

La desigualdad en el acceso a los servicios de salud: percepciones sobre el acceso a los servicios médicos y sobre el derecho a la salud.

Gina Chacón Fregoso.

Cita:

Gina Chacón Fregoso (2007). *La desigualdad en el acceso a los servicios de salud: percepciones sobre el acceso a los servicios médicos y sobre el derecho a la salud*. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-066/1521>

**El acceso a los servicios de salud en México:
Percepciones sobre la desigualdad en el acceso y el derecho a la salud
Gina Chacón**

Introducción

La profunda desigualdad social que impera en México tiene sus causas y formas de expresión en diferentes ámbitos de la vida económica, política, social y cultural. Esto se traduce en una profunda inequidad en la distribución de oportunidades de vida entre distintos segmentos de la población. En particular, la marcada desigualdad en la distribución del ingreso¹, en un contexto en el que los derechos sociales adquirieron un carácter segmentado e incompleto, se constituye en un factor determinante de las posibilidades de la población para acceder a elementos básicos de bienestar.

En las últimas décadas la consolidación de un modelo de desarrollo de corte neoliberal² ha tenido serias y profundas implicaciones en el ámbito social, tales como el aumento de la pobreza, alzas en los niveles de desempleo, incremento de la economía informal y caída de los salarios. (Rendón y Salas, 2000; Roberts, 2004; Bayón, 2006). Estas problemáticas sumadas a los diferenciales de ingresos, a la escasez y precariedad del empleo, han tendido a agudizar diferencias en las oportunidades y niveles de vida de la población. Sus implicaciones más severas se han manifestado en las esferas del vínculo social como la educación, la seguridad social y la salud (Rojas, 2002), acentuando los viejos problemas en el acceso a dichos servicios.

La preocupación que guía el presente artículo se centra en uno de los espacios donde se expresa la profunda desigualdad que caracteriza a la estructura social mexicana: el acceso a los servicios de salud.

Si bien este problema no es reciente, existen múltiples factores que hacen que el acceso desigual y segmentado a los servicios de salud, de acuerdo al nivel socioeconómico, adquiera particular relevancia en el escenario actual. Diversos factores contribuyen a

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

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

explicar la importancia del problema, entre los principales se encuentran: la estructura actual del Sistema Nacional de Salud que combina un sistema mixto público-privado, el cual define el acceso por la capacidad de pago de la población; los cambios en la política de salud aplicada a partir de la década de los ochenta³, y la distribución desigual del gasto público destinado a la salud, entre las instituciones del sector público (Blanco y López, 2001; Tamez y Valle, 2005).

Análisis recientes sobre el sistema de salud en México, realizados por agencias nacionales e internacionales, (ENSA, 2000; FUNSALUD, 2002; OPS, 2002; OCDE, 2005) han señalado la existencia de un gran número de barreras en el acceso a los servicios para la población que no cuenta con seguridad social (“población abierta”), que se relacionan con la disponibilidad de clínicas y centros de salud, escasez de recursos humanos y materiales y la calidad de la atención médica. Estas limitantes afectan a los 47 millones de personas que conforman la población abierta del país (INEGI, 2005, II Censo de Población y Vivienda). Es importante subrayar que una importante proporción de esta población que pertenece a los segmentos más pobres y habita en zonas urbanas marginadas y en áreas rurales, se ve obligada a acudir a los servicios del sector privado y a realizar gastos provenientes de su propio bolsillo, que pueden resultar en lo que se denomina como “gastos catastróficos en salud”⁴ (ENSA, 2000; OCDE, 2005).

Tomando en cuenta este contexto, la siguiente presentación pretende dar cuenta de: las estrategias que implementan individuos u hogares para hacer frente a los obstáculos en el acceso a los servicios de salud; la manera en que se concibe el acceso a éstos servicios, ya sea como un derecho social o como un problema que debe ser resuelto individualmente; finalmente se explora en qué grado la desigualdad en el acceso se percibe como un problema para los usuarios.

Al respecto, se presenta el análisis de las entrevistas realizadas a usuarios (de distintos sectores socioeconómicos)⁵ de los servicios de salud públicos y privados, en una

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

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

⁵ Entrevistas en profundidad (semiestructuradas) realizadas a 14 personas durante los meses de marzo y junio del 2006.

de las delegaciones de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, La Magdalena Contreras. El propósito fue acercarse a la heterogeneidad de experiencias y percepciones en relación al acceso a los servicios y estrategias que implementan los individuos y hogares para satisfacer sus necesidades de salud.⁶

Orígenes de la desigualdad y la segmentación en el acceso a los servicios de salud

Si bien, la desigualdad en el acceso a servicios y derechos sociales es un viejo problema dentro de la historia del país. No obstante para comprender los orígenes de dicha problemática es necesario exponer las características que tuvo México en términos de los patrones de integración social (Bayón, 2006) emergentes del modelo de desarrollo de industrialización por sustitución de importaciones (ISI), vigente desde los años cuarenta hasta la década de los ochenta.

El régimen de bienestar que prevaleció en México durante este período, según Esping Andersen (1993)⁷ fue el de tipo “corporativista”. Éste se caracterizó por la estratificación de la población en función de la posición ocupada en el mercado de trabajo (trabajadores del sector formal e informal) y a su vez por la adscripción geográfica, trabajadores del campo y la ciudad. Esta diferenciación favoreció la selectividad en el acceso a los servicios y a las prestaciones sociales, los cuales estuvieron fuertemente orientados a los sectores urbanos y con cobertura preferencial al mercado de empleo formal (Barba, 2004).

Durante los años cuarenta, la provisión de los servicios de salud respondió a este patrón selectivo y diferenciado. Para los trabajadores del sector formal se creó en el año de 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En el mismo año, el establecimiento de la Secretaría de Salud y Asistencia, se orientó a prestar servicios de salud al resto de la población integrada por trabajadores rurales, informales y sectores de bajos ingresos (Frenk, 1997, De Gortari y Zicarddi, 1996). Fue así que el patrón de integración social

⁶ Por necesidades de salud se entiende el acceso a servicios médicos y la obtención de medicamentos. La definición de este concepto fue el resultado de las entrevistas realizadas (14 con usuarios y 6 con médicos y directores de servicios de salud de La Magdalena Contreras), pues las personas expresaron que parte fundamental del acceso y obtención de la atención médica finaliza cuando se comienza el tratamiento o la etapa de curación, para ello se necesita obtener los medicamentos.

⁷ En términos generales, Esping Andersen, (1993) define los regímenes de bienestar como la forma conjunta e interdependiente en que se distribuye la provisión de bienestar entre las esferas del Estado, el mercado y la familia. Este concepto se analiza con mayor profundidad en el capítulo 1.

privilegiado durante este período se caracterizó por un tipo de incorporación “diferenciada” de la población (Roberts, 2004), por lo que la obtención de bienestar social y el alcance de los derechos sociales tuvieron un carácter segmentado (Barba, 2004).

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

Al respecto, la segmentación del Sistema Nacional de Salud plantea dos cuestiones importantes. La primera es que históricamente las instituciones de seguridad social han recibido mayor financiamiento (como porcentaje del PIB y del gasto público) que las instancias que atienden a la población abierta, Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud (Ward, 1993, Laurell, 2003). Esto se traduce en fuertes diferencias (en cuanto a infraestructura y servicios) para la provisión de atención médica entre los usuarios del sector público. La segunda cuestión se refiere a los contrastes regionales que se evidencian en el financiamiento de los Servicios Estatales de Salud, los cuales presentan fuertes variantes entre los estados más ricos y los más pobres del país (OCDE, 2005).

De acuerdo con estadísticas recientes, en 2005 las instituciones de seguridad social cubrían a 55% de la población total, estimada en 103 millones de personas (INEGI, 2005. II Censo de Población y Vivienda), lo que significa que la población restante enfrenta fuertes barreras en el acceso a los servicios.

Desde esta perspectiva, el acceso de la población mexicana a los servicios médicos enfrenta problemas que se derivan precisamente del tipo de incorporación al Sistema Nacional de Salud, como derechohabiente o población abierta. Aquí interesa subrayar los “términos desfavorables de esa inclusión y/o participación adversa”, lo cual – advierte Amartya Sen (2000)- no significa necesariamente una cuestión de “exclusión”.

Para ejemplificar lo anterior basta mencionar que según datos de 2004, entre las instituciones de seguridad social (IMSS, PEMEX, ISSSTE)¹²⁸ el gasto per cápita fue de 2,

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

128 pesos, mientras que dicho gasto para la población no asegurada fue de 1,139 pesos. (OCDE, 2005, Secretaría de Salud, 2004).

El acceso a los servicios de salud: cómo se vive y se percibe la desigualdad

Las características socioeconómicas de los residentes de La Magdalena Contreras muestran fuertes contrastes en la distribución del ingreso y por ende en las oportunidades para acceder a los servicios básicos.⁸ En este sentido, las experiencias de distintos sectores de la población con respecto al uso de los servicios médicos, así como de sus percepciones sobre el derecho a la salud, adquieren especial relevancia para comprender las formas en las que se manifiesta el acceso desigual a los servicios de salud en México.

En primer lugar, la disponibilidad de clínicas y Centros de Salud en la delegación no pareciera ser un problema que dificulte el acceso a los servicios para la población residente. La oferta de servicios médicos de la jurisdicción se constituye por: cuatro clínicas de IMSS de primer nivel, 11 Centros de Salud, de Secretaría de Salud del D.F. (sólo uno cuenta con urgencias y laboratorio de rayos X), un hospital Materno-Infantil (S.S. D.F.), 21 consultorios delegaciones de bajo costo (18 pesos la consulta) de atención ambulatoria (medicina general, odontología y psicología), un incalculable número de consultorios populares (precio de consulta oscila entre 50 y 120 pesos), consultorios ubicados en farmacias y el Hopital Ángeles (especialidades de alto nivel) constituye.

No obstante otro punto fundamental para conocer la manera en que se vive la desigualdad depende del tipo de incorporación de la población al Sistema Nacional de Salud. Según datos del año 2005, 56.4% (129, 257 personas) de la población total de La Magdalena Contreras contaba con derechohabencia en alguna institución de seguridad social; mientras que la población abierta, representó 41.7% de la población total es decir 95, 612 personas; de las cuales 8, 409 tienen acceso al Seguro Popular (INEGI, 2005)

En las prácticas en la utilización de los servicios de salud por parte de individuos y hogares, es donde se revelaron importantes aspectos relacionados con las barreras en el acceso a los servicios médicos (públicos y privados) y las estrategias que implementan para satisfacer sus necesidades de salud.

⁸ En el año 2005 la población total de la Magdalena Contreras fue de 228, 927 habitantes (INEGI, 2005) Esta jurisdicción se ubica entre las tres delegaciones del Distrito Federal con mayor desigualdad en la distribución del ingreso, con un Índice de Gini de 0.322 (SEDESOL, 2000), es decir mientras que 44.8 % de la población percibe ingresos que van de menos un salario mínimo mensual hasta los 2 s.m., 7.8% de la población concentra ingreso que van desde los 10 hasta los 50 salarios mínimos. (CONAPO, 2000)

Con base en las entrevistas y el trabajo de campo realizado en servicios de salud de la jurisdicción, se puede afirmar que el acceso a los servicios públicos se caracteriza por serios problemas para la obtención de atención médica tales como el tiempo de espera, múltiples trámites burocráticos y requisitos para el acceso a los servicios, la escasez de medicamentos (principalmente en los Centros de Salud) y en el caso de los derechohabientes del ISSSTE, la lejanía de la clínicas de primero y segundo nivel.

Por estas razones, los entrevistados (con y sin derechohabiencia) utilizan los servicios de salud del sector privado.

“El ISSSTE tiene mucha gente y me tardan en consultas, por ejemplo que si son cosas de laboratorio no me admiten en mi clínica, sino que tengo que ir a otro lado y hay más gente es muy tardado ¡es todo el día!, A mis hijos los llevo al hospital Ángeles, porque en el ISSSTE los ven sólo de pasadita, y por eso vamos ahí porque es más cómodo, mejor, y no pagamos nada solamente se firma, porque es una prestación del lugar donde trabaja mi esposo”. (Pedro, 40 años casado, dos hijos, ingreso total del hogar 17 mil pesos).

La calidad en la atención médica que se recibe en los servicios privados sobresale como una de las principales razones para utilizarlos. Así, la mayoría de los entrevistados que cuentan con los servicios del ISSSTE o del IMSS y tienen ingresos suficientes (o como en el caso de Pedro cuentan con un seguro médico privado) – optan por atenderse en consultorios particulares, en los que se incluye los servicios de medicina alópata, homeópata y naturista. Es preciso señalar que las personas que cuentan con derechohabiencia, pero que se atienden regularmente en el sector privado, sólo utilizan los servicios de sus instituciones de seguridad social (IMSS o ISSSTE) en casos muy específicos: para obtener incapacidad médica, realizarse estudios clínicos o de laboratorio y para acceder a servicios hospitalarios.

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

Al respecto, cabe subrayar que los niveles de ingresos de la población que utiliza servicios privados constituyen un factor que determina no sólo el acceso a servicios médicos, sino también la calidad de los mismos. De esta manera, es preciso desmitificar “lo privado” como equivalente a eficiencia, atención de calidad y alta tecnología,

particularmente para los sectores de menores ingresos. Los servicios de salud privados en México constituyen un espacio muy heterogéneo que alberga servicios de precios y calidades altamente contrastantes que tienden a reproducir la alta polarización de su estructura social. Ello se muestra en las experiencias contrastantes en el acceso a los servicios privados que tiene la población, de acuerdo con la capacidad de pago. Como varios entrevistados afirmaron: “no es lo mismo ir al Hospital Ángeles a un consultorio médico ni se diga con el doctor Simi”

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

“Tener seguro es una gran ventaja porque por ejemplo, nosotros que tenemos bajos recursos, no vamos a estar pagando un particular, no tenemos para estar pagando los estudios, ya vez que los estudios son caros, y en cambio acá con el seguro o teniendo el ISSSTE pues ya nada más vas y sacas tu cita, te formas y ya te atendieron, vas a tu laboratorio y tienes tus estudios, pero es una ventaja porque las personas que no tenemos lo suficiente para un particular pues esa es la única forma. (Martha, 40 años, casada, 2 hijos, ingreso total del hogar 2mil pesos)

Aquellos que a pesar de ser derechohabientes no utilizan los servicios de manera regular, consideran importante contar con la seguridad social como una “protección para el futuro”, especialmente en caso de requerir intervenciones quirúrgicas o tratamientos de enfermedades crónicas, puesto que dados sus altos costos, sería muy difícil o casi imposible financiarlos en el sector privado.

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

A partir del análisis sobre la utilización de los servicios en La Magdalena Contreras, es posible establecer que la desigualdad en el acceso a los servicios de salud se expresa en: los problemas para la obtención de atención médica (tales como la escasez de recursos humanos y materiales), la calidad de la atención médica, trámites prolongados para acceder

a los servicios (en particular a los de la Secretaría de Salud del D.F) y principalmente en el gasto de bolsillo en salud (atención médica y medicamentos) que deben realizar tanto quienes cuentan con seguridad social como quienes acceden al Programa de Servicios y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal.

“El año pasado que sí estuve muy mala, tuve que ir como cuatro veces a consulta con el particular, pero como yo trabajo y administro mi dinero voy guardando para eso, porque como no tengo seguro tengo que prevenirme. Y sí, si gasté mucho dinero, 150 pesos la consulta pues es caro y como le digo tuve que ir varias veces” (Teresa, 66 años, divorciada, ingresos mensuales, 4 mil pesos)

En este contexto, la satisfacción de las necesidades de salud (entendida como acceso a servicios médicos y la obtención de medicamentos) presenta serios problemas, debido a que en muchas ocasiones ésta se ve obstaculizada por el alto costo de los medicamentos o a la escasez de los mismos en las clínicas del sector público. Al respecto, las entrevistas evidenciaron las limitaciones que enfrentan los sectores de menores ingresos y sin acceso a la seguridad social para financiar la atención médica y la compra de medicinas, en particular quienes padecen enfermedades crónico-degenerativas (por ejemplo diabetes o hipertensión), puesto que deben incurrir de manera frecuente en gastos catastróficos de bolsillo.

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

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

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

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

¿Y como le hizo para conseguir el dinero?

“Pues como pude, mi hija trabajaba y tenía un dinerito, ella me prestó mil pesos, se consiguió la medicina, pero con esfuerzos”. (Ángel, 51 años, casado, ingresos mensuales, 2 mil pesos)

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

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

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

Así, aunque la mayoría expresó importantes dificultades en el acceso a los servicios (demoras y mala calidad en la atención médica, que en algunos casos se tradujeron en diagnósticos equivocados o en largas esperas para recibir atención en situaciones de emergencia), los entrevistados asumen que ese es el “modo” en el que funcionan los servicios públicos, por lo que consideran “lógicos” o “normales” los problemas experimentados. Estas percepciones parecieran estar indicando actitudes de conformismo con los servicios a los que se puede acceder: esto es lo que “hay” y es lo que las clínicas pueden “dar”.

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

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

Las principales diferencias percibidas entre el “antes” y el “ahora” radican principalmente en el deterioro progresivo de la calidad de los servicios públicos (con

particular referencia a la seguridad social), en donde ya no confluyen las “distintas clases sociales”.

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

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

Así la mayoría de los entrevistados, expresaron que los servicios de salud privados y en especial los más costosos, que consideran “de lujo”, son para las personas con mucho dinero, mientras que para los trabajadores y la gente pobre, existe el seguro social y los centros de salud. Al respecto, Ward (1989:212) afirma que un sistema estratificado de seguridad social ejerce un papel ideológico que previene el surgimiento de acción social en torno a cuestiones de salud.

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

Para la mayoría, el Estado no es el responsable de la provisión universal de servicios de salud, sino que es el individuo quien tiene que buscar la manera de procurarse atención médica, ya sea a través de los servicios públicos o en el mercado. Por otro lado, el Estado aparece como el principal responsable de la provisión de servicios de salud sólo

para las personas de menores ingresos. Así, las percepciones reflejan (y reafirman) el rol residual que el Estado desempeña en la provisión de servicios: “el gobierno debe ocuparse de los pobres, porque los ricos ya están bien”.

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

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

Conclusiones

En las últimas décadas el rol asumido por el Estado, tanto en la provisión de servicios como en las políticas de salud implementadas, ha contribuido a agudizar el problema de la desigualdad en el acceso a los servicios, haciéndolo depender -cada vez más- de la capacidad de pago de la población.

En la actualidad, el acceso a los servicios de salud que provee el Estado se caracteriza por un gran número de barreras para la obtención efectiva de atención médica, (OCDE, 2005) lo que deja a amplios sectores de la población en una situación de desprotección e inseguridad. Esta realidad, que impacta con particular crudeza a los sectores de menores recursos, contrasta con el reconocimiento formal, dentro de la Constitución mexicana, del acceso a la salud como un derecho individual y como responsabilidad del Estado.⁹

La segmentación del Sistema Nacional de Salud plantea una “inclusión diferenciada y desfavorable” donde las desventajas se derivan de las diferencias producidas desde las propias instituciones del Estado (Roberts 2004: 196). De esta manera, la estratificación en el acceso a los servicios para cada grupo de población se suma el hecho de que las políticas de salud vigentes no plantean un acceso equitativo e igualitario a las prestaciones ni a los

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

contenidos de las coberturas, sino que han mantenido y acentuado la segmentación en el acceso y la calidad de los servicios.

Esta aproximación a las estrategias que numerosos sectores de la población deben poner en marcha para satisfacer sus necesidades de salud, responden a los problemas de acceso a los servicios en un sistema que no garantiza una atención equitativa y de calidad. Si bien, estas condiciones son más hostiles en los sectores sociales de menores ingresos, sus efectos negativos se extienden de manera creciente a los sectores medios. La ausencia de un Estado que garantice el pleno acceso a un servicio de calidad se traduce no solamente en costos económicos (gastos de bolsillo en salud) sino que también implica altos costos sociales.

En suma, el acceso desigual a los servicios de salud revela las consecuencias adversas de la desigual distribución del ingreso sobre la titularidad de los derechos sociales (CEPAL, 2006), evidenciando la ausencia del Estado como garante del cumplimiento de los derechos sociales en este caso el derecho a la salud y la alta desigualdad en la distribución de oportunidades de vida de la población.

Bibliografía

- Barba, Carlos. 2004. *Régimen de bienestar y reforma social en México*. CEPAL, Santiago de Chile.
- Bayón, Cristina, 2006. “Precariedad social en México y Argentina: tendencias, expresiones y trayectorias nacionales” en Revista de la CEPAL n° 88.
- CONAPO. 2000. *Índice de Marginación Municipal*. México
- De Gortari, Hira y Zicardi, Alicia. 1996. “Intituciones y clientelas de la política social: un esbozo histórico, 1867-1994” en Cordera. *et al. Las políticas sociales de México en los años 90s*. FLACSO, Instituto Mora, UNAM, Plaza y Valdéz.
- Encuesta Nacional de Salud (ENSA). 2000. Tomo 1 *Vivienda, Población y Utilización de Servicios de Salud*. Cuernavaca, Morelos. Instituto Nacional de Salud Publica (INSP), México, 2003.
- Esping Andersen, Gosta. 2000. *Fundamentos Sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.

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

-INEGI. 2005. II Censo de Población y Vivienda.

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

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

-OCDE, 2005. Sistema de Salud en México.

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

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

-Secretaría de Salud, 2005 “Hacia una política farmacéutica integral para México” (www.salud.gob.mx)

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

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