertura en educación y salud lograda a través de las TMC (Molyneux, 2007).

En este marco, nuestra intención fundamental es averiguar si el funcionamiento de PROP tiende a :

a) Contrarrestar o a profundizar los tradicionales patrones de segmentación del sistema de salud mexicano.

b) Fortalecer o debilitar el derecho social a la salud, establecido en la Ley General de Salud, la cual fue reformada en 2004.

La primera tarea será acometida analizando el papel jugado por el PROP en el contexto del sistema nacional de salud, subrayando su vinculación con el Seguro Popular que fue creado como resultado de la reforma ya mencionada. La segunda se abordará a través del análisis de los resultados del trabajo de campo realizado en cuatro localidades del estado de Jalisco en México.

Para cumplir con los objetivos señalados este trabajo se divide en 5 secciones:

1. La primera aborda las diferencias conceptuales que existen entre "la ampliación de la cobertura de servicios sociales" y la "universalización de derechos sociales" y presenta los posibles resultados de reformas sociales emprendidas siguiendo distintos paradigmas de bienestar.

2. La segunda discute en qué consiste una perspectiva universalista en el ámbito de la salud.

3. La tercera aborda las implicaciones de la reforma al sistema de salud mexicano en 2003-2004 e intenta situar a PROP en ese contexto.

4. La cuarta se dedica a mostrar los resultados del trabajo de campo realizado en cuatro localidades del estado de Jalisco (México), donde este programa ha estado operando desde hace varios años.

5. Finalmente, la quita sección presenta las principales conclusiones del trabajo.

Por lo que hace a la cuarta sección, hay que señalar que el trabajo de campo se realizó en cuatro localidades con altos niveles de marginación, pero con características diferentes, con el propósito de poder comparar el funcionamiento de PROP en distintos contextos.

Así, mientras Mesa de los Ocotes es una colonia popular ubicada en la Zona Metropolitana de la ciudad de Guadalajara, las Cañadas es una localidad situada en el área suburbana de esta ciudad. Por su parte, Atemajac de Brizuela es una localidad rural de mestizos, asentada en una zona serrana del estado de Jalisco; y Mezcala es una localidad indígena enclavada en este mismo estado.

Para finalizar hay que señalar que el trabajo de campo se realizó asumiendo un enfoque cualitativo (entrevistas semiestructuradas) que intentó contrastar las experiencias, concepciones, discursos y prácticas del personal médico del programa, con las que corresponden a las principales operadoras del mismo en el ámbito familiar: las madres de familia[13].

[13] Aunque también se realizaron entrevistas a padres de familia.

1. Ampliación de la cobertura y universalización de derechos sociales[14]

Decíamos líneas atrás que no todo proceso de expansión de la cobertura de un servicio social constituye un avance significativo de un sistema de bienestar hacia un modelo universalista en materia de derechos sociales.

Para respaldar esta afirmación, una buena estrategia consiste en situar los procesos de expansión de cobertura de los servicios sociales en el contexto de distintos regímenes de bienestar. Desde esta perspectiva tiene sentido afirmar que se puede alcanzar la cobertura de la mayoría de la población residente en un país al menos de tres formas:

- Gradualmente, estableciendo derechos desiguales para distintos estratos de la población, como ocurre en el caso de los regímenes conservadores europeos (Lautier, 2001).
- A través de una división muy acusada entre: las instituciones de seguridad social, que ofrecen derechos a quienes pagan por ellos a los largo de su vida laboral; y los programas de *welfare* y *workfare* para los más pobres, que son de corte asistencial y no otorgan derechos a sus beneficiarios, como ocurre en el caso de los regímenes liberales (Skocpol, 1995).
- Instituyendo en un solo momento derechos equivalentes para todos los ciudadanos, como ocurrió en el caso de los regímenes universalistas del Reino Unido[15] o los escandinavos (Esping-Andersen, 1990).

Tipos de cobertura general

En el caso de los regímenes conservadores, el resultado del proceso de ampliación de la cobertura ha sido un esquema jerarquizado de derechos y garantías, que puede alcanzar una cobertura casi universal, pero no igualdad de derechos sociales para todos los ciudadanos (Esping-Andersen, 1990; Lautier, 2001).

En el caso de los regímenes residuales, el resultado de esa expansión ha sido una matriz que sólo justifica la acción pública cuando los individuos son incapaces de garantizar su propia sobrevivencia. En este último caso se puede también alcanzar una cobertura universal pero el resultado es un dualismo, donde el tema de la seguridad es en buena medida un asunto de mercado y el de la pobreza un asunto de asistencia pública (Ibíd.).

Finalmente, en el caso de los regímenes universalistas, alcanzar dicha cobertura supone garantizar un nivel mínimo de servicios sociales para todas las categorías y grupos sociales, es decir, para todos los ciudadanos. Esto significa otorgar beneficios con calidad homogénea y adecuada y enfatizar que éstos deben ser operados sobre la base de los principios de ciudadanía, es decir, como derechos garantizados por el Estado. (Ibíd.)[16].

[14] Esta sección está basada en buena medida en (Barba 2009)

[15] Antes de la reforma Tatcherista.

[16] Es muy común que esta perspectiva se relacione con la visión de Titmuss (1968), para quien el principio de universalismo supone evitar estigmatizar a los usuarios, dicho autor señala que "Al propósito de hacer disponibles y accesibles los servicios sociales a toda la población de tal forma que no envuelvan a sus usuarios en ninguna humillación o pérdida de estatus, dignidad o auto respeto. No debe haber ningún sentido de inferioridad, pauperismo, vergüenza o estigma en el uso de un servicio provisto

¿Qué es el universalismo?

Esping-Andersen (1990) considera que el universalismo promueve igualdad de estatus, igualdad de derechos, esto es, que cada ciudadano cuente con similares derechos, independientemente de las posiciones de clase o de mercado. Esto significa que los sistemas universalistas cultivan una solidaridad interclasista. Para este autor los alcances de esa solidaridad sólo pueden establecerse históricamente. En este marco, retomando al mismo Esping-Andersen (1990), junto con Titmuss (1968) y Castel (2003), podemos llegar a la concepción de universalismo como *"servicios sociales semejantes provistos para todos los ciudadanos por todos los ciudadanos, en una sociedad desigual" (*Valencia Y Foust, 2010*)*[17].

Sin embargo, hay un punto crucial: evitar el dualismo, es decir, impedir que los pobres dependan del Estado y los no pobres del mercado. Esto sólo puede alcanzarse ofreciendo la misma calidad en los servicios, una calidad que se acerque a la que esperan obtener las clases medias, lo cual es también estratégico para lograr su apoyo político a este tipo de políticas. (Esping-Andersen, 1990: 25-26, 31)

El fundamento de este universalismo a fin de cuentas es el reconocimiento de la ciudadanía o pertenencia a una comunidad, que implica también la conciencia de los derechos y obligaciones en esa misma comunidad y la existencia de instituciones que protegen estos derechos ciudadanos. Sin la perspectiva de derechos sociales y de ciudadanía, la simple extensión de la cobertura en un marco de instituciones que ofrecen servicios desiguales en calidad y en beneficios puede conducir a un falso universalismo en el que "*servicios sociales fuertemente estratificados son provistos para los ciudadanos en una sociedad desigual"* (Valencia y Foust, 2010). El falso o débil universalismo, la sola ampliación de cobertura, puede simplemente reforzar o institucionalizar la desigualdad de la sociedad.

La postura universalista clásica considera que la cobertura universal no se alcanza a través de un proceso de focalización, ni de prueba de medios. Sin embargo, en la actualidad se piensa que esa noción rígida de universalismo es inadecuada debido a su falta de sensibilidad ante una serie de agudas desigualdades sociales, regionales, de género, étnicas…, que exigen un tratamiento específico no estandarizado, es decir, focalización y acción afirmativa.

Ciertamente, esto ha implicado una fusión de criterios universalistas y focalizados, pero no la aceptación de la prueba de medios. Esta clase de universalismo atenuado supone una mayor sensibilidad a los entornos donde las políticas impactan, pero no renuncia a la construcción de derechos equivalentes para todos, estableciendo un piso mínimo para todos los ciudadanos. (Baldock, et.al., 2007: 694)

---

públicamente, ni atribución de que uno es hecho o convertido en una carga pública" (Titmuss, 1968: 129 La traducción es mía) Esta perspectiva está conectada también con una postura filosófica que insiste en que el conocimiento, la verdad, los valores morales son los mismos para todas las personas en todos los tiempos; y que hay necesidades de bienestar de carácter universal. Esta postura contrasta con el relativismo social. (Baldock, et.al., 2007: 708)

[17] Universalismo no significa uniformidad en todo el mundo, porque la definición de las necesidades que deben ser atendidas ha sido producto de luchas sociales y políticas y no de criterios puramente normativos. Lo que ha hecho que la definición de los alcances de los beneficios otorgados sea algo abierto y ligado a los procesos de democratización de distintos países. (Ginsburg, 2003: 94; Esping-Andersen, 1990: 67-69)

Parafraseando a Esping-Andersen (1990), podríamos afirmar que lo central para definir a los procesos de reforma de los regímenes de bienestar no es cuántas personas pueden ser beneficiadas a través de la instauración de un nuevo tipo de política o programa social, sino qué tipos de derechos establecen estos instrumentos y cómo se comparan los derechos de sus "beneficiarios" con aquellos de los que disfrutan otros conjuntos de ciudadanos.

Tipos de reforma social

Por ello, cuando hablamos de reformas sociales tenemos que reconocer que para modificar significativamente la trayectoria de un régimen de bienestar se requiere orientar los cambios siguiendo un paradigma alternativo al que históricamente les ha servido de eje.

En los extremos se pueden ubicar dos vías posibles:

a) *Universalizar*, que equivale a reformar los regímenes de bienestar conservadores o residuales, siguiendo un paradigma universalista. Ello supone reducir tendencialmente todos los estratos a uno solo, donde se garantizan derechos equivalentes para todos los ciudadanos. La universalización supone reconfigurar o ampliar la esfera pública, porque subordina el diseño de programas, políticas e instituciones a la construcción de derechos sociales, exigibles y judicializables. También entraña reubicar las políticas sociales en el ámbito de las políticas públicas, donde la participación ciudadana es indispensable (Barba, 2009).

b) *Residualizar*, que implica dos casos posibles: 1.- Reformar los regímenes universalistas siguiendo un paradigma residual, lo que implica dualizar su estructura, distinguiendo entre derechos a la seguridad social y programas de asistencia social. 2.- Reformar los regímenes conservadores siguiendo un paradigma residual, esto se traduce en una agudización de la estratificación de los sistemas de bienestar porque, al menos durante la fase de transición hacia el establecimiento de una estructura de bienestar dual, se agregan nuevos segmentos a dichos sistemas (Ibídem.).

2. La perspectiva universalista en el ámbito de la salud

En el caso particular de América Latina, asumir una perspectiva universalista en el ámbito de la salud implica empezar por considerar la aguda transición epidemiológica que han experimentado los países que integran esta región.

Por ello, las reformas orientadas por esta perspectiva tendrían que plantear una ampliación del espectro de problemas de salud considerados como prioritarios, limitándose no sólo a enfermedades trasmisibles, desnutrición y problemas de salud reproductiva, sino a factores de riesgo relacionados con enfermedades crónicas (tabaquismo, sedentarismo, dieta inadecuada, etc.), lesiones por violencia y accidentes de tránsito.

Para algunos autores, la extensión de cobertura gratuita o subsidiada a los pobres o excluidos a través de programas de transferencias condicionadas de ingresos o de mecanismos de aseguramiento para los más pobres son el camino correcto, pues afirman que de lo que se trata es de reducir la desigualdad en el acceso a la salud y de buscar que el costo de estos servicios sea financiado por quienes pueden pagarlo, privilegiando a quienes no tienen capacidad de pago (Medici, 2006).

Sin embargo, quienes asumen la perspectiva del universalismo, aún en una versión básica[18], consideran que se debe lograr no sólo una ampliación de la cobertura y una perspectiva progresiva, sino una cobertura universal de beneficios imprescindibles, con calidad homogénea y adecuada, que deben ser otorgados sobre la base de los principios de ciudadanía (Tobar, 2006).

La idea de universalismo básico implica un cierto nivel de focalización, pero no se trataría de focalizar en personas con determinadas características, sino en servicios que atiendan el perfil de necesidades de los más pobres. Se buscaría un universalismo incremental cuya intención sería concretar el derecho efectivo a la salud para todos los ciudadanos de un mismo país, no necesariamente a través de un solo sistema, pero sí a través de tratamientos equivalentes, basados en un mismo modelo de atención para todos y en estándares de calidad homogéneos. Lo que se buscaría no sería la creación de mercados sino garantizar respuestas adecuadas frente a amenazas a la salud (Tobar, 2006).

Este universalismo incremental busca generalizar inicialmente sólo la cobertura y la igualdad en los servicios que ofrecen las instituciones para afrontar algunos riesgos sociales considerados como fundamentales, desde una dinámica de derechos sociales. Así, el enfoque del universalismo básico se propone como una estrategia inicial encaminada, desde las posibilidades de cada nación, hacia el universalismo (Filgueira, Molina, Papadópulos y Tobar, 2006).

3. La reforma al sistema de salud mexicano: El PROP y El Seguro Popular[19]

El derecho a la protección de la salud está inscrito en la Constitución Política de México, pero en ella no se precisa cómo garantizarlo. Históricamente, las instituciones públicas dedicadas a esa tarea han estado segmentadas en dos subsistemas: los servicios de seguridad social[20] y los servicios para quienes no son derechohabientes, a quienes se denomina "población abierta".

Al finalizar el siglo XX, el sistema de salud mexicano se caracterizaba por un acceso muy inequitativo a los servicios que ofrecía. Desde el punto de vista de los usuarios, dicho sistema estaba conformado al menos por cuatro estratos:

1. Una pequeña parte de la población capaz de pagar atención privada.
2. Los derechohabientes de los seguros públicos, aproximadament el 40% de la población[21].
3. Aquellos que no contaban con un seguro público y eran atendidos por la Secretaría de Salud o el IMSS (aproximadamente 50% de la población).

[18] Propuesta desarrollada por una serie de autores como Carlos Molina, Fernando Filgueira, Jorge Papadópulos y Federico Tobar, quienes sostienen que para hacer frente a los déficit sociales que arrastra América Latina hace falta una cobertura de prestaciones sociales básicas de alcance universal, con carácter de derecho de ciudadanía, cuya calidad y usufructo esté garantizado por el Estado (Ver: Molina, 2006).

[19] Esta sección está basada en un trabajo previo (Barba, 2010)

[20] Que a su vez se encuentran segmentados en varios sistemas dedicados a proteger a los empleados privados, a los empleados públicos, a las fuerzas armadas, a los trabajadores de Petróleos Mexicanos, etc.

[21] Particularmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que en conjunto agrupaban al 98% de los asegurados en México) que incluyen al 40% de la población (INEGI, 2000).

4. Y diez millones de indígenas (aproximadamente el 10 % de la población) sin acceso a ningún servicio de salud[22] (Laurell, 2001: 74; Gutierrez, 2002: 83-86; Banamex Actival, 1998: 285).

Esta gruesa desigualdad en la protección de la salud es agravada por grandes desigualdades regionales[23].

La transición epidemiológica en México

La inequidad en materia de salud se ha complejizado como resultado de una prolongada y heterogénea transición demográfica, que está sumando nuevos aspectos a los patrones tradicionales de enfermedad, discapacidad y muerte. Desde hace décadas, México ha estado experimentando un cambio dramático: de un perfil epidemiológico asociado con la pobreza en áreas rurales, al predominio de las enfermedades crónicas típicas de poblaciones urbanas y en proceso de envejecimiento. Esto no es muy sorprendente porque en México aproximadamente el 65% de la población es urbana (CONAPO, 2007).

Acorde con una larga trayectoria dual en materia de bienestar[24], México encara ahora una doble carga:

[22] Asa Cristina Laurell sintetiza la desigualdad en el campo de la salud en México señalando que la probabilidad de que un niño o niña muera durante sus dos primeros años de vida es tres veces mayor para niños de familias campesinas y dos para los que pertenecen a familias obreras, que para los que integran a las familias de clase media. Además la brecha en la esperanza de vida entre un jornalero agrícola y un profesionista acomodado es de 13 años. (Laurell, 2001: 72) La inequidad se manifiesta de manera extrema en el caso de los indígenas. De acuerdo con un estudio reciente, la atrofia del crecimiento (estatura/edad) es casi tres veces más común entre los niños indígenas que en el resto[22]. Además, en el año 2000 mientras la seguridad social incluía al 47% de la población no indígena, solamente abarcaba al 17% de la población indígena. (Hall y Patrinos, 2005)

[23] Esto salta a la vista si se compara la región más rica de México, con la más pobre. Mientras a finales de la década de 1990 en la región Noreste (la más rica) el 52% de la población era derechohabientes de los seguros de salud públicos y el presupuesto per cápita en salud era de 1277 pesos (pesos de 1997) ; en la región Pacífico Sur (la más pobre) sólo el 16% estaba asegurado y el presupuesto per cápita en salud era más de 2 veces menor que en el caso anterior (583 pesos de 1997) (Gutiérrez, 2002: Cuadro 2).

[24] Durante el período comprendido entre 1940 y 1982 germinaron las figuras centrales del régimen de bienestar mexicano. –A lo largo de esos años la política social empezó a concebirse como un complemento a la estrategia industrializadora impulsada estatalmente, por ello se reorientó hacia el medio urbano y hacia los grupos sociales que apoyaban el proyecto económico estatal. Durante esos años el sistema del seguro social funcionó como eje para articular una coalición distributiva de carácter regresivo, Integrada por sectores de las clases medias, organizaciones obreras, empleados públicos, empresarios industriales nacionales y extranjeros, políticos y funcionarios públicos. En ese contexto económico y político se desplegó un complejo sistema de bienestar concebido, desde un punto de vista social, como un mecanismo suplementario y corrector del modelo de industrialización. Sin embargo, la articulación entre ambos elementos agudizó la desigualdad social, debido a que: En el medio urbano protegió y otorgó derechos sociales a los trabajadores masculinos, adultos, formales y organizados, así como de los empleados públicos y las clases medias; en el medio rural generó una desafiliación sistemática de los sectores campesinos; en el medio urbano ofreció una discreta asistencia social a los trabajadores informales; y en el caso de la población indígena reprodujo la tradición histórica de excluirla del acceso a las instituciones y bienes y servicios sociales. Considerando estas tendencias, el régimen mexicano puede caracterizarse como dual, porque, sólo ofrecía protección social a los sectores urbanos y formales, mientras asistía, desafiliaba o excluía al resto de la población (Barba, 2003, 2005, 2006 y 2007).

1. Por un lado, una agenda inconclusa en lo correspondiente al control de infecciones, desnutrición y problemas de salud reproductiva, problemas relacionados con la pobreza.
2. Por otro, los retos emergentes representados por las enfermedades crónicas, como la diabetes o las enfermedades cardiacas o del hígado[25], los trastornos mentales y el problema creciente de las lesiones y la violencia, que también afectan a los pobres[26].

La reforma al sistema de salud: sigue la segmentación

Resulta evidente que el sistema de salud mexicano no estaba a la altura de las crecientes presiones financieras impuestas por esta doble carga, pues casi el 60% de la población, conformada por los trabajadores por cuenta propia, los desempleados y a aquellos que estaban fuera del mercado laboral o que trabajaban en el sector informal de la economía, en el campo o pertenecían a comunidades indígenas, no contaban con seguridad social.

Esta problemática fue reconocida por el gobierno y para enfrentarla primero instauró programas sociales orientados a ofrecer servicios de salud para los más pobres, tal es precisamente el caso del PROP; y posteriormente realizó una reforma a la Ley General de Salud en 2004, a través del establecimiento de una nueva institución denominada "Seguro Popular de Salud" (SP), cuya orientación oficial es contribuir a generar derechos universales[27].

La figura emblemática de la reforma es el Seguro Popular, concebido como un seguro público y de afiliación[28] voluntaria[29], aunque el núcleo de protección se consideran las familias[30]. El SP ofrece un paquete explícito de servicios de salud[31] . Este seguro fue

[25] Asociados con factores de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad.

[26] Una realidad que con frecuencia se pasa por alto en la búsqueda de la equidad es que las infecciones comunes y la desnutrición, ya no son los únicos problemas de los pobres, quienes también muestran las tasas más elevadas de muchos padecimientos crónicos. Como afirma Julio Frenk: En salud, somos víctimas de nuestros propios éxitos. El mejoramiento de las condiciones básicas de salud echa a andar la transición epidemiológica al incrementar la sobrevida infantil que permite alcanzar edades en las que las enfermedades no transmisibles son más prevalentes. Dado que la velocidad de este cambio está distribuida en forma desigual entre los diferentes grupos sociales, la población acaba por enfrentar una doble carga de enfermedad. (Frenk, 2007: 16)

[27] La aspiración de esa reforma fue rediseñar el Sistema de Salud para lograr la cobertura universal, para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud y para garantizar dicho derecho con base en las necesidades de los ciudadanos, independientemente de su nivel de ingreso, lugar de residencia, origen étnico o condición laboral.

[28] Los requisitos generales de afiliación al Seguro Popular más importantes son no ser derechohabiente de la seguridad social, (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.) y solicitar voluntariamente la afiliación. También se requiere cubrir la cuota familiar y entregar la copia de algún documento que contenga el número de folio de beneficiario de algún programa de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal. (Secretaría de Salud, 2006 c)

[29] La naturaleza voluntaria del proceso de afiliación es una característica esencial de la reforma que pretende democratizar el presupuesto y constituir un incentivo para fortalecer el sistema de atención a la salud, así como proveer servicios de la mejor calidad posible, ya que sólo se reafiliarán las familias satisfechas con los servicios recibidos.

[30] La unidad de protección del Seguro Popular es el núcleo familiar, integrado por el titular, su cónyuge, sus descendientes directos menores de 18 años y/o sus hijos solteros de 18 a 25 años que cursen la educación media superior o superior, hijos discapacitados dependientes y sus ascendientes directos mayores de 64 años, dependientes económicos que vivan en el mismo hogar. También pueden afiliarse

creado para superar la brecha existente entre derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son. Pretende reducir el riesgo de sufrir gastos catastróficos o empobrecedores que enfrentan las familias vulnerables (Secretaría de Salud, 2006).

Después de la reforma, la cobertura del sistema mexicano de salud se ha incrementado de manera notable. De acuerdo con estimaciones recientes, el número de familias no aseguradas por los seguros laborales en México ascendía en 2007 a 11 millones 898 mil familias y de ellas 45.7% ya formaban parte del SP (CNPSS, 2007: Tabla 6). Los datos de la reciente medición de pobreza de ingresos reportan 64.7% de población sin acceso a la seguridad social; y 40.7% sin acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2009a: 3).

Para 2007 la cobertura del Seguro Popular se concentraba en los dos deciles de menor ingreso, ya que de acuerdo con los datos más confiables disponibles, el 45% de los beneficiarios se concentraría en los dos primeros deciles, y el 63% en los tres primeros[32] (Scott, 2006: Cuadro 2). De acuerdo a los datos oficiales, para 2008 en los primeros tres deciles se concentraba el grueso de las familias afiliadas: 98.9% (74.1% del primer decil, 22.8% del segundo y 2% del tercero) (CNPSS, 2009: Tabla 2.14).

Sin embargo, el 98% de todas las intervenciones previstas por el SP y el total de los medicamentos garantizados se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, ya que la reforma no estableció de manera específica cuáles servicios de alto costo serían atendidos por el SP, en cambio la mayoría de sus recursos se dedican al financiamiento del paquete de servicios esenciales. Los datos de 2007 y de 2008 muestran justamente eso: sólo el 8% de su presupuesto se reservó para hacer frente al rubro de "gastos catastróficos" asociados a enfermedades crónicas[33] (CNPSS, 2007: Tabla 2 y CNPSS, 2009).

Esto significa que quienes tienen acceso a los sistemas de seguridad social vinculados al empleo formal cuentan con derechos de los que carecen los derechohabientes del SP.

Puede plantearse de la siguiente manera la nueva segmentación después de la reforma de salud y de la generación de nuevos programas como PROP y el SP[34]:

- "El nivel más completo de atención se da a través de la seguridad social, que incorpora a 4 [35] de cada 10 mexicanos, y que en sí misma está segmentada en cinco seguros autónomos con programas de salud para los trabajadores del

---

voluntariamente las personas mayores de 18 años de manera individual, pagando únicamente el equivalente al 50% de la cuota familiar que corresponda al nivel socioeconómico de su hogar.

[31] Consistente en 255 intervenciones y garantiza el surtimiento de 307 medicamentos.

[32] De hecho según el estudio mencionado, el SP estaría mejor focalizado que los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, aunque no mejor que Oportunidades o IMSS-Oportunidades. (Scott, 2006)

[33] Al tiempo que el 84% de los recursos se destinaron a cubrir los servicios esenciales de salud (CNPSS, 2007: Tabla 2).

[34] Esta estructura es tomada textualmente de Valencia y Foust, 2010.

[35] De acuerdo a la ENESS (INEGI, 2004), incluye a 5 de cada 10, porque 50.6% de la población contaba con algún tipo de derechohabiencia. ~~Otras fuentes de carácter administrativo incrementan la cobertura (por ejemplo, en 2003 llegaba a 53.% de acuerdo a Brachet-Márquez, 2007, sin incluir al Seguro Popular).~~

sector privado (IMSS), empleados públicos federales y estatales (ISSSTE), ejército y marina, y trabajadores petroleros.

- "El siguiente nivel está constituido por el recientemente creado Seguro Popular que atiende a 2 de cada 10 mexicanos (Coneval, 2009 a), para los no asegurados vía el trabajo formal; incorpora sobre todo a familias de bajos ingresos ubicadas en los primeros tres deciles de la distribución del ingreso, a quienes ofrece una atención médica básica. Pretende afiliar a todos aquellos que no cuenten con seguro de salud y ha ido ampliando paulatinamente las posibles intervenciones en beneficio de los afiliados.
- "El siguiente nivel está constituido por los servicios de salud incorporados en el Programa Oportunidades, que atiende a 1 de cada 10 mexicanos (poco menos de 10 millones) no incorporados al Seguro Popular[36]. Oportunidades contiene un componente de salud, el Paquete Básico Garantizado de Salud, que se concentra en el primer nivel de atención a esta población incorporada.
- "El último nivel es de la atención a población abierta por la Secretaría de Salud, para 3 de cada 10 mexicanos [37].

"Además de las diferencias en prestaciones, los trabajadores asegurados con esquemas especiales cuentan con instituciones propias (hospitales de alto nivel) como es el caso de los empleados en las fuerzas armadas y en PEMEX, y con mayor proporción del gasto en salud: éste representa 2.6 veces el gasto per cápita de los servicios de la Secretaría de Salud[38]" (Valencia y Foust, 2010).

EL PROP en el contexto de la reforma

Para 2007, el 41% de las familias afiliados al PROP estaban también afiliados al SP (Cálculo propio a partir de CNPSS, 2007: Tabla 9); para 2008, este porcentaje se había elevado a 57% (Cálculo propio a partir de CNPSS, 2009: 31). Este dato es sorprendente ya que todos los beneficiarios de ese programa cuentan con el perfil requerido para afiliarse al SP; además se cuenta con la información necesaria para incorporarlos a todos en un solo momento. No obstante, estas cifras son diferentes en el estado de Jalisco, lo que muestra la importancia de identificar las dinámicas regionales: a fines de noviembre de 2008, había 464,529 familias afiliadas al Seguro Popular en ese estado; de ese total, 30.6% eran participantes en Oportunidades (es decir, fue 142,261)

[36] Este Programa cubría ya en 2009, a cinco millones de hogares (que representan poco más de 22% de la población) pero en lo que se refiera a la salud cerca de tres millones de ellos estaban ya afiliados al Seguro Popular a fines de 2008 y el resto, poco más de dos millones, no (CNPSS, 2009).

[37] Si partimos de las cifras administrativas de las instituciones de seguridad social y del Seguro Popular, la población atendida por la Secretaría de Salud en mecanismos de población abierta sería sólo de 1 de cada mexicanos. Debe tomarse en cuenta que en las clínicas de la Secretaría de Salud coinciden los afiliados al Seguro Popular ("credencializados") y la población abierta "no credencializada".

[38] Brachet-Márquez (2007: 335) calculaba las siguientes diferencias en el gasto en la Secretaría de Salud y el IMSS-Oportunidades (convertido en 100 por nosotros) con los trabajadores asegurados en el ISSSTE, en el IMSS y en PEMEX-Fuerzas Armadas: 136%, 211% y 261% respectivamente.

(CNPSS, 2009: Tablas 2.7 y 2.9). Si tomamos en cuenta el dato total de cobertura de Oportunidades a fines de 2008[39], es decir 149,448 familias, podemos concluir que 95.2% de las familias integrantes de Oportunidades están afiliadas al Seguro Popular. Esta mayor cobertura de las familias Oportunidades fue constatada en nuestras entrevistas[40].

En todo caso, el resultado neto de esta ineficiencia nacional es que en términos objetivos se ha reforzado la segmentación del sistema de salud, pues el PROP y el Seguro Popular no cuentan con el mismo paquete de servicios médicos[41]. Además, la operación de ambos es un tanto redundante.

Este no es un tema menor, considerando que la universalización del derecho a la salud implica ofrecer derechos de la misma calidad para todos los ciudadanos. Claramente no es el caso del sistema de salud mexicano después de la reforma. El SP agrega un nuevo estrato a la añeja segmentación del sistema de salud.

El PROP en cuatro localidades de Jalisco

Como hemos visto, los datos disponibles indican que ni el establecimiento del PROP ni la creación del SP, ni la vinculación entre estas dos entidades han podido contrarrestar los tradicionales patrones de segmentación del sistema de salud mexicano.

Sin embargo, queda por dilucidar si el PROP, en interacción con el SP, a nivel práctico fortalece en su operación cotidiana una perspectiva de derechos sociales acorde con el derecho a la salud establecido por la constitución mexicana. Ese fue precisamente el objetivo fundamental del trabajo de campo.

Las actividades del PROP en Jalisco iniciaron en 1998 con sólo cerca de 25,000 familias (ver cuadro siguiente elaborado por Padilla, 2010) que representaban apenas 1.9% de la cobertura nacional; con el paso del tiempo la cobertura se ha ampliado, especialmente en los periodos de inclusión de localidades urbanas (ver cambio de 2003 a 2004 en el cuadro siguiente), de tal manera que a fines de 2008 las familias integradas al PROP en este estado (cerca de 150,000) representaban ya prácticamente

[39] http://www.oportunidades.gob.mx/Wn_Inf_General/Padron_Lig/Cober_Aten/archivos/fams%20%20benef%20mpios%20locs%20historico%202000-2008%20(2).pdf

[40] Si bien es preciso tomar en cuentas que estas entrevistas no representan una muestra representativa.

[41] En el ámbito de la salud, PROP garantiza un paquete de prestaciones básicas, que corresponde al perfil epidemiológico de los pobres de comunidades rurales, e incluye 13 intervenciones. Incluye acciones de saneamiento ambiental, manejo del embarazo, el parto y el puerperio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias y diarreicas. Estos servicios se reciben en unidades de primer nivel, incluso a través de personal auxiliar comunitario. El apoyo en efectivo y el acceso a los suplementos nutricionales que reciben los niños y las mujeres embarazadas y en estado de lactancia –que contienen micronutrimentos y 20% de los requerimientos energéticos que requieren los niños y las mujeres- dependen de la asistencia regular y periódica a estas unidades de salud. Asimismo, se hace un seguimiento y un manejo muy riguroso de los casos detectados de desnutrición. A esto habría que agregar un tercer aspecto del componente de la salud que es la educación para el autocuidado, que incluye educación en temas de salud e higiene, información sobre hábitos de alimentación y prevención de enfermedades. (Diario Oficial de la Federación, 2003). Las intervenciones son principalmente de carácter preventivo y de detección y tratamiento oportuno de problemas agudos de salud (como las enfermedades diarreicas o respiratorias), que se proporcionan a cada uno de los integrantes de las familias beneficiarias en forma gratuita.

Formatted: Font: Calibri, 10 pt

Formatted: Font: 10 pt

3% del total. Del total de la población del estado (6.96 millones de acuerdo a Conapo[42]), aproximadamente 10% está incorporada al PROP.

Cuadro 1. Cobertura del programa Oportunidades, Nacional y Jalisco, 1998-2008

Oportunidades Nacional				
Año	**Municipios**	**Localidades**	**Hogares (miles)**	**Becados (miles)**
1997	456	10,769	300.67	321.90
1998	1,743	40,906	1,595.61	1,299.00
1999	2,155	53,055	2,306.33	2,192.60
2000	**2,166**	**53,232**	**2,476.43**	**2,485.32**
2001	2,310	67,539	3,116.00	3,325.52
2002	2,354	70,520	4,240.00	4,361.24
2003	2,360	70,436	4,240.00	4,836.56
2004	**2,429**	**82,973**	**5,000.00**	**5,142.63**
2005	2,435	86,091	5,000.00	5,338.06
2006	2,441	92,672	5,000.00	5,253.16
2007	2,444	92,961	5,000.00	5,151.76
2008	2,445	95,819	5,010.98	5,042.13
Oportunidades Jalisco				
Año	**Municipios**	**Localidades**	**Hogares (miles)**	**Becados (miles)**
1998	105	1,626	27.63	24.98
1999	122	2,407	40.83	39.64
2000	122	2,473	42.20	43.70
2001	123	4,163	64.70	64.12
2002	123	4,128	79.17	86.86
2003	123	4,064	78.23	90.55
2004	124	5,368	147.58	150.51
2005	124	5,635	155.83	172.48
2006	124	5,746	146.46	166.93
2007	124	5,734	147.95	164.14
2008	124	5,552	149.45	161.16

Fuente: Padilla (2010), con base en Zedillo, 2000 y Oportunidades, Indicadores de Seguimiento, Evaluación, Gestión y Resultados del Programa por Entidad Federativa, 2000 a 2007 (corresponsabilidad septiembre-octubre de cada año) y 2008 (corresponsabilidad noviembre-diciembre), disponibles en www.oportunidades.gob.mx.

Criterios de selección

Los criterios para seleccionar las localidades donde operara el PROP para efectuar nuestro trabajo de campo, fueron :

1. Escoger cuatro localidades pertenencieran al estado de Jalisco[43], que en la medida de lo posible tuvieran grados de marginación semejantes[44] .

[42] http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores/14.xls

[43] La razón fue fundamentalmente práctica, ya que los investigadores residen en este estado, lo que facilitó los aspectos logísticos del trabajo.

Formatted: Font: Calibri,10 pt

2. Comparar dos localidades urbanas y dos rurales, para detectar diferencias en la operación del PROP.
3. Escoger una localidad ubicada en la Zona Metropolitana de Guadalajara y otra en el área suburbana de esta ciudad, para determinar diferencias en el medio urbano.
4. Escoger una localidad rural con altos niveles de marginación y otra con el mismo grado de marginación, pero poblada predominantemente por indígenas, para encontrar diferencias en la operación de PROP entre estos tipos de localidades rurales.

Localidades seleccionadas

Las localidades que escogimos en el medio rural fueron: Atemajac de Brizuela[45], cabecera del municipio del mismo nombre, enclavada en una zona serrana de la Región Sur de Jalisco, que en 2005 contaba con 5, 014 habitantes y era clasificada como una población con altos niveles de marginación[46]. La segunda fue Mezcala, que es la tercera localidad en número de habitantes del municipio de Poncitlán, Jalisco, y se distingue por su población indígena[47]; se ubica en la Región Ciénega y que en 2005 tenía 4, 341 habitantes y era considerada una localidad con un alto grado de marginación (CONAPO, 2005).

En el medio urbano las localidades escogidas fueron: "La Cañada", una población con antecedentes rancheros, que es una de las 157 localidades que pertenecen al municipio de Ixtlahuacán de los Membrillos. La Cañada está situado en la Región

[44] El Consejo Nacional de Población ha construido un índice de marginación que El índice de marginación es una medida resumen que permite diferenciar a las localidades censales del país según el impacto global de las privaciones que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas y la carencia de bienes. El índice sintetiza los siguientes ocho indicadores: Porcentaje de población de 15 años o más analfabeta. Porcentaje de población de 15 años o más sin primaria completa. Porcentaje de viviendas particulares sin drenaje ni excusado. Porcentaje de viviendas particulares sin energía eléctrica. Porcentaje de viviendas particulares sin agua entubada en el ámbito de la vivienda. Porcentaje de viviendas particulares con algún nivel de hacinamiento. Porcentaje de viviendas particulares con piso de tierra. Porcentaje de viviendas particulares sin refrigerador (CONAPO..

[45] Según la *Enciclopedia de los Municipios de México:* los pobladores originarios de este territorio fueron otomíes. Posteriormente se asentaron grupos chimalhuacanos, lo cual explica el nombre náhuatl – Atemaxaque: "piedra que bifurca el agua" (ibid.). Sin embargo, actualmente no se habla lengua náhuatl entre la población.

[46] En julio de 2007, 80% de la población de esta localidad se encontraba por debajo de la línea oficial de pobreza; un porcentaje similar tampoco tenía capacidad de ahorro ni poseía tierras o algún activo productivo. Además, las actividades productivas se han concentrado en la explotación forestal, lo que ha tenido un alto impacto en el medio ambiente, y ha generado una falta de opciones de empleo para los jóvenes; muchos de ellos, incluyendo los becados por Oportunidades, han tenido que migrar a Estados Unidos en busca de otras opciones de ingresos (Foust, 2010; Padilla, 2009).

[47] Según la *Enciclopedia de los Municipios de México*, los pobladores originarios de Poncitlán eran "tribus cocas"; y aunque el escudo del municipio contiene elementos de lengua y cultura náhuatl, según la misma fuente, la población indígena del municipio (9%) habla purépecha, principalmente. En este contexto, Mezcala es una localidad que se asume indígena y que lo vive en su identidad, sus costumbres y fiestas.

Centro del estado de Jalisco, en 2005 contaba con 404 habitantes y su grado de marginación era medio, aunque en 2000 se clasificaba con alta marginación (CONAPO, 2005; Magaña, 2009).

La segunda fue "Mesa de los Ocotes" que se ubica al Norte de a Zona Metropolitana de Guadalajara, y pertenece a la zona urbana conocida como "Arroyo Hondo". Este vecindario es considerada por los urbanistas como una vecindario periférico y marginal, donde habitan 6 490 personas (Mendoza, 2009)

Metodología

En cada localidad se visitaron los centros de salud y se recabaron los datos básicos sobre éstos[48], también se obtuvieron los perfiles del personal de salud entrevistado[49], de igual forma se ubicaron las enfermedades más comunes atendidas en cada uno de ellos y los servicios que se ofrecen (Anexo 1).

Se realizaron entrevistas al personal médico que labora en dichos centros, para establecer los servicios disponibles; el conocimiento que este personal tiene sobre los servicios ofrecidos por PROP y su articulación con el Seguro Popular; sus opiniones sobre las obligaciones que el programa les exige, su valoración del mismo, su percepción sobre los derechos de los beneficiarios, su valoración sobre el impacto social del programa. Además, se recabaron narraciones sobre aspectos operativos de PROP y se concluyó con una dimensión valorativa personal sobre los principales aspectos del programa (Anexo 2)

También se realizaron entrevistas a las madres de familia responsables de cumplir las condicionalidades de PROP, ese instrumento sirvió para recabar datos sociodemográficos básicos de las madres y los beneficiarios. Se investigaron varios temas, entre ellos, el conocimiento que las madres tienen sobre los servicios ofrecidos por el programa, sobre sus responsabilidades; también se preguntó sobre sus opiniones acerca de la calidad de los servicios brindados , sobre su percepción sobre los derechos asociados al PROP, se les pidió que realizaran una valoración sobre varios aspectos: la importancia que el programa tiene para ellas, las condiciones en que se encuentran los centros de salud, las prácticas del personal médico y el tipo de relaciones que prevalecen entre los beneficiarios y el personal mencionado .

Las Dimensiones básicas de análisis son:

- La estructura del programa, entendida en términos de los recursos con que cuenta y los recursos que ofrece a los beneficiarios.
- Las prácticas y los discursos del personal médico
- Las prácticas y percepciones de los beneficiarios.

Las comunidades Rurales: Atemajac de Brizuela y Mezcala

Atemajac de Brizuela es una localidad mestiza donde habitan 5,014 habitantes, 550 familias forman parte del PROP (aproximadamente 2200 personas) y 85% de ellas

[48] Nombre y/o número del Centro de Salud, fecha de creación, localidad en la que se ubica, número de médicos, números de consultorios, números de enfermeras y de otro personal y un recuento de los servicios de salud que se ofrecen (Anexo 1).

[49] Nombre de los entrevistados, edad, sexo, lugar de residencia, formación profesional, estatus laboral, etc. (Anexo 1)

están afiliadas al Seguro Popular (SP), quienes son atendidos en un Centro de Salud fundado en 1989[50]. Además el Centro de Salud atiende a otras 150 familias que viven en poblaciones cercanas (500 personas más, aproximadamente).

Mezcala, es un localidad con una población mayoritariamente indígena donde viven 4, 341 personas, 527 familias son beneficiarios de PROP (aproximadamente 2108 personas) y la mayoría de estas son beneficiarias del Seguro Popular.

a) La estructura de los servicios de salud

La infraestructura física.- En ambas poblaciones se visitaron los centros de salud (CS) para hacer una observación directa de las instalaciones y recabar información básica sobre los recursos con los que cuentan. En Atemajac de Brizuela (en adelante Atemajac) el Centro dispone de 3 consultorios, cuatro médicos, 8 enfermeras y 2 pasantes[51].

En Mezcala el CS cuenta con 2 consultorios, dos médicos, un psicólogo, 3 enfermeras y 1 pasantes de medicina. De acuerdo en información proporcionada durante el trabajo de campo cada médico atiende en promedio a 18 pacientes al día, lo que indica que la capacidad de atención es muy inferior a la requerida (Reporte de trabajo de campo en Mezcala).

En ambos localidades los recursos son evidentemente insuficientes para hacer frente a la gran demanda de servicios de salud, que está integrada por población abierta[52], por los derechohabientes del SP y los beneficiarios de PROP.

De esta insuficiencia hay plena conciencia entre el personal médico de Atemajac:

> "Podría sonar ilógico: damos mil consultas al mes y parece insuficiente, en un pueblo de 6000 habitantes [sic]. Pero hay saturación en la demanda… De acuerdo a las encuestas, estamos bajos en satisfacción del usuario en el tiempo de espera: 3 de cada 10 se van inconformes. Tendríamos que estar en un nivel de 85% de aceptación… Hay que reorganizar la atención para reducir el tiempo de espera" (Promotor de salud de PROP en Atemajac de Brizuela).

> "...porque hay mucho paciente de Oportunidades, y a veces tenemos cinco agendas, y nomás estamos de dos o tres en consulta, y sí se ve uno estresado, y a veces (no se entiende), porque los tenemos ahí dos horas, o una hora y media, a veces hasta tres…es por citas, y hay veces que nada más hay un médico o dos, y por ejemplo, cuando nomás hay uno, nosotros, si viene sano, lo pesamos, lo medimos, le damos su orientación, su línea de vida, y ya lo regresamos, le ponemos su asistencia. Pero si viene enfermo, hay que (pasarlo) en el orden que va, y hay veces que duran hasta tres horas…" (Enfermera auxiliar de PROP en Atemajac de Brizuela).

> "Normalmente está a reventar. Todo se agenda. No nomás es la gente cautiva de Oportunidades. No alcanzamos a darnos abasto" (Responsable del CS de Atemajac de Brizuela).

[50] Entrevista con el responsable del Centro de Salud de Atemajac de Brizuela.
[51] Un estudiante de medicina y una estudiante de enfermería, quienes prestan su servicio social en esa unidad.
[52] No derechohabiente en el Seguro Popular ni beneficiaria de PROP.

Esta misma percepción prevalece entre el personal que labora de Mezcala:

> "[le gustaría] tener un espacio para trabajar a gusto. No hay un lugar para los talleres [que se realizan afuera del Centro de Salud, a la una y dos de la tarde, con el sol en pleno]. No hay espacio propio. Yo estoy aquí en la farmacia. Aquí tengo el material para los talleres [ver foto], entre las medicinas. La computadora es de Oportunidades; el escritorio lo compramos nosotros… Para hacer un cartel, tengo que pedir prestado el escritorio. La promoción es un punto importante… Los doctores tienen que dar consulta hasta en el pasillo. Se necesita otro consultorio" (Promotor de Salud de PROP en Mezcala).

> "Faltaría una enfermera; creo que 4 médicos está bien para el tamaño de la población; aunque aun así no alcanzamos…" (Médico del CS de Mezcala).

> "… En general cuentan con el abastecimiento oportuno de medicamentos, excepto quizás de los medicamentos para atender las infecciones respiratorias [que son las más comunes] que en tiempos de frío si se han agotado algunas veces (Enfermera auxiliar de PROP).

En la actualidad el CS de Atemajac no cuenta con instalaciones propias ya que está en remodelación desde hace un año[53], por lo que la infraestructura disponible en el momento del trabajo de campo puede describirse como inadecuada e insuficiente para prestar servicios de mediana calidad. Además, el mobiliario y el equipamiento están deteriorados y se enfrentan problemas de abasto de medicinas consideradas indispensables.

Esto es confirmado por el personal médico de Atemajac:

> "Actualmente no está bien equipado. Falta todo. El material está deteriorado. Se supone que van a dar todo nuevo. Falta personal, un administrativo, un encargado de farmacia, un médico y una enfermera. Faltan medicamentos, especialmente los que tienen mucha demanda y poco surtido; faltan antibióticos, contra la tos, antihistamínicos, analgésicos y medicina para hipertensos y diabéticos… Cuando no hay medicamentos, les damos de los que tenemos y los demás los tienen que conseguir con sus recursos" (Responsable del CS de Atemajac de Brizuela).

> "No está bien equipado. El mobiliario tiene mucho desgaste… Hacen falta: básculas nuevas, etc… Andamos en un 95% de abasto, pero hay algunas claves que [truena los dedos] se van rapidísimo (ambroxol, antibióticos)" (Promotor de Salud de PROP en Atemajac de Brizuela).

> "Que cada enfermera tuviera su escritorio, porque nomás tenemos dos escritorios, somos a veces hasta cuatro enfermeras que estamos ahí pesando y midiendo, que tuviéramos cada quien su propio escritorio, su manómetro, su estetoscopio, y nomás hay dos básculas, siquiera que hubiera otras dos… es que está muy reducido el espacio, pues" (Enfermera auxiliar de PROP en Atemajac de Brizuela).

[53] Actualmente labora en las instalaciones de un asilo de ancianos construido con recursos donados por migrantes.

Algo semejante ocurre en Mezcala donde el CS no se encuentra en buenas condiciones. En este caso hay una gran saturación, la unidad de promoción de salud está literalmente en el interior de la farmacia, ahí se encuentra también la bodega. La percepción de los entrevistados es que no está bien equipado, no existen recursos para realizar análisis de laboratorio, ni equipo para realizar ecosonogramas, tampoco hay suficiente espacio para realizar los talleres comunitarios y hay problemas con el abasto de medicinas (Cuestionario aplicado en el CS de Mezcala):

> "Hacen falta más antibióticos, desinflamatorios" (Médico del CS de Mezcala).

La precariedad laboral Y organizativa.- En ambos casos, las deficiencias en materia de infraestructura, mobiliario y abasto de medicamentos, son acompañadas por problemas de precariedad laboral en la planta médica.

En el CS de Atemajac sólo tres trabajadores cuentan con "base"[54] pagado por el gobierno federal o la Secretaría de Salud de Jalisco (SSJ) [55], el resto labora bajo un régimen de contratación temporal[56], que no les ofrece acceso a seguridad social, sólo al Seguro Popular (SP). Además, existen diferencias salariales entre quienes realizan el mismo tipo de labores, porque son contratados por distintas entidades[57]. Los trabajadores no cuentan con seguro de vida, a pesar de que diariamente recorrer grandes distancias para llegar a esta localidad, donde no residen, tampoco cuentan con posibilidades de especialización.

Esto se repite en el caso de Mezcala donde sólo una enfermera cuenta con "base", dos médicos se consideran personal "regularizado"[58], el psicólogo trabaja para la SSJ y cuenta con contrato renovable cada 6 meses, una enfermera fue contratada por el Seguro Popular, y otra por PROP (Cuestionario aplicado en el CS de Mezcala).

El personal médico considera que la falta de una estructura laboral clara y formal perjudica el funcionamiento de PROP. Así lo expresan un médico y una enfermera de Atemajac:

> "Lo ideal sería que hubiera personal exclusivamente dedicada al programa, para que dieran mejor seguimiento en el trabajo de campo y evaluar más sistemáticamente… Si el personal tuviera un poco más de sueldo, el médico dejaría de pensar en hacer otras cosas y se concentraría más en el programa; le permitiría tener horas de trabajo en unidad y horas de trabajo en comunidad" (Responsable del CS en Atemajac de Brizuela).

> "Yo que soy de Oportunidades, soy la que salgo más estresada y la que menos sueldo tengo, (en comparación con) las otras compañeras de Seguro Popular, ya tengo 2 años y 6

[54] Forma de contratación por tiempo indefinido, que permite acceder a servicios de seguridad social y a derechos laborales plenos.

[55] Una enfermera, el promotor de salud y la estadígrafa.

[56] Contratos por cinco meses, que se suelen renovar, pero que incluyen la obligación de firmar una renuncia anticipada.

[57] De acuerdo con una enfermera entrevistada en ese centro de salud: "Hay otro médico, también de Oportunidades, al que tampoco lo han 'regularizado' [es decir, no le han otorgado una plaza] y también gana menos que los demás médicos de Seguro Popular, y así estamos, que no nos han dicho nada, si entramos al proceso de regularización o no…"

[58] Forma de contratación que no implica derechos plenos pero es menos precaria que la contratación temporal.

> meses con el mismo sueldo, y ellas ya llevan dos o tres aumentos en el año, yo sigo igual, pero bueno, ¿eso qué tiene?, lo principal es atender… Pos, que mandaran a otra enfermera, porque hay veces que [dicen] 'tú eres la enfermera de Oportunidades, tú atiende', no, pos oiga, somos un equipo y todas debemos de atender…" (Enfermera auxiliar de PROP en Atemajac de Brizuela).

A la precariedad laboral se suma la insuficiencia de personal y la mala organización, como lo refiere el promotor de salud de PROP en Atemajac:

> "Hace falta revisar la organización interna… Un médico no estaría mal, pero la solución es la organización… Tenemos una plaza de médico que está por cubrirse y una de enfermera, que están por cubrirse…" (Promotor de salud de PROP en Atemajac de Brizuela).

Algo parecido es señalado por una enfermera auxiliar de PROP en Mezcala:

> "… se necesitan más médicos.. un laboratorio, otra enfermera… (Enfermera auxiliar de PROP).

La capacitación laboral.- Por lo que corresponde a la capacitación para atender a los beneficiarios de PROP, en Atemajac aunque el personal de salud ofrece visiones contrastantes, algunos hablan de una capacitación muy escueta[59]; pero la mayoría considera que la capacitación adecuada[60].

En Mezcala ocurre algo similar, allí en opinión del promotor de salud, el personal médico sí recibió una buena capacitación para realizar las funciones establecidas por el PROP, porque les fueron explicadas las reglas de operación y las funciones del programa; además se les capacitó para conducir talleres comunitarios, para dar información básica de salud, además conocen bien los servicios previstos por PROP (Promotor de salud del CS de Mezcala).

---

[59] Por ejemplo, el encargado de la administración del Centro de Salud, quien es un médico general que no reside en la localidad y no tiene ninguna relación laboral con PROP, ya que fue empleado por el SP, y quien trabaja desde hace dos años en esa unidad, refiere que recibió una capacitación muy breve sobre la operación del programa, en el cual ha participado desde 2001, primero en calidad de pasante (Entrevista al encargado de administrar el centro de salud).

[60] Tal es el cado del "promotor de salud", cirujano dentista, quien señala que: "Desde un principio, cuando era Progresa, se nos explicaron los fundamentos del programa, los diferentes componentes. Ahora se hace a través de talleres porque hay teorías que dicen que los adultos aprendemos haciendo. Se han reuniones regionales y estatales… hace cuatro o cinco años, pero se siguen dando, aunque más [dirigidas] hacia el seguimiento". "Se dan como parte de los derechos a la capacitación para los trabajadores y tienen valor curricular. / Hay capacitación de "puro Oportunidades" y más allá de Oportunidades" También es el caso de una enfermera con planta con 3 años de antigüedad en el Centro, quien señala que: "Algunas capacitaciones las ofrece la SSJ, otras, Oportunidades… [como la] atención integral de la mujer embarazada, de control de niño sano, este… también los de control de diabetes e hipertensión, ya se les exige que vengan cada mes a su control, y si no acuden tienen falta, y se les descuenta lo del mes, o lo del bimestre; Sí. También detecciones, y a veces también nos dan de vacunas, varía, meten dos o tres temas, la vez pasada fue de vacunas sobre lo de la influenza estacional y la A-H1N1. Pues, en sí, abarca todos los programas, porque de todo nos capacitan, cómo se manejan toda la papelería, los formatos, el llenado de cada formato)" (Entrevista realizada durante la visista al Centro de Salud de Atemajac de Brizuela).

Los servicios ofrecidos.- Los centros de salud en estas dos localidades básicamente brinda servicios de primer nivel, sus actividades fundamentales son: la prevención y promoción de salud[61], a través de platicas de salud; la atención de enfermedades agudas (principalmente gastrointestinales y respiratorias) y la detección de enfermedades crónico degenerativas.

Los propios entrevistados señalan que el perfil epidemiológico prevaleciente en ambas localidades es complejo porque se combinan enfermedades agudas y crónicas. En Mezcala son muy comunes las enfermedades respiratorias agudas y las diarreas, también abundan las picaduras de alacrán; pero cada vez son más comunes la diabetes y la hipertensión[62] (Reporte de trabajo de campo en Mezcala).

Mientras en Atemajac, de acuerdo con el encargado del CS, prevalecen tanto enfermedades agudas como las de vías respiratorias, como enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. En el caso de estas últimas la práctica más común es referir a quienes las padecen a otras unidades de salud, frecuentemente localizadas a cientos de kilómetros de la localidad:

> "[A los enfermos de cáncer] ...Los derivan a Guadalajara, al Hospital de Occidente, a Zoquipan... como una paciente que está con quimioterapias, (enferma) de cáncer de mama, y va allá a sus quimioterapias, a la Clínica de la Mujer, o algo así. A otros que presentan alguna lesión, como virus de papiloma humano, lo mandan a Guzmán... y así... pos, casi los más los derivan a Guadalajara, al Regional de Occidente, o a Hospitales Civiles cuando es ya de tercer nivel" "(Enfermera del CS de Atemajac de Brizuela).

En ese mismo tenor, en Mezcala el personal de salud reconoce que incluso en el caso de los partos, que forman parte del paquete básico de PROP las mujeres son enviadas a una maternidad privada o referidas a los hospitales civiles de Guadalajara Además en el caso de enfermedades crónicas la práctica habitual es referir a sus pacientes a unidades médicas ubicadas en otras localidades(Promotor de salud del CS de Mezcala).

La valoración del PROP.- La impresión del personal del CS de Atemajac es que las malas condiciones del mismo y las limitaciones de PROP aumentan la vulnerabilidad de los pacientes:

> "Hay veces que llegan pacientes con algún problema ya más serio, como de urgencias, y pues falta equipamiento. Bueno, supuestamente aquí nomás se da atención de primer nivel, prevención y promoción, pero hay veces que llegan con alguno ya chocado, o hipoglucémico, o un preinfarto, y que se ocupa medicamento ya de urgencias [que no tienen] ..." (Enfermera auxiliar de PROP en Atemajac de Brizuela).

Por otra parte, los médicos consideran que PROP no es suficiente para enfrentar la precariedad social que genera las enfermedades:

---

[61] Siguiendo los lineamientos de PROP en materia de saneamiento, planificación familiar, atención de partos, nutrición y crecimiento infantil, manejo de diarreas, prevención y control de tuberculosis pulmonar, prevención y detección de cáncer cérvico uterino y prevención y control de hipertensión arterial y diabetes.

[62] Hay pocos casos de Cáncer.

"Nosotros trabajamos con la educación, pero qué hacemos con las casas: láminas, tablitas, cocinan con leña… Por cocinar con leña, tienen sus tejidos constantemente inflamados… Esto está ligado a la situación económica, pero también cultural…." (Médico del CS en Atemajac de Brizuela).

"…Podemos incidir en educación, pero cómo le decimos a la gente que se cuide del frío, que se haga tal tratamiento, nos responden: 'tengo 20 pesos'... ¿Y tu apoyo? 'Me dura quince días, cuando mucho' " (Promotor de Salud de PROP en Atemajac de Brizuela)

En ese sentido, se valora mucho la interacción del PROP con el Seguro Popular:

"Se supone que las farmacias tienen que estar separadas, pero la encargada de la farmacia del Seguro Popular "nos hace el favor" de apoyarnos. No está obligada, pero nos hace el favor " (Encargado del CS en Atemajac de Brizuela).

"De los que estamos trabajando, 70% es pagado por Seguro Popular…" (Promotor de Salud de PROP en Atemajac de Brizuela).

En opinión de un médico del CS de Mezcala el PROP sin acceso al Seguro Popular no implica ninguna diferencia con la atención que se brinda a población abierta:

"Tener Oportunidades es como si fuera población abierta … ya si tienen Seguro Popular, ya tienen otros medicamentos y otros servicios [un ejemplo es el suministro de medicinas]… El Seguro Popular surte una vez a la semana; la Secretaría de Salud surte una vez cada mes, aproximadamente" (Médico del CS de Mezcala).

Se trata dice de una buena idea, pero difícil de llevar a cabo en la práctica:

"El programa en lo teórico está bien, pero llevarlo a la práctica es otra cosa. Llevarlo a la práctica… ya no es lo mismo, a veces quienes crean los programas no es [sic.] alguien que ha estado sentado aquí, o en una localidad donde haya mucha gente… ". (Médico del CS de Mezcala).

También se subraya lo difícil que es cumplir con las responsabilidades que tiene el personal médico:

"Es difícil trabajar aquí, por lo lejos [el promotor invierte 3 horas de ida y 3 de vuelta en el traslado]". [Promotor de salud en Mezcala].

En Atemajac, oficialmente el Centro labora 24 horas diariamente, pero de acuerdo con información ofrecida por el personal que labora en él, realmente sólo opera 8 horas diariamente y los fines de semana 12 horas. Los beneficiarios de PROP son atendidos de lunes a viernes por las mañanas. Los horarios oficiales tampoco se cubren en Mezcala, allí el personal de salud nos informó que el CS sólo opera 12 horas diariamente.

b) Las prácticas y los discursos del personal médico

El personal del CS de Atemajac ha convenido con las beneficiarias un proceso de descentralización de las pláticas de salud hacia los barrios, se han nombrado responsables en cada uno de ellos y han recibido capacitación para realizar esa tarea. Sin embargo, detrás de esta estrategia prevalece la percepción del personal médico de que los beneficiarios son pasivos.

La intención de esta nueva estrategia, de acuerdo con los entrevistados es que

> "las personas salgan de una actitud pasiva… Ahorita no están pasivas las señoras…Veo de ventaja esa organización social que está dándose… Ha sido difícil, ha habido conflictos fuertes… pero tenemos confianza en que a larga nos va a dar frutos… Simplemente la organización es la que cambió. Tiene poco, todo el 2009" (Responsable del CS de Atemajac de Brizuela)

> "Las encargadas (de grupo de barrio) van cada mes al Centro de Salud por su material y a entregar la lista de asistencia"(Enfermera auxiliar de PROP en Atemajac de Brizuela).

Paradójicamente, la impresión del personal médico de Atemajac es que el principal impacto de PROP no se da en el ámbito de la salud, sino en el de la organización de la comunidad y en el conocimiento sobre aspectos preventivos:

> "Ha mejorado algunas cuestiones de higiene, pero… En desnutrición: siguen iguales. Yo les digo: come de lo que tengas, por la escasez de recursos. Sigue igual la incidencia de enfermedades.. hay un círculo vicioso de alcoholismo, además de que hay mucha gente que vive en pobreza, incluso en pobreza extrema" (Responsable del CS de Atemajac de Brizuela).

> "Ahora hay representes por barrios, capacitación. Y aparte hacen trabajo comunitario por su cuenta, tienen sus reuniones, van decidiendo qué trabajo comunitario hacen. Hacen trabajo que no les pide el programa, pero que ellos aprovechan la organización (piñatas, tejido, p.e.) propia de ellos… Lo que ha cambiado es la gente, y es a lo que va el programa". (Promotor de salud de PROP en Atemajac de Brizuela).

> "… [Sobre la actitud de las beneficiarias respecto a las pláticas de salud] …ellas se interesan muy bien y participan". (Enfermera auxiliar de PROP en Atemajac de Brizuela).

A pesar de esta percepción, la visión que prevalece respecto a los beneficiarios es muy negativa:

> "La gente tiene que cambiar en la actitud… Sienten que están en un hoyo y no pueden salir; se ven pobres, feos y jodidos… Se ve reflejado en el machismo, el alcoholismo, mujeres golpeadas, algunos casos de violación y de drogadicción" (Responsable del CS de Atemajac de Brizuela).

Este es el caso también en Mezcala, donde un médico habla de la poca utilidad de los talleres comunitarios y una enfermera de la cultura tradicional de los adultos, a quienes considera un caso perdido:

> "Dentro del modelo de taller comunitario, primero se trata de conocer la percepción de la gente, y así poder saber qué es lo que podemos cambiar de la gente y qué es lo que no. Mucho es de una cultura que ellos tienen de muchos años. Cambiar su percepción es muy difícil. Si lo vemos en los desnutridos, sí hay menos; es con los que ha habido un poquito más de impacto. En los otros, un cambio significativo yo no diría. Tal vez con los diabéticos tienen un mejor control, y en general con los crónicos-degenerativos... Se les informa mucho sobre tener hijos, pero algunas siguen teniendo muchos hijos; hay una de alrededor de 40 años que va por su 16avo. embarazo" (Médico del CS de Mezcala).

> "Aquí la gente es muy difícil. Por ejemplo, lo del 'patio limpio' [prevención de dengue]. Lo entienden, pero no lo hacen. Hay más cambio en los niños de primaria, así que me enfoco a trabajar con ellos..." (Enfermera auxiliar de PROP en Mezcala).

> A veces hay que ir a buscarlos para que lleven su control, y creo que eso es malacostumbrarlos. Uno apenas tiene tiempo... Cuando empezó el programa, la gente metió hasta el perro... Algunos hasta tienen más hijos para que les den más apoyo. Envían a sus hijos a la escuela para que les den su apoyo. A veces no ven el control del niño con sobrepeso por su salud, hasta piensan que se ve bien gordito, sino que lo traen porque están obligadas..."(Médico del CS de Mezcala).

En lo que corresponde al tema de los derechos de los beneficiarios de PROP, el personal de salud de Atemajac manifiesta una visión contradictoria. Por una parte, afirman saber cuáles son los derechos de los beneficiarios:

> "Tienen derecho a la salud; a ser atendidos con calidad y calidez, que se les haga un diagnóstico oportuno; que se les haga promoción de la salud; que se les enseñe a vivir mejor... Los beneficiarios tienen derecho a la papilla (el suplemento nutricional) a diferencia de los no beneficiarios" (Responsable del CS de Atemajac de Brizuela).

Por la otra, consideran que éstos no deben recibir una mejor atención que el resto de los demandantes de sus servicios, piensan que la única diferencia real es que los beneficiarios de PROP tienen derecho de obtener citas previas y no tienen que esperar tanto como el resto:

> "La gente de Oportunidades son 'dientes cautivos' del Centro de Salud, es gente que está aquí... La atención médica se les brinda por igual a todos, la diferencia es que los de Oportunidades tiene una cita y los que no, tienen que esperar a que les toque, tienen que hacer fila" (Responsable del CS de Atemajac de Brizuela).

> "No hay diferencia entre lo que se ofrece a los que tienen Oportunidades y los que no... La diferencia es que a veces el paciente de Oportunidades viene sin estar enfermo..." (Promotor de salud de PROP en Atemajac de Brizuela).

> "No, la atención se les da por parejo" (Enfermera auxiliar de PROP en Atemajac de Brizuela).

En Mezcala prevalece una visión complementaria:

> "Los que sienten diferencia son los que no tienen Oportunidades, porque sienten que si no tienen Oportunidades... no tienen derecho a venir a aquí" (Medico del CS de Mezcala).

> "Los beneficiarios de Oportunidades sí se sienten como si tuvieran más derechos (aunque no los tienen) y a veces llegan al Centro de Salud exigiendo y gritando" (Enfermera auxiliar de PROP en Mezcala)

> "Tienen los mismos derechos todos, excepto las pláticas. Todos son bienvenidos, pero los de Oportunidades están obligados" (Promotor de salud en Mezcala).

Pero en cambio los médicos y las enfermeras consideran que los beneficiarios sí están obligados a cumplir con las obligaciones establecidas no sólo por el programa, sino arbitrariamente por el propio personal del CS, como aparece en una de las entrevistas realizadas a una enfermera del CS, al hablar de las actividades para controlar la evolución de los enfermos de diabetes o hipertensión:

> "...se les exige que vengan cada mes a su control, y si no acuden tienen falta, y se les descuenta lo del mes, o lo del bimestre..." (Enfermera auxiliar de PROP en Atemajac de Brizuela).

O cuando le solicitan a las beneficiarias que acudan a realizarse el examen conocido como "Papanicolaou" para detectar el virus del papiloma humano:

> "Sí [les piden que se hagan el Papanicolaou], si no, se les va al expediente, y luego se les dice, si no se lo han hecho... si no vienes a hacerte tu detección, vienen y supervisan y si no ven tus detecciones de año con año, pues, te pueden dar de baja del programa, porque eso es lo que exigen en salud, detección oportuna'; 'si te quieres, así como tienes tiempo para otras actividades, también tienes que tener tiempo para ti' " (Enfermera auxiliar de PROP en Atemajac de Brizuela).

Hay opinión contrapuestas entre los médicos respecto a si los beneficiarios consideran que los servicios brindados por PROP son derechos:

> "La gente todavía tiene la idea de pedirnos el favor de atenderlos, no lo ven como algo que puedan solicitar porque nosotros ya tenemos un pago... " (Responsable de salud en Atemajac de Brizuela).

> "Toda esta gente que tiene Oportunidades antes no exigía nada, no hacían valer sus derechos. A veces yo los veía afuera: 'por qué está aquí... pásele'. Y ahorita ya no: se

> pasan y te dicen: 'hágame favor de atender a mi hijo'. La verdad es que tiene que ver con el trabajo de promoción de los derechos que hemos hecho los que tenemos ya mucho tiempo aquí... No es que sean más exigentes, sino que hacen valer sus derechos" (Médico del CS de Atemajac de Brizuela).

C) Las prácticas y percepciones de los beneficiarios.

El caso de Juliana[63].- Una mujer de Atemajac de Brizuela, casada, de 44 años, con una escolaridad de tercero de secundaria, que trabaja en el Centro de Salud en Atemajac de Brizuela, realizando labores de limpieza, madre de siete hijos (4 mujeres y 3 hombres) de los cuales los 5 menores han sido beneficiarios de PROP, con 4 años perteneciendo a este programa y quien simultáneamente está afiliada al Seguro Popular.

Juliana manifiesta que sí le informaron claramente cuáles son sus responsabilidades en materia de salud dentro del programa (Entrevista a Juliana, beneficiario residente en Atemajac)

Juliana tiene muy claro que debe llevarlos a consulta no sólo para que estén sanos, sino para cumplir con las obligaciones establecidas por el programa. Sabe que tiene que asistir a las pláticas de salud para capacitarse en esa materia y poder detectar y prevenir enfermedades y para mejorar la alimentación de la familia. Para ella los derechos en materia de salud se restringen a tener consultas gratuitas (Ibídem.)

Para ella, las obligaciones son adecuadas, de hecho su discurso da la impresión de que ha interiorizado los objetivos de PROP y sus palabras recuerdan a las de los doctores:

> "Están bien tomarlo como obligaciones porque es parte de nuestro bienestar, que se preocupen porque nuestros hijos estén sanos y que se les detecten enfermedades a tiempo; y en la alimentación, igual, cómo evitar enfermedades también. A veces nosotros como mamás o responsables de familia a veces no lo valoramos. A veces no estamos de acuerdo en que nos exijan. Sí nos exigen; si no vamos a la cita al doctor, tenemos una falta y se nos quita un porcentaje de dinero a la hora que nos llega el apoyo (...) Muchas de las veces estamos acostumbradas a recibir fácil, sin que nada nos cueste. A veces no lo vemos así [como un beneficio], queremos que todo se ponga a nuestra disposición, pero hasta donde nosotros podamos llegar... como con nuestras propias reglas... " (Ibídem.)

Esa misma impresión se repite al leer su percepción a cerca de los derechos que PROP ofrece a su familia:

> "Como derechos, nomás la consulta gratuita, consulta-enfermedad, consulta-sano, consulta-dental. Dentro del Centro de Salud, nomás eso, ¿verdad?" (Ibídem.)

Juliana también tiene claro que el Seguro Popular tampoco cubre todas las enfermedades posibles y nos muestra de manera descarnada la sensación de vulnerabilidad y desprotección en la que viven las personas pobres como ellas, para las que todo indica no hay los mismos derechos que para las que no lo son:

[63] Se han cambiado los nombres de la beneficiarias entrevistadas para mantenerlas en el anonimato.

> “Ya por medio del Seguro Popular ya hay cosas de enfermedades más avanzadas que no cubre; hay un límite. A veces como personas de escasos recursos, quisiera uno que todo lo cubriera, más lo que es más caro, ¿verdad?... Aquí ha habido muchas situaciones, por ejemplo de un muchacho que tiene cáncer en la cabeza, lo han intervenido como tres veces..., los medicamentos y tratamientos son muy caras. Las familias han salido adelante por medio de ayudas de algunas personas... Mejor nos cubrieran esas enfermedades, en lugar de que nos cubriera una gripa" (Ibídem.).

Precisamente por esa conciencia de la vulnerabilidad de su familia considera que si PROP desapareciera sí sería una gran pérdida

> "…como decían antes, antes de tener la enfermedad tenías que ahorrar para ir a un doctor. Y ahora si estás enfermo, vas, porque sabes que no te van a cobrar" (Ibídem.).

Juliana expresa una aguda conciencia, mucho más refinada que la mostrada por el personal del Centro de Salud, sobre la estratificación que caracteriza al sistema de salud mexicano, incluso en los servicios para los más pobres, por ello subraya la diferencia existente entre los servicios para población abierta, los que ofrece PROP y los que suministra el Seguro Popular:

> "Si va uno que no tenga Oportunidades, los servicios los tiene que pagar, una cuota... Si uno tiene Oportunidades, pero no tiene Seguro Popular, tiene uno que pagar los resultados de los análisis; hay personas que no saben que tiene uno que renovar su vigencia en el Seguro Popular y no esperar a que se le venza... Están separadas, la medicina del Seguro Popular de la del Centro de Salud" (Ibídem.).

Juliana también percibe con claridad la baja calidad de los servicios y los malos tratos que reciben quienes son beneficiarios de PROP:

> "Lo que yo veo es que en servicio nunca hay todo lo necesario, en ninguna área, siempre hace falta... En cuanto a la atención, muchas veces hay personas que duran dos o tres horas esperando una consulta... Y algunas personas también da un mal trato a los pacientes, por ejemplo las enfermeras a veces no les explican de manera que entiendan... A veces, por ejemplo, no dicen por qué no hay consulta o por qué no está el medicamento. En mi caso, yo eso lo veo mal" (Ibídem.).

> "Mis hijos no quieren ir a consulta. Los grandes prefieren pagar por no estar ahí sentados, desesperados, tanto rato. No quieren ir por la espera, aunque a veces también por el trato...Una vez sí me enojé porque pasaban y pasaban gente delante de mí, y ese día sí le reclamé a la enfermera, porque llevaba a mi nieta, de temperatura...llegamos como a las ocho y media y eran las doce cuando entramos. Nos dijo el doctor: 'le van a poner medios físicos', o sea bajarles la temperatura con trapos con agua fría. Les dije: 'ya lo hubieran hecho desde hace rato'... Mucha gente se ha quejado de la enfermera... Una señora me comentó que una vez llevaba a sus dos niñas enfermas y que la enfermera le dijo: 'no te podemos atender a las dos, ya no hay consulta, si quieres podemos ver a una y lo que le demos a una, le das a la otra" (Ibídem).

Juliana también señala la falta de seguimiento de las enfermedades por parte de los doctores:

> "... hay personas que quieren ir con el mismo doctor [para que les den seguimiento a sus enfermedades] pero aunque el doctor ahí esté, no siempre le toca el mismo, siempre están cambiando... por medio del expediente, ahí trae los expedientes clínicos, por medio de eso..." (Ibídem).

También señala la falta de medicinas y la necesidad de realizar gastos de bolsillo para resolver los problemas de salud:

> No hay muchas de las medicinas. Muchas personas reclaman: '¿Qué me gano con venir a la consulta y durar dos horas aquí, y ya vengo a la farmacia y no está la medicina?'. Pasa muy seguido que no hay medicinas y las tiene uno que comprar... Los análisis, viene un laboratorio cada ocho días, por medio del Seguro Popular, [pero] ha y estudios que no cubre el Seguro... el tipo de sangre... me dijeron que no, y los tuvimos que pagar.. los ecos [ecosonogramas] también tiene que pagarlos... a mi hija, por ejemplo, le dan citas en Cocula y le dan citas ahí. Tiene que pagar quien la lleve y el laboratorio, por eso a veces junta lo del eco y la ida a Cocula"(Ibídem.).

> "Después de haber ido al Centro de Salud, muchos van a particular. Mi nieta, por ejemplo, fue al Centro de Salud, le dieron una medicina que no encontramos, entonces... mi hija dijo: 'mejor la voy a llevar con un particular'. Hay personas que dicen que la medicina del Centro de salud es 'muy bajita' y que la de patente o la de los doctores es más fuerte. Yo pienso que es igual" (Ibídem.).

Para Juliana PROP no funciona como debiera:

> "Han hecho muchos cambios, pero no funcionan, a lo mejor habría que cambiar hasta los pacientes [se ríe], porque muchos tienen enfermedades crónicas... Si son tres doctores los que dan consulta, siempre uno no está, terminan siendo dos o a veces uno. Y es cuando más se tardan" (Ibídem.).

El caso de Gloria.- Una mujer de Atemajac de Brizuela, que vive en unión libre, de 33 años, con una escolaridad de sexto año de primaria, madre de dos hijos (1 mujer y 1 hombre) de 5 y 6 años respectivamente, con 6 años perteneciendo a este programa y quien simultáneamente está afiliada al Seguro Popular.

Gloria manifiesta que sí le informaron claramente cuáles son sus responsabilidades en materia de salud dentro del programa y asume que su principal derecho y obligación es llevar a sus hijos para que reciban atención médica. (Entrevista a Gloria beneficiaria residente en Atemajac)

Su caso es especial porque Gloria perdió un bebé porque no tuvo posibilidades de realizarse un ecosonograma y eso impidió una detección temprana de los problemas y riesgos de su embarazo. Gloria tiene una opinión negativa sobre los servicios ofrecidos por PROP:

> "Nos hacen falta los ecos [ecosonograma]... tiene uno que ir a Zacoalco. A mí se me murió una criatura hace ocho meses. A veces por escasos recursos uno no puede hacerse un eco. Mi criatura se me salió todo el líquido y no pudimos hacer el eco para ver cómo estaba del líquido; ya era demasiado tarde... el eco no lo cubre el Seguro. Nosotros lo pagamos. Por eso hace mucha falta esos aparatos para hacer esos estudios, como los ecos" (Ibídem.)

> "Mi señor sí se enojó cuando perdimos la criatura porque aquí no nos hicieron el eco" (Ibídem.).

> "Sí nos han dado la medicina, pero hay veces que hay mucho enfermo y no hay... A mí sí me han dado buen trato las enfermeras y los doctores... lo único que pasó fue que se me murió mi criatura porque no pude hacerme el estudio..." (Ibídem).

Reconoce que hacen falta mejorar los servicios de salud a los que tiene acceso:

> "... Pero sí nos hace muchísima falta que nos hicieran ecos y estudios, como a los que tienen fracturas, los mandan hasta abajo [Zacoalco], o a los ancianitos. Yo eso es lo que pediría, que hubiera un laboratorio, que nos oyeran" (128-140).

Sin embargo, atribuye su pérdida a su situación de pobreza, no a la negligencia médica:

> Si me hubiera hecho el estudio, no me hubiera pasado eso. Habemos muchas personas de bajos recursos..." (Ibídem).

A pesar de ello tiene una buena opinión sobre los resultados del programa en su comunidad, pues cree que han mejorado las prácticas en materia de prevención de enfermedades:

> "Sí han mejorado en las pláticas de cómo nutrimos y cómo se procesan las enfermedades... nos damos cuenta de que es importante comer leche, huevo, carne, para tener una alimentación balanceada, verduras, frutas... y antes cocinábamos puro frijol, habas, lentejas y mucha tortilla. Y ahora nos damos cuenta que la tortilla tiene muchas azúcares y eso les hace daño a los ancianitos. Y ahora les variamos la alimentación y tienen un desarrollo bueno" (Ibídem.).

Considera que las pláticas de salud son muy útiles:

> "Sí nos sirven muchísimo. Nos damos cuenta de muchas enfermedades que no sabemos, como del cáncer de mama, los cuidados con los hijos, la alimentación, cómo los niños se van nutriendo..." (092-098).

También piensa que no contar con PROP sería una gran pérdida en materia de salud

> "Sí sería una pérdida. Yo pienso que la salud es más importante que el dinero… " (Ibídem.).

Y considera que las condicionalidades de PROP son fundamentalmente buenas:

> "El que no nos exijan, no hacemos caso. Exigiéndonos, traemos a los niños, pero si no, no los tomamos en cuenta… Dicen nuestros abuelos que ahora tienen osteoporosis porque antes no les hacían estudios, no les informaban, no les exigían. A mí me parece muy bien que nos exijan, para tener bien a las criaturas" (Ibídem.).

Gloria no piensa que pertenecer a PROP le ofrezca ningún derecho distinto a los que tienen los pacientes que no forman parte de él:

> "No. Yo pienso que a todos los atienden por igual. Al contrario, si hay uno que viene muy grave, lo pasan rápido. Y los doctores nos dicen: 'tienen que hacer conciencia de que si viene uno muy enfermo, lo tenemos que atender primero'" (Ibídem.).

En cambio tiene una mejor opinión del Seguro Popular:

> "Mi abuelito ya está grande. Lo atendieron de peritonitis. Lo llevaron al Hospital Civil, en Guadalajara. No tuvo que hacer pago. Lo cubrió el Seguro Popular" (Ibídem.).

El caso de Reina y Gabriel.- Una pareja de ancianos, que viven en Atemajac de Brizuela, ambos de 79 años, que nunca fue a la escuela, quienes residen en una casa de teja y madera en muy malas condiciones, son beneficiarios de PROP desde hace 4 años y también lo son del Seguro Popular. Ambos tiene varios padecimientos crónicos: ella diabetes e hipertensión, él una enfermedad respiratoria crónica, herpes y diabetes.

Reina señala que el CS les ofrece las medicinas que les hacen falta, pero que se encuentra muy lejos de donde ellos viven:

> "¡El Centro de Salud está lejísimos! Ya me he ido andando, cuando no hay quién nos quiera llevar, así me voy, con el pie tieso así me voy, ahí voy, ahí voy, ahí voy, y hay veces que no puedo llegar, ya va a ser como unos diez años ya que se me quebró el pie…" (Entrevista con Reina beneficiaria de PROP en Atemajac de Brizuela).

Reina consideran que el Seguro Popular ofrece más alternativas que PROP. Al preguntarle cuáles son los servicios que ofrece el CS responde: "No más la medicina", luego agrega:

> "…aquí en el CS, hay médicos que revisan a las personas y ven que no hay medicamento o que no se mejoran, y las mandan a Ciudad Guzmán o las mandan a Sayula, y no les cobran, nomás llevan su Seguro Popular, y no les cobran, los atienden, los operan, les dan medicamento y no les cobran nada… Sí nos han atendido, pa' que hablamos de ellos, nos han visto muy bien, nos han atendido muy bien…" (Ibídem.)

El caso de Josefina.- Una mujer de Atemajac de Brizuela, casada, de 42 años, con una escolaridad de primaria incompleta, madre de dos hijos (1 mujer y 1 hombre) de 17 y 10 años respectivamente, con 5 años perteneciendo a este programa y quien simultáneamente está afiliada al Seguro Popular. Josefina es además vocal de salud y una de las encargadas de organizar las pláticas en su barrio.

Josefina manifiesta que sí le informaron claramente cuáles son sus responsabilidades como vocal de salud: "acomodar a la gente, estar al pendiente que vayan a las reuniones, estarles recordando que vayan a sus citas médicas, es como una vigilancia que tenemos para que todo marche bien". Afirma que también cuando entraron al programa le explicaron muy bien los componentes de salud de PROP.(Entrevista a Josefina vocal de salud residente en Atemajac)

Sin embargo, ella considera que sus únicos derechos son acudir a las consultas médicas y recibir las medicinas correspondientes. Nuestra entrevistada considera que las responsabilidades que tiene que cumplir son excesivas:

> "yo pienso que si es mucho, porque como cada mes tenemos la plática en la Casa de la Cultura yes a las 11:00, entonces tiene uno que ir [todo] un día… también nos hablan a una reunión para ver el tema que vamos a dar, también nos llaman, a veces a la una de la tarde, entonces es un poco difícil, porque nos tenemos que apurar para llegar, por una parte se me hace bien, pero es mucho trabajo, unas que trabajamos y otras que no trabajan, se les hace más difícil" (Ibídem.)

Josefina también habla acerca de la nueva estrategia desarrollada en Atemajac de descentralizar las pláticas de salud a los barrios y darle más responsabilidades a las vocales de salud, señala que la nueva estrategia aunque fue decidida por el Promotor de salud, eso fue producto de una presión de los beneficiarios:

> "… mucha gente no estaban de acuerdo la primera vez, porque tenían que ir hasta el Centro de Salud, aquí nos juntamos 22 titulares, algunas personas querían que fueran aquí, querían que fueran en el Centro de Salud, pero al final votamos y gano aquí…" (Ibídem.)

> "Yo pienso que sí nos ha servido mucho, porque nos ha ayudado a convivir con toda la gente, o sea, ya se expresan más las personas, qué opinan. Cuando íbamos allá, nomás se veían unas a las otras, como que ya aquí ya somos poquitas y nos vemos las mismas, tenemos más facilidad de comunicarnos con ellas, ya una opina una cosa, otra opina otra, y ya no nomás están calladas como allá (en el CS)" (Ibídem.)

Para la vocal, las pláticas de salud son muy benéficas:

> "… si nos han ayudado mucho, porque antes estábamos bien malos porque no íbamos, hasta que estábamos como pollitos atravesados acudíamos y ahora ya vemos los síntomas y acudimos, y luego de que lavar las frutas y eso, pues yo pienso que sí nos sirve, dorar el agua cuando no es de garrafón, o hervirla… antes se enfermaba uno más seguido, y ya no." (Ibídem.)

También considera que los servicios médicos que ofrece el PROP evitan gastos de bolsillo para enfrentar las enfermedades:

> "Antes sí gastaba, porque íbamos con los doctores y (gastaba) ciento y algo, o 200, o según el tiempo, pero ya casi no vamos a los particulares, sino que vamos al CS" (Ibídem.)

A pesar de ello, considera que los servicios del CS no son muy eficientes:

> "... en estos días pasados, ha estado pésimo el servicio, que nomás va uno y dura uno re mucho, ¿sabe por qué será?, a lo mejor no hay suficiente personal, suficientes médicos, porque en la noche se tarda la gente más, porque nomás hay un médico de guardia... " (Ibídem.).

> "... un día fue mi muchacha desde las ocho de la mañana y salió casi hasta las 11 de la mañana." (Ibídem.)

> "Yo pienso que sí, si hubiera más médicos, estuviera más ágil el servicio, para que no se entretuviera uno tanto" (Ibídem.).

Su opinión respecto al Seguro Popular (SP) es mejor:

> "Una vez llevé a ese niño (el más pequeño), pero nomás fue de una infección que tuvo, pensaron que era de la apéndice, pero no, era una infección que tenía. Y sí, me mandaron a Ciudad Guzmán, y con lo del SP, nomás saqué mis copias de la credencial y de (papel del) SP, y eso fue todo, no me cobraron, ni nada, y se le brindó bien la atención" (Ibídem.).

El caso de Marcia.- Una mujer de Mezcala, que vive en unión libre, de 52 años, con una escolaridad de primero de primaria, madre de cuatro hijos (1 mujer y 3 hombres), uno de los cuales están en secundaria y tiene 14 años y es beneficiario de PROP. Marcia y su familia han sido beneficiarios desde hace 8 años y simultáneamente están afiliados al Seguro Popular. Marcia es además vocal de salud.

Nuestra entrevistada manifiesta que sí le informaron claramente cuáles son sus responsabilidades ante el programa: "asistir a las reuniones de la clínica, al peso. Llevar a la niña cada mes...".(Entrevista a Marcia vocal de salud residente en Atemajac)

Sin embargo, manifiesta incomodidad respecto a la rigidez con la que operan el personal médico en relación con las obligaciones de los beneficiarios:

> "Cuando estaba enferma mi hermana, le avisé al doctor que no pude asistir a mi plática de Oportunidades, y me dijo 'tráeme una constancia', y estaba ocupada y no me dieron constancia... él quiere constancia, constancia que le traiga uno" (Ibídem.).

Ella considera que sus derechos van más allá de acudir a las consultas médicas y recibir las medicinas correspondientes:

> "Por ejemplo, que el VIH, las vacunas que debemos de tener, como a veces para hacer análisis de diabetes, de la sangre, la presión; hacernos todos los exámenes... " (Ibídem).

A pesar de ello, considera que sus derechos no son respetados:

> "Sí, tenemos derechos, pero no nos cumplen... vengan tal día, nos citan, y no... a veces yo tengo que acompañar a alguien de mi familia y no voy, luego llegó al Centro de Salud y nos dicen 'esto se suspende y hasta mañana' y ahí lo traen, a vuelta y vuelta" (Ibídem.).

Marcia piensa que las pláticas no son de mucha utilidad porque son demasiado generales y por ello se convierten en una pérdida de tiempo y en un exigencia excesiva:

> "Dicen que si no va uno a pláticas, dice que él mismo nos puede dar de baja [el doctor]. De qué nos sirven las platicas, si nos sirven. Como que uno que ya no tiene niños chiquitos, ya no nos sirve eso de las vacunas..., pero uno tiene que ir para que no lo den de baja... que nos dieran unas pláticas de los jóvenes, para ir mejorando... yo ya no tengo niños..." (Ibídem.).

Marcia tiene una visión muy negativa sobre el funcionamiento de PROP en Mezcala:

> "No siempre hay todas las medicinas. Sábado y domingo no hay consulta. Está abierto desde las ocho de la mañana hasta como las seis de la tarde. Nos dan la ficha desde la mañana, pero nos atienden después... Antes había dos doctores y nos atendían bien, ahora hay cuatro y no se dan abasto... Lo más común es que no tengan la medicina" (Ibídem.).

Marcia denuncia serias anomalías en las prácticas de los médicos y las enfermeras:

> "Hay que sacar ficha desde las cinco de la mañana. Nada más dan 10, y no dan más. Y si no alcanza uno, 'venga mañana, venga pasado'. A veces las que ya tienen cita las citan más tarde. El doctor vende malteadas ahí y es por eso yo creo que no le ajusta el tiempo. A veces las personas nos enojamos. Se dedica a eso o se dedica a su servicio. Que pongan a un doctor que se dedique a atendernos... Yo no he ido porque no me he enfermado..., pero me sacaron en la madrugada a ver a otro lado porque ahí no hay nadie" (Ibídem.).

> "Hace poquito me pegó diarrea y vómito muy fuerte, entonces me llevaron y yo lo mandé llamar. Y le dije 'doctor, yo mañana no voy a asistir a mi plática porque me siento débil'. Me dijo: 'nomás mándame la receta de donde fuiste a consulta'. Y no me la hizo válida que porque me la recetaron con un doctor particular. No me la hizo válida. Él a eso se dedica, a vender sus malteadas. Hay veces que hay niños que están enfermos y no los atienden... Si no alcanzas ficha, lo traen a uno a vuelta y vuelta: 'ven

> mañana'. Si están enfadados de trabajar, que manden a otros, porque no es justo… Antes eran bien atentos, pero a estos no los mueven…" (Ibídem).

> "La niña tuvo una complicación respiratoria de niña, como asma. Pero la medicina ahí no la tienen. Mejor la llevo a que me la atiendan… luego se ponía morada. La llevé con un médico particular y él fue el que le quitó el asma" (Ibídem).

> "Las pláticas las hacen ahí en el patio. No es muy apropiado porque estamos amontonaditas, como unas veintitantas, ahí… Nos toca a la una de la tarde, el solazo… Tenemos un libro que nos dan para que lo estudiemos. Nos ha servido, hasta eso que sí" (Ibídem).

> "Las enfermeras son rebeldes. Hay una que es de aquí, ella es más o menos, pero las de fuera: 'espérese'. Antes, cuando se iban los doctores, les hacíamos una fiesta y ahora, ya quisiéramos que se fueran, ¡por el amor de Dios! Estos se van a ir pero sin fiesta, no merecen nada, ¡verdad de Dios!… A veces tiene que comprar medicinas [como unas que le inyectan a su hija; las compra aparte y en el Centro de Salud se las aplican]" (Ibídem.).

> "… los doctores nos tratan bien mal… nomás nos miramos asustados. Ahí está el buzón, pero ellos mismos abren los buzones y cuándo llegan los papeles a donde iban… y luego nos dicen en la junta, usted no vuelva a decir esto porque la damos de baja… si ya están enfadados, que manden a otros, porque estos nomás nos tienen así, con el miedo" (Ibídem.)

Marcia señala que le han negado los servicios:

> "Sí, un día fui y tenía mucha calentura. Y me dijo 'venga mañana, saque la cita'. No me atendió. 'Ay, doctor, sacar ficha con este frío'. Yo tuve que ir, como iba a mandar a la niña, que tenía que ir a la secundaria" (Ibídem).

A pesar de ello. considera que perder la asistencia de PROP sería muy costoso:

> "Sí sería una pérdida porque si no, sería más difícil enviarla a la escuela, el apoyo me sirve muchísimo, porque todo les piden… Sí, espero en Dios no tenemos que enfermar, pero sí, ahí la inyectan, no con buen trato, pero sí…" (Ibídem.).

El caso de Flor.- Una mujer de Mezcala, quien trabaja en el Centro de Salud, vive en una población cercana a Mezcala, llamada Ojo de Agua, está casada, tiene 39 años, con una escolaridad de secundaria, madre de nueve hijos (4 mujeres y 5 hombres), con un rango de 9 a 24 años de edad. Cinco de sus hijos son beneficiarios de PROP: 2 están en primaria, 2 en secundaria y 1 en preparatoria. Flor y su familia han sido beneficiarios desde hace 7 años y simultáneamente están afiliados al Seguro Popular.

Flor, manifiesta que sí le informaron cuáles son sus responsabilidades ante el programa: "...sus citas médicas, control de sobrepeso cada mes [ella]. Llevar cada 6 meses a consulta a los hijos y al esposo. Cuando los niños están chicos, papilla cada mes. Los de la preparatoria, su plática cada mes. También atención médica; consulta, si venimos enfermos"(Entrevista a Flor beneficiaria residente en Mezcala).

Ella considera que sus derechos son acudir a las consultas médicas y recibir las medicinas correspondientes, no considera que tenga más derechos que quienes no están en el programa (población abierta):

> "Estemos o no estemos en el programa, el Centro de Salud es igual. No podemos exigir más por estar en Oportunidades. Todos valemos lo mismo y todos tenemos que acatar el reglamento del Centro de Salud. No voy a llegar gritando porque estoy en Oportunidades" (Ibídem.).

Flor está de acuerdo con las obligaciones establecidas:

> "Para mí está bien, porque nos capacitan cómo prevenir accidentes, cuando los niños tienen diarrea, del sobrepeso, de la diabetes. Que lo hagamos, es otra cosa. En el grupo donde yo estoy, todos participan. Yo pienso: 'qué chiste tiene que se esfuercen [en las pláticas], y nosotros no aprovecharlo... Los otros que no tienen piensan que es mucha responsabilidad tener Oportunidades. Yo lo veo bien. Y también veo bien lo de barrer [trabajo comunitario]. Tenemos que participar nosotros" (Ibídem.).

Flor valora positivamente al PROP:

> "A mí nunca me hablaron de planificación familiar, ni de enfermedades de transmisión sexual o para prevenir infecciones. Ahora les puedo dar consejos a mis hijos... En cuestión alimenticia, también, que ya no estén desnutridos, que uno no les de churritos, sino más carne y verduras... Nosotros comemos carne cuando llega Oportunidades; ahí es cuando aprovecho y me surto de mi mandado para todo el mes... El resto del mes, con frijol y pescado, y agua fresca con frutas de la región. Nosotros no tomamos refresco. Mi esposo así nos acostumbro. Mi esposo me educó a mí... Sí ha cambiado la dinámica familiar. Antes, en mi casa no se hablaba de relaciones sexuales, ahora mis hijos lo sacan en la plática, saben cómo prevenir para no tener familia. Ahora si se embarazan es, con perdón de usted, por pendejos" (Ibídem.).

Flor reconoce mucha carencias en el funcionamiento de PROP en Mezcala:

> "Hay que sacar ficha a las cinco de la mañana. Nos hacen falta médicos. Se reparten 32 fichas. Depende del número de médicos; ahorita está una de ellas incapacitada, porque está embarazada... Sí se satura... A veces mucha gente se queda sin ficha y mucha gente reniega" (Ibídem.)

Flor considera que si PROP desapareciera no sería una pérdida porque:

> "Nos atenderían igual en el Centro de Salud... Si nos quitan el programa, ya me ayudaron con mis hijos, para la escuela, para comer y vestirlos, he podido hacer que tres terminen la prepa [educación media superior]; compro mi mandado cada mes y no estoy pensando en qué voy a comer" (Ibídem.)

Las comunidades urbanas

El centro de salud de *La Mesa de los Ocotes* –con 10 años de haber sido creado- atiende a alrededor de 400 familias beneficiarias del PROP de varias localidades, entre ellas La Mesa de los Ocotes (282 familias beneficiarias del PROP, según una de las titulares que es vocal de Salud del PROP); con otras palabras: atiende a aproximadamente 1600 personas beneficiarias del PROP, de las cuales alrededor de 1200 son residentes de la Mesa de los Ocotes[64]. El centro de salud de *La Cañada* fue fundado en el año 2000 como casa de salud y hace algunos meses fue certificado como centro de salud; atiende a 54 familias beneficiarias de PROP de la localidad, además de los residentes no incluidas en el programa; en total atiende a poco más de 400 habitantes, más de la mitad de ellos participantes en el PROP. En ocasiones, este centro de salud atiende a personas de otras localidades como Atequiza, Trojes y El Aguacate, que no alcanzaron ficha en los centros de salud que les corresponden, de acuerdo a la doctora entrevistada; el tiempo de traslado en automóvil de estas comunidades a La Cañada puede ir desde 20 a 30 minutos (Atequiza, El Aguacate) hasta más de dos horas (Trojes) por las condiciones del camino.

a) La estructura de los servicios de salud

Al igual que en las otras localidades, se visitaron los centros de salud para observar las instalaciones y obtener información del personal médico. El centro de salud de Mesa de los Ocotes tiene dos consultorios, tres médicos (una de ellas contratada por el PROP), dos enfermeras (una de ellas contratada por el PROP, y entrevistada para este estudio), un estadígrafo y una persona encargada de la farmacia. Es de hacer notar que, al igual que en otros casos, los entrevistados no residen en esta localidad. En este caso, el médico y la enfermera entrevistados viven en dos municipios distintos a Zapopan (municipio al que pertenece La Mesa de los Ocotes), aunque pertenecientes a la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG). Por su parte, el centro de salud de La Cañada es más pequeño, con sólo un consultorio, atendido por una médica y una enfermera. Tampoco viven las entrevistadas en la localidad: la doctora vive en Guadalajara y sólo en algunos días excepcionales se queda a dormir en la La Cañada; la enfermera vive en San Juan Tecomatlán, localidad del municipio de Poncitlán.

La insuficiencia de personal médico para atender a los habitantes de Mesa de los Ocotes se constata en las respuestas de los entrevistados: tienen que atender entre 25 y 30 beneficiarios por día, en doce horas de trabajo (incluyendo a beneficiarios del PROP y población abierta) (entrevista al médico responsable del C.S.). La enfermera lo precisaba así:

> "si te fijas, el año tiene hábiles como 205 días, apenas alcanzamos a ver a una familia, a veces dos si son chicas las familias. Se ven de una a dos familias, porque si la familia es de dos integrantes, como parejas de adultos mayores, se citan a dos, pero si es una familia de cinco integrantes, se cita nada más una, porque te tardas como 20 minutos en cada uno, en lo que le llenas los expedientes, lo tienes que pesar, lo tienes que medir, yo checo sus vacunas siempre…".

[64] Entrevistas con el médico responsable del Centro de Salud y con las vocales de salud del PROP.

En el caso de La Cañada, el centro de salud atiende entre 10 y 25 personas al día, en ocho horas de trabajo, además de organizar y coordinar los cursos de capacitación para los participantes en el PROP (pláticas cada mes para tres grupos); la variación de citas depende de varios factores, entre otros la atención a residentes en otras localidades vecinas cuyos centros de salud pueden estar saturados. Este centro de salud está abierto solamente de 8 de la mañana a cuatro de la tarde, lo que genera dificultades en los casos de emergencia en las noches o en los fines de semana, de acuerdo a una de las titulares entrevistada: sin automóvil salir del rancho en la noche es difícil dado que son cerca de cinco kilómetros hasta la carretera Guadalajara-Chapala, y el hospital más cercano abierto las 24 horas es el "hospitalito" de Chapala (cerca de 20 kilómetros desde el crucero de carretera). Dada esta situación, de acuerdo a una habitante de La Cañada, enfermarse de noche es "una locura"; para la atención en hospitales, los cañadenses deben ir o a Chapala o a Guadalajara, y sólo hay un viaje al día en transporte público desde la localidad hasta Guadalajara (entre una hora y diez minutos y una hora y media de trayecto) o hasta Ixtlahuacán de los Membrillos (camino hacia Chapala). La doctora de este centro describió estas dificultades con el ejemplo de la atención de partos:

> "El problema aquí más que nada tienen que pedir aventones o pagar para que los saquen por el acceso del pueblo, este, ahí sí está pesado".

En Mesa de Ocotes, el servicio deja de ofrecerse a las ocho de la noche e inicia a las ocho de la mañana, aunque para los beneficiarios que no tienen cita, la fila para obtener ficha y ser atendidos empieza a las cinco o seis de la mañana; de ocho a diez de la mañana y de dos a cuatro de la tarde se atiende a usuarios sin cita, pero con ficha; de once de la mañana en adelante se atiende a pacientes previamente citados, principalmente pacientes que llevan un control de diabetes y/o hipertensión. En La Cañada, el horario de atención es menor (ocho horas), y se trabaja con el sistema de citas: en La Cañada las citas deben hacerse desde un día antes o muy temprano en la mañana (en este caso, ocho de la mañana).

Aunque el personal de los centros de salud cuenta con contrato, las condiciones son precarias (diversas formas de contratación, contratos temporales y movilidad). Del personal de Mesa de los Ocotes, el médico tiene nueve años trabajando para la Secretaría de Salud y la enfermera, dos; ambos son "regularizados". En cuanto al personal de La Cañada, la doctora tiene cuatro años laborando en la Secretaría de Salud, uno como pasante y tres con contrato como médico cirujano y partero, y ha laborado ya en tres centros, y se le renueva el contrato cada cinco meses y medio; la enfermera tiene antigüedad de sólo un año en la Secretaría, es contratada como auxiliar de enfermería y su contrato es de renovación anual.

El personal médico recibió capacitación acerca del PROP, fundamentalmente sobre el enfoque del programa mismo y de aspectos administrativos. De la Mesa de Ocotes, tanto el médico como la enfermera recibieron capacitación sobre el PROP (en qué consiste y cómo opera, y cómo se atiende en el día a día, como el llenado de los formatos y el levantamiento de registros), incluso en más de una ocasión (el médico ha atendido a beneficiarios del PROP desde que se llamaba Progresa; anteriormente, en una comunidad rural de un municipio rural altamente marginado del norte de Jalisco).

De La Cañada, la doctora recibió la capacitación apenas hace dos meses (a pesar de que cuenta con cuatro años de laborar en centros de salud) y la enfermera en un taller de tres días en Mazamitla en el que "nos enseñaron a manejar todo lo que son las hojas, el complemento a quién se le iba a manejar, qué comprendía el programa", es decir información acerca de PROP, de los trámites administrativos y del manejo del complemento alimenticio.

Los centros de salud son de atención de primer nivel y en caso de atención de enfermedades graves o urgencias, los enfermos son enviados a hospitales del área metropolitana. A pesar de la conciencia de que se trata de centros de salud de primer nivel, el personal médico no deja de pasar por situaciones difíciles ante problemas de enfermedades crónicas o urgencia. "Deberíamos tratar de prevenir, no de curar. Lo principal es la prevención", apunta la enfermera de Mesa de Ocotes. En este centro de salud se atiende, principalmente, a personas con infecciones respiratorias agudas ("IRA", en el vocabulario del personal médico), especialmente en temporada invernal, y a personas con diarreas (principalmente en temporada de calor); también se atienden urgencias; los pacientes graves y accidentados son referidos a los Hospitales Civiles y al Hospital General de Occidente (ubicados todos en la ZMG). En La Cañada, el servicio principal de la doctora es la consulta médica y la entrega de medicamentos, y las actividades de promoción/prevención de la salud; y el de la enfermera es la vacunación. Se realizan actividades de control prenatal, atención a crónicos como son diabéticos e hipertensos, detección de cáncer cérvico-uterino o cáncer de mamá y promoción de salud bucal que aquí no lo tenemos. En este último caso se envían enfermos a la cabecera para que sean atendidos por un dentista. Las acciones del centro de salud en La Cañada incluyen pláticas en la escuela cada mes y pláticas a tres grupos diferentes de beneficiarios de Oportunidades, además de la organización de los roles de limpieza del "tajo" al aire libre (canal de desagüe) por parte de toda la población y de campañas como la del Patio Limpio (revisión de los patios y aplicación de abate para prevenir dengue). Hablando de los casos de enfermedades graves, la doctora refiriéndose a un paciente que tiene un tumor en el cerebro, y que fue referido a Guadalajara (está en control en una institución y ya lo operaron dos veces), comenta que es difícil para ella porque a veces se pone mal con convulsiones en la localidad y van a buscarla y ella no tiene con qué hacer frente a la situación:

> "Es muy difícil explicarle a la gente que aunque convulsione, yo aquí no tengo nada qué hacer, o sea, no tengo, si debería de tener aquí, pero o sea no tengo las cosas, entonces, voy, sí voy y sí les oriento, pero pues tienes que mandarlo, igual a urgencias".

c) Las prácticas y los discursos del personal médico

En cada uno de estos centros de salud fueron entrevistados un médico y una enfermera. Aunque en algún caso, una de las entrevistadas manifestó satisfacción con la infraestructura con la que cuentan, en las entrevistas surge la percepción de precariedad de los medios que dispone el personal médico. En el caso Mesa de Ocotes se entrevistó a una enfermera (contratada por Oportunidades) y a un médico; en términos generales, la enfermera consideraba que el centro de salud se encontraba en buenas condiciones, incluso mejor que en otros en los que ella ha trabajado: "tenemos

nuestro propio baño… estacionamiento… yo a mi unidad no le quitaría nada". Consideró que las instalaciones para las pláticas eran adecuadas, y que el centro de salud contaba con espacios, consultorios y material de curación suficiente, aunque reconoció que algunos medicamentos (para pacientes bajo control médico, como los hipertensos y diabéticos, algunos antipiréticos, analgésicos y antihistamínicos) se terminan pronto cuando la demanda sube. Sin embargo, para el médico entrevistado en Mesa de Ocotes las instalaciones para dar las pláticas son inadecuadas, dado que los camiones que pasan generan ruido y constantes interrupciones, y a que no hay suficientes bancas y el techo es chico. Incluso mencionó que habían formulado una solicitud, como "proyecto de calidad, por estar el centro de salud acreditado desde el 2007", para poder contar con un aula para las pláticas.

El mismo problema suministro de medicamentos fue destacado por la doctora entrevistada en La Cañada, quien estaba preocupada por el muy bajo surtido y porque necesitará tarde que temprano los antibióticos y el paracetamol:

> "Realmente sí, el problema es ahorita el fin de año, que no me traen el medicamento, tuvimos un problema con el pedido, yo hice un pedido con mucho más cosas y nos trajeron, pues haz de cuenta si pedí 10 cosas me trajeron 2, entonces ahorita sí tenemos ese problema y como almacén me lo cierran hasta marzo, hasta ahorita todos se están yendo con su medicamento, pero si va a llegar un momento en el que no les voy a alcanzar a surtir, aunque ya se haya hecho el pedido, de hecho lo hice 3 veces ... y no puedo hacer nada más que esperar ... ".

La enfermera de La Cañada manifestó desasosiego por las debilidades de infraestructura para enfrentar las emergencias; claramente manifestó que no está suficientemente equipado el centro de salud para enfrentar emergencias:

> "Pues en sí para alguna emergencia, porque aquí estamos super lejos (risas) este, no tenemos…Un ejemplo si nos llega un paciente que sufrió un infarto, cosas así no tenemos los medicamentos, incluso no tenemos ni un ambu[65] para tratar de estabilizarlo, porque de aquí a que llega al ambulancia de Ixtlahucán hasta acá, el paciente definitivamente fallece".

De acuerdo a esta enfermera, tampoco el centro de salud puede atender partos: " si tenemos un equipo de parto en lo que es instrumental, pero no atendemos para cuidados del recién nacido" y falta oxígeno.

Otra de las dificultades que expresaron los entrevistados del personal médico se refiere a su percepción acerca de los beneficiarios del PROP y no sólo también de los residentes de la localidad en general. Cuando se le preguntó en Mesa de Ocotes si hay flexibilidad para las titulares que no pueden asistir a las pláticas o que tienen que llegar tarde, la enfermera afirmó que sí son flexibles (lo que contradice el testimonio de las beneficiarias entrevistadas), pero advirtió que "hay que llevar un régimen muy estricto con ellos porque realmente si les sueltas poquito, como dicen, luego cada quien hace

[65] Ambu es un balón autoinflable provisto de mascarilla que se utiliza en asistencia respiratoria.

lo que quiere". De acuerdo a ella, si las personas aplicaran lo que se les recomienda en las consultas y en las pláticas, "no habría embarazos no deseados, ni enfermos". Enfatizó la importancia de la prevención sobre la curación y el papel de las pláticas de salud en esta cultura preventiva. La doctora entrevista en La Cañada, valoró el PROP pero indicó que el problema es que las titulares no conocen el programa:

> "Lo que yo siento que les falta es que entiendan bien su programa, porque yo siento que son las señoras las que no saben".

Y en algunos casos, de acuerdo a la doctora, las titulares no cumplen sus responsabilidades en el PROP por "flojera":

> "[En el caso de dos personas] ya les rogué mucho, ya las busqué, ya hice todo lo que tenía que haber hecho…es la flojera, en el caso de las dos, como una tiene una niña desnutrida tengo que verla cada mes y es la flojera de traerla cada mes, de hecho no ha venido por el tarjetón del próximo año; y en el caso de la otra es de crónico, que es la que más me preocupa, pero como trabaja en GDL a veces viene a veces no...,yo pienso que por eso, porque a los demás los cito cada seis meses, pero si yo detecto una anomalía los tengo que citar cada mes y es lo que creo que no les gusta".

Al ser cuestionados sobre los derechos de los beneficiarios del PROP, los entrevistados de Mesa de Ocotes coincidieron en rechazar que tengan derechos especiales por estar incorporados en el Programa, incluso destacaron que el trato debe ser equitativo (la enfermera fue especialmente enfática en este punto: "yo no les doy ningún privilegio"), si bien en la práctica reconocieron que los beneficiarios del PROP tienen consulta programada cuando están sanos[66]; y que los beneficiarios del Seguro Popular tienen acceso a un cuadro de medicinas más amplio que aquel al que tienen acceso los que sólo tienen PROP o los que no están afiliados a ninguno de los dos programas. Dos entrevistadas, manifestaron claramente un rechazo a la asociación de derechos con exigibilidad de los servicios, de derechos con privilegios: "tener PROP no le da derecho a que venga y exija *más de lo que se le puede dar*" (énfasis nuestro), señaló la enfermera de Mesa de Ocotes. La doctora de La Cañada reflexionó sobre este punto:

> "…es muy difícil a veces que la gente te entienda que porque tienen Oportunidades no tienen un privilegio sobre los demás y a veces pasa que *llegan exigiendo o que llegan de muy mal modo sintiéndose con el derecho de exigirte porque estoy en Oportunidades*" (énfasis nuestro).

Probablemente estas reacciones surgen ante los problemas de atención a la demanda, ya sea por saturación o por problemas de la oferta misma (infraestructura). La enfermera de La Cañada demanda comprensión de parte de los beneficiarios:

[66] Mientras que pocas veces se da atención a población abierta en esta situación, pues se tendría que obtener una ficha y esperar horas, procedimiento al que sólo se recurre si uno está enfermo y no tiene recursos para las medicinas o el pago de la consulta

> "Que tuvieran un poquito más de comprensión hacia nosotros porque tenemos a veces un poquito de trabajo y no es que no queramos atenderlos, es que no podemos".

Como un correlato de las respuestas de las beneficiarias, el personal médico también acusó el problema de la excesiva demanda y de la saturación de los centros de salud. Los médicos y enfermeras tienen que darle seguimiento a los pacientes bajo control periódico: mujeres embarazadas, niños desnutridos, diabéticos e hipertensos (que tienen un grupo de autoayuda, para promover en ellos hábitos de higiene, alimentación y ejercicio, con poco resultado, según indicó el médico). Por otro lado, para cubrir con los requerimientos del PROP, deben dar al menos dos consultas a cada familia beneficiaria, razón por la cual terminaron adoptando el mecanismo de "consulta familiar", con el inconveniente para las familias, pues si alguno de los miembros de la familia llega a faltar, se les contabiliza como falta y esto tiene repercusiones al momento de recibir su apoyo monetario. Además de los problemas de infraestructura detectados por el personal médico (y ya señalados como insuficiencia de espacio en el centro de salud, falta de instrumentos para las emergencias e inadecuado suministro de medicamentos), el médico de Mesa de Ocotes reconoció que hace falta un dentista y un psicólogo, que el personal médico resulta insuficiente para atender la demanda y que en el componente de alimentación están "un poco fallos" y atribuyó este resultado insuficiente a la situación económica (pobreza) de los beneficiarios del PROP; aunque apuntó progresos en la prevención de enfermedades y en una mejor higiene, en general.

d) Las prácticas y percepciones de los beneficiarios.

En estas localidades fueron entrevistadas ocho beneficiarias (cuatro en Mesa de Ocotes y cuatro en La Cañada) y una ex beneficiaria del PROP (Mesa de Ocotes), seis de ellas también están afiliadas al Seguro Popular (tres en Mesa de Ocotes y tres en La Cañada); sólo dos de ellas tenían la secundaria completa (una en cada localidad), las demás tenían secundaria incompleta, sólo primaria, primaria incompleta y en un caso ningún tipo de estudios.

Cuando las entrevistadas fueron incorporadas al PROP, en Mesa de Ocotes, se les informó de sus responsabilidades, no así de los servicios de salud a los que tenían derecho, al menos no con la misma claridad y explicitación que se les informó de sus responsabilidades. En algunos casos, se nota confusión entre los servicios de salud a los que se tiene acceso por estar incorporada al PROP o por estar incorporada al Seguro Popular, aunque en otros casos esta distinción fue clara. En otros casos, incluso hay un explícito desconocimiento de los derechos en salud incorporados en PROP o un manejo notablemente vago de ellos: derechos a consulta médica y a medicamentos, a ser bien atendida. De hecho, algunas beneficiarias exigían tener una información más clara sobre los servicios a los que tienen derecho por parte de cada uno de los programas: centro de salud (servicios a población abierta), PROP y Seguro Popular:

> Se supone que los servicios del centro de salud son los básicos, si tienes gripita, si tienes otra cosa, pero entonces entró el Seguro Popular [SP], pero nada más que no te dicen: "oye, tú tienes derecho a que te hagan una radiografía si tienes esto o esto", lo que es el centro de salud, sino que tú vas y dices: "yo tengo SP, ¿me abarca lo de las mamografías?", como a veces que son debajo de la axila, me dicen: "no, eso no te lo abarca, necesitas pagarlo tú". Digo, ¿entonces qué es lo que te brinda el SP, qué derechos tienes tú? Saber qué derecho tú tienes para saber hasta dónde tú puedes ir a un hospital, ya sea al Hospital Civil Nuevo o al Viejo [ambos públicos], y tú sabes hasta dónde tienes derecho con tu SP a que te atiendan, porque si son gastos mayores, ya no te atienden[67]

En general, las beneficiarias entrevistadas consideraron que estar incorporadas al PROP no les concedía derechos especiales en comparación con las personas y familias no incorporadas, aunque algunas reconocían que era una ventaja tener al menos algunas citas programadas. Alguna explicita que no cree que estar en Oportunidades le de más derechos que a los otros y que todos tenemos derecho a las vacunas, a las consultas médicas y estar bien atendida como ella que es hipertensa; otra manifiesta el deseo de que en el centro de salud sean atendidos primero los enfermos que las beneficiarias sanas que llegan con cita. Algunas de ellas incluso reflexionaron que considerarse con más derechos por estar cubierta por el PROP estaba "mal", que no había por qué tomar una actitud exigente, de mal modo:

> A veces, uno como está en el PROP, llegamos a exigir. A mí me ha tocado estar cuando hay personas del PROP y llegan bien exigentes: "es que me tienes que atender porque estoy en Oportunidades", entonces pues no, porque no porque esté uno de Oportunidades, no vamos a madrugar a sacar ficha, nomás porque estamos en el programa vamos a llegar a exigir atención y hay personas que así llegan con la doctora o con el doctor: "¿tienes ficha?" [Pregunta el médico]. "No, pero es que yo estoy en el PROP y me tienes que atender", o sea que llegan con otro tono.

> "Depende, porque igual si no tuviera el servicio [se refiere a Oportunidades] y llego con buen modo y le digo a la doctora: '¿me hace el favor de atenderme?', igual ella va a decirme que sí. Y aunque tenga el apoyo de Oportunidades, si llego exigiéndole: '¡no es que usted tiene obligación!', la doctora va a decir, 'no, pues cuál', ¿verdad? O si la hace uno enojar, pos no va a querer... [dice que no conoce casos directos de esto], pero yo pienso, porque por ejemplo llega uno a los hospitales o a donde quiera que va uno, y entre más les dice uno, 'este, haga esto o cómo ve esto', los doctores se hacen disimulados nada más".

Es importante notar que de nuevo, ahora con las beneficiarias, surge el rechazo a la conjunción de derecho con exigencia. Ésta parece que es asociada al mal modo o exigir en sí mismo puede ser visto simplemente como mala actitud.

[67] Es digno de mención que esta beneficiaria identifica que el Seguro Popular viene "en conjunto con lo de PROP…ahora viene pegadito junto con el Seguro Popular".

Sin embargo, varias de las entrevistadas hacían alusión a procesos de organización entre las mismas beneficiarias para exigir el cambio de alguno de los doctores cuando no estaba dando buen servicio, o para solicitar más personal médico, o para gestionar la mejora de las instalaciones y los consultorios. Al hacer estas gestiones, las beneficiarias –algunas de ellas vocales de salud del PROP- comentaron que lo hacían como ciudadanas, preocupadas por el bienestar de su comunidad, no tanto como beneficiarias del Programa:

> …lo que seguimos *peleando* es que surtan las medicinas, porque Paracetamol y Amoxicilina es lo único que tienen… [Énfasis nuestro] [Se le pregunta si han hecho alguna solicitud para que cambien o mejoren algo en el centro de salud] Sí. Primero ponemos el requisito que queremos, después ponemos si somos titulares del PROP o somos simplemente ciudadanas y queremos ver si nos podían dar la permisión [sic] o el favor de hacer esto, y ya lo ponemos en el buzón, y cada 15 días vienen los de Salubridad a llevarse las peticiones que ponemos en el buzón y es de la manera que nosotros nos podemos comunicar.

> [¿Y han recibido respuesta de la Secretaría de Salud?, se le pregunta] Pues ahorita de las que hemos hecho, de que nos trajeran a otra doctora, sí; ahora queremos ver si nos hacen favor de cambiar al doctor, porque *así no nos sirve* [Anteriormente había indicado que el doctor está sentado en su silla durante la consulta y nomás pregunta, "no nos checa bien". Énfasis nuestro]

> [A otra beneficiaria, ex vocal de salud, aunque todavía muy involucrada como si fuera vocal *de facto*, se le preguntó si al hacer esta solicitud la hacen como beneficiarias del PROP] No, de PROP nunca se pone. "Yo, como ciudadana de la colonia Mesa de las Ocotes, hago la petición de esto y esto, si se puede hacérnoslo llegar, estaremos muy agradecidas", así fue como lo mandamos, porque *nunca habíamos mandado oficios*. Ese fue el primer oficio que mandé. Y sí, nos regalaron pintura para pintar el centro de salud, porque está bien feo también [Énfasis nuestro].

Como se puede observar en las respuestas de las beneficiarias, especialmente de las que son o han sido vocales de salud, participar en el PROP les ha asignado un rol de liderazgo o promotoras al interior de su comunidad, incluso con perjuicio para su salud, cuando este rol les ha generado estrés o preocupación:

> También nos juntamos a hacer brigadas por lo del dengue. Ahora que estuvo pesado lo del dengue, estuvimos descacharrizando y sacamos toneladas. [¿Alguien les solicitó su colaboración?, se le pregunta] Sí, unas trabajadoras sociales, que eran practicantes, pero no sabían lo que iban a hacer. Las trabajadoras sociales fueron al centro de salud y ahí pidieron

> informes de quiénes eran las vocales de PROP, y les dijeron que fueran con E. y con nosotras.

> [Otra beneficiaria, vocal de salud; padece de asma y tuvo parálisis facial, al parecer asociada al estrés que le generó su rol de vocal en el PROP] La doctora me dijo: "quítate de vocal porque a ti te quiere dar parálisis parcial [sic] y no puedes hacer ningún coraje. Trata de zafarte de ahí", pero no me quieren soltar y yo ya me desesperé porque soy asmática y me tocó llevar papeles hasta allá, hasta El Centinela, y yo con el asma, al subir ya me andaba, écheme y écheme espray [Salbutamol] [En otro fragmento de la entrevista narra cómo le ocurrió la parálisis facial al estar ayudando a coordinar una actividad del PROP; actualmente está acudiendo a terapia al Hospital de Zoquipan, que es público, pero se encuentra lejos de su colonia].

Llama la atención el caso de una de las entrevistadas: ya no recibe los beneficios de Oportunidades, pero los promotores estatales y municipales del programa le solicitaron que continuara apoyándoles en la organización y promoción de éste, pero sin recibir compensación alguna de parte de ellos. Han sido las beneficiarias las que se cooperan y le dan el equivalente de los apoyos, por lo que ha seguido apoyando y asistiendo a las pláticas de salud.

Incluso considerando la insuficiencia de personal y medicinas, las beneficiarias consideraron que la alimentación y salud de su familia ha mejorado desde su incorporación al PROP. Las pláticas de salud recibieron una valoración particularmente positiva[68]. Las entrevistadas consideraron que estas pláticas eran útiles y les servían para tratar asuntos como la drogadicción y los anticonceptivos con sus hijos adolescentes, a buscar una alimentación más balanceada (con más frutas y verduras y menos refrescos), a prevenir enfermedades (desde gripas hasta varios tipos de cáncer). No obstante, opinaron que el lugar en el que se desarrollaban las pláticas era inadecuado, "aunque antes estaba peor" (un techito insuficiente, con pocas butacas y sin respaldo, expuestas a constantes interrupciones por los camiones que pasan justo enfrente, en Mesa de Ocotes, la falta de un salón especial para pláticas en La Cañada). De hecho, el lugar había mejorado en Mesa de Ocotes gracias a las gestiones y organización de las mismas beneficiarias, que durante un par de meses estuvieron aportando un peso cada una, y que solicitaron apoyo al Ayuntamiento de Zapopan y a las autoridades de Salud.

> La doctora hace tres grupos porque como el centro es chiquito no cabemos todas. Son la primera semana del mes, el miércoles el primero, el jueves el segundo y el viernes tercero; a los crónicos los quiere acomodar en un grupo aparte, a ellos les da una plática especial a esas personas. Son claras: Por ejemplo ahora con el dengue, trajo una computadora de ella y nos explicó bien,

[68] En Mesa de Ocotes originalmente trataban de hacer las pláticas con todas las titulares reunidas en el mismo día y hora, pero ahora se hacen en grupos de 20 a las ocho de la mañana; el horario es conveniente para las que tienen que ir a trabajar, pero algunas que entran temprano se ven afectadas. En La Cañada, debido a problemas de espacio, las titulares fueron divididas en tres grupos.

> nos pasó el mosquito que era el que transmitía el dengue porque nosotras pensábamos que todos,...y nosotras todas preocupadas por lavar los sucio los charcos y eso, y nos dijo que no, que era en el agua limpia en donde se estancaba ese mosquito y que era dónde teníamos que tener cuidado, nos explicó muy bien, de la influenza también ...Sí se le entiende.

Las entrevistadas de Mesa de Ocotes comentaron que el centro de salud ha mejorado en (antes sólo tenía un consultorio y ahora tiene dos, en buena medida por las gestiones que han hecho ellas) y que, al parecer, mejorará todavía (se está adecuando un mejor espacio para las pláticas), pero que la falta de medicinas era recurrente (lo mismo que en La Cañada), especialmente de medicinas muy demandadas, para atender problemas de hipertensión, diabetes e infecciones respiratorias agudas, principalmente. También señalaron que el horario de atención (de ocho de la mañana a ocho de la noche) y el personal son insuficientes. Tampoco cuentan con dentista (al igual que en La Cañada). El problema más destacado era la saturación del centro de salud y la falta de atención en el caso de urgencias. Si uno se enferma, tiene que llegar a las cinco o seis de la mañana para obtener una ficha y esperar alrededor de tres horas para ser atendido. Y si el problema no puede ser resuelto en el centro de salud, por ser un centro de primer nivel, la persona es referida a otro hospital. El caso es aun peor si el servicio no está cubierto por el Seguro Popular o si no se cuenta con las medicinas o el equipo necesario[69]. Las entrevistadas de La Cañada, señalan la insuficiencia del espacio en el centro de salud, la falta de atención en las noches y para atender emergencias, la necesidad de una ambulancia por los problemas de traslado, la urgencia de un aparato de oxígeno y la necesidad también de que se atiendan cirugías sencillas y partos en el centro de salud.

Este problema también afecta al personal médico, que ha recurrido a citar a familias completas a consulta para poder cumplir con las obligaciones del PROP. La siguiente narración da cuenta de la acuciante situación en la que se ven imbuidos, tanto el personal médico como las familias de La Mesa de los Ocotes:

> [¿Te ha tocado llevar a tus hijos muy enfermos, con fiebre o con…?] Sí, al más grande lo llevé como a mediados de noviembre, estaba súper grave y no me lo quería atender una doctora de paga, no me lo quería atender, y me fui como a las 10 de la mañana y le dije a la doctora S. "es que no alcance ficha y lo llevé a un particular y me dijeron que no era nada, que no traía fiebre" y me dijo "sabes qué, vamos haciéndole una revisión, pásate y ahorita te lo atiendo", y sí me lo atendió, o sea las doctoras hay veces en que sí uno necesita mucho de ella, pues sí son flexibles, pero hay en ocasiones en que pues uno no tiene las condiciones o el tiempo necesario para ir, y sí necesitamos más personal, porque con dos doctores que están en la mañana y uno en la tarde no alcanza, son muy pocos…

[69] Las entrevistadas hacían referencia a sus casos particulares: embarazos de riesgo que fueron atendidos de manera tardía, un hijo con complicación renal, problemas de hipertensión asociados a sobrepeso, asma.

En general, las entrevistadas opinaron que de por sí tendrían atención médica del centro de salud, aunque no estuvieran en el PROP, si bien matizaban su respuesta al considerar las medicinas a las que tienen acceso y los beneficios de las consultas y de las pláticas de salud:

> Me decían: "si sales en PROP, te van a dar becas para los niños, para los hijos que tengas estudiando vas a tener atención médica", y yo les decía: 'pero yo ya tengo, aquí está el centro de salud' (Entrevista a una beneficiaria del Programa).

> De todas formas nos siguen atendiendo, y el personal sigue siendo el mismo, con la misma gente, o sea: no perderíamos nada… sólo cuando se enferman sí´, porque uno tiene que comprar medicina, y pues aun así teniendo el Programa, tenemos que comprar medicina…

> [Se le preguntó si ha mejorado la salud de sus hijos desde que están en el PROP] Sí, muchísimo, antes se me enfermaban a cada rato y ahorita uno está en el 'plan de niño sano', porque ha estado bajo de peso y la doctora me dijo 'pues lo va a tener que traer cada mesa que le tomen la talla y el peso y pues ahorita ya está bien, nada más le faltan como dos o tres meses para lo den de alta en ese plan porque ya está bien de peso
>
> (Entrevista a otra beneficiaria).

> Yo antes no estaba en el PROP y me atendían igual como lo hacen ahorita (Entrevista a beneficiaria).

> …Es la misma cosa, tienes que ir por ficha [cuando no tienen cita programada y están enfermas, las personas tienen que sacar ficha para ser atendidas, al igual que las personas que no tienen PROP].

Un grave problema resaltado en ambas localidades es que los servicios incluidos tanto en PROP como en el Seguro Popular son insuficientes y en caso de algunas enfermedades graves, las titulares y sus familias tienen que hacer erogaciones significativas, como lo manifestaron dos beneficiarias de PROP en La Cañada: una de ellas tiene hipertensión desde hace 7 años (nacimiento de su último hijo); ha habido seguimiento y tratamiento médico en el centro de salud y los análisis clínicos, cuando los necesita, se los hace en Ixtlahuacán y son costosos: hasta 400 pesos, y a veces hay que hacerlos cada año; pero las medicinas sí se las dieron en el centro de salud. A los niños los lleva frecuentemente al centro de salud por gripe y, recientemente, uno de sus hijos se lastimó la mano y la enfermera le entablilló la mano con el fin de que lo pudiera llevar a Chapala para que lo atendieran más en forma; tuvieron que pagar los servicios en Chapala. Otra de las titulares tiene diabetes desde hace 4 años y en el centro de salud le dan el seguimiento y tratamiento médico por Oportunidades y el SP;

en el centro de salud la trataron muy bien cuando le dieron el diagnóstico de diabetes y la mandaron a hacer análisis a Ixtlahuacán y ella los pagó aparte, los medicamentos se los dan en el CS; pero además de la diabetes, también padece de asma y de alergias, enfermedades para las que no tienen el medicamento en el centro de salud, por lo que lleva dos años yendo a Guadalajara a tratarse en el Hospital Civil Nuevo Ahí el SP le cubre sólo las consultas, pero ella tiene que pagar los estudios y análisis (alrededor de 250 pesos) más el medicamento para el asma que es caro (750 pesos). Tiene que ir a consulta dos veces por mes, lo que significa gastar al menos 500 pesos cada vez para ir y el problema es que antes le llegaban de Oportunidades 440 pesos, pero ahora no sabe por qué le llegaron nada más 240 y siendo así, ella cree que ya no va a poder seguir yendo con la misma frecuencia a Guadalajara.

CONCLUSIONES

Los objetivos que nos han dirigido en este trabajo son, en términos más generales, analizar hasta qué punto el PROP ha sido un punto de partida para impulsar la universalización de los derechos sociales, y en forma más específica si este programa ha profundizado o contrarrestado la tradicional segmentación de las instituciones del sistema de salud mexicano y si ha fortalecido o debilitado el derecho social a la salud. Iniciaremos por presentar las conclusiones más específicas para llegar a la más general vinculada a la universalización y los derechos sociales.

El PROP, vinculado parcialmente al SP, ha profundizado la segmentación tradicional del sistema de salud en México integrado en un régimen de bienestar dual. Si previamente existían tres segmentos en el sistema de salud (los seguros públicos segmentados a su vez en varias instituciones, el subsistema de atención abierta de la Secretaría de Salud, los seguros privados, y la excusión notable de la población indígena de cualquiera de estos tres fragmentos), después del inicio y desarrollo de PROP-SP existen cinco segmentos con una notable diferenciación en los beneficios y en el estatus de los integrados: entre cuatro y cinco de cada diez mexicanos están incorporados en cinco seguros públicos autónomos, entre dos y tres están incluidos en el nuevo SP (la mitad de ellos en este "seguro" y al mismo tiempo en PROP), uno más utiliza el Paquete Básico Garantizado del PROP (los beneficiarios del programa no afiliados al SP) y al menos uno es atendido en los sistemas de atención abierta, además de que un pequeño sector utiliza los seguros privados de salud. Es importante señalar que tres de estos segmentos son atendidos por la misma institución en el nivel primario, con beneficios estratificados y estatus diferenciados: en los centros de salud de la Secretaría de Salud coinciden los *credencializados* (*afiliados voluntarios*) del SP con el derecho a más de 250 intervenciones y de 300 medicamentos, los *obligados por las corresponsabilidades* del PROP con el derecho a sólo cerca de 100 intervenciones del Paquete Básico Garantizado y poco menos 90 medicamentos, y los de *demanda "abierta" sin derecho explícito* a alguna intervención ni medicamento; el mismo personal médico de los centros de salud debe de administrar esta diferenciación de estatus y beneficios al recibir la demanda de servicios médicos. En síntesis, incluso en el nivel micro-local de los centros de salud nos encontramos con la profundización de la segmentación del sistema de salud mexicano.

Sin lugar a dudas los nuevos instrumentos de atención a la salud han incorporado elementos positivos como la ampliación de la cobertura tanto del Paquete Básico

Garantizado del PROP como del conjunto de intervenciones aseguradas en el SP, en el marco del régimen de bienestar dual mexicano. De la exclusión de titularidades de más de la mitad de la población a la generación de nuevas titularidades, aunque diferenciadas, de porcentajes importantes de la población, implica avances que los usuarios mismos de los servicios reconocen. En nuestra investigación en cuatro localidades del estado de Jalisco constatamos la evaluación positiva realizada por los nuevos titulares por la inclusión de estos servicios de salud; estos nuevos titulares y el personal médico entrevistado reconocen la importancia de lo servicios médicos incorporados a PROP y al SP. Si se perdieran los servicios de salud incorporados en PROP sus titulares experimentarían una pérdida, más notable en el caso de desaparecer el SP.

Sin embargo, las titulares y el personal médico mostraron de diversas maneras la vulnerabilidad de los servicios médicos incluidos en PROP y en el SP:

1. Las *instalaciones* en las que se ofrecen los servicios médicos tienen deficiencias más notables en las localidades rurales (incluso con un centro de salud sin instalaciones propias) pero también presentes en las localidades urbanas con espacios pequeños y deficientemente equipados para la creciente demanda y los múltiples servicios ofertados (administración de las corresponsabilidades, capacitación para la prevención, atención médica, levantamiento de muestras para laboratorio y suministro de medicamentos).
2. Los *horarios* de servicios son limitados, en general restringidos a sólo ocho horas de atención (o con un máximo de doce horas) sin atención nocturna ni en los fines de semana; con una demanda creciente (por las sucesivas olas de incorporación al PROP y al SP), el sistema adoptado por los centros de salud ha sido el de la citas fijadas con antelación o la entrega de un número limitado de fichas de acuerdo a la hora de llegada. En algunos casos, esta forma de administración ha generado por una parte serias incomodidades a las titulares que tienen que soportar largas filas, horas de espera o la necesidad de madrugar; por otra parte, en caso de urgencias médicas nocturnas o de fines de semana los usuarios tienen que trasladarse con fuertes dificultades y costos a otros centros de atención.
3. El personal contratado para los centros de salud vive, salvo excepciones menores, una situación de *precariedad laboral* con contratos temporales, renovables en principio, con estatus diferenciados a pesar de desarrollar las mismas actividades (diferencia salarial, diferencia en prestaciones: en ocasiones con seguridad social, en otras sin ella o afiliación al SP); de acuerdo al personal médico entrevistado una situación de esta naturaleza perjudica la calidad del funcionamiento del PROP. En uno de los casos, un médico entrevistado combina sus actividades en el centro de salud con actividades comerciales informales en la misma localidad
4. El *perfil epidemiológico de las localidades es insuficientemente incorporado* en los mecanismos de atención y en las titularidades de los incluidos en PROP y en el SP. No obstante las limitaciones en instalaciones, horarios y personal, las titulares valoran positivamente las atenciones primarias de salud (primer nivel).

> Ahora bien, la atención de urgencias y especialmente de enfermedades crónicas es notablemente insuficiente, lo que genera gastos de bolsillo importantes de los hogares y la búsqueda de atención (diagnóstico, medicamentos y tratamientos) en otras instituciones, incluidas las privadas.

Éstas no son, sin embargo, las únicas vulnerabilidades. Tanto el personal médico como las titulares son conscientes y críticos antes vulnerabilidades de los servicios de salud, lo que es un activo a favor de la posibilidad de construcción de instituciones universales en México. La *agencia* de los actores sociales en un elemento clave en la construcción de derechos en una sociedad. Algunas iniciativas de titulares buscan asegurar la vigencia o ampliación de los derechos en relación con la salud (búsqueda de atención de mejor calidad por parte del personal médico, exigencia de medicamentos incluidos en los programas, acciones para mejorar las instalaciones de los centros de salud). Pero, en la concepción de derechos por parte del personal médico y de las mismas titulares existen limitaciones que pueden dificultar la construcción de derechos y la vigencia del universalismo: el personal médico tiene visiones contrastantes en lo que significa derechos y entre las titulares predomina una débil conciencia de derechos en PROP y en el SP; el personal médico tiene mayor claridad y aceptación en las responsabilidades que deben cumplir las titulares, pero menor claridad en sus derechos e incluso puede destacarse una visión negativa (no generalizada) hacia las personas en situación de pobreza: alcohólicos, jodidos, aprovechados, sucios, flojos, ignorantes, incapaces de cambiar. Con una visión de esta naturaleza es fácilmente entendible como acentúan las obligaciones y no los derechos, y cómo reaccionan negativamente ante las exigencias por parte de las titulares. Es notable que salvo una excepción en que la exigencia es considerada como una forma de hacer valer derechos, el concepto mismo de exigibilidad en los servicios es rechazado por el personal médico (e incluso por algunas titulares que lo equiparan a mala actitud o mal modo). Nuestra investigación muestra vulnerabilidades también en la concepción de derechos.

Efectivamente en México hay mayor inclusión o cobertura a diversas instituciones de salud. Sin dejar de constatar los avances en la cobertura, este conjunto de vulnerabilidades nos muestra indicios de que el acceso segmentado a los servicios de salud en México tiene severas diferenciaciones también en beneficios y en calidad de los mismos. La tendencia hacia una inclusión universal en algún tipo de institución de salud va atravesada por severas diferencias en titularidades, en calidad de los servicios y en lo que podríamos denominar la cultura de derechos. De seguir esta tendencia, probablemente en pocos años casi toda la población estará incluida en alguno de los segmentos del sistema de salud que implican algún grado de contrato (seguros públicos a partir del empleo, seguros voluntarios o incorporación condicionada a una paquete básico) pero estamos aún muy lejos de la concepción integral del universalismo que implica servicios semejantes en calidad e iguales en derecho, provistos para todos los ciudadanos por todos los ciudadanos; más bien nos encontramos con amplia cobertura con servicios desiguales y claramente estratificados. Difícilmente la tendencia segmentada y estratificada de las nuevas instituciones de salud en México conducirá hacia la universalización de los derechos sociales; lleva más bien hacia una más profunda institucionalización del dualismo del

régimen de bienestar mexicano, con unos sectores titulares de derechos plenos en salud y diversos sectores con titularidades parciales y desiguales.

BIBLIOGRAFIA

Baldock, John; Manning, Nick y Sarah Vickerstaff, (2007) *Social Policy*. Oxford: Oxford University Press.

Barba, Carlos, (2003), *El Nuevo Paradigma de Bienestar Residual y Deslocalizado. Reforma de los regímenes de Bienestar en la OCDE, América Latina y México*. Tesis presentada para obtener el grado de Doctor en Ciencias Sociales por parte de la Universidad de Guadalajara y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

_____ (2005), "Paradigmas y regímenes de bienestar", en *Cuadernos de Ciencias Sociales de FLACSO*, Costa Rica, 82 p.

_____ (2006) "La reforma social y el régimen de bienestar mexicano", en Franco, Rolando y Jorge Lanzaro (Coords.), *Política y Políticas Públicas en los Procesos de Reforma Latinoamericanos,* Buenos Aires: Miño y Dávila, FLACSO-México, CEPAL, Ministére des Affaires Estrangéres, pp. 163-200

_____ (2007), *¿Reducir la pobreza o construir ciudadanía social para todos? América Latina: Regímenes de bienestar en transición al iniciar el Siglo XXI*, México: Universidad de Guadalajara.

_____(2009) "Going Beyond the Liberal or residual Paradigm. Conditional Cash Transfer (CCT) programs in Latin America: The case of Mexico's "Oportunidades" program and health care rights". Trabajo presentado en la mesa redonda: *"Poverty: The role of Social Research and Social Policy".* Organizada por CROP-CLASCO-CODESERIA, en el marco del *World Social Science Forum*, celebrado en la Universidad de Bergen, Noruega, entre mayo 10 y 12.

_____ (2010) "La Reforma del la Ley General de Salud en México y la creación del Seguro Popular: ¿Hacia la cobertura universal?" En Valencia, Enrique (Coord.) *Perspectivas del Universalismo en México*. Guadalajara: Fundación Konrad Adenauer e ITESO, pp. 87- 102

Brachet-Márquez, Viviane (2007), "La reforma de los sistemas de salud y previsión social en México, 1982-2000" en V.Brachet-Márquez (coord.), *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil, Chile y México*, México: El Colegio de México, pp. 291-348.

Castel, Robert (2003), *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris : La République des Idées/Seuil.

(CNPSS) Comisión Nacional de protección Social en Salud (2007), Informe de Resultados. Primer Semestre 2007.

CONAPO- Consejo Nacional de Población, (2007) "Comunicado de prensa del 3 de abril de 2007".

CONAPO (2007). *Índice de Marginación a Nivel Localidad 2005*. México: CONAPO.

Diario Oficial de la Federación (2003), *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud*. Publicado el 15 de mayo.

Enciclopedia de los municipios de México, estado de Jalisco, http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/jalisco/mpios/14066a.htm

Esping-Andersen, Gosta, (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism.* Cambridge, GB.: Polity.

Filgueira, Fernando, Carlos Gerardo Molina, Jorge Papadópulos y Federico Tobar (2006), "Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida" en Carlos Gerardo Molina, *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina*, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo/Editorial Planeta, pp. 19-55.

Fiszbein, Ariel y Norbert Schady (2009), *Conditional Cash Transfers. Reducing Present and Future Poverty*, Washington: World Bank.

Foust Rodríguez, David (2010), *El capital social, una espada de dos filos. Estudio sobre capital social en Atemajac de Brizuela, Jalisco*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.

Frenk, Julio (2007), "Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias", *Salud Publica Mexicana,* Vol. 49, suplemento 1, pp.14-22.

Ginsburg, Norman, (2003) "The socialist perspective". En Alcock, Pete, Erskine, Angus y Margaret May (eds.). *The Student's Companion to Social Policy*. Singapur: Blackwell Publishing, pp. 92-99.

Gutiérrez, Angelina (2002), *México Dentro de las Reformas a los Sistemas de Salud y de Seguridad Social de América Latina,* México: UNAM, Siglo XXI.

INEGI-Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2000), *Censo General de Población y Vivienda*, México.

Lautier, Bruno, (2001) "Las políticas sociales en América Latina: propuestas metodológicas para analizar el cambio que se está produciendo". En *Espiral: Estudios de Estado y Sociedad.* Vol. VIII, núm. 22, pp.91-130

Levy, Santiago, (2006) *Pobreza y Transición Democrática en México.* Washington, D.C.: Brookings Inst. Press.

Magaña García, Celia, (2009) *La Genderisation des Politiques Sociales au Mexique (1989-2005), Images des femmes dans le PROGRESA et dynamique locale d'un rancho á l'ouest du Mexique* Tesis presentada para obtener el grado de Doctora en Sociología en la Universidad París I Panteón-Sorbona. Bajo la dirección del Profesor Bruno Lautier.

Medici, André (2006), "Políticas y acceso universal a servicios de salud", en Molina, Gerardo (ed.), *Universalismo Básico. Una nueva política social para América Latina.* Washington, D.C. / México: BID / Editorial Planeta, pp. 243-281.

Mendoza Bohne, Lourdes Sofía, (2009) "Mapping a marginal neighborhood and the appropriation of the water space: Mesa Colorada, a case study". Universidad de Bielefeld (Capítulo 3, borrador de tesis de doctorado)

Molina, Gerardo (ed.) (2006), *Universalismo Básico. Una nueva política social para América Latina,* Washington, D.C. / México: BID / Editorial Planeta.

Molyneux, Maxine, (2007) *Change and Continuity in Social Protection in Latin America. Mothers at the service of the state*. Gender and Development Programme. Paper number 1, The United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).

Musgrave, R. A. y Musgrave, P., (1975) *Public Finance in Theory and Practice.* New York: McGraw-Hill.

Padilla Altamira, César (2009), *Las oportunidades de los Jóvenes con Oportunidades: trayectorias educativas y laborales de jóvenes apoyados por el programa Oportunidades en Atemajac de Brizuela, Jalisco, 2002-2008*. Tesis de maestría,

Maestría en Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guadalajara.

Scott, John (2006), "Seguro Popular Incidence Analysis", en Banco Mundial, *Decentralized Services Delivery to the poor,* pp. 147-165.

Secretaría de Salud, (2006 c) *Conoce el Seguro Popular.*

Skocpol, Theda, (1995) *Social Policy in the United States. Future possibilities in historical perspective.* Princeton: Princeton University Press.

Titmuss, R., (1968) *Commitment to Welfare*. Londres: Allen and Unwin.

Tobar, Federico (2006), "¿Qué es el universalismo básico en salud?", en Molina, Gerardo (ed.). *Universalismo Básico. Una nueva política social para América Latina.* Washington, D.C. / México: BID / Editorial Planeta, pp.283-291.

Valencia Lomelí, Enrique (2008), "Conditional Cash Transfers as Social Policy in Latin America: An Assessment of their Contributions and Limitations", *Annual Review of Sociology*. Vol. 34, pp. 475-499.

Valencia Lomelí, Enrique y David Foust Rodríguez (2010), "¿Es pertinente pensar hoy en el universalismo en México?", en E. Valencia Lomelí (coord.), *Perspectivas del universalismo en México*, Guadalajara: Fundación Konrad Adenauer/Iteso/UIA León/UdeG, pp. 7-21.

ANEXO 1

Datos generales del Centro de Salud				
Nombre/Número		Localidad		
Núm. Consultorios		Núm. Médicos		
Núm. Enfermeras		Otros (personal)		
Fecha de creación CS				
Datos generales del personal de salud (entrevistado)				
Nombre:			Edad	Sexo
Lugar de residencia:				
Días que se hospeda en la localidad:				
Formación profesional:				
a) Médico	b) Enfermera		c) Otro	
1) Titulado	2) Especialidad		3) Estudiante	
Estatus Laboral				
¿Desde hace cuantos años trabaja en la SS?				
¿Qué tipo de plaza tiene dentro de la Secretaría de Salud (SS)?				
¿Qué nivel tiene usted dentro del escalafón de la SS?				
¿Desde cuándo trabaja en este CS?				
¿Recibió algún tipo de capacitación para realizar funciones en el marco del programa Oportunidades?		Sí No ¿En qué consistió?		
¿Desde cuándo ha atendido a beneficiarios de Oportunidades?				
¿En cuántos CS vinculados a Oportunidades ha laborado?				
¿Cuánto ha durado en promedio en cada uno de ellos?				
Servicios del Centro de Salud				
Horario y días de atención del Centro de Salud				
Horario y días de atención a beneficiarios de Oportunidades				
¿En promedio cuántos pacientes atienden diariamente?		Pob Abta: SegPop:		Oportun:
Enfermedades más comunes		Graves:		

Servicios específicos del PBGS			
Saneamiento	Desinfección domiciliaria del agua	Sí	No
	Eliminación sanitaria de la basura	Sí	No
Planificación Familiar	Orientación y provisión de Métodos Anticonceptivos temporales y permanente	Sí	No
Atención del parto	Consulta Prenatal	Sí	No
	Ministración de hierro y ácido fólico	Sí	No
	Atención del parto y cuidados del recién nacido	Sí	No
	Vacunas	Sí	No
Nutrición y Crecimiento infantil	Administración de micronutrientes	Sí	No
Manejo de Diarreas en el hogar	Distribución Suero Oral	Sí	No
Prevención y control de la tuberculosis pulmonar	Detección y diagnóstico	Sí	No
	Tratamiento primario	Sí	No
Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino	Detección y diagnóstico	Sí	No
	Referencia de casos positivos	Sí	No
Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes	Detección y diagnóstico	Sí	No
	Tratamiento y control de casos	Sí	No

ANEXO 2

Dimensiones, ítems y preguntas

Entrevista semi-estructurada al personal médico de los centros de salud (CS)empleados por Oportunidades ofrecer servicios de salud

Dimensión general	**Ítems específicos**	**Preguntas**
Servicios de salud	*Perfil epidemiológico*	¿Cuál es el tratamiento para personas que padecen hipertensión y/o diabetes? ¿Cuándo cambian de médicos, tienen que volver a diagnosticar a los pacientes a los que les han dado seguimiento? ¿Cuáles son las enfermedades más graves? Si una persona viene a consulta con una enfermedad crónica grave, como por ejemplo, con cáncer ¿Qué hace usted? Durante el tiempo que usted ha trabajado en este Centro de salud ¿Se le han presentado casos como estos? Si sí, ¿Cuántos que usted recuerde?
Recursos	*Equipamiento, personal de salud y dotación de medicinas*	¿Considera que el CS está bien equipado? Si no es así En su opinión ¿Qué hace falta? ¿El personal de salud que le apoya es suficiente? ¿Cuenta con la dotación necesaria de medicinas y material para atender a sus pacientes? ¿Qué tipo de medicinas son las que más hace falta? ¿Para atender qué tipo de padecimientos?
Conocimientos sobre los servicios de salud de oportunidades		
	Responsabilidades	¿Cuando fueron incorporados al programa se les informó cuáles eran sus responsabilidades en el marco del programa Oportunidades?
	Nivel de conocimiento de responsabilidades	¿Cuáles son?
	Paquete de servicios	¿En algún momento se le informó cuáles eran los servicios a los que tenían acceso los beneficiarios de Oportunidades?

		¿Es diferente el tipo de servicios a los que tienen acceso los beneficiarios y no beneficiarios?
	Nivel de conocimiento del paquete	¿Cuáles son?
	Articulación entre Oportunidades y el Seguro Popular	¿Está este centro vinculado con el Seguro Popular?
	Diferenciación funcional	¿Cuál es la diferencia respecto al tratamiento de los tres casos: población abierta, Oportunidades Y Seguro Popular?
Opiniones sobre los servicios de salud		
	Obligaciones	¿Cuál es su opinión sobre las obligaciones laborales que le exige el programa Oportunidades? ¿Oportunidades o la SS le ofrecen algún tipo de compensación adicional por atender a las familias beneficiarias?
	Valoración del programa	¿Cuál es su opinión acerca de Oportunidades en el campo de la salud? ¿Le parece que ha cambiado algo en los servicios que ofrecían los CS antes de la existencia de Oportunidades? ¿Qué?
	Derechos	¿Cuál es su opinión sobre los beneficiarios de Oportunidades? ¿Son más exigentes que los pacientes comunes? ¿Le parece que tienen más derechos que los otros pacientes?
	Percepción específica de derechos	¿Cuáles derechos? ¿Le parecen bien estas diferencias?
	Valoración de resultados	¿En su opinión, con Oportunidades han mejorado las costumbres de las familias beneficiarias en materia de prevención de enfermedades? ¿En su opinión han mejorado las costumbres de las familias en materia alimenticia?

		¿En términos generales considera que han mejorado los niveles de salud en la comunidad donde se ubica el CS desde que se estableció Oportunidades?
	Importancia de los servicios	¿Considera que para las familias beneficiarias sería una pérdida no contar con los servicios de salud que ofrece el programa? ¿Por qué?
Narrativa de experiencias		
	Pláticas de salud	¿Podría platicarme cómo se organizan las pláticas de salud? ¿Dónde se realizan? ¿Ofrecen información importante? ¿Le parece que los beneficiarios las toman en serio? En su opinión en las pláticas se logra una buena comunicación con los beneficiarios En su opinión ¿las pláticas son efectivas en cuanto a lograr sus objetivos? Si no, ¿cuál sería en su opinión la principal dificultad? ¿Cumplen los beneficiarios con sus obligaciones en lo que toca a la salud?
	Saturación	¿Cree usted que ahora hay más usuarios que antes? ¿Cuenta usted con el tiempo necesario para atender a todos los pacientes?
	Negación de servicios	¿Alguna vez ha tenido que negarle servicios a alguien porque no es beneficiario de Oportunidades ?
Dimensión valorativa		
	Valoración del personal médico sobre su estatus en el programa	¿Qué le gustaría que cambiara en Oportunidades para que usted se sintiera más satisfecho con su labor en el Centro de Salud?
	Valoración sobre las condiciones del Centro de Salud	¿Qué le gustaría que arreglaran en el Centro de Salud?

	Valoración sobre los beneficios de Oportunidades	¿Qué servicios le gustaría que estuvieran disponibles para los beneficiarios de Oportunidades y no lo están?
	Valoración sobre los derechos ofrecidos por Oportunidades	¿A qué considera que tienen derecho las familias beneficiarias de Oportunidades?
	Valoración sobre el funcionamiento administrativo	¿Qué le gustaría que cambiara en las obligaciones que Oportunidades le impone al personal de salud ?
	Valoración sobre los beneficiarios	¿Qué aspectos de las conductas de los beneficiarios de Oportunidades les gustaría que cambiaran?

ANEXO 3

Dimensiones, ítems y preguntas

Entrevista semi-estructurada a madres de familias beneficiarias de Oportunidades para valorar la calidad de los servicios de salud

Dimensión general	**Ítems específicos**	**Preguntas**
Socio demográfica		
	Lugar de residencia	¿En qué localidad vive?
	Edad	¿Cuántos años tiene?
	Escolaridad	¿Estudió? Si es así ¿Hasta que año lo hizo?
	Condición civil	¿Está casada? ¿O tiene pareja que viva con usted?
	Número de hijos	¿Cuántos hijos tiene?
	Edades	¿Cuántos años tienen?
	Sexo	¿Cuántos son hombres y cuántos mujeres?
	Escolaridad	¿Cuántos van a la escuela?
	Nivel de escolaridad de los beneficiarios	¿En que nivel escolar están?
	# de beneficiarios del programa	¿Cuántos de ellos participan en Oportunidades?
	# de años dentro del programa	¿Desde cuándo ingresaron a Oportunidades?
	Centro de salud al que están adscritos	
Conocimientos sobre los servicios de salud de oportunidades		
	Responsabilidades	¿Cuando entraron al programa se les informó cuáles eran sus responsabilidades con los médicos y la clínica de salud ?
	Nivel de conocimiento de responsabilidades	¿Cuáles son?
	Derechos procedimentales (beneficios específicos en materia de salud)	¿En ese momento o en otro posterior [indicar cuál] se les informó cuáles eran los servicios a los que tenían acceso?
	*Nivel de conocimiento de los beneficios a los que los miembros de la familia tienen derecho **	¿Cuáles son?
	Articulación entre Oportunidades y el Seguro Popular	¿Tiene conocimiento de la existencia del Seguro Popular?
	Participación simultánea en los dos programas	¿Usted y su familia son beneficiarios de ese programa?

Opiniones sobre los servicios de salud		
	Obligaciones	¿Cuál es su opinión sobre las obligaciones que impone el programa en materia de salud?
	Valoración de obligaciones	¿Asistir regularmente al Centro de Salud le parece importante? ¿Le hace perder tiempo? ¿En su opinión sirven de algo las pláticas de salud?
	Derechos	¿Usted considera que Oportunidades le da derecho a usted o su familia a solicitar servicios de salud?
	Percepción específica de derechos	¿Cuáles?
	Valoración de resultados	¿En su opinión han mejorado las costumbres de su familia en materia de prevención de enfermedades? ¿En su opinión han mejorado las costumbres de su familia en materia alimenticia? ¿Ha cambiado algo en la dinámica familiar [al interior] como resultado de las responsabilidades y los servicios de salud ofrecidos por Oportunidades?
	Percepción institucional	¿Qué opina del centro de salud al que asiste? ¿Qué opina del trato que le dan las enfermeras? ¿Qué opina del trato que le dan los doctores?
	Importancia de los servicios	¿Considera que para su familia sería una pérdida no contar con los servicios de salud que ofrece el programa? ¿Por qué? Si habláramos de esta pérdida en términos de dinero, ¿cuánto más estaría pagando su familia en medicinas y/o servicios médicos y/o transporte para el centro de salud…?
	Especificidad de los servicios	¿Considera qué hay alguna diferencia

	de salud ofrecidos por Oportunidades	entre los servicios que brinda el Centro de Salud a los beneficiarios de Oportunidades, frente a los que brinda a quienes no forman parte de él?
Narrativa de experiencias		
	Pláticas de salud	¿Podría platicarme cómo se organizan las pláticas de salud? ¿Dónde se realizan? ¿Son claras? ¿Ofrecen información importante?
	Centro de Salud	¿El Centro de salud está bien equipado? ¿Cuenta con las medicinas necesarias? ¿Hay servicio todos los días? ¿A qué horas se puede acudir? ¿Es fácil obtener una cita con el doctor cuando alguien de la familia está enfermo? ¿Cuánto tiempo tiene uno que esperar para ser atendido cuando viene enfermo (o con un enfermo)?
	Personal de salud	En el tiempo que ustedes han sido beneficiarios de Oportunidades ¿ Cómo los han atendido las enfermeras? ¿Cómo los han atendido los doctores? ¿Los han atendido con prontitud? ¿Les han dado recetas? ¿Les han dado las medicinas? ¿Cuántos doctores han estado en el Centro de Salud? Cuando cambian de doctor, ¿le dan seguimiento a su tratamiento? ¿Sienten ustedes que son tratados con respeto?
	Enfermedades	¿De qué enfermedades han sido tratadas usted o cualquiera de los miembros de su familia? Platíquenos cómo fue la primera vez que

		asistió al Centro del Salud como beneficiaria de Oportunidades para que algún miembro de la familia fuera atendido ¿De qué estaba enfermo? ¿Cómo lo trataron las enfermeras y el médico? ¿Qué le recomendaron? ¿Le solicitaron análisis clínicos? ¿Si fue así dónde se los hizo? ¿Pagó por ellos? ¿Le entregaron las medicinas que necesitó o las tuvo que comprar? ¿La enfermedad ameritó que les mandaran a que consultaran a otros doctores? ¿En su opinión el tratamiento que le dieron a quien estaba enfermo lo curó? Platíquenos alguna otra ocasión que le parezca importante en la que alguno de los miembros fuera atendido Mismas preguntas…..
	Servicios de segundo y tercer nivel	Alguno de los miembros de la familia ha sido hospitalizado? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Han tenido que pagado por ello? ¿El Centro de salud le apoyó?
	Negación de servicios	¿Alguna vez ha solicitado atención médica y se la han negado? ¿Por qué razones?
Dimensión valorativa		
	Valoración de los beneficiarios sobre su estatus en el programa	¿Cómo le gustaría que los trataran en el Centro de Salud?

	Valoración sobre los servicios de salud	¿Qué le gustaría que cambiara?
	Valoración sobre las condiciones del Centro de Salud	¿Qué le gustaría que arreglaran en el Centro de Salud?
	Valoración sobre los beneficios a los que no se tiene acceso	¿Qué servicios le gustaría que estuvieran disponibles y no están?
	Valoración sobre los derechos ofrecidos por Oportunidades	¿A qué considera que tienen derecho usted y su familia en materia de salud en el programa Oportunidades?
	Valoración sobre el funcionamiento administrativo	¿Qué trámites le gustaría que fueran más fáciles?
	Valoración sobre el personal de salud	¿Qué aspectos del trato que ustedes han recibido por parte de las enfermeras y los doctores les gustaría que cambiaran?