

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA DE DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL**



**TITULO
ACCESO Y ACCESIBILIDADES DE LOCALIDADES RURALES DE ALTA
MARGINACIÓN SOCIAL DE LA MUNICIPALIDAD DE MOCORITO AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA
RIGOBERTO JIMÉNEZ LAUREN**

**DIRECTORA
DRA. SANDRA IRENE REYES GARCÍA**

CULIACÁN ROSALES, SINALOA, DICIEMBRE DEL 2012

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA DE DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL**



TITULO
**ACCESO Y ACCESIBILIDADES DE LOCALIDADES RURALES DE ALTA
MARGINACIÓN SOCIAL DE LA MUNICIPALIDAD DE MOCORITO AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD**

TESIS
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA
RIGOBERTO JIMÉNEZ LAUREN

DIRECTORA
DRA. SANDRA IRENE REYES GARCÍA

LECTORES CRÍTICOS
DR. GERARDO LÓPEZ CERVANTES
DR. JORGE RAFAEL FIGUEROA ELENEZ

CULIACÁN ROSALES, SINALOA, DICIEMBRE DEL 2012

AGRADECIMIENTOS

Desde estas líneas primeras de esta Tesis Doctoral en Trabajo Social manifiesto mi más sincero agradecimiento a quienes tuvieron la certeza, la visión y el valor de crear y operar el Programa Integral Maestría Doctorado en Trabajo Social de la Facultad de Trabajo Social (Campus Culiacán) de la Universidad Autónoma de Sinaloa, abriendo la puerta hacia nuevos horizontes del saber y el conocimiento en Trabajo Social.

En particular, agradezco profundamente a todas las personas que hicieron posible la realización de esta tesis.

- En primer lugar, mi agradecimiento a mi Directora de Tesis Dra. Sandra Irene Reyes García, de quien no sólo recibí su orientación teórica y metodológica para la elaboración de esta tesis sino por su permanente solidaridad en los momentos adversos que impedían continuar con este estudio.
- A mis Lectores Críticos, Doctores Gerardo López Cervantes y Jorge Rafael Figueroa Elenes por paciencia, disposición y lectura crítica a los resultados de investigación, sin la cuales no hubiese podido avanzar.
- Al Cuerpo Académico “Modelos de Interacción del Trabajo Social y Desarrollo Local”, y personalmente a su Líder Dra. Rosa María Rojas Rivera, por su significativo apoyo a la realización del trabajo de campo de esta investigación.
- A la Bibliotecaria de la Facultad de Trabajo Social, Dra. Adelaida García Zazueta por su constante apoyo a este proyecto con la selección, prestación y revisión de bibliografía en trabajo social.
- A líderes de las comunidades rurales, en especial a don Guillermo Camacho Gámez, por darme la oportunidad de permanecer temporalmente en sus territorios durante el proceso de recolección de información.
- A las Licenciadas Cindy López y Belinda Espinoza por su apoyo técnico con el empleo de las herramientas de TICs para el procesamiento y presentación de los datos.
- Y por último expreso mi profundo agradecimiento a mi familia por su inestimable apoyo y comprensión para sobrellevar el abandono a la que he sometido durante estos tres años que he dedicado a la realización de este trabajo de tesis.

**A todos mi eterno agradecimiento.
Rigoberto Jiménez Lauren**

Culiacán Rosales, Sinaloa, Diciembre de 2012.

INDICE GENERAL

CONTENIDO TEMÁTICO	Pág.
I PARTE. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	4
I.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
2.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
3.- RELEVANCIA TEÓRICA DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	14
3.1- Estado del arte	14
3.2.- Marco teórico	22
3.2.1.- Enfoque sistémico	22
3.2.2.- El enfoque organizacional de salud	29
3.2.3.- Las inaccesibilidades de salud como necesidades sociales.	33
3.2.4.- La protección social a la salud.	38
3.2.5.- La implementación de programas públicos de salud	41
4.- METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN SOCIAL	45
4.1.- Orientación epistémica	45
4.2- Orientación metodológica	49
4.2.1- El método sistémico	49
4.2.2- Delineación del área geográfica objeto de estudio	54
4.2.3.- Diseño de la muestras	55
4.2.4- Trabajo de campo	57
PARTE II.- HALLAZGOS DE INVESTIGACIÓN	60
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DE PROGRAMAS SOCIALES DE SALUD EN MÉXICO	60
1.1.- Introducción.	60
1.2.- Definición del término programa social	60
1.3- Programas sociales de salud en México.	62
1.4.- Conclusiones	71
CAPÍTULO II. SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD: UN NUEVO MODELO DE SALUD PARA LA POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL	72
2.1.- Introducción	72
2.2.- La reproducción del sistema asistencial de salud en México.	72
2.3.- El Sistema de Protección Social a la Salud: una nueva forma de atención médica en la población sin seguridad social	77
2.4.- El Sistema de Protección Social de Salud: una política social compensatoria en los servicios públicos de salud.	87
2.5.- La equidad en el financiamiento a la salud entre el SPSS y SSS	104

CAPÍTULO III: LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD EN LA POBLACIÓN RURAL DE ALTA MARGINACIÓN SOCIAL	110
3.1.- Introducción	110
3.2.- El concepto de marginación social	110
3.3.- Diagnóstico del sistema rural en Sinaloa	114
3.4.- El Centro Estratégico Comunitario de Santiago de Comanito: un espacio de alta marginación social	121
3.5.- La afiliación al SPSS en el medio rural	128
3.6.- La capacidad de pago en localidades rurales	143
3.7.- Conclusiones	151
CAPÍTULO IV: ACCESO Y ACCESIBILIDADES A LOS SERVICIOS DE SALUD	153
4.1.- Introducción	153
4.2.- Características de las familias afiliadas al SPSS	153
4.3.- Accesibilidad geográfica de salud	162
4.4.- Accesibilidad organizacional de salud.	169
4.5.- Accesibilidad cultural de salud	184
4.6.- Conclusiones	193
CONCLUSIONES CON PROYECCIÓN HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO CAMPO INTERVENCIÓN PROFESIONAL.	195
1.- La connotación social del financiamiento a la salud.	195
2.- La connotación de la accesibilidad a la protección social de salud.	199
3. La connotación de la marginación social en la protección social de salud.	203
FUENTE DE CONSULTA	208

I PARTE. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ACCESO Y ACCESIBILIDADES DE LOCALIDADES RURALES DE ALTA MARGINACIÓN SOCIAL DE LA MUNICIPALIDAD DE MOCORITO AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD

1.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La protección social de salud en México se constituye a principio de la década de 1980 en un imperativo social. La mayoría de la población total carecía seguridad social, los servicios públicos de salud mantenían una deficiente atención hospitalaria, con altos costos en consultas médicas y medicamentos, y una limitada cobertura. En 1982, con la implementación del modelo neoliberal se inicia el desmantelamiento de la vertiente de bienestar de salud del Estado benefactor¹ y la cimentación de una visión minimalista de los servicios públicos de salud para los pobres, orientada en la restricción del gasto público.

En este escenario, se inicia la segunda generación de reformas a los servicios públicos de salud², denominada *cambio estructural de la salud*³. En 1983, por decreto presidencial se adiciona un párrafo penúltimo al artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que a la letra dice;

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución (DOF, 3-02-1983). Con este decreto queda legalizado el derecho a la protección de salud de todos los mexicanos.

¹ El modelo de Estado benefactor plantea cuatro funciones sociales del Estado: 1.- Intervención estatal para mantener o asegurar altos niveles de ocupación; 2.- Proveer de un sistema de seguridad social de carácter universal en servicios de asistencia sanitaria, pensiones, seguros de enfermedades, de accidentes para los integrados al procesos laboral, de empleo y de ayuda social; 3.- Educación pública gratuita y becas para seguir estudiando y; 4.- Implementación de una política social, como instrumento de corrección y atenuación de las desigualdades económicas y sociales (Ver a Ander Egg Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social, Lumen, Argentina, p. 116-117)

² La primera generación de reformas de salud en México se realiza en el periodo 1943-1982. En este periodo se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, El Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Hospital Infantil de México y los Institutos Nacionales de Salud: Cardiología, Nutrición, Cancerología, entre otros.

³El cambio estructural de salud comprendió seis estrategias de salud macro: la sectorización, la descentralización, la coordinación intersectorial de los servicios, la participación comunitaria, la renovación legislativa, así como la modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Ver a Soberón-Acevedo Guillermo y Valdés Olmedo Cuauhtémoc {2007}. "Evidencias y salud: ¿hacia dónde va el sistema de salud en México?" Revista de Salud Pública de México / vol.49, suplemento 1).

En ese mismo año, el ejecutivo federal decreta las normas del *programa de descentralización de los servicios de salud* de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encaminada a hacer más democrático y eficiente el sistema social, procurando dar mayor participación a las entidades federativas en el sistema de salud (DOF, 30-10- 1983).

En 1984 se promulga la Ley General de Salud, *reglamentando el derecho a la protección de la salud*, quedando plasmado en el artículo cuarto constitucional, estableciéndose las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (DOF, 7-02-1984).

Estas reformas constituyeron las piezas jurídicas para implementar la política de descentralización de servicios de salud, instituyendo la conformación de sistemas estatales de salud (Soberón Acedo y Martínez Narváez, 1996: 376). Los servicios públicos de salud se ofertaron mediante la estrategia de focalización de poblaciones objetivo (grupos sociales y territorio) en la idea de mejorar los niveles de equidad, acceso y cobertura mediante un paquete esencial de intervenciones básicas de salud para las familias más pobres de las pobres, ubicadas en áreas geográficas rurales de alta marginación social y con un acceso esporádico a servicios de salud (SSa-PAC, 1999).

La estrategia quedó sólo en un intento por compensar los efectos de la crisis del modelo asistencial de salud. El crecimiento de la pobreza disminuyó la capacidad de pago de salud en la población sin seguridad social, de tal forma, que al final del año 2000, sólo 18 de 36 medicamentos esenciales del paquete de intervenciones estaban disponibles en las clínicas rurales y urbanas de la Secretaría de Salud (Gómez Dantés Octavio, et al, 2001). Esta situación dio lugar a la presentación del proyecto de creación de un seguro nacional de salud, cuyo planteamiento consistió en la separación del financiamiento público de la prestación de los servicios, abriendo el sistema de salud a una prestación plural de los servicios de salud (Soberón Acedo Guillermo, 2001: 437).

Otro aspecto problemáticos que incidieron en la creación de un seguro nacional de salud, fue la evaluación de los desempeños de salud en el mundo en el año 2000, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000:178). México mostró en este evento una limitada cobertura financiera del sistema de salud en la población: más del 50 por ciento de su financiamiento provenía del gasto del bolsillo familiar.

En el 2001, la administración federal empujó hacia una tercera generación de reformas de salud, no sólo para dar respuesta a las demandas sociales de salud a la población más empobrecida del país, sino para atender las recomendaciones de financiamiento público de salud del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo para crear un sistema de financiamiento público de salud

En esta perspectiva, la reforma a la salud se fundamenta, principalmente, en tres componentes económicos:

1.- La no coincidencia del nivel de gasto público en salud con las necesidades sociales de salud, lo que ocasionaba ineficiencia en el sector salud. Este elemento puso de manifiesto el fracaso de la política de salud focalizada en la población de extrema pobreza.

2.- El gasto de bolsillo financió, en el 2002, el 55 por ciento del gasto público total en salud. Este gasto se constituía en la principal fuente de financiamiento de los servicios públicos de salud.

3.- La distribución inequitativa de los fondos públicos entre la población con seguridad social y la población abierta. La población sin seguridad social constituía más del 50 por ciento de la población total y recibía menos del 35 por ciento del gasto total federal en salud. La población con seguridad social recibía el 65 por ciento de ese gasto a pesar que representar el 43 por ciento de la población total (González Pier Eduardo, et al, 2006).

Estos aspectos de carácter económico constituyeron la base fundamental para la creación del Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) en el 2003, con el objetivo de extender la cobertura de salud a la población sin seguridad social, mediante su brazo operativo, conocido como Seguro Popular de Salud, diseñándose el siguiente esquema financiero de servicios públicos de salud:

1) Recursos federales con dos componentes: una aportación fija por familia afiliada, llamada cuota social y una contribución solidaria federal que es en promedio 1.5 veces la cuota social;

- 2) Aportaciones solidarias estatales que corresponden al 50 por ciento de la cuota social, proveniente de los ingresos locales;
- 3) Cuota familiar pre-pagada que se establece con base a la situación socioeconómica de cada familia.

El diseño de este nuevo modelo de salud, se realizó sólo del punto de vista financiero, dejando de lado las accesibilidades geográfica y organizacional a los servicios de salud de la población rural ubicada en zonas geográficas de alta y muy alta marginación social. Las distancias de las zonas urbanas donde se asientan las unidades de salud, suelen ser por lo general, de bastante consideración de las zonas rurales, limitando la extensión de cobertura real a los servicios de salud. Los escasos de servicios de transporte, o la inexistencia de ellos, obligan a los usuarios a caminar decenas de kilómetros hacia las carreteras para acceder a un transporte, o bien, viajar de raites hacia el punto de prestación de los servicios de salud.

Las inaccesibilidades impiden a los pobladores rurales recibir atención médica en tiempo, forma y lugar apropiado. En estas circunstancias, la afiliación al SPSS si bien da un derecho de acceso a los servicios de salud, éste no puede ejercerse en la zona rural, está supeditada a los niveles de inaccesibilidad geográfica, en tanto que, en la zona urbana este derecho puede ejercerse más plenamente. La prestación de los servicios públicos de salud para la población rural son profundamente inequitativos en relación al espacio urbano.

Incluso, en la propia zona rural existen inequidades de salud, expresada en la existencia de una atención de salud diferenciada, causada por el lugar que ocupa una determinada localidad en el área territorial de ese espacio rural. Existe la probabilidad que individuos que pertenecen a una localidad puedan experimentar más dificultades para obtener la atención médica que individuos de otras localidades, o que reciban una menor o mayor nivel de atención médica, o bien, reciban un tratamiento que no satisface sus necesidades, generando diversos grados de insatisfacción con los servicios de salud.

Otro factor no considerado en el diseño del SPS es la relación que guarda la inaccesibilidad geográfica y organizacional con el empobrecimiento por motivos de salud. Estas inaccesibilidades generan gastos que afectan la economía familiar rural, pues están interrelacionadas no sólo con el acceso a los servicios de salud sino con la calidad de vida de los pobladores rurales. Cada localidad construye sus formas de vida en contexto socio-territorial y en esa construcción la accesibilidad de salud es un componente de la calidad de vida.

Sinaloa, presenta en su espacio geográfico diferentes niveles de accesibilidad a los servicios de salud. El estado se divide en dos grandes zonas territoriales: al lado poniente se localizan los valles y costas, y al lado oriente se localiza los altos (serranía). Ambas zonas colindan con la carretera nacional México 15, misma que atraviesa el estado por el centro, de sur a norte. Los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención se concentran en los valles y costas.

En los altos se encuentran pocas unidades de primer nivel de atención, con fuertes carencias de medicamentos, de personal médico habilitado, y de infraestructura física. En cada la cabecera municipal se encuentra un hospital integral, pero son de difícil acceso para más de mil localidades dispersas en todo el territorio rural. Esta organización de los servicios de salud dificulta la implementación cabal del SSPS, destinado preferentemente a los pobres.

La forma en cómo esta interrelacionada la organización de los servicios públicos de salud con las inaccesibilidades geográficas en el estado, han incidido en los bajos niveles de equidad de acceso a los servicios de salud. En este sentido, esta investigación busca no sólo identificar los niveles de acceso y accesibilidad a los servicios públicos de salud al SPSS en las familias rurales sino explicar las expectativas que va generando este sistema de salud en el mediano plazo con el propósito de generar, desde Trabajo Social, los conocimientos teóricos políticos que fundamenten la construcción de un nuevo campo de intervención social.

La necesidad de abrir procesos específicos de intermediación que lleven a la búsqueda de satisfactores en el campo de la protección social a la salud, busca cubrir espacios vacíos de procesos de intervención profesional en zonas rurales de alta y muy alta marginación social. En otras palabras, se trata de aportar elementos teóricos y políticos para la formulación de una teoría de intervención social que enrumbe la dirección de los procesos de las políticas sociales de salud en sentido de justicia.

Se parte de la consideración de que la salud es el espacio tradicional donde el trabajador social realiza sus tareas profesionales: investigación e intervención. Es un profesional que realiza investigación para actuar, no obstante que la investigación responde a la lógica explicativa del porque las cosas son o están como son, la intervención responde a la lógica de modificación, transformación, restitución o cambio. Su eje va de lo racional a la mediación, definiéndose como un proceso político de construcción y asignación de satisfactores de bienestar social en los nuevos escenarios del sistema social dominante (Aquin Nora: 1996).

En esta orientación, el nuevo modelo de salud se aborda en situaciones donde la marginación social tiene sus propios espacios de desarrollo, determinando las formas de cómo acoger un programa centrado en el financiamiento para el alivio de ciertas enfermedades que obstruyen la reproducción del sistema social. En esta perspectiva, el acceso y accesibilidad a la protección social a la salud en el medio rural se constituye en un objeto que requiere ser estudiado, con las miras de intervenir en la dimensión de la marginación social desde la política social de salud en un sentido amplio de justicia social.

En esta perspectiva nos formulamos los siguientes:

Preguntas de investigación:

¿De qué manera el Sistema de Protección Social de Salud, al instrumentarse en localidades de alta marginación social compensa o no las desventajas del sistema fragmentado de salud?

¿Cómo inciden las inaccesibilidades geográficas y organizacionales en el acceso al Sistema de Protección de Social de Salud?

¿De qué manera Trabajo Social puede intervenir en el Sistema de Protección de Social de Salud?

Hipótesis

El diseño e implementación del Sistema de Protección de Social de Salud, sustentado en el Pluralismo Estructurado, procura compensar financieramente las desventajas del sistema segmentado de salud sin considerar los aspectos de acceso y accesibilidad geográfica y organizacional a los servicios públicos de salud de la población rural de alta y muy alta marginación social localizada al sur del municipio de Mocorito Sinaloa.

Las barreras de accesibilidades geográfica y organizacional a los servicios públicos de salud traen como consecuencia social la falta de equidad en la protección social de salud en poblaciones rurales serranas de alta marginación social, constituyéndose en un nuevo campo de intervención profesional de Trabajo Social.

Objetivos de investigación:

General:

- Describir y analizar la forma en que el Sistema de Protección de Social de Salud compensa las desventajas del sistema segmentado de salud en poblaciones rurales de alta marginación social en Sinaloa

Específicos:

- Explicar la incidencia de las barreras de accesibilidades geográfica y organizacional en el acceso al Sistema de Protección de Social de Salud
- Identificar nuevos campos de intervención social en el Sistema de Protección Social de Salud.

2- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se centrará en la política compensatoria con que el Sistema de Protección Social de Salud, intenta establecer la equidad de salud en espacios rurales de alta y muy alta marginación social del municipio de Mocorito Sinaloa. En estos lugares un gran porcentaje de familias están afiliadas a este modelo de salud, lo que no significa que posean una cobertura efectiva a los servicios públicos de salud dada las condiciones geográficas en la que viven, que por lo general, les impide acceder a estos servicios en tiempo y forma.

Importancia de la investigación

Este estudio busca ser representativo de las condiciones de accesibilidad geográfica y organizacional en los servicios públicos de salud en que viven la población marginada de los municipios de Choix, El Fuerte, Sinaloa de Leyva, Mocorito, Badiraguato, Elota, San Ignacio, Cósala y Concordia.

En estos municipios, en el 2005 tenían una población de 400,508 habitantes, distribuida en 2,766 localidades. El 50.14 por ciento (1387) de estas localidades se poblaba con el 33.63 por ciento de la población de muy alta y alta marginación social. Para el 2010, esta población ascendió al 43.48 por ciento. En este periodo (2005 al 2010), se incrementaron 15 localidades a la condición social de marginación (SEDESOL, 2005-2010).

En estos municipios, comprendidos en la zona de los altos de Sinaloa, por lo general, los servicios de salud no están disponibles a una distancia razonable, o si lo están, como los consultorios médicos privados, la gente no tiene recursos suficiente para pagarlos, o bien, las unidades públicas de salud no son accesibles por motivos de organización: horarios reducidos de atención, entrega temprana de fichas de consulta y comportamiento hostil del personal administrativo hacia los usuarios.

De esta zona serrana se ha seleccionado un conjunto de localidades ubicadas en la parte sur del municipio de Mocorito, en el área de confluencia del Centro

Estratégico Comunitario Santiago de Comanito. Esta área, ubicada en una zona agrícola de temporal, está constituida por 20 localidades, colinda al norte con las localidades del Guadare y Bacamacari del municipio de Mocorito; al sur con el municipio de Culiacán; al oriente con el municipio de Badiraguato; y al poniente con la carretera Internacional y el pueblo de Pericos, localizándose a 42 kilómetros al norte de la ciudad de Culiacán por la carretera México 15 y a 60 kilómetros al sur de la ciudad de Guamúchil del municipio de Salvador Alvarado.

Este lugar forma parte de una de las cuatro microrregiones de alta y muy alta marginación social del estado de Sinaloa, denominada microrregión Centro. La implementación de programas sociales de salud en este tipo de espacios tiene como contexto la marginación social, las enfermedades epidémicas, las enfermedades crónicas degenerativas, las enfermedades infecciosas, los nuevos estilos de vida y las recurrentes crisis económicas. Esta situación no permite visualizar la posibilidad exitosa de objetivos de SPSS, trayendo como consecuencia una nueva visión y construcción de nuevas realidades.

El SPSS en espacios de marginación social y altos niveles de inaccesibilidad geográfica, induce hacia la elaboración de nuevas interrogantes acerca de si este modelo puede o no compensar equitativamente las desventajas de un sistema de salud que ha excluido a los pobres del medio rural del régimen de seguridad social, apuntando hacia la necesidad de generar conocimientos para abrir nuevos campos posibles de intervención social.

Es importante destacar que en México no se han encontrado estudios sobre accesibilidades geográficas y organizacionales en la implementación del SPSS. Las numerosas encuestas realizadas por instituciones de salud y centros académicos de salud resaltan el éxito nacional de este nuevo sistema en el plano de la economía de la salud sin que hasta el momento se hayan acercado a problemas de acceso y accesibilidad de poblaciones rurales a los servicios públicos de salud.

Justo es señalar que entre esos trabajos de orden económico, se encuentra un estudio comparativo sobre gastos catastróficos por grado de marginación dirigido realizado por Pérez Rico Raymundo (2005), en el año de 2002. En él se manifiesta que Sinaloa en ese año, se encontraba en el promedio de los estados que menos gastos catastróficos de salud realizó: los porcentajes más bajos lo presentaron Aguascalientes (2.45) y Yucatán (1.38), y los porcentajes más altos lo presentaron Chiapas (7.28) y Zacatecas (7.0).

Sin embargo el estudio no señala, en el caso de Sinaloa, las regiones de donde se obtienen esos resultados ni el grado de accesibilidad a los servicios de salud. En este sentido, los datos reflejan sólo el componente financiero general de salud sin las características particulares regionales de Sinaloa. Lo que trae como consecuencia que no se pueda apreciar como las barreras de accesibilidad a los servicios públicos de salud aumentan no sólo los costos sino los niveles compensatorios de la política social de salud en la prestación de estos los servicios.

La existencia de estos vacíos en los estudios de protección social a la salud justifican la necesidad de realizar investigaciones para cubrirlos desde el punto de vista de lo social. En esta perspectiva la investigación de esta problemática de salud la ubicamos en el área de Sistemas de Salud del programa de Doctorado en Trabajo Social, cuyo propósito es contribuir a superar las insuficiencias de prácticas institucionales de salud, coadyuvando en el diseño de políticas, estrategias y métodos de intervención social en salud, a fin de generar una participación cualitativamente diferente de la población.

Las accesibilidades juegan un papel importantes para el logro de los objetivos del SPSS. Las barreras de accesibilidad impiden que la implementación de un programa de salud tenga el éxito esperado. A finales de 1970 la Organización Mundial de la Salud (OMS) orientó a los gobiernos de los países miembros a realizar estudios de accesibilidad para tener sistemas equitativos de salud: ampliación y mejora de los niveles de acceso y accesibilidad a la cobertura de salud con calidad y eficiencia.

3.- RELEVANCIA TEÓRICA DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1.- Estado del arte

No por menos conocido es menos verdad el hecho de que la accesibilidad geográfica y organizacional a distintos servicios básicos de salud es uno de los factores que inciden profundamente la calidad de vida rural. Numerosos son los estudios realizados en los sistemas de salud sobre esta temática, de los cuales destacaremos solamente una decena de ellos.

En España, el estudio realizado por Prat Ester (2008) y colaboradores, titulado *“Estudio sobre la accesibilidad de los centros sanitarios públicos de Cataluña”*, se centran en la asistencia sanitaria pública organizada en centros sanitarios repartidos por el territorio catalán, con el objetivo de identificar la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios públicos para contribuir en la planificación futura de la infraestructura sanitaria.

Prat Ester (2008) define la accesibilidad a un servicio de salud como el grado en que éste puede ser usado, visitado o accedido por sus usuarios, medido en función de cualquier tipo de coste que implique el uso, visita o acceso a los mismos. La accesibilidad fue evaluada mediante la mínima distancia recorrida por los usuarios desde su lugar de residencia hasta el servicio sanitario más cercano, asociándolo con el uso del tiempo invertido en transporte privado por carretera.

En los resultados sobresalen las diferencias demográficas: los territorios más poblados disponen de la mayoría de servicios sanitarios en distancias y tiempos aceptables, y los territorios con menos población, que por lo general, están ubicados en zonas montañosas, padecen de inaccesibilidad a algún servicio de salud, agravándose en los servicios de salud mental.

En el país asiático de Bangladesh, Mohammed Shariful Islam y Aktar Shamima (2011), en su artículo *“Measuring Physical Accessibility to Health Facilities – A Case Study on Khulna City”* considera la accesibilidad a la asistencia sanitaria como la capacidad de una población para obtener un conjunto específico de

servicios de salud. En este país, estos servicios son escasos y considerados como una de las necesidades básicas de la vida. El estudio se enfocó en la estimación de accesibilidad geográfica a los establecimientos de salud por cobertura de la población, tiempo promedio de viaje y distancia al hospital más cercano.

Los resultados de esta investigación, muestran la inconformidad por la falta de disponibilidad de servicios de médicos en los centros de salud para mitigar las necesidades de salud en la ciudad de Khulna, acentuándose en zonas periféricas por el tiempo promedio de viaje y por la distancia para llegar a los servicios del hospital. La accesibilidad geográfica se describe como espacial o física, generando una compleja relación entre la distribución de la población y la oferta de centros de salud.

En la India, un estudio de Mazumdar Papiya G, et al (2009) titulado *Revisiting the Role of Geographical: Accessibility in Women's Access to Healthcare*, establecen las diferencias de disponibilidad de servicios de salud y utilización de los servicios en particular para las necesidades de salud de las mujeres relacionadas con la atención de pacientes en parto institucional (Asistencia médica de partos). El artículo se enfoca en la comprensión de los diferentes predictores junto a cuestiones relacionadas con la accesibilidad geográfica, en el contexto de los Sundarbans⁴.

Los resultados de esta revisión geográfica destacan el impacto de penalidades geográficas por escasos de medios de transporte disponible ante la influencia significativa en el cuidado externo de la salud de las mujeres. La accesibilidad física afecta aún más el caso de institucional el parto. La proximidad de proveedores informales es una razón que ha hecho a las mujeres buscar

⁴ El Sunderbans es el más grande de los bosques de mangle que sobreviven en el mundo. La expansión territorial del bosque es de 10 000 km² de tierra y agua, abarcando a Bangladesh (posee 60%) y la India (posee el 40%). El clima es subalterno-tropical y aproximadamente en el 47% de su territorio está habitado por 4,5 millones de habitantes la India y 7.5 millones de habitantes de Bangladesh (Ver Roy Arnab, Sundarbans: Future Imperfect, Climate Adaptation Report, India, 2010).

igualar áreas accesibles con áreas inaccesibles, buscando el cuidado externo particularmente para las dolencias.

En los bosques de Sundarbans el parto institucional es considerablemente más delicado. La población en estos bosques es rural y muchos pueblos son no sólo geográficamente inaccesibles sino también culturalmente. Esto se atribuye a las creencias de los miembros de la casa en relación al lugar de nacimiento y a la entrega de servicios de salud. El sistema de salud de la India no garantiza el parto seguro a domicilio en los rincones y en las esquinas de los Sunderbans.

En Estados Unidos, destacamos el estudio de Douglas L. y Inndquist P (1995) denominado *The geographical accessibility of hospitals to the aged: a geographic information systems analysis within Illinois*, en el se examina los sistemas de información geográfica y sus correspondientes instrumentos para medir empíricamente, mostrando la accesibilidad geográfica de la población envejecida a las instalaciones del hospital en Illinois.

De las cinco medidas alternativas de accesibilidad en la población envejecida, obtuvieron dos estimaciones empíricas: el conjunto de elecciones y la distancia mínima. El acceso a dos hospitales generales y al subconjunto de instalaciones especializadas en geriatría, se midió con especial atención las diferencias en la accesibilidad entre las personas de edad y personas adultas de mediana edad en el área de acuerdos de servicios administrativos externos.

Los resultados expresan que la mayoría de la población de Illinois se encuentra muy cerca de las instalaciones hospitalarias. El 80 por ciento (Un millón 147 mil 504 personas) se encuentran dentro de 4.8 millas (7.7 km) de un hospital y a 11.6 millas (18.7 km) de segundo hospital. Pero, las diferencias geográficas de accesibilidad fueron bastantes sustanciales en individuos de mediana edad de zonas metropolitanas y los que viven fuera de ella. No hay evidencia de alto contraste entre los ancianos e individuos de mediana edad a los hospitales y entre estos, y la población en general.

En América Latina, Rosenberg y Andersson (1999), en su texto *“Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe”*, subrayan que la inaccesibilidad geográfica en salud en los países latinoamericanos a finales de la década de 1990, la padecían 107 millones de personas a pesar de estar contemplados dentro de la cobertura oficial de los servicios de salud. La dificultad era que estas personas estaban geográficamente aisladas de los establecimientos de unidades de salud o sencillamente no gozaban de accesibilidad organizacionales de salud en sus comunidades.

En Argentina, Villanueva Agustina (2010), en su investigación *“Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación: análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén”*, analizó las desigualdades espaciales y la distribución territorial de las mismas. Seleccionó como sujetos de estudio a la población demandante de diferentes localidades que accede de forma irregular a los servicios de salud, relacionándolas con la red de transporte público. Los resultados revelaron que la red de transporte público es un factor clave en la accesibilidad a los centros de servicios médicos: facilita la movilidad, acorta distancias y disminuye el tiempo de traslado.

En el mismo país, pero en la ciudad de Buenos Aires, Comes, Yamila, et al (2006), realizaron un estudio interdisciplinario, sobre *“The concept of accessibility: a relational perspective between health services and population”*, enfocándose hacia las dificultades de accesibilidad y dignidad en la atención en los servicios públicos de salud. Los grupos sociales seleccionados fueron aquellos identificados con problemas de exclusión en salud: mujeres por debajo de la línea de pobreza; profesionales de varios servicios médicos hospitalarios relacionados con tratamiento de drogodependencia; profesionales de la salud especialistas en adolescentes en riesgo; adultos mayores sin cobertura de obra social ni prepaga; y a usuarios de un hospital estatal seleccionado.

El estudio arrojó que pensar la accesibilidad al sistema de salud en términos organizacionales es pensarla como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este pensar implica analizar tanto las condiciones y los

discursos sobre los servicios, así como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

A 404 km, al sudeste de la ciudad de Buenos, se localiza el Partido del General Pueyrredón. En esta municipalidad argentina, Aveni Silvina Mariel, et al (2008) realizó un estudio llamado la *“Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y calidad de vida: un análisis del partido de General Pueyrredón”*. En este trabajo se indagó la vinculación entre la accesibilidad geográfica a los servicios de salud públicos con la calidad de vida de la población, en las localidades menores de 10 000 habitantes.

La accesibilidad geográfica fue considerada como un factor condicionante de la calidad de vida, esto es, como construcción social, que depende de valores, pautas culturales, y del contexto socio-territorial de los individuos. El resultado constata que la accesibilidad geográfica a los centros de salud públicos, tiene una distribución de indiferencia hacia el índice de calidad de vida de los habitantes. Las diferencias geográficas disminuyen la posibilidad-oportunidad de la población para obtener servicios integrales de salud.

En Nicaragua, Molina Membreno Laureana Adalila (2001) indagó sobre los *“Modelos de localización, estudios sobre accesibilidad geográfica: aplicación al sistema de salud de Nicaragua”*. El objetivo de la indagación fue obtener información útil para mejorar la planificación y ordenación de los recursos asistenciales de salud ofertados a los ciudadanos, buscando una distribución más equitativa y una utilización más eficiente de los mismos.

Los resultados de este estudio permitieron obtener una visión gráfica sencilla y de utilidad en la localización de los distintos servicios sanitarios y detectar deficiencias, así como sugerir la creación de modelos matemáticos para reubicar o construir nuevos centros, modalizando la situación mediante la creación de una red grafo, donde los nodos de la red son los núcleos

poblacionales y los arcos las carreteras que los unen con los servicios sanitarios.

En México, Hernández-Ávila Juan Eugenio y su equipo (2010), en su texto "*Modelo geoespacial automatizado para la regionalización operativa en planeación de redes de servicios de salud*", dan a conocer la forma en cómo operan regionalmente las redes de servicios de salud en el estado de Oaxaca. El objetivo fue estimar el área potencial de influencia alrededor de cada unidad de atención médica en base en el menor tiempo de viaje.

Esta investigación arrojó que la regionalización operativa de salud asignó al 48 por ciento de las localidades, centros de salud muy distantes unos de otros y un 23 por ciento de centros de salud se asignó a hospitales bastante lejanos de ellos. En base a estos resultados, proponen en la regionalización los servicios de salud minimizar el tiempo de viaje para el acceso a los servicios de salud.

Al norte de México, en la ciudad de Monterrey, Garza-Elizondo María Eugenia, et al, (2005), realizaron un estudio sobre las "*Necesidades de accesibilidad para acciones preventivas: una perspectiva de la población en Monterrey, México*", relacionaron la trascendencia de la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas (diabetes e hipertensión) en México donde el 60.5 por ciento de la población adulta presenta factores de riesgo cardiovascular, con las barreras de accesibilidad. Ambas variables se presentan como causantes de inequidad a los servicios de salud

La relación de las barreras de accesibilidad con búsqueda de obtención de la atención de salud, no sólo permite medir los niveles de satisfacción de salud, sino distinguir, por un lado, los extremos de la inaplicabilidad de acciones preventivas y la disponibilidad de obtener los recursos de salud apropiados, por otros lado, identificar la interrelación entre barreras organizacionales geográficas y económicas como entorpecedoras de las acciones de salud: tiempo de traslado, pago del servicio, tiempo de espera, y calidad del servicio de salud percibida por el usuario.

Estos estudios de accesibilidad geográfica y organizacional de salud muestran que tan importantes son estas variables en el acceso a los sistemas de salud en el mundo en términos de equidad y calidad, y sobre todo, manifiestan la diversidad de problemas de los usuarios al tratamiento médico de sus enfermedades, cuyos indicadores más visibles son el tiempo, la forma y lugar apropiado en que se recibe la atención médica.

En relación a estudios de accesibilidad geográfica y organizacional al SPSS en el medio rural en México no se ha encontrado ninguno. En las investigaciones sobre SPSS predomina el uso de variables económicas: gasto de bolsillo en salud, gastos catastróficos y empobrecedores de salud, gasto público de salud, entre otras variables. Sin embargo, estos trabajos muestran la relación de capacidad de pago de las familias *con los espacios geográficos* ocupados por pobladores rurales y urbanos.

Entre estos trabajos se encuentra el estudio realizado por Sesma Vázquez Sergio (2005) y colaboradores sobre “Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes”. EL estudio resalta las diferencias entre entidades federativas, destacando los hogares pobres no asegurados del medio rural como los que presentan riesgo de empobrecimiento: 60 por ciento del gasto de bolsillo lo emplean en atención ambulatoria y medicamentos. Suponen que si aumenta el número de hogares asegurados al SPSS en un 10 por ciento, disminuirán los gastos catastróficos por motivos de salud en un 9.6 por ciento. La discapacidad de adultos mayores y la ocurrencia de parto aumenta la probabilidad de incurrir en este tipo de gastos.

En el 2005, Knaul Felicia Marie en su artículo “*La protección financiera en salud: México, 1992-2004*”, sustentó que el bajo desempeño del sistema de salud mexicano reflejaba, además de la falta de protección financiera en que vivía más de la mitad de la población, la fragmentación de un modelo de salud que no respondía a la necesidades sociales de la población y de la economía mexicana. La ausencia de protección financiera se traducía no sólo en gastos

en salud empobrecedora, sino también en la baja calidad en los servicios de salud y en la ineficiencia en el uso de los recursos del sector salud.

En ese mismo año, Knaut Felicia M, et al, en otro artículo denominado "*Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro popular de salud en México*", señala que la implementación del seguro popular fue un acto de justicia financiera. En su investigación destaca que antes de lograr la meta de cobertura universal en el 2010, habrá un impacto significativo en el desempeño financiero del sistema de salud: reducción de un 40 por ciento en el gasto de bolsillo.

En el 2007, Frenk Julio y colaboradores, en el artículo "*Reforma Integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*", exponen que a pesar de que México logró una esperanza de vida de 75 años, ingresó al siglo XXI con un sistema de salud marcado por su incapacidad financiera para ofrecer protección en salud a más de la mitad de la población total, cuyas causas se desprendían de los problemas estructurales.

En el 2008, Hernández Torres Jinneth, en un estudio denominado "*Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México*", documenta que gastan más en salud los hogares que residen en zonas rurales, que cuentan con personas mayores de 60 años de edad o niños, donde el jefe del hogar es una mujer, tiene un miembro discapacitado y además enfrentan un parto. Estas condiciones hacen que sobrepasen la capacidad de financiamiento del Seguro Popular, lo que significa que se requiere incrementar la garantía de acceso a la salud en este tipo de poblaciones.

Estos estudios sobre el seguro popular muestran las desigualdades de ingreso en que se encuentran los pobladores que habitan los estados del país, destacando el éxito del programa del seguro popular en la reducción del empobrecimiento por motivos de salud en los hogares de la población sin seguridad social.

3.2.- Marco teórico

3.2.1.-Enfoque sistémico

La investigación, *acceso y accesibilidades de localidades rurales de alta marginación social de la municipalidad de Mocorito al Sistema de Protección Social de Salud*, se aborda desde el enfoque sistémico con el propósito de explicar y comprender sus componentes de forma científica y como un todo.

El enfoque sistémico tiene su origen en la Teoría de Sistemas creada en 1936, por el biólogo y filósofo austriaco Bertalanffy von Ludwing, cuyo punto de partida fue la idea de considerar el organismo como un todo o un sistema⁵. Este concepto trascendió de las ciencias naturales a las ciencias sociales, al grado que científicos sociales han admitido las entidades socioculturales como sistemas.

A mitad del siglo XX, Talcott Parson (1951: 25) retoma el concepto de biológico de sistema dándole un carácter social al definirlo como el modo de organización de elementos de acción en la persistencia o procesos de cambio de los patrones interactivos de una pluralidad de actores individuales. El sistema, desde este punto de vista, es un sistema de procesos de interacción entre actores, se constituye en una estructura de las relaciones entre los actores involucrados en los procesos interactivos.

En este sentido, el sistema social es una pluralidad de relaciones interactivas, en ella el actor es una unidad en la medida en que es parte de un proceso de la interacción entre el autor y los demás actores, de tal forma que el actor se constituye en una unidad básica social denominada estatus-rol y es empleado para referir a la organización como un sub-sistema de actos del actor o actores ocupando estados recíprocos de actuación hacia los demás con orientaciones dadas (Talcott Parson, 1951: 26).

⁵ El sistema es un concepto teórico fundamental de la Teoría de Sistemas, creada en 1936 por el biólogo Ludwig von Bertalanffy. Esta teoría se enfocó contra el reduccionismo científico e intento revivir la unidad de la ciencia. (Ver What is Systems Theory?, Cambridge Dictionary of Philosophy, en <http://pespmc1.vub.ac.be/SYSTHEOR.html>)

Retomamos de otro científico social relevante en el campo de la ciencia social, Bunge Mario (2007: 375), contrario al planteamiento de Talcott Parson, el concepto teórico de sistema. Para este autor, el sistema es un objeto complejo, cuyas partes o componentes están relacionadas con otro u otros componentes del mismo objeto, o un objeto es un subsistema sí es en tanto un sistema como parte de otro sistema, o bien, un objeto es un súper-sistema sí está compuesto de sistemas.

En esta definición teórica, se deja ver al sistema como un mundo de sistemas, compuestos por *subsistemas interrelacionados*. Un subsistema o componente es una entidad del sistema, en combinación con otros componentes funcionan para combinar, separar o comparar las entradas y salidas para producir otros sistemas. Los componentes de un sistema están relacionados de forma tal, que el objeto se comporta como una unidad y no como una suma de elementos. Es un sistema cuyos componentes son otros objetos concretos de otros sistemas íntimamente interrelacionados (Bunge Mario, 2009)

De la misma forma, retomamos de Luhman Niklas y De Georgi Raffaello (1993) su definición de sistema social. Para estos autores, un sistema es un sistema si es capaz de reproducirse así mismo. El sistema es algo que se diferencia de su entorno pero no se depende de él: es la unidad *sistema/entorno*. La unidad es una unidad de la diferencia de esas dos partes, reproducida constantemente.

Desde este enfoque, el sistema es una unidad operacionalmente cerrada, capaz de producir por sí mismo los elementos propios y las estructuras propias estructuradas de forma variable con respecto al tiempo y se mantiene en un entorno complejo y cambiante. Esta unidad de diferencia es denominada *comunicación*, parte auto-reproductora del sistema.

La comunicación aparece como configuradora de la realidad social, como elemento básico de la sociedad, producida por la sociedad, no por los participantes de la sociedad. La sociedad a través de la comunicación se une al entorno (ser humano) y en esa unidad el individuo es relevante en la medida en

que él participa en la comunicación. Los secretos que poseemos que nunca comunicamos o no son comprendidos no forman parte de la sociedad.

El sistema por medio de la comunicación dicta roles, normas institucionales y tradicionales al entorno. El desarrollo de estas crea la estructura del sistema auto-reproductivo, constituyendo sus propios elementos sistémicos (Luhmman Niklas, 1984). En este punto de vista, el entorno no son las condiciones de vida de los seres humanos, sino el ser humano que produce ruidos, inquieta, desestabiliza al sistema pero que no forma parte constituyente del sistema, y mucho menos se puede constituir un sistema con una pluralidad de hombres.

El entorno es lo más complejo, incluye muchos tipos de diferentes personas, es un entorno físico en constante cambio y participa en muchos otros sistemas diferentes. La sociedad, por ejemplo, como sistema económico supuestamente responde a las necesidades materiales y deseos de la gente, sin embargo, esas necesidades y deseos influyen sólo si son representados en términos de rentabilidad. Como consecuencia, el sistema económico responde bien a las necesidades materiales y deseos de inversionistas, pero no tan bien a las necesidades y los deseos de gente pobre (Luhmman Niklas, 1993).

Estas disposiciones teóricas diferencian lo social de lo humano. Para Luhmman (1993) lo social no surge directamente de la interrelación humana, por más que se le trate en términos de reflejo o reciprocidad de perspectivas, o bien, reciprocidad de servicios. Lo social es una salida emergente de tipo evolutivo, precede a los sujetos, y está encaminada a proveer estructuras de sentido que se imponen a la tendencia radical de la desintegración. Esto significa que lo social no está construido a imagen y semejanza del hombre sino de una *coacción práctica* evolutiva: reproducción dinámica autoreferida.

Desde Trabajo Social no se puede estar en total acuerdo con esta postura en tanto que se trabaja con sujetos sociales de carne y hueso. Trabajo Social piensa lo social como construcciones humanas, hechas por los hombres a su imagen y semejanza, a ellas pertenecen y se comparten con un conjunto de

individuos, ya sea que formen una comunidad o formen parte de un grupo de otras comunidades. Las sociedades han sido históricamente creadas por el ser humano desde que sintió la necesidad de agruparse en sociedad.

Lo social desde esta postura se define como perteneciente al ser humano, en dos sentidos: uno genérico, en el que se involucra todo lo referente a la vida en sociedad (relaciones sociales e interpersonales); y otro restrictivo, lo relativo a las condiciones sociales, referente indicado para distinguir cierta faceta de la realidad social. Trabajo Social como disciplina de la acción social descansa su hacer en la práctica social, lo obliga a reformular su epistemología, y a la integración de los principales aportes del pensamiento contemporáneo con la vida cotidiana (Ander Egg Ezequiel, 1996: 276).

Trabajo Social se ha constituido en una disciplina con sujetos que resultan de la praxis, traduciéndose ésta en actores, personas, sujetos, sectores, grupos o colectivos humanos concretos que se articulan a partir del cuatrimonio necesidades, problemas, demandas e intereses sociales, cuyos espacios de desarrollo son las instituciones, organizaciones públicas, sociales, privadas y micro-sociales, espacios donde se generan iniciativas para la acción, la práctica social o el bienestar social (Evangelista Martínez Elí, 2011: 16).

No obstante, recogemos con cautela el planteamiento de Luhmann Niklas en referente a la unidad de diferencia sistema-entorno, como elemento reproductor del sistema social, cuya definición se da en el campo operativo de marcha de una selección de elementos del entorno que lo estimulan, cuya estructura, cuantitativamente es menos compleja que el entorno, por la simple razón de que en el entorno existen otros sistemas, vale decir, los seres humanos, están presentes en otros sistemas (salud, educación, política, etc.).

No obstante, cualitativamente el sistema es más complejo que el entorno por la forma en que existe por sí mismo, por la capacidad que tiene de mantener una estabilidad estructural, manteniendo una autonomía con respecto al entorno

mediante una constante auto-regulación, en otras palabras, tiene la capacidad de auto-reproducirse así mismo.

La capacidad del sistema de auto-referenciarse y de determinar sus propios límites y estructuras es la esencia de todo sistema. Para Luhmann (1993) existen tres tipos de sistemas con capacidad para auto-reproducirse: lo orgánico, lo psíquico y lo social. El primero lleva a cabo su auto-reproducción en su química, el segundo lo realiza en base en su conciencia y el tercero en base a la comunicación. La capacidad de auto-referenciarse en estos tres tipos de sistemas, no nace en la interrelación humana, sino en la que producen los sistemas.

Sociedad y comunicación es lo mismo, incluye todo lo social, y por lo tanto, no conoce ni reconoce ningún entorno social. La comunicación es genuinamente social, cada individuo tiene la responsabilidad de actualizarla, dicho de otra manera, tiene el compromiso permanente de adaptarla al presente (Luhmann Niklas, 1993). Desde este punto de vista, la comunicación no produce conciencia sino que se sitúa por encima de estados psíquicos divergentes.

Esta postura teórica, cuestionada por ser apreciada como una moda de la comunicación, que invade estudios sociales, no deja de ser polémica en disciplinas como trabajo social que está soportada en una práctica interventiva en *lo social*⁶. Para Bunge Mario (2007: 92), la comunicación es un lazo y, como toda relación, existe como relato, como la capacidad de los individuos o grupos de individuos de producir, codificar y descodificar señales que transmitan mensajes.

De aquí la complejidad del concepto *comunicación* en la dimensión de la protección social de salud vista como sistema, en el sentido que pertenece al

⁶ Por *lo social* nos referimos a la praxis cotidiana interpersonal. La praxis cotidiana, se concreta, en el desenvolvimiento de patrón de interacción social, es decir, de un régimen de prácticas colectivas recurrentes: comunitarias, familiares, clasistas, educacionales, laborales, religiosas, de género, de raza, etc. (Ver a Sotolongo Codina y Delgado Díaz -2006-. La revolución contemporánea del saber y la complejidad social: hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo, disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/campus/soto/Capitulo%20VIII.pdf>)

campo de lo social, percibida como una praxis cotidiana, pero también pertenece a una sociedad pensada como sistema social: para permanecer y conservarse tiene la necesidad de auto-referenciarse.

La complejidad, desde esta visión sistémica se conceptualiza como pluralidad y jerarquización de niveles de ocurrencia de procesos, tanto en sentido ontológico (real) como en sentido cognitivo (epistémico) y al mismo tiempo como una diversidad de relaciones entre los elementos de un objeto dado. Los acontecimientos en el campo de la salud son algo más que decisiones y acciones individuales, son producto de las estrategias de las organizaciones.

El sistema de salud es una organización articulada de una gama de procesos rutinarios y sometidos a cambios constantes producidos no sólo por situaciones cambiantes del ambiente natural sino por eventos políticos y sociales de salud. Toda organización de salud funciona como institución diseñada para alcanzar ciertas metas y objetivos, se conforman por otros subsistemas, cumpliendo funciones específicas.

Las instituciones de salud, al igual que las demás instituciones, no son sólo organizaciones auto-referenciadas, también son organizaciones coercitivas, fundados en acciones y decisiones pasadas y presentes, pueden ir de la coerción física cruda a modos mucho más sutiles de obtener acatamientos. Giddens Anthony (2006: 204) comenta que un constreñimiento es poder, pero nunca es mero poder, sino que está en las capacidades de los agentes para producir resultados intencionales de acción, no sólo es una coerción sino una forma de habilitación, cuya contribución es abrir ciertas posibilidades de acción al mismo tiempo que restringen.

Los sistemas organizacionales de salud se hacen cargo de los problemas o demandas de salud del entorno, pero en su funcionar administrativo hacen operar constreñimientos de exclusión socialmente inaceptables. Por ejemplo, el código de la salud no discrimina, pero sí los hospitales y clínicas, y más aun si son privadas (Arnold-Cathalifaud M., 2008)

Las organizaciones de salud tienen incorporada la posibilidad de comunicarse con sus entornos, tanto a nivel regional, estatal y nacional en un sentido auto-referencial. Los sistemas de salud son sistemas sociales regionalizados, presuponen formas organizacionales de territorios, emergiendo de la aplicación de políticas y programas altamente especializados (Arnold-Cathalifaud M., 2008). El territorio es reconocido como el único referente legitimador de la intervención en sus diversos contenidos y en sus distintas modalidades (Donati Pierpaolo, 1994)

El sistema de salud, son organizaciones enmarcadas en espacios geográficos regionales. La región es un sistema regulado por los flujos de bienes materiales (alimentación, vestido, etc.) e inmateriales (medios información, servicios, creencias, etc.), es también un sistema territorial funcional, complejo, dinámico de base estructuralista (Ortega Valcárcel José, 2000). La organización territorial del sistema de salud, considera Donati Pierpaolo, (1994) incide intensamente en las relaciones sociales colectivas y tiende a focalizarse cada vez más sobre la evolución y modificaciones de las enfermedades.

Los territorios desde el punto de vista de la salud, tienen dos componentes funcionales. *La posesión* de una cohesión social específica, una base particular de recursos naturales, de instituciones y formas de organización propias, y de determinadas formas de producción, intercambio y distribución del ingreso (Ortega Valcárcel, 2000), y *el arraigo* de la historia y las tradiciones de sus pobladores, otorgándole una identidad con la presencia o ausencia de ciertos servicios, el surgimiento de formas patológicas, y la utilización o no de los recursos disponibles (Donati Pierpaolo, 1994)

Con este pensamiento teórico general se emprende la investigación del *acceso y accesibilidades de localidades rurales de alta marginación social de la municipalidad de Mocarito al Sistema de Protección Social de Salud*. Se hará uso de teorías particulares para explicar aspectos específicos que conforman este objeto de investigación, como las que a continuación se exponen.

3.2.2.- El enfoque organizacional de salud

Los estudios organizacionales por lo general están enfocados al desarrollo de las organizaciones empresariales⁷. Sin embargo en las tres últimas décadas del siglo XX, los sistemas de salud han recurrido a este enfoque para abordar temáticas de las organizaciones de salud⁸.

Entre estas organizaciones se encuentra la Organización Panamericana de la Salud. Esta organización señala que los países han optado por hacer determinados arreglos organizativos para mejorar sus sistemas de salud a fin de satisfacer valores y principios establecidos, cumplir con sus propósitos y alcanzar los objetivos sanitarios planteados, generando distintas modalidades de conducir el sistema para regular su funcionamiento, financiar y asignar los recursos, y proveer los servicios de salud (OPS, 2007: 318).

El enfoque organizacional de salud, tiene como uno de sus objetos de estudio a la redes de servicios de salud conformada en tres niveles de atenciones: primario (servicios médicos ambulatorios), secundario (servicios médicos hospitalarios) y terciario (estudios médicos de alta especialidad), así como en las formas en como acceden los usuarios a los diferentes tipos de atención médica en una determinada área geográfica (región, zona, provincia, etc.)

En esta orientación, retomamos de Calvo Ayaviri Alfredo (2003) el concepto de interacción de acciones de prestación de servicios. Este concepto refiere a

⁷Abordar la accesibilidad a los servicios públicos de salud desde el enfoque organizacional no es con la intención de trasladar la ciencia administrativa a la geografía de la salud, o abordar el estudio del comportamiento humano en las organizaciones de salud, o las conductas para el mejoramiento de las organizaciones de salud, o bien, los comportamientos, estructuras y procesos organizacionales de las empresas como marcos de referencia de posibles explicaciones sobre el funcionamiento de la salud sino los aspectos relacionados con el proceso de implementación de programas públicos de salud para explicar a nivel local o micro-regional la accesibilidad organizacional de salud de la población, sus factores de éxito y las áreas susceptibles de mejorar en el sistema de salud.

⁸El enfoque de los estudios organizacionales aplicados a los sistemas administrativos de salud en México empiezan a implementarse en la década de 1970, recogiendo las aportaciones de Gulick Halsey Luther (1982-1983) a la teoría de administración científica, aportes de donde que Frederick Taylor extrajo la idea de analizar el concepto de trabajo para descomponerlo en tareas simples que se pudieran cronometrar estrictamente y exigir a los trabajadores la realización de las tareas necesarias en el tiempo justo. En el campo de la salud se le da supremacía a la interrelación de funciones de salud en la estructura formal (normas de conducta e interrelaciones laborales) de los hospitales, concibiendo al sujeto no como objeto (taylorismo) sino como sujeto humano (Ver a Bustos Castro René y Cervantes Rangel Jaime -1982-, Administración en salud, Editor Francisco Méndez Oteo, México, D.F)

la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de salud como partes integrantes de la atención a la salud. Significa que la atención a la salud no se restringe sólo a la atención médica, ni a la acción curativa o reparadora sino a la atención de los distintos componentes de la atención a la salud.

La organización de la atención a la salud se compone de tres elementos. El primero describe el flujo *de producción social de salud*, es decir, los hechos que caracterizan una situación real; el segundo son las *acumulaciones sociales* que inciden en esos hechos, por ejemplo, la desnutrición crónica de un niño. Ésta no se puede producir de un momento a otro, es un proceso de deterioro en que la familia y el niño no se han alimentado debidamente; y el tercero es alusivo a las *reglas básicas*, es decir, a los elementos primarios estructurales, o la causa primaria que está dando origen a esa dimensión fenoménica de la desnutrición crónica (Calvo Ayaviri Alfredo, 2003).

Este enfoque permite identificar tres elementos clásicos de acción en la atención de la enfermedad: curativo (medicamentos y los profesionales en salud), restaurador (centros de salud, hospitales) y preventivo (servicios de salud).

Otro concepto de igual importancia es el referido a la *pertenencia a una red de salud*. Calvo Ayaviri Alfredo (2003) define este concepto como una forma del proceso de atención a las enfermedades de una población determinada, que vive en un territorio geográficamente definido y está bajo responsabilidad de una red local de servicios de salud. La red de salud es una coordinación de unidades de salud que aseguran una atención accesible para todos y de calidad aceptable.

En esta visión organizacional de los servicios de salud, retomamos el concepto de *coberturas geográficas de salud* de Álvarez Pérez Adolfo Gerardo (2009), para visualizar la forma en que se atiende la problemática de accesibilidades a las redes de salud. Este concepto, clave de equidad salud, está conformado

por dos factores: la accesibilidad y la evitabilidad de inequidades de salud. La accesibilidad entendida como la facilidad de acceder y recibir atención integral de salud y la evitabilidad de inequidad se define como la fuente de acción que tiende a eliminar, reducir o neutralizar causas que demoran la atención a enfermedades mortales que pueden evitarse con un buen desempeño de las organizaciones de salud.

Un concepto que retomamos del Ministerio de Salud de Costa Rica (2009) es el *componente jerárquico organizacional* en los sistemas de salud. Lo jerárquico se define como elemento que permite ejecutar eficaz y eficientemente los procesos necesarios para cumplir con las funciones de rectoría de la producción social de la salud, de provisión de servicios de salud y de gestión institucional, sus niveles tienen un orden superior y operativo.

El nivel superior comprende los objetivos organizacionales de la dimensión de política institucional. En este nivel se toman decisiones estratégicas sobre las funciones sustantivas y de apoyo necesarias para que la institución logre alcanzar las metas que están expresadas en los objetivos organizacionales. Lo decisorio estratégico define los lineamientos que permiten planificar, organizar, coordinar y controlar los programas, proyectos y servicios de la institución.

El nivel inferior agrupa a las unidades organizativas del sector salud que operativizan la política institucional emanada del nivel político, apegándose a los lineamientos definidos por lo decisorio estratégico para cumplir los objetivos organizacionales y garantizar la prestación de los servicios que brinda la institución.

En la jerarquía organizacional de las instituciones de salud, según los niveles de responsabilidad y distribución de las unidades organizativas, determinan que la salud sea equitativa o inequitativa. Las instituciones de salud tienen las reglas para adaptar del mejor modo los medios a los fines, es decir, de movilizar recursos para el cumplimiento de los fines y de la adopción de decisiones requeridas.

Así mismo, retomamos de Coe Rodney M. (1984) el concepto de *adaptación* de cultura organizacional. Este autor señala que el comportamiento de la organización de salud es adaptativo, se realiza en un contexto de referencias heredadas del pasado. Los hombres se relacionan, resuelven sus problemas y organizan sus actividades de acuerdo a lo que han aprendido de la experiencia propia y la de otros, y más la de los otros que la de ellos.

La adaptación como elemento de la cultura organizacional se expresa en la historia organizacional de las instituciones de salud. Las instituciones van dejando un legado de valores, creencias, normas, expectativas y formas para sobrevivir al cambio de las condiciones en que ellas se originaron, incluso existe la tendencia a preservar intactas las estructuras organizacionales y las formas de operar en la medida de lo posible, adaptándose lentamente a las exigencias del medio cambiante, alterando lo menos posible el modo en que se hacen las cosas (Coe Rodney M., 1984)

En esta orientación, recogemos el planteamiento de cultura organizacional de Domínguez Silva Inés (2009). Para esta autora la cultura organizacional es la forma acostumbrada o tradicional de pensar y hacer las cosas, compartidas en mayor o menor medida por los miembros de la organización. Es un saber dar funcionalidad a la organización, definir sus límites y marcar diferencia entre una organización y otra, reflejando la identidad de los miembros pues incide en los rasgos organizacionales comprendidos, conocidos y compartidos por el grupo social.

La cultura organizacional es una interrelación de tres componentes que se vinculan entre sí y con el mundo exterior: creencias, valores, normas y actitudes. Las creencias son pensamientos arraigados y válidos en la interpretación de la realidad que actúan; los valores son las formas de actuar (responsabilidad, objetividad, visión, sociabilidad, honestidad) de los integrantes de la organización; las normas y actitudes son las acciones tácticas (capacidades, habilidades y destrezas), inducidas en normas de conductas de

cada miembro de la organización, orientan las tendencias (eficiencia, eficacia) y capacidades de alcanzar lo fines propuestos en un determinado proyecto.

La cultura organizacional permite a la institución vincularse con el entorno social, organizado como un dispositivo fundamental de su accionar. En estos términos, expresa un conjunto de modelos resultados de la interacción de los miembros de la organización con las estructuras, estrategias, sistemas y de procesos de la propia organización en su entorno.

3.2.3.- Las inaccesibilidades de salud como necesidades sociales.

Las barreras de accesibilidad geográfica y organizacional de acceso a los servicios se constituyen en necesidades sociales de salud al privar el acceso a la red de servicios de salud en una zona geográfica determinada. El concepto de accesibilidad no ha figurado en los estudios de salud como un concepto teórico, sino como un indicador de planificación en la implementación de programas de salud.

Sin embargo, en recientes estudios sobre acceso a los servicios de salud en poblaciones rurales ubicadas en áreas montañosas y alejadas de las ciudades, se ha puesto la vista en la importancia de la accesibilidad como concepto teórico en los sistemas de salud. Comes Yamila, et al, (2006) ha desglosado este concepto en cuatro componentes, desprendidos de las dimensiones geográficas, económicas, administrativas y culturales.

El componente geográfico es referido a la imposibilidad de acercar los servicios a la población por la existencia de caminos accidentados, grandes distancias y ausencia de transporte, entre otros; el segundo componente se refiere a la imposibilidad de pago de costos de traslados y compra de medicamentos; El tercer componente lo constituye las dificultades referidas a horarios y turnos de atención, las estructuras administrativas, entre otros; y el cuarto componente se da en relación a las diferentes prácticas médicas de médicos y de los usuarios de servicios de salud (Comes Yamila, et al, 2006).

Junto a esta propuesta teórica de esta autora, recogemos la visión teórica de Solitario Romina, et al (2008), al definir este concepto en el plano de lo simbólico, esto es, pensar la accesibilidad al sistema de salud como un *vínculo* que se construye entre los sujetos y los servicios. Este pensar implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

Consideramos también la conceptualización que hace de la accesibilidad Scatena Villa Tereza Cristina, et al (2011), al considerarla como la existencia de una *íntima relación* entre el nivel de disponibilidad y la construcción de condiciones a los servicios de salud, esto es, como una expresión simbólica y como una participación social de los usuarios. La accesibilidad va más allá de su carácter de accesible, no de acceso (entrada o acto de ingresar), sino de un ir más allá de la entrada en los servicios.

Otro concepto de accesibilidad es el que se recoge del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1977). En este programa se define como el *porcentaje de la población* que puede conseguir cobertura de servicios locales de salud un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales. La accesibilidad a la cobertura de salud es una categoría que se expresa por la distancia promedio entre la población y cobertura a los servicios de salud, y por los motivos que llevan los individuos a procurar determinado servicio de salud en determinado local.

La accesibilidad a la salud, no se restringe a la mera disponibilidad de recursos en un determinado momento y en un determinado lugar, o al mero uso de servicios de salud, sino al *grado de ajuste* entre las necesidades de los pacientes y los servicios utilizados. Es también un modo de organización de los servicios de salud, expresado como demora o celeridad en la obtención de consulta, programación de referencias y contra-referencias médicas, y garantía de continuidad de la atención, esto es, la accesibilidad organizacional.

La accesibilidad organizacional de los servicios de salud se refiere al grado en que el sistema de salud está representado en todas las unidades de salud en un espacio geográfico determinado, es decir, la red de instituciones agrupadas en los diferentes niveles de atenciones a la salud.

En esta red, la accesibilidad y cobertura se manifiesta como un *punto de encuentro y desencuentro* entre la población y los servicios de salud. En ambas descansan las estrategias que facilitan el acceso a los servicios de salud, y el desarrollo de las prácticas de vida y salud de la población. Es el punto de la interacción del lugar con el sitio, del origen con el destino, del enfermo con el médico (Scatena Villa Tereza Cristina, et al, 2011).

Así mismo, retomamos de Molina M. Gloria, et al, (2009), el concepto de accesibilidad como una *relación funcional* entre los obstáculos para la búsqueda y recepción de la atención en salud y la capacidad de las personas para recibir dicha atención, es decir, la relación dinámica entre los recursos que dispone un sistema de salud y las potencialidades con que cuentan las personas y comunidades para buscar sufragar sus necesidades de salud, en otras palabras, es la relación entre las instituciones de salud y el acceso de los usuarios.

Sin embargo, la accesibilidad a los servicios de salud no sólo es un indicador de niveles de disponibilidad de los servicios de salud o un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, como tampoco se circunscribe a una íntima relación entre el nivel de disponibilidad y la construcción de condiciones a los servicios de salud como una expresión simbólica y participación social de los usuarios, o un porcentaje de población que puede conseguir cobertura de servicios locales de salud un tiempo máximo de una hora de desplazamiento a pie o en transporte.

La accesibilidad tampoco es sólo un modo de acceso a la organización de los servicios de salud, o un punto de interacción del lugar con el sitio, del origen con el destino, o una la relación dinámica entre las instituciones de salud y el

acceso de los usuarios sino es proceso de *búsqueda de atención*: inicio, continuidad y causas del deseo de la atención.

La integración de estos tres aspectos, es lo que Molina M. Gloria, et al (2009) denomina *dominio de accesibilidad*. Estos aspectos están relacionados con la necesidad de atención de la salud: el deseo de atención, la búsqueda de atención y la continuidad de la atención. El deseo de atención hace alusión al cómo las personas y la comunidad consideran que pueden resolver sus necesidades en salud (utilidad), en tanto que la búsqueda de atención hace alusión a la demanda de atención de los servicios y la continuidad de atención hace alusión al grado de conexión y coordinación entre los servicios médicos y la experiencia del personal médico en el episodio de una enfermedad (Molina M. Gloria, et al, 2009: 41).

Este proceso, desde el punto de vista de Nájera Patricia, et al, (1990) da cuenta de la capacidad de utilización de servicios médicos y de las necesidades de atención de la salud, en un marco de tiempos y distancias máximas de desplazamiento de determinados tamaños de población hacia de las unidades de salud, de distribución espacial de las unidades de salud, la existencia de diferentes niveles de complejidad de funciones y responsabilidades propias del sistema de salud.

Las funciones de cada nivel de atención de salud tienen fijo un tipo de actividades técnicas y administrativas para cubrir una cobertura en determinadas espacios geográficos. Así, por ejemplo, podemos identificar que los centros de alta jerarquía tienen más funciones y más especialidades no presentes en los centros de menor jerarquía.

Los centros de especialidades (hospitales) se constituyen en centros de gravedad del sistema regional de salud. Esta dinámica establece la forma y la magnitud de la interacción entre la población y la forma en que están organizados los servicios de salud. La ubicación geográfica de las unidades de

servicios de salud es por lo general, uniforme. La concentración o dispersión de las actividades, produce una heterogeneidad regional.

La relación de lo geográfico con las condiciones socioeconómicas de la población incide en el acceso a los servicios de salud en la medida en que esta relación se vincula el patrón de distribución de los espacios de salud con los factores territoriales componentes de acceso: la cobertura y la accesibilidad. Ambos componentes miden el uso que hace la población de los servicios de salud, es decir, identifican la población que utiliza más y tiene mayor acceso a los servicios de salud en un determinado espacio local y regional (Nájera Patricia, et al, 1990).

No obstante, el grado de accesibilidad no pueden medirse sólo a partir del grado de utilización, pues para que exista la utilización se debe recurrir al conocimiento de las condiciones sociales y económicas de la población, así como la lejanía o cercanía de los servicios de salud, al igual que la relación de correspondencia entre el tamaño de la población, y el tamaño y número de las unidades médicas e infraestructura de los servicios de salud.

Desde esta perspectiva la accesibilidad y la cobertura son dos componentes de la concepción espacial de políticas sociales de salud. La cobertura de los servicios de salud expresan, por un lado, en el grado de influencia y la capacidad de respuesta del Estado, y por otro lado, en la atención a las condiciones sociales de la población mediante la implementación de políticas sociales de salud.

La cobertura de salud, geográficamente se define desde lo organizacional como el grado de disponibilidad de servicios médicos, la proporción entre el número de habitantes por personal médico, enfermeras y paramédicos, la infraestructura (hospitales especializados, hospitales generales, centros de salud, clínicas, consultorios y camas por hospital y población).

Tener acceso a la cobertura implica tener acceso a una determinada distribución de recursos y servicios, y tener la accesibilidad es tener facilidades para acceder a los diferentes niveles de atención de salud en un espacio geográfico determinado. La accesibilidad es una noción relativa y contextual, y la definición apropiada depende mucho del alcance y del contexto del cuestionamiento.

3.2.4.- La protección social a la salud.

La protección social a la salud se inscribe puntualmente en la reforma al artículo 4º constitucional (1983). El reconocimiento a rango constitucional del derecho a la salud de los mexicanos, quedó establecido como responsabilidad del Estado. Este reconocimiento se ubicó en el proyecto de reestructuración del sistema de salud denominada *neo-beneficencia de los servicios de salud* (López y Blanco, 2001).

La política de neo-beneficencia fue una estrategia de salud dirigida a la población en pobreza extrema ubicada en zonas geográficas marginadas. Este proceso de reorganización sanitaria se constituyó en una política que garantizó a los más pobres de los pobres el acceso a un financiamiento público mediante modelos asistenciales y selectivos, reducidos en *paquetes de servicios básicos de salud*, sustentados en indicadores costo-efectividad (López y Blanco, 2001).

A finales del siglo XX, esta política de neo-beneficencia se implementó a través del Programa Ampliación de Cobertura (PAC), organizándose en los contextos de la geografía de la marginación, orientándose hacia una política financiera de intervenciones de salud que *cuestan poco y tienen alto impacto sobre algunas causas de mortalidad*, otorgándole a las comunidad la responsabilidad de su estado de salud.

Al iniciar el siglo XXI, la protección social a la salud se realiza con nuevo enfoque, denominado pluralismo estructurado. La esencia de este nuevo modelo es la separación del financiamiento público de la prestación de los servicios públicos de salud, cuyo propósito fundamental es evitar los extremos

del monopolio de salud del sector público y la atomización del sector privado. De esta forma se impide la prevalencia del anarquismo de reglas del juego, transparentándola para compensar las fallas del mercado (Frenk J., et al, 2001). .

La protección social de salud es un concepto derivado de la idea teórica de necesidades humanas, cuyos orígenes se encuentran en la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU (1948). El reconocimiento de la protección social a la salud se encuentra en los derechos económicos, sociales y culturales, proclamados por la ONU (1976), considerándose universal, indivisible, complementaria e inalienable, haciendo al Estado responsable de garantizar la misma.

La protección social de salud es definida por Rosenberg y Anderson (2000) como una garantía del poder público para otorgan a un individuo o grupo de individuos satisfactores a sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios de salud en forma oportuna y de manera adecuada, a través de alguno o algunos de los subsistemas de salud en el país.

En forma más amplia, la Organización Internacional del Trabajo (2007), la define como un conjunto de medidas públicas y privadas, organizadas públicamente, dirigidas contra la penuria social y la pérdida económica ocasionadas por la reducción de la productividad, la suspensión o la reducción de ganancias o el costo del tratamiento necesario que puede derivarse de una inequidad de salud.

Ambos conceptos lejos de ser contradictorios, son complementarios, en tanto que Rosenberg y Anderson la encauzan hacia el interior de los sistemas de salud y la OIT la encausa hacia la implementación de una serie de mecanismos disponibles para que la población tenga acceso a la protección y cuidado de su salud mediante la asignación de recursos de diverso origen y no solamente como las medidas que toma el Estado para asegurar la atención de salud a través de la provisión pública de servicios.

Ambas posturas plantean la necesidad de alcanzar la protección social a la salud mediante prácticas de salud institucional: solidaridad, universalidad y equidad. La solidaridad es conceptualizada como una corresponsabilidad social (personas sanas y personas pudientes). La universalidad se define como la política tendiente a cubrir financieramente a todos los miembros de una sociedad para el acceso efectivo y asequible a los servicios de salud de calidad.

La equidad es definida como la igualdad de oportunidades de todos los miembros de una sociedad a los servicios de salud. La equidad de salud no significa que todos deban tener el mismo nivel de salud y consumir la misma cantidad de servicios y recursos, sino que está en función de las necesidades de cada uno. Toda inequidad es una desigualdad pero no toda desigualdad es una inequidad; una inequidad es una desigualdad injusta y viable de ser evitada (Whitehead Margaret y Dahlgren Göran, 2006).

Las inequidades se conceptúan a partir de la justicia y no a partir de la ley. Esto no quiere decir que la equidad es superior a la justicia sino lo que se considera justo en la ley, puede traducirse en una *legal injusticia*, es decir, en una inequidad. La equidad en la protección social a la salud se visibiliza de dos formas: una como equidad en el acceso a los servicios de salud y como equidad financiera, expresándose en la cobertura de salud y no en la capacidad de pago de los hogares sino de sus necesidades.

En términos financieros y organizativos, la prestación del servicio de salud, se manifiesta como el otorgamiento de *paquetes esenciales de servicios de salud* para ofrecer una protección contra el riesgo de enfermedad y gastos catastróficos por motivos de salud a la población sin seguridad social. La clasificación de estas intervenciones es según el costo que entraña ganar un año más de vida sana y una forma de lograr el mejor estado de salud.

La equidad planteada en estos términos se expresa como justicia financiera, orientada hacia la reducción del gasto de bolsillo en salud, considerado como la

forma más injusta e inequitativa de financiamiento público de los servicios de salud. El financiamiento de salud tiene el propósito de evitar que el gasto de bolsillo sea empobrecedor, es decir, que desplace a un hogar por debajo de la línea de pobreza, o bien, profundiza su pobreza si es que ya se encontraba por debajo de esta línea.

3.2.5.- La implementación de programas públicos de salud

Toda implementación de programas públicos de salud, tiene un modo de sacar adelante objetivos y metas en tiempos y espacios previamente determinados. La implementación de programas dirigidos a la ampliación de coberturas de salud en diferentes estratos sociales son llevadas a cabo por las instituciones de salud pública, haciendo referencia no sólo a la salud de la población, sino también a la salud generada por la población.

La política sanitaria vista como el conjunto de decisiones fundamentadas, es generada en todos los niveles de gobierno y enmarcadas en su respectiva normatividad. Entre sus fines esta comunicar objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones y son utilizadas en la administración pública y la legislación. Las leyes y normas (reglamentos, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas) son las herramientas de implementación sectorial (OMS, 2007: 314).

Retomando a Aguilar Villanueva Luís (2007), definimos la política de implementación de programas sanitarios como una hipótesis en la búsqueda de realización de ciertos objetivos y con cierta susceptibilidad de error, imponiendo extremos cuidados en la definición y explicación de problemas. En esta sentido, la política de implementación de programas es una declaración de intenciones, una declaración de metas y objetivos.

La política de implementación es el cumplimiento de metas, expresada en dos dimensiones: declaración de intenciones y declaración de resultados. La primera dimensión. Entre ambas declaraciones se encuentra *el espacio*

intermedio del actuar, es decir, el conjunto de acciones que transforman las intenciones en resultados. En este espacio se realiza el acto de implementar.

La implementación es la capacidad de ir forjando acciones subsiguientes en ese espacio intermedio del actuar para lograr los objetivos y metas propuestas. En este espacio donde la política empieza a abandonar el cielo de los deseos y a tocar el mundo real en la medida en que las condiciones, iniciales y de seguir adelante, presentan, por un lado, el consenso en torno al acontecimiento que se desea ocurra y el consenso en torno a los recursos e instrumentos a utilizar para que se dé el acontecimiento deseado, y por otro lado, la capacidad de forjar los *eslabones siguientes* de tal modo que se consigan los resultados esperados (Aguilar Villanueva L., 2007).

Este espacio intermedio es el espacio de la acción de implementar estrategias operativas, leyes y normas, transformándose en acciones administrativas. En toda política pública de implementación, el conocimiento de la organización se constituye en un componente crítico y fundamental del trabajo de las organizaciones para llevar a cabo el cumplimiento de una política. La implementación requieren de la necesaria fragmentación de los problemas en tareas separadas y de fácil manejo, asignando responsabilidades a cada unidad especializada para el logro de resultados esperados. (Aguilar Villanueva L., 2007).

Sin embargo, no hay implementación perfecta. Existen situaciones que llevan al incumplimiento de metas y objetivos, como aquellas relacionadas con los intereses establecidos en la vida política, la imprevisibilidad, las características sociales y culturales de la vida social misma, los errores en la toma de decisiones, los escasos de recursos financieros, entre otras.

En México los procesos de implementación de reforma sanitaria han generado cambios en la organización y financiamiento de las operaciones del sector de la salud y su entorno institucional. El caso más reciente es la implementación del programa Seguro Popular de Salud cuyo propósito es proteger financieramente

a la población del país que no cotiza en las instituciones de seguridad social, mediante la reducción del gasto de bolsillo y de esa forma alcanzar la universalidad de los servicios de salud.

En este proceso se destacan tres componentes centrales:

- 1.- La mejora al acceso de personas pobres afiliadas o reafiliadas a ser incorporadas al paquete básico del régimen subsidiado del Seguro Popular en Salud.
- 2.- Apoyo a la reestructuración de los Sistemas Estatales de Salud en el marco del Sistema de Protección Social a la Salud.
- 3.- Fortalecimiento a la Rectoría de la Secretaría de Salud en el marco del SPSS (Secretaría de Salud/ DGPDS: 2006).

Estos componentes guardan factores intrínsecos que permiten la conducción de política pública de protección financiera de salud, generando modificaciones y diversas expectativas sociales, implicando que la organización del sistema de protección social a la salud realice ajustes en los procesos para adaptar este nuevo modelo, considerando la fuerza que posee cada componente jerárquico organizacional.

El ajuste en este tipo de componentes comporta en su interior dispositivos motivacionales inconscientes de la acción, poseen una jerarquía propia, una jerarquía que expresa la profundidad de la historia de vida del actor individual y la subordinación a ese orden. La subordinación al componente jerárquico, es una característica de rutina de la conducta humana, tal que se da por cumplida.

La rutina involucra a los propósitos en relación con la identificación de un acto, en un hecho de continuidad de vida (recursiva). Este propósito se dirige al logro eficiente de motivación y se cuestionan los motivos que impulsan la acción (Gideens Anthony, 2006).

Los dispositivos motivacionales inconscientes de la acción llevan al fracaso o al éxito de adaptación de nuevos modelos organizacionales, trayendo como consecuencia un choque entre una vieja y una nueva rutina que afecta los

intereses de las organizaciones que fluctúan entre una consideración de los aspectos sociales, en la que se encuentra la población y su participación en los mecanismos que la constituyen.

En esta perspectiva, toda implementación considera las condiciones y necesidades planteadas por la política de adaptación de procesos y las implicaciones derivadas de las mismas. Esta implicación es práctica, indica las relaciones reales del actor con la base material de las instituciones, entre cuyos componentes se encuentra el conjunto de normas, disposiciones, reglas y técnicas que se despliegan en los espacios institucionales.

Las normas, disposiciones, reglas y técnicas delimitan y establecen las acciones integrales de salud, denominadas “intervenciones” que agrupan a un conjunto de enfermedades y actividades de salud que deben ser cubiertas por el Sistema.

En estas acciones juegan un papel de gran importancia los recursos humanos. Los recursos de este tipo no sólo desarrollan actividades operativas e intelectuales, sino prácticas sociales de salud, generando una identidad que les permite reconocerlos como parte de un modelo de atención. En este sentido la cobertura al seguro popular de salud no sólo está representada por la afiliación sino por el personal de salud asignados a un determinado espacio geográfico para cubrir y ampliar las coberturas tanto en la atención de calidad y proporción de medicamentos

4.- METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

4.1.- Orientación epistémica

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, Mary Richmond, al investigar los casos sociales individuales sentó las bases para el reconocimiento científico de las aportaciones del trabajo social al alivio de los males de la sociedad, afirmando que sin *investigación social no era posible realizar trabajo social*. Décadas más adelante, Arístides Calvino (1963) aseveraba que no bastaba examinar un problema social, *desentrañar su razón de ser, sus causas y sus efectos* si éste no estaba acompañado de un diagnóstico, pronóstico y formulación de su tratamiento social. He allí, decía, el sentido de la carrera de servicio social.

Durante el periodo de la reconceptualización de trabajo social (1960-1970), continuó prevaleciendo la escasa producción de conocimientos. Trabajo Social ocupaba un nivel de subordinación en espacios de las ciencias sociales, laborales e institucionales. Su interés se centraba más en la determinación del método de investigación que en una reflexión epistemológica de su desempeño profesional (Díaz Cardozo Leidy Carolina: 2006).

Es hasta la década de los noventa cuando empiezan a conocerse los esfuerzos de trabajo social en el campo de producción de conocimientos. Nuevos vientos de la política social vinculados a nuevos paradigmas de las ciencias sociales, trajeron a discusión la formación de escenarios caracterizados por la fragmentación social, e irrupción de nuevas formas de exclusión, circunstancias que implicaron una serie de cuestiones que hicieron necesario dar una mirada profunda hacia nuevas formas de singularidad. Los problemas sociales poseen no sólo características universales sino también características particulares determinadas en función de las *realidades regionales*.

Los escenarios regionales muestran el carácter histórico, social, cultural, psicológico, religioso, entre otros, de los acontecimientos sociales, cambiando el modo de actuación del trabajador social a partir de definir temáticas en relación a la investigación –intervención en espacios geográficos determinados.

En estos nuevos escenarios Natalio Kisnerman (2002) orienta hacia una perspectiva construccionista, más "subjetiva" en el trabajo social, con un carácter interdisciplinario. Para esta disciplina social lo fundamental es la propia gente, es la que da sentido a su existencia, le da significancia a su vida.

Los nuevos paradigmas han planteado innovaciones al interior del concepto mismo del Trabajo Social, cuestionando el enfoque metodológico y las herramientas que usa como insuficientes e inconsistentes tanto para nombrar con claridad las contradicciones existentes en sus ámbitos de acción como para intervenir en ellos. Las formas más recurrentes del abordaje metodológico situado en la concepción del hacer-conocer, o en la reflexión de la experiencia, se ha constituido en un *obstáculo epistemológico* en la producción de conocimientos (Matus Sepúlveda Teresa, 2001).

Este cuestionamiento metodológico ha conducido a realizar un giro de lo meramente asistencial hacia un horizonte epistemológico, fundado en una rigurosa y *compleja comprensión de lo social*, proponiéndose buscar que toda evidencia de investigación-intervención sea capturada a partir de un *lugar teórico* (Matus Sepúlveda Teresa, 2001).

En esta construcción de la epistemología del trabajo social, Carballeda J. Alfredo (2005) considera que la existencia de nuevos escenarios, producto de la fragmentación social requieren ajustarse a preguntas dirigidas a nuevos horizontes constituidos en las recurrentes crisis económicas. En esta tendencia Tello Peón Nelia Elena (2008) considera la necesidad de construir objetos de estudio como *objetos articuladores* de procesos de investigación e intervención social, con actores concretos (individuales o colectivos) en torno a un problema o carencia social dada en lugar y tiempo determinado.

La articulación de investigación e intervención es una articulación de *la acción social* y recae en el punto de intersección de la relación *sujeto-problema-contexto*. La acción social es lo que hace ser a trabajo social una disciplina del

conocimiento, y por supuesto, la hace ser diferente a otras disciplinas de las ciencias sociales.

Es en la intersección de la relación sujeto-problema-contexto donde se desencadenan procesos no sólo de cambio social sino de producción de conocimientos científico. Esta postura sistémica retoma la *centralidad de trabajo social*, es decir, casos, grupos, comunidad y regiones (Tello Peón Nelia Elena, 2008).

Desde esta postura sistémica, la comunidad como objeto de estudio nada tiene que ver con aquella visión que la define como espacio territorial sino más bien con la forma en cómo se articulan las relaciones sociales, culturales, políticas, económicas en un espacio geográfico determinado.

Las investigaciones en comunidades regionales se presenta en un contexto dual: espacio-tiempo. En esta dualidad tienen lugar las interrelaciones de los actores con la sociedad, en ella la articulación del actor y el problema se dan las coordenadas de tiempo y espacio, cuyo resultado es una situación problema. Los actores tienen posturas relativas a determinadas problemáticas, así como al contexto en que viven: general como regional.

Las regiones poseen una geografía que da terrenalidad al contexto-problema-sujeto. Es en el espacio geográfico donde se expresan las diferentes formas de sumisión o de dominación de los sujetos en relación al medio natural o social que ocupan o controlan, según formas de organización y de gestión que hayan elaborado. Estas condiciones, de una u otra forma, inciden en el desarrollo de las situaciones objetos de investigación y acción social.

De ahí que las situaciones problemas son definidos como procesos, poniendo al descubierto sus articulaciones con el objeto de hacer uso de las teorías que permitan interpretar las forma en cómo se estructura, se organiza y funcionan, y en esa medida se orienta hacia una manera particular de intervención social en un territorio determinado.

Los resultados de estas investigaciones se constituyen para trabajo social en el punto de partida de la intervención social, transforman sus elementos de un diagnóstico. El diagnóstico es la forma de correspondencia circular entre investigación y viceversa, pues retroalimenta los horizontes de la acción.

El diagnóstico como producto de corresponsabilidad investigación- intervención permite captar la realidad como presente y potenciar el curso que seguirá la situación estudiada. Esta descripción incorpora mecanismos de control de la observación con el fin de evitar desviaciones propias de los prejuicios, las costumbres o los intereses particulares de determinados sectores sociales. Estos mecanismos son los conceptos ordenadores, su función es la reconstrucción de "lo real" a partir de la deconstrucción-construcción de conceptos provenientes de distintas teorías (Zemelman Hugo M. 2002: 20)

Los conceptos teóricos tienen como función la búsqueda de relaciones posibles a partir de la desarticulación conceptual de una lectura problematizadora del concepto, tanto en su contenido como en sus relaciones y jerarquías con otros conceptos. En el proceso de búsqueda de relaciones posibles, la idea es permitir una primera aproximación al universo empírico del área y nivel respectivo, siempre en un doble juego entre problematización y búsqueda de relaciones (Zemelman, 1987).

Una aproximación más hacia lo real permite observar los ritmos temporales del desarrollo del problema así como su distribución espacial. La observación de lo temporal permite distinguir procesos que se desarrollan en ciclos prolongados y de otros que los hacen en periodos cortos, en tanto la observación de lo espacial distingue procesos que se desarrollan en ámbitos macro-sociales y micro-sociales.

La observación de este movimiento se realiza por medio de conceptos indicadores, posibilitando una segmentación de la realidad. Estos conceptos construyen lo observable en un diagnóstico, dan cuenta de resultados de

procesos, constituyéndose como conceptos indicadores del diagnóstico, como acumulación de segmentaciones temporales y espaciales que permiten la apropiación del movimiento de los procesos que cursan los fenómenos sociales.

Los indicadores pasan por un proceso de intuición a un proceso de razonamiento, es decir, por la capacidad de reconocer lo nuevo, lo inesperado, de advertir los aspectos problemáticos. No puede existir ciencia sino se pone en marcha el pensamiento intuitivo, de sentir lo imprevisto como extraño. Sin el pensamiento intuitivo no se estaría en condiciones de reconocer lo desconocido y por lo tanto la posibilidad de construir conocimientos que den cuenta de nuevas realidades (Zemelman Hugo M. 2002).

4.2- Orientación metodológica

4.2.1- El método sistémico

En esta orientación epistémica, el diseño de esta investigación, orientada en la postura epistémica de Trabajo Social, es de carácter descriptivo-explicativo-analítico, sustentado en el método general sistémico y particularmente en los métodos cuantitativo y cualitativo, así mismo se ha hecho uso de las técnicas de la encuesta, la entrevista semi-estructurada y el análisis documental.

En primer término retome de Mendoza Rangel María del Carmen, (2003: 41-42) en método dialectico para abordar aspectos explicativos de situaciones problemáticas del objeto de estudio: su existencia racional, su desarrollo interno y su necesaria evolución en un lugar determinado. Este método, Elí de Gortari (1974) lo define como el procedimiento lógico, rigurosamente planeado y diseñado para descubrir la forma de existencia de los procesos objetivos de la realidad: descubrimiento de las conexiones internas con rigor racional y su incidencia en el desarrollo social.

Del mismo modo, retomamos de Bunge Mario (2009: 34-40) su concepto de método, definiéndolo como un procedimiento regular, explícito y repetible para lograr algo, sea material o conceptual. El punto de partida de este método es la

formulación de una *hipótesis* y cuyo propósito es el descubrimiento de un problema o de una laguna en un conjunto de conocimientos ya validados, o la búsqueda de conocimientos o instrumentos relevantes al problema, o bien, la tentativa de solución al problema con ayuda de los medios previamente identificados.

De este punto de vista, el método no es un formulario de pasos de fácil aplicación, o una guía que lleva a la construcción de conocimientos científicos de forma directa, por el contrario, afirma Galicia Sánchez Segundo (2010), implica un hacer complejo y problemático de articulación de teorías en que éste se sustenta para conocer objetivamente la realidad concreta. En esta lógica, es necesario establecer la relación de las variables de las hipótesis, comprendidas como propiedades, características o atributos que pueden darse en grados diferentes en las personas o unidades de un colectivo social.

En esta relación de variables, recogemos la propuesta de complementariedad de Briones Guillermo (2008) en el sentido de incluir aquellas variables de corte cualitativo que son dilucidadas como constructos o conceptos que recogen el sentir y el comportamiento de los sujetos de estudio en un espacio social determinado. Las hipótesis se orientan no sólo hacia la búsqueda de relaciones existentes entre variables sino también a la búsqueda de relaciones existentes entre los hechos de los subsistemas en torno a un objeto dado.

En esta visión sistémica del método, se contrasta la hipótesis con la realidad concreta de la problemática objeto de estudio, considerando a su vez los datos referentes a individuos, subsistemas (o grupos) y sistemas (sociedad) en la medida en que estos son (parcialmente) observables.

El sistema es un sistema concreto (no conceptual), es un conjunto de cosas concretas vinculadas entre sí y con un medio común, lo constituyen las relaciones de interdependencia entre los grupos sociales y las instituciones. Los datos dan cuenta del comportamiento de las instituciones como subsistemas de un sistema social y operan como sistemas. Las principales son

el económico, el cultural y el político. Todos los demás son componentes de alguno de estos tres (Mario Bunge, 2009: 175-183).

En este sentido, el método sistémico es un proceso destinado a conocer la interacción de los componentes de un problema objeto de estudio como sistema, buscando explicar y comprender las interrelaciones problemáticas desde el interior del sistema.

En base a esta visión teórica metodológica, este estudio se realizó retomando, al mismo tiempo, la orientación disciplinaria de trabajo social, en la idea de que el conocer surge de la observación de la realidad y, al mismo tiempo de la acción de los sujetos sociales en una región determinada (Bautista López Elizabeth, 2006: 54).

La región es vista desde trabajo social como un reto metodológico, donde la comunidad se constituye como centro de la región o bien como organización territorial componente de la región, haciendo posible la búsqueda y encuentro de regularidades significativas de la experiencia en los procesos comunitarios y que pueden utilizar como herramientas metodológicas para la intervención regional (Bautista López Elizabeth, 2003).

Esta referencia de investigación connota el quehacer del trabajador social, tanto en el plano de la investigación como en el de la intervención, centrándose en lo real del objeto que se estudia así como en los sujetos en los que se interviene, dándose en ambos casos el empleo de lo objetivo y subjetivo en sentido de complementariedad para explicar y comprender la complejidad de la realidad sobre la que se trabaja. Lo cuantitativo es sinónimo de rigor y de procedimientos fiables en tanto lo cualitativo es la interpretación del mundo social según sus propios actores.

En esta perspectiva metodológica, iniciamos la exploración del espacio rural objeto de estudio mediante un piloteo de investigación en familias de las

localidades del espacio rural previamente seleccionado, para lo cual diseñamos una guía de entrevista y la aplicamos con tres objetivos:

- 1.- Contrastar la hipótesis con la realidad de salud en las localidades rurales.
- 2.- Establecer la certeza de elección del espacio rural objeto de estudio.
- 3.- Iniciar un acercamiento empírico con los beneficiados del seguro popular de salud para establecer el rapport y estar posteriormente en condiciones de aplicar los instrumentos de recolección de información definitivos.

El piloteo de investigación se realizó en la última quincena de noviembre y primera de diciembre de 2010. Exploramos las tres zonas geográficas de alta marginación del municipio de Mocorito, agrupadas en torno a los denominados Centros Estratégicos Comunitarios (CEC): El Valle de Leyva Solano, Rosamorada y Santiago de Comanito.

En estos lugares visitamos los centros de salud y entrevistamos a cuatro familias de tres localidades serranas de cada CEC, así mismo entrevistamos a la responsable del Modulo de Afiliación del SPS instalado en la cabecera municipal de Mocorito, a la jefa del departamento de Trabajo Social del Hospital Integral de Mocorito y concluimos con la aplicación de las entrevistas a los directivos del centro de salud de la cabecera municipal de la sindicatura de Pericos Mocorito.

Las entrevistas semi-estructurada se realizaron considerando cinco temas generales:

- I.- Las formas de afiliación de familias al programa del SPS.
- II.- Las formas de atención médica a familias de las comunidades rurales.
- III.- La ocupación y forma de organización de las familias rurales.
- IV.- Los determinantes sociales de salud en medio rural.
- V.- Los recursos humanos que operan el programa del SPS en los CEC.

Al observar la forma en cómo que están organizadas las localidades rurales en el espacio rural de alta marginación social y aplicar las entrevistas, hallamos un deprimente estado de salud familiar, lo que nos llevó a preguntarnos ¿por qué

no es tan funcional el SPS en el medio rural, como lo es el medio urbano?, ¿cómo se hace valer el derecho a la salud sino no existen clínicas ni centros de salud en estos lugares?, y ¿cómo influyen el lugar y los caminos vecinales en el acceso a los servicios públicos de salud asentados en poblaciones urbanas?

Además, se observó que la promoción gigantesca de programas de salud pública destinadas al medio rural como el seguro popular, las caravanas de la salud, sólo eran formas de ocultar la pésimas condiciones de salud en que viven las familias de estas localidades, llevándonos a plantear no sólo que el tema de investigación se formaba de otros elementos como el geográfico y el organizacional sino la necesidad de abrir campos de intervención de trabajo social en estos lugares distantes del progreso social.

El piloteo de investigación orientó a reconsiderar la hipótesis de investigación y a seleccionar una sola zona geográficas objeto de estudio. La hipótesis sostenía que los riegos de empobrecimiento por gastos en salud en las familias que habitan las localidades rurales disminuían en la medida en que se afiliaban al programa de seguro popular de salud.

Estos resultados arrojaron que el problema fundamental no era sólo el bajo ingreso sino la infraestructura caminera, los medios de transporte, la dispersión geográfica de las localidades, y la distribución de las unidades de salud. Estas variables no sólo afectan a familias pobres, sino a familias acomodadas, pero sobre todo a familias sin vehículo propio. Estas variables dieron un giro al proyecto de investigación y abrieron camino hacia la generación de nuevas interrogantes de investigación, posibilitando la construcción de conocimientos científicos en esos espacios serranos.

La zona geográfica de alta marginación social seleccionada fue la ubicada en el sur del municipio de Mocorito. Cada zona de marginación social se constituye de 23 localidades y éstas presentan un alto grado de dispersión geográfica. La línea de acomodo de estos espacios van del sur al norte de Mocorito, transportándose en unidades móviles particulares (no hay transporte público) y

por caminos accidentados y de terracería. La inexistencia de financiamiento a este tipo de proyectos de carácter municipal fue otra de las causantes de seleccionar una y que tuviera condiciones de acceso para trabajar este tipo de temáticas.

4.2.2- Delineación del área geográfica objeto de estudio

La necesidad de definir con claridad el lugar objeto de estudio antes de iniciar el proceso de investigación en el medio rural fue un recurso metodológico que orientó la pertinencia de realización de esta investigación. En este territorio rural se asientan 20 localidades confluyentes con CEC de Santiago de Comanito. Se ubican en un área geográfica que colinda al norte con las localidades del Gaudare y Bacamacari del municipio de Mocorito; al sur con el municipio de Culiacán; al oriente con el municipio de Badiraguato; y al poniente con la carretera de México 15 y el pueblo de Pericos, es un área comprendida en una de las cuatro microrregiones de alta y muy alta marginación social del estado de Sinaloa, conocida como microrregión Centro (ver mapa 1).

En cada municipio de esas microrregiones se formaron Centros Estratégicos Comunitarios: Choix tiene 3 y Sinaloa de Leyva otros 3; Badiraguato 4, Mocorito 3; Cósala 3, Elota 2 y San Ignacio 3. En total Sinaloa tiene 21 centro estratégico comunitario y cada uno de ellos tiene un conjunto de localidades de alta y muy alta marginación (SEDESOL: 2003).



4.2.3.- Diseño de la muestras

Para diseñar de la muestra estadística retomamos de Hernández Sampieri Roberto, et al (2003) su propuesta metodológica, cuyo objeto es hacer las estimaciones del comportamiento de las variables en la población sujetas de estudio. Las variables son instrumentos de medición, se analizan con pruebas estadísticas para obtener datos, otorgándole a todos los elementos de la población estudiada la misma probabilidad de ser elegidos en la aplicación de encuestas. Sobre esta base aplicamos la formula estadística de selección de la muestra de para un población (N) de 1173 familias afiliadas al seguro popular en salud al año 2010.

Diseño de la muestra

<p>Procedimiento estadístico para obtención de la muestra:</p> <p>N= tamaño de la población 1173 familias Valor promedio de una variable = 1 Se= error estándar = 0.020 V2= varianza de la población. Su definición (Se) cuadrado S2= varianza de la muestra expresada como probabilidad de ocurrencia n1= tamaño de la muestra sin ajustar n= tamaño de la muestra</p> <p>Sustituyendo tenemos que: $S2 = p(1-p) = .9(1-0.9) = .09$ $V = (0.020)^2 = 0.0004$ $n1 = 0.09/0.0004$ $n1 = 225$</p> $n = \frac{n1}{1 + \frac{n1}{N}}$ $n = \frac{225}{1 + \frac{225}{1173}}$ $n = \frac{225}{1.1918}$ <p>n = 188.7 n = 189</p>	<p>Procedimiento estadístico de diseño de la muestra estratificada.</p> <p>Procedimiento. $\sum fh = \frac{n}{N}$ $\sum fh = K_s h$</p> <p>La muestra (n) será igual al número de elementos muestrales (nh). Si calculamos submuestras, y le proporcionamos la desviación estándar a cada estrato; tendremos.</p> $fh = \frac{nh}{Nh}$ $fh = K_s h$ <p>En donde nh y Nh son muestras y población de cada estrato, y sh es la desviación estándar de cada elemento en un determinado estrato, entonces tenemos que: $K_s h = \frac{n}{N}$ $K_s h = 189/1173$ $K_s h = 0.1611$ Entonces fh=0.1611</p> <p>De manera que el total de la sub-población se multiplicara por esta fracción para obtener el tamaño de la muestra por localidad. Sustituyendo, tendremos:</p> $Nh \times fh = nh$ <p>Donde: Nh= tamaño de la localidad fh= fracción constante nh = tamaño de la muestra por localidad</p>
--	---

En base a esta fracción (fh) se obtuvo las muestras para cada comunidad (nh), quedando de la siguiente manera en las localidades del área de confluencia del

Centro Estratégico Comunitario de Santiago de Comanito, municipio de Mocorito

Comunidad local	Población 2010**	Marginación***	Familias con SPS (Nh)****	Muestra (nh)
1.- Santiago de Comanito (Comanito) CEC	628	Alto	169	27
2.- Aguapepe de los Gallardo	91	Alto	21	3
3.- La Calera de Capirato	199	Alto	49	8
4.- Ejido Calomato (Calomatillo)	350	Medio	54	9
5.- Capirato	414	Alto	145	23
6.- El Capule	184	Alto	47	8
7.- La Cofradía de Capirato	193	Alto	74	12
8.- El Guamúchil	90	Alto	30	5
9.- Juan Escutia	624	Bajo	8	1
10.- Majada de Abajo	493	Alto	185	30
11- La Morita	58	Alto	13	2
12.- Piedras Blancas	38	Alto	13	2
13.- El Platanar	158	Alto	41	7
14.- Rancho Viejo	838	Alto	212	34
15.- Rancho Viejo	57	Alto	7	1
16.- Sasalpa	18	Alto	5	1
17.-La Vainilla	137	Alto	52	8
18.- El Zapote de los Cazares	79	Medio	16	3
19.- Chicorato	51	Alto	24	4
20.- Los Mescales	28	Alto	8	1
20 Comunidades	4728	---	1173	189

Fuente: INEGI. Catálogo General de Localidades, Octubre 2011.

**INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

***CONAPO. Grado de marginación por entidad, 2005.

****Padrón de familias del SPS, Segundo Semestre, 2010, <http://www.seguro popular. gob.mx>

Aunado a este diseño de muestra, se consideró pertinente adicionarle una muestra de corte cualitativo para recoger las percepciones y comportamientos de la población a través de los auxiliares de salud, mediante entrevistas semi-estructuradas y observaciones no estructuradas. Para realizar este tipo de cortes no apoyamos en Denman Catalina A y Haro Jesús Armando (2000).

Estos autores sostienen que en el campo de la salud, es donde se formalizan la complementariedad de las técnicas cuantitativas y cualitativas. Se parte del supuesto de que todos los seres humanos somos a la vez productos y productores de un mapa mental de carácter intersubjetivo que modela nuestra percepción de la realidad y por lo tanto nuestra conducta esta permeada de significados que atribuimos a los hechos y que influyen sobre ellos y sobre

nosotros. En este sentido, los significados ayudan a reconstruir la realidad desde la perspectiva de los que están directamente involucrados en determinada situación social.

La recolección de información se realizó mediante un muestreo de carácter cualitativo, llamado también *tipológico*, el cual consiste en incluir en la investigación a los representantes de los diferentes estratos o situaciones sociales en que se expresa un fenómeno social, cuya delimitación viene determinada por el propio trabajo de campo o por la información de informantes clave (Denman Catalina A y Haro Jesús Armando, 2000).

En esta idea entrevistamos a 6 auxiliares de salud encargadas de las casitas de salud de las localidades rurales, al personal médico de la Caravana de la Salud y a la encargada del centro de salud del pueblo de Pericos. Con esta información también exploramos la forma en cómo está organizada la red de salud en esta área y como acceden las familias afiliadas al seguro popular a los servicios médicos en esta red.

4.2.4- Trabajo de campo

El concepto de trabajo de campo se remite a investigaciones antropológicas realizadas en sociedades primitivas, para las cuales se utilizaba cuadernos de campo, en ellos se anotaban observaciones y dibujos. Hoy, se considera a este concepto no como una técnica sino como una situación metodológica que comprende una secuencia de acciones, comportamientos y acontecimientos encaminados a la recolección de datos.

La pregunta inicial fue ¿cómo recoger información en un territorio donde priva la inseguridad pública, que es disputado por grupos fuera de la Ley con enfrentamientos constantes? Teníamos el antecedente de haber realizado en piloteo de investigación, pero hoy el trabajo era mayor y más hacia el interior de esa zona. Se había intentado dos veces llegar hasta allá y en ambas se presentaron condiciones de riesgo que impidieron la realización del trabajo de campo.

A finales de julio del año 2011, acudí a una persona residente y conocedor de esos lugares para que me ayudara a introducirme en esa área bastante conflictiva. Esta persona se constituyó en mi informante clave, otorgándome indicaciones muy precisas, como fueron; trasladarnos en carros o motocicletas de viejos modelos, bajar los vidrios del carro, no usar cámaras y traer un distintivo de la universidad para entrar en confianza con los posibles encuestados. Lo primero que hicimos fue hacer las rutas de caminos para llegar a las localidades, quedando de la siguiente forma:

- 1ra. Ruta: Sasalpa, Chicorato y Piedras Blancas
- 2da. Ruta: Majada de Abajo, Comanito y El Platanar
- 3ra. Ruta: El Guamúchil, Los Mezcales y el Zapote de los Cazares.
- 4ta. Ruta: Rancho Viejo (Grande) y Rancho Viejo (Chico)
- 5ta. Ruta: La Morita y Capirato
- 6ta. Ruta: Aguapepe de los Gallardo, La Vainilla, Calera de Capirato y Cofradía de Capirato
- 7ma. Ruta: El Capule, Ejido Calomato y Juan Escutia.

El informante clave tuvo a bien acompañarme a la primera ruta a aplicar los instrumentos recolectores de información, un día domingo 31 de julio de 2011. En base a sus orientaciones, solicite el apoyo de dos auxiliares de salud y un experto en aplicación de encuestas que vive en una de esas localidades. En plena temporada de lluvias (julio – septiembre, 2001) iniciamos la actividad encuestadora y a mediados de septiembre la concluimos.

Durante el proceso de recolección de la información hubo días en que no se pudo trabajar porque llovía mucho y no se podía inmediatamente recorrer los caminos, o bien, había señales de que no era el momento de ir por el clima de inseguridad. Con el apoyo de ellos aplicamos 181 cuestionarios, quedando sin aplicar 8 debido a que por cuestiones de seguridad no nos fue posible entrar a dos pequeñas localidades (Zapote de los Cazares, Los Mezcales), en la que aplicaríamos 4 instrumentos, así mismo, en la localidad El Guamúchil sólo pudimos aplicar 2 de 5 que ahí se aplicarían y la comunidad de Rancho Viejo chico, donde se aplicaría uno, sencillamente no existía.

El instrumento se aplicó recogiendo al mismo tiempo los comentarios y percepciones de los entrevistados respecto a temas de salud y haciendo observaciones de las condiciones económicas de las localidades y las condiciones en que viven las familias encuestadas. El tiempo de aplicación de cada instrumento fue proyectado para media hora, pero en la presentación y escucha de sus comentarios no llevamos más de una hora. La gente es muy sencilla, amable y muy franca. Los costos financieros de este trabajo fueron bastante elevados.

En la aplicación de la entrevista semi-estructurada empleamos la técnica de la conversación abierta. Me auxilié en dos personas de esos lugares, las cuales fungieron como observadores e informantes. Los requisitos para aplicar esta técnica fueron los siguientes: habilidad para conversar y escribir, buena memoria para recordar detalles que quedaran pendientes, capacidad para familiarizarse rápidamente con los entrevistados y habilidad para registrar las condiciones de vivienda, de vestimentas y de acceso al lugar

La entrevista la realizamos sólo a 4 de 6 auxiliares de salud por motivos de seguridad, y a dos familias en los cuatro lugares. Las entrevistas las realizamos tomando un día de la semana para cada localidad. Llegábamos entre 7 y 7:30 horas am y salíamos de ella entre las 15 y 16 horas pm. Cada entrevista se llevo un tiempo de 2 a 3 horas. También entrevistamos al personal médico de la Caravana de la Salud a la enfermera de base con 35 años de antigüedad en el centro de salud de Pericos y a la Directora de ese centro.

A la información recolectada le anexamos la información recopilada en los archivos municipales de Mocorito durante la primera quincena de diciembre, así como la información documental relacionada con el programa del seguro popular y el modelo de redes de salud de Sinaloa, destacando la formas de accesibilidad de la población rural al programa público de financiamiento de la salud y adentrarnos en las forma en que ha venido implementando en localidades desprovistas de unidades de salud desde una visión sistémica.

PARTE II.- HALLAZGOS DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DE PROGRAMAS SOCIALES DE SALUD EN MÉXICO.

1.1.- Introducción

El propósito de este capítulo es destacar el componente histórico de los programas públicos de salud en México y las formas en cómo el Estado mexicano ha venido interviniendo geográficamente para reducir desigualdades de salud desde el periodo porfirista hasta los tiempos actuales.

En este breve recorrido histórico de programas públicos de salud se destaca la implementación del programa del Consejo Superior de Salud en el tiempo del Porfiriato, dirigido sólo a la tercera parte de la población del país. En la etapa cardenista a través de los *programas de Servicios Médicos Rurales Cooperativos* se enfocan hacia la atención de las condiciones de insalubridad en que vivía la mayoría de la población del país. Sin embargo, fue en el periodo de Ruiz Cortinez cuando se implementa el primer programa de salud dirigido a la población rural: *Programa de Bienestar Social Rural*. Este programa se encauzó hacia la atención de la fuente principal de enfermedades transmisibles e infecciosas mediante el enfoque de desarrollo comunitario.

Décadas más tarde se implementó el primer programa de geografía de la marginación denominado Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR). Años después se implementa el Programa de Ampliación de Cobertura de Servicios de Salud (PAC), dirigido a los pobres más pobres ubicados en zonas geográficas de alta marginación social. Todos estos programas son el antecedente histórico del Sistema de Protección Social de Salud (SPSS), conocido también como programa de Seguro Popular de Salud (SPS), cuyo objetivo central es evitar que la población sin seguridad social incurra en gastos de bolsillo y catastróficos en salud.

1.2.- Definición del término programa social

El término “programa” viene del Griego (programma) a través del Latín. En la Grecia antigua, esta palabra o término se usaba para referirse al *orden del día*,

es decir, a las actividades planeadas y prescritas que servían como guía durante la realización de funciones organizadas. *Programma* viene del verbo *prografo*. *Pro* significa “antes” y *grafo* “escribir”.

El concepto programa es la previa declaración de lo que se piensa hacer en alguna materia, por ejemplo, en salud. En este caso se refiere al conjunto de acciones a implementar por un gobierno en un tiempo y espacio determinado, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población, mediante la promoción de campañas de prevención y garantía de acceso masivo a los centros de atención. Por lo general este concepto suele confundirse con el concepto de *política social*.

En el campo de las ciencias sociales se alude a la constante equiparación de ambos términos en función de que todo programa social es consustancial a una política social y, por tanto, de un modelo de desarrollo específico. Toda política social es una acción estatal, cuya normativa y direccionalidad está destinada a impactar todos los segmentos de una sociedad, fundamentalmente en aquellos que sufren los estragos económicos en sus estructuras mientras que todo programa social es la forma de instrumentar y operacionaliza la política social, conlleva acciones concretas tendientes a contribuir directa y positivamente en la calidad y modo de vida (salud, educación, alimentación, vivienda, servicios públicos, entre otras) de la población (Musto Stefan, 1975: 25-34).

Todo programa social conlleva acciones concretas tendientes a contribución directa y positivamente en la calidad de vida y modo de vida (salud, educación, alimentación, vivienda, servicios públicos, entre otras) de la población. Desde este punto de vista y retomando a Luhmann Niklas (1993), todo programa social puede definirse como un sistema, su estructura está conformada por relaciones institucionales (elementos) que se articulan en torno a actividades (organización) para generar productos (logros) que solucionen (produzcan cambios) a las propiedades del entorno (sujetos).

En este sentido, un programa social como sistema tiene características que lo justifican, y un objeto y objetivos que lo constituyen. En esta idea, el programa de seguro popular de salud, se caracteriza como un seguro público, voluntario y de carácter federal, tiene por objeto la protección social a la salud de los mexicanos sin seguridad social, cuyos objetivos se encuentran en la pretensión de reducir riesgo de empobrecimiento por motivos de salud, fomentar la atención oportuna de salud, fortalecer el sistema público de salud, superar brecha entre derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son, así como disminuir los gastos de bolsillo en salud.

En Sinaloa, estos objetivos pretenden conseguirse mediante la prestación de los servicios de curación de enfermedades financiados por el Estado y las familias afiliadas al programa, mediante los Servicios Estatales de Salud, conformada por una red médica de 7 hospitales generales, 12 hospitales integrales y 205 centros de salud con capacidad para ofrecer 275 intervenciones de primer y segundo nivel de atención, excepto casos de urgencias.

1.3- Programas sociales de salud en México.

La implementación de programas sociales de salud en México se remonta a la época porfirista (1876-1911). En este periodo, la política pública en materia de salud fue centralizada por el Estado mediante la creación del Consejo Superior de Salud, dependiente del Ministerio del Interior, dirigiéndola hacia el combate de las condiciones de insalubridad en las *zonas urbanas del país*, que en esos tiempos concentraban el 28.6 por ciento (3,893 millones de habitantes) de la población total (OCDE, 2004), quedando excluidas las zonas rurales de esta iniciativa gubernamental, en las que se distribuía el 71.4 por ciento de la población total del país.

Durante esta época y las siguientes dos décadas del periodo revolucionario (1910-1930), caracterizada por una seria decadencia de la economía nacional, el país vivía en extrema pobreza con elevados índices de mortalidad, causada entre otros factores, por las enfermedades en distintas regiones locales. En este

periodo el hambre encabezaba la lista de enfermedades sociales no sólo bajo la forma aguda que mata luego sino del hambre crónica que padecía buena parte del pueblo, considerada como la principal causa de morbilidad y mortalidad en general (Pani J. Alberto, 1916: citado por COPLAMAR, 1998).

Después del hambre crónica se encontraba la mortalidad infantil. Esta representaba más del 40% de las defunciones infantil, cuya causa provenía de las habitaciones malsanas y de pésimas condiciones de higiene de vivienda. En esos tiempos se hicieron grandes esfuerzos por elaborar *la geografía médica de la enfermedad de la infección* y la demografía médica y estadística médica nacionales para crear programas que hicieran frente a esa terribles situaciones que mermaban la condiciones de vida y la vida de la población mexicana (Pani J. Alberto, 1916: citado por COPLAMAR, 1998).

Estos proyectos tuvieron poca resonancia en las autoridades gubernamentales de esos tiempos, fue en la etapa cardenista (1934-1940) cuando se crearon los *programas de Servicios Médicos Rurales Cooperativos* para atender las condiciones de insalubridad en las que vivía la mayoría de la población en el país. En esta etapa se colocaron las bases institucionales del actual sistema de salud, fundándose la Secretaría de la Asistencia Pública y se elaboraron los primeros proyectos para la Ley de Seguridad Social.

Sin embargo fue en el periodo sexenal del presidente de la república mexicana, Adolfo Ruíz Cortinez (1952-1958), específicamente en octubre de 1954, cuando se implementa el primer programa de salud dirigido a la población rural excluida del régimen de seguridad social, denominado *Programa de Bienestar Social Rural*, cuyo objetivo central fue contribuir a la mejora de la situación económica campesina e indígena de más de 120,000 comunidades rurales, de las cuales 7 de cada 10 no llegaba a los 100 habitantes, otras 2 sólo tenían de 100 a 500 y sólo 1 de cada 10, pasa de esa cifra, con un máximo de 2,500 habitantes (Chávez Ignacio, 1954: 22).

Con la implementación del programa de Bienestar Social Rural el Estado reconocía que no había bastado concederles tierra a miles de campesinos empobrecidos para que las cultivaran, aumentaran su ingreso y asegurasen su propio sostenimiento sino tenían resuelto el aspecto sanitario. El programa se enfocó hacia el desarrollo de la comunidad, considerándolo una determinante de salud, pues, se juzgaba que los bajos niveles de desarrollo eran la causa de la falta de higiene y por la tanto, la fuente principal de enfermedades transmisibles e infecciosas.

El sexenio federal de Ruiz Cortinez se caracterizó por el impulso a la atención de salud a la población rural, la ampliación de los servicios sanitarios-asistenciales y sobre todo, al logro de unas de las metas más ambiciosas de esos tiempos: la erradicación de enfermedades transmisibles como la viruela, el tifo y el paludismo.

El programa de Bienestar Social Rural, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, contribuyó al mejoramiento de las condiciones de vida de la población rural a través de la promoción y coordinación de esfuerzos de las instituciones federales, estatales y municipales, llegando a contar con 502 Centros de Bienestar Rural en el país (Valero Chávez A., 2005).

En estos centros los trabajadores sociales desempeñaron funciones de promoción de desarrollo comunitario, fungiendo muchos de ellos como directores de estos centros. Estas unidades otorgaron atención especial a estudios sobre problemas sociales, de educación, de organización y desarrollo de las comunidades (Valero Chávez A., 2005)

El programa de Bienestar Social Rural fue el primer programa de carácter nacional dirigido a rebasar las fronteras de lo puramente higiénico y sanitario e implementar condiciones de reales de bienestar social en el medio rural y por ende en la población urbana.

En la historia del país, no se había registrado que un gobierno de la Nación saliera de las ciudades, y fuera hasta los pequeños poblados y las rancherías para llevarles un programa no sólo para ofrecerles ayuda médica y protección sanitaria sino también para llevarles algo más: el mejoramiento de su alimentación, de su educación higiénica, de su economía doméstica y de su organización comunal, sin las cuales no hubiera sido cabal ni duradera la protección sanitaria (Chávez Ignacio, 1954).

El medio rural de esas fechas padecía de altos grados de ignorancia, analfabetismo, desnutrición, hambre crónica, de abandono social, y de habitaciones tipo chozas y sin la comodidad más elemental, ni siquiera la de agua limpia y abundante.

En un diagnóstico elaborado con los informes que rendían los estudiantes de las escuelas de medicina del país al regresar de su Servicio Social, daban cuenta de las condiciones sociales en que vivían los habitantes rurales. Las habitaciones eran por lo general pequeñas, mal ventiladas, hacinadas por familias numerosas, y conviviendo con animales; la tierra era pobre, seca y erosionada, cultivada sin tregua y sin abono; existía ausencia de letrinas y una constante contaminación del agua potable; las enfermedades hídricas y parasitarias como la tifoidea y la disentería, y las epidemias del paludismo y la tuberculosis estaban esparcidas profusamente, congregándose en la mayor parte de las costas y en buena parte de las mesetas (Chávez Ignacio, 1954).

La mortalidad infantil de estas fechas presentaba cifras enormes, que no lograban abatirse y eran muy superiores a las de las ciudades. Esta situación fue realmente impactante, si se considera que al inicio del decenio de 1950 la población rural a nivel nacional se constituía del 57.4% (14,808 millones de habitantes) de la población total, distribuida, en más de 120,000 comunidades rurales (Chávez Ignacio, 1954).

En base a este programa, en la década de 1960 se inicia la creación de los centros de salud en México. Sin embargo, aun con la creación de estas

unidades de salud, a principio de la década de 1970, el bienestar social de los pueblos rurales mexicanos no fue del todo óptimo.

Durante esta década surgieron un conjunto de contradicciones que impedían el avance del desarrollo económico, entre ellas figuraba la concentración del ingreso en familias oligarcas, los bajos salarios, el incremento del desempleo, el incremento de la deuda pública y el déficit de la balanza de pagos, generando movimientos de protesta de sectores sociales organizados, como los ferrocarrileros, médicos, estudiantes, electricistas, petroleros, telegrafistas y campesinos. Esta situación obligó al Estado mexicano a reconocer la pobreza como un problema socio productivo, y plantearse políticas sociales de combate a la pobreza con el objetivo de detener la pobreza rural.

En esta perspectiva, en 1973 se modifica la Ley del Seguro Social para facultar al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a extender su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación, instrumentando, en 1974 el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. Tres años más tarde crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), como parte de una política para abatir la marginación en el país.

COPLAMAR tenía el propósito de atender las necesidades de las zonas deprimidas del campo y la ciudad mediante la organización de los pobres para aprovechar los recursos de su entorno y hacerlos participe de manera más equitativa de la riqueza nacional. Esta orientación socio-productiva promovió el acceso a la capacitación, fuentes de empleo, salarios justos, precios justos para sus productos y buenas condiciones de salud, educación y vivienda. Con esta política el gobierno pretendía evitar la dispersión de la acción pública, y la desorganización comunitaria en el desarrollo rural.

En 1979 los servicios de COPLAMAR se integran a un nuevo programa: IMSS-COPLAMAR con el objetivo de extender los servicios de salud a todo el territorio nacional. Es importante destacar que en estas fechas, de acuerdo con

Villarespere y Merino (2008) existían 12 millones de pobres rurales, que recibían un ingreso per cápita anual menor a 100 dólares americanos (\$ 2,250.00). Esta población representaba el 50% de la población rural y 20% de la población total. En 1980, en el marco del Plan Global de Desarrollo (1980-1982), se crea el programa Sistema Alimentario Mexicano (SAM) cuya prioridad fue la alimentación.

El Sistema Alimentario Mexicano fue un instrumento de planificación integral en materia alimenticia, sus metas y acciones de política agropecuaria comercial, industrial y de consumo de alimentos básicos, buscaba darle estatuto de estrategia a la idea de autosuficiencia alimentaria mediante la facilitación de acceso a créditos, mejora de los precios de garantía y exentando de impuestos los proyectos productivos para alcanzar la autosuficiencia y mejorar la distribución de alimentos, sobre todo para los sectores marginales.

A la llegada de Miguel de la Madrid Hurtado a la presidencia de la república (1982-1988), los tres programas fueron derogados (1983), y la política social en salud se dirige hacia el establecimiento del programa IMSS-COPLAMAR, administrado por el IMSS, formándose un Comité de Operación responsable de evaluar su operación y de cooperar con las dependencias de la Administración Pública Federal vinculadas al desarrollo rural y con las principales organizaciones indígenas y campesinas del país.

En 1984, se descentralizan los servicios de salud, y COPLAMAR transfiere al IMSS 911 unidades médicas rurales y 23 hospitales rurales a 14 estados de la República, reduciéndose su operación sólo a 17 estados: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

En 1989 el programa IMSS- COPLAMAR cambia su nombre a IMSS-Solidaridad y se emprende la ampliación de infraestructura en los estados en los que continúa operando. Durante el periodo presidencial de Carlos Salinas de

Gortari (1988-1994) resurgen los programas de combate a la pobreza con el programa denominado Solidaridad. Este programa se dirigió a responder a las demandas acumuladas de atención a comunidades rurales y urbanas, partiendo del reconocimiento explícito que la pobreza era un problema no sólo político sino también económico.

En 1996, durante el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León (1995-2000), se crea el Programa de Ampliación de Cobertura de Servicios de Salud (PAC). Este programa se establece como eje de la política social del gobierno, enfocándose hacia el mejoramiento de los niveles de bienestar, la calidad de vida y de manera prioritaria, hacia la disminución de la desigualdad y la exclusión social.

El objetivo de este programa fue establecer equidad de salud mediante la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud a más de 10 millones de mexicanos sin acceso a servicios permanentes de atención a la salud, ubicados en las zonas geográficas más pobres y marginadas del país, con el objeto de reducir la brecha de pobreza existente entre las distintas regiones, e impulsar una mayor integración de las comunidades a las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El PAC fue un programa que se caracterizó por privilegiar lo preventivo sobre el curativo: modificación de los hábitos higiénicos inadecuados; promoción de la participación comunitaria, gratuidad de los servicios de salud. Su accionar se centró en la atención en los estratos rurales de la población abierta más vulnerable, ofreciéndoseles un paquete básico de servicios de salud compuesto por un conjunto de 13 intervenciones esenciales de salud ubicados en el primer nivel de atención. Este paquete se constituyó en un instrumento a través del cual se proporcionó atención a la salud mediante acciones de alto impacto, bajo costo y técnicamente factibles.

En síntesis, el paquete básico de salud fue una respuesta del Estado a las necesidades prioritarias de contención de la prevalencia de un gran número de muertes causados por enfermedades infecciosas y parasitarias, problemas de salud materna y perinatal, desnutrición, enfermedades crónicas degenerativas, y problemas generados por accidentes y la violencia, desempeñando un papel de suma importancia en esta respuesta, la participación comunitaria en el autocuidado de la salud y en las acciones de beneficio colectivo.

El PAC se constituye en un modelo de atención a la población rural de extrema pobreza, considerando los aspectos geográficos y socioeconómicos en la atención a la salud. En el aspecto geográfico consideró el tamaño de las poblaciones, la dispersión de localidades rurales, la inaccesibilidad a los servicios de salud, y las condiciones sanitarias. En el aspecto socioeconómico consideró el grado de marginación de las localidades, estableciéndose en el criterio básico para la selección de los municipios que presentaban mayores rezagos: vivienda, salud, ingreso monetario y distribución de población.

Estos aspectos permitieron regionalizar los servicios de salud, configurando zonas geo-demográficas asociadas a la infraestructura disponible para ofrecer servicios de salud. La regionalización contribuyó en la racionalización del crecimiento de la infraestructura de los servicios de salud, homogenizó la información sobre infraestructura en salud de acuerdo al Modelo de Atención de Salud a la Población Abierta (MASPA) y ofreció servicios médicos a población abierta en base a la descentralización de los servicios de salud.

En 1977, se creó otro programa de mayor dimensión geográfica, destinado a combatir directamente la pobreza extrema: Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA, hoy denominado OPORTUNIDADES). El programa, se dirigió a familias en situación de extrema pobreza de zonas rurales y urbanas, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de educación, salud y nutrición, constituyéndose en la principal estrategia del gobierno para reducir las desigualdades e impedir la desintegración del tejido social y comunitario.

En el año de 2003, en el periodo presidencial de Vicente Fox Quezada (2000-2006) el Congreso Mexicano aprueba la creación del Sistema de Protección Social de Salud (SPSS), conocido también como programa de Seguro Popular de Salud (SPS), cuyo objetivo central es ofrecer protección financiera a la población abierta que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

La población sin seguridad social es la población que carece de empleo en la economía formal y por lo tanto de seguridad social, utiliza los servicios de salud mediante el pago directo de su bolsillo, trayendo como consecuencia la incursión de gastos catastróficos por motivos de salud, siendo mayor la incidencia en los pobladores rurales de zonas marginadas donde se carece de medios para acceder los servicios públicos de salud.

En el 2000, la Encuesta Nacional de Salud de la Secretaría de Salud encontró que la cuarta parte de la población abierta decidió no acudir a los servicios de salud a pesar de identificar la necesidad de recibir atención médica y la mitad de esta población difirió la atención médica a causa de la falta de acceso, pero principalmente porque los servicios eran caros o bien porque no contaban en ese momento con recursos para ser atendidos.

El SPS, a diferencia de otros programas de carácter público, las familias que ingresan en él, pagan una cuota anual, misma que es deducida de un estudio socioeconómico y según sus resultados pagan de acuerdo al nivel en que hayan quedado en la clasificación de los diez deciles de ingresos.

Las familias que se ubican en los dos primeros deciles no pagan ninguna cuota, en esta misma condición se encuentran aquellas ubicadas en el decil III que cuenten con al menos un integrante de hasta 5 años cumplidos. Las familias ubicadas en los deciles IV al X cubren una cuota familiar que les corresponda. Todos los afiliados al seguro popular tienen derecho a recibir atención médica, según el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), compuesta de 275 intervenciones médicas.

1.4.-Conclusiones

La salud es predominantemente social, se vincula con la cultura de los pueblos pero también con las necesidades de legitimación de las políticas económicas de Estado. Los programas sociales de salud son sistemas de legitimación social de Estado, su organización es un componente funcional de la estructura de las instituciones.

En este sentido, los diseños de los programas públicos de salud van dirigidos a la protección social de salud de determinados estratos sociales. Durante el Porfiriato al cardenismo se centraba sólo en la población urbana, que en esos tiempos representaba una tercera parte de la población total, dejando de lado la población rural. Del cardenismo a la actualidad la protección social a la salud en la población rural ha venido creciendo paulatinamente, representado en año 2010 una tercera parte de la población total, sin embargo hoy está incluida toda la población urbana y en ella se concentran las unidades de servicios públicos de salud.

El diseño de un programa de salud, en un periodo determinado, implica una definición de cobertura de salud, un problema público a partir del cual el Estado asume un rol explícito y activo. Este rol de Estado coadyuva en la modificación del sistema de salud, desprendiéndose de esta acción explícita, su trascendencia política en el uso de los medios y recursos para resolver los problemas existentes de la relación salud-enfermedad en las diferentes regiones del país.

CAPÍTULO II. SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD: UN NUEVO MODELO DE SALUD PARA LA POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL

2.1.- Introducción

Este capítulo se constituye de cuatro apartados. En el primero se da a conocer los cambios estructurales que se promovieron con las reformas de salud en el periodo de 1982 a 2010, con el propósito de situar en esos cambios el Sistema de Protección Social de Salud (SPSS). En el segundo describimos al SPSS como respuesta del Estado a las necesidades sociales de salud en la población sin seguridad social

En el tercero apartado se analiza el SPSS como una política social compensatoria de salud, retomando los cinco desequilibrios financieros de salud: la inversión en salud, el predominio del gasto de bolsillo, la insuficiencia de cantidad de recursos de recursos asignados al sistema de servicios públicos de salud, la escasa corresponsabilidad en el financiamiento de salud entre los tres niveles de gobierno y el gasto público destinado aprobado el mejoramiento y construcción de la infraestructura sanitaria en las zonas geográficas. En el último apartado se analiza la homologación de las bases de financiamiento del Seguro Popular de Salud con el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) del IMSS.

2.2.- La reproducción del sistema asistencial de salud en México.

El SPSS es una forma de respuesta a la necesidad de auto-reproducción del sistema asistencial de salud. Es un producto de los cambios generados desde la segunda generación de reformas estructurales del sector salud, iniciados a principios de la década de 1980.

Estos cambios se desarrollan durante el periodo de 1982-2010 en tres etapas: cambio estructural, liberación de la economía y protección social a la salud (Tamez González Silvia⁹, 2011).

⁹ Retomamos de Tamez González Silvia su propuesta de periodización de reformas estructurales de salud en México para abordar la transformación de los servicios públicos de salud. Es investigadora del Departamento de Atención a la Salud de la UAM Xochimilco y miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

La primera etapa comprendida de 1982 a 1988, se caracteriza como el cambio estructural de salud, es decir, como el proceso de *destrucción creativa*¹⁰. Este proceso se inicia con el desmantelamiento de la vertiente de bienestar de salud del Estado benefactor y la cimentación de una visión minimalista de los servicios públicos de salud, a la vez, se inicia la apertura al mercado de bienes y servicios de salud.

Este cambio estructural modifica la forma organizacional de prestación de los servicios de salud, pero sólo en la dimensión administrativa. La Secretaría de Salud cede funciones a los Servicios Estatales de Salud para incrementar el acceso a la cobertura universal de salud a todos los mexicanos. Sin embargo continuó la red diferenciada de protección de salud: los grupos sociales, con capacidad de pago, se ubicaron en los servicios privados de salud. Los trabajadores de la economía formal continuaron en las instituciones de seguridad social y la población sin seguridad social a continuación ubicada en la asistencia pública de salud.¹¹

En la segunda etapa (1988-2000), caracterizada como la liberación de la economía, se profundizó el proceso de privatización de los recursos de la nación como requisito indispensable para la apertura al mercado mundial. En el sector salud, el proceso de descentralización de los servicios de salud tuvo sus primeros tropiezos organizativos en las estructurales estatales de salud.

Entre estos tropiezos se destaca el elevado costo de transferencia de responsabilidades federales a las entidades por el alrededor de 452 millones de dólares. La transferencia del poder decisorio y fondos financieros, seguían adjudicándose desde el centro. Los gobiernos estatales que se negaron a

¹⁰ Schumpeter Joseph Alois (1883-1950), economista y cirujano austriaco, popularizó el concepto de “destrucción creativa” al describir el proceso de transformación que acompaña las innovaciones de procesos económicos. Sostiene la tesis de que el capitalismo es un proceso continuo de destrucción creativa impulsado por los empresarios para obtener beneficios de largo plazo (Ver Historia del Análisis Económico, Editorial Ariel, Barcelona, 1995).

¹¹En esta etapa no se incluye Sinaloa. El proceso descentralizador de los servicios de salud sólo fue asumido por 14 estados: Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo (Ver a Moreno Jaimes Carlos (2001). La descentralización del gasto en salud en México: Una revisión de sus criterios de asignación, Centros de Investigaciones y Docencia económicas, México).

incluirse en el proceso descentralizador consideraron que se transferiría más responsabilidades sanitarias que recursos y poder decisorio (Homedes Nuria y Ugalde Antonio, 2011).

Otra razón que indica la no realización total el cambio estructural fue el carácter autoritario y la poca importancia que le fueron dadas a las características epidemiológicas, regionales, demográficas, étnicas, económicas y geográficas de los distintos estados del país (Tamez González Silvia, 2011).

En esta etapa se puso el énfasis en la necesidad de profundizar el proceso de creación de una economía de mercado y se orientó la política social hacia la atención de las consecuencias sociales que se desprendieron de este proceso privatizador. Esta definición política de conectar la política social a la economía de mercado planteó de manera simultánea el mejoramiento de capital humano mediante programas como el Programa Nacional de Solidaridad.

Es importante destacar que la creación de la economía de mercado, iniciada en 1982, eleva la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud mediante el establecimiento de seguros médicos privados de prepagos. Fue muy significativo que los seguros médicos privados aparecieron en México hasta 1985, justamente cuando las instituciones de seguridad social padecían fuertes problemas financieros y los servicios públicos de salud se reestructuraban (Laurell Asa Cristina, 1997).

Durante el periodo de 1985 a 1995, la venta de seguros médicos creció sostenidamente, correspondiéndoles en 1995, el 18 por ciento del total de las ventas de las compañías. En el lapso de 10 años obtuvieron una participación de aproximadamente 2 mil millones de pesos, llegando a tener una cifra de afiliación de 1.67 millones de personas, de la cuales 71 por ciento tenía un seguro colectivo, que generalmente correspondía a una prestación laboral (Laurell Asa Cristina, 1997: 36).

La apertura del mercado a los servicios públicos de salud va tener un crecimiento sostenido a partir del Informe del Banco Mundial (1993). El análisis de la situación sanitaria mundial desde una perspectiva económica, destaca la necesidad *invertir en salud de salud*.

El programa de inversiones del Banco Mundial para países en desarrollo se sustentó en la tesis de que *la salud es un bien económico*. Una mejor salud se traduce a menudo en mayor productividad de los trabajadores y más facilidad de aprendizaje de los escolares. La enfermedad es un obstáculo al desarrollo, limita capacidades productivas e intelectuales de la personas y reduce los años dedicados a la producción, generando pérdidas considerables, que no debieran ser sí existiesen sistemas de salud universales (Musgrovel Philip, 1993).

Sí bien, la pobreza es el principal obstáculo al desarrollo social, también es una oportunidad de crecimiento del mercado de la salud. El tratamiento de enfermedades requiere de la atención médica, medicamentos, infraestructura de salud y equipo médico hospitalario. En las tres últimas cuestiones participan mayoritariamente el sector privado con las industrias farmacéutica, de infraestructura médica y de tecnología de salud. Financiar significa no sólo asistir medicamente a los pobres sino hacer crecer el mercado de salud.

El financiamiento público de salud significa atender prioridades de atención de la carga de enfermedades, mediante una intervención eficaz con un costo razonable, de carácter universal. El financiamiento de cobertura universal podría eliminar hasta un 15% de la carga restante de enfermedad y reportarían un gran valor por el dinero invertido en los inversionistas privados (Musgrovel Philip, 1993).

Con este enfoque, la siguiente administración federal de esta segunda etapa, sustituye el PRONASOL por el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), recoge la propuesta de reestructuración del Sistema Nacional de Salud (SNS), elaborada por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).

FUNSALUD, institución privada de salud, definió al SNS como inseguro, injusto, insuficiente, ineficaz, de baja calidad y demasiado caro (Frenk et al. 1994). Sobre esta definición se inician dos procesos de reforma simultáneos: uno para reformar al sistema de seguridad social (privatización del fondo de pensiones) y otro para hacer frente a la asistencia sanitaria pública, creando el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

El PAC ofreció un paquete básico de servicios de salud a los pobres extremos, cubriendo 34 intervenciones de salud, distribuidas en 13 categorías enfocadas a los servicios a la comunidad y al cuidado médico preventivo a la persona. Este programa tuvo poco tiempo de vida, pues en 1997 fue adoptado como un componente de salud de PROGRESA, conocido hoy como OPORTUNIDADES. En el 2001 se hizo evidente que las 34 intervenciones del PAC y adoptadas por ProgresA proveían de una protección insuficiente a su población objetivo, crónicamente pobre y predominantemente rural (González Pier, 2007).

En la tercera etapa, primera década del 2000, denominada protección social a la salud, se concretaron los cambios que configuran a un sistema cuya estructura y organización está en concordancia con la privatización de la atención a la salud, representando una oportunidad única para que el sector privado de un paso más hacia una prestación plural (pública y privada) de los servicios públicos de salud (Soberón Guillermo, 2001).

El sector privado en México siempre ha tenido presencia en el Sistema Nacional de Salud. Las nuevas circunstancias han incrementado el interés privado por la posibilidad de ofrecer servicios médicos privados a la población sin seguridad social financiada por el gobierno federal (Soberón Guillermo, 2001). Este nuevo escenario, propició la posibilidad de suplantar las aspiraciones de la universalización de la seguridad social con la concepción de la protección social a la salud, entendida como las medidas del sector público para proveer el cuidado de la salud y proteger los ingresos de las familias pobres.

La protección social a la salud busca la equidad y con ello una mejora en la distribución del ingreso. Financiar la política de bienestar individual y social con el presupuesto público, significa reducir los gastos de bolsillo catastróficos por motivos de salud para que las familias tengan la posibilidad de canalizar sus ingresos hacia la *búsqueda de oportunidades para salir de la carencia crónica*.

2.3.- El Sistema de Protección Social a la Salud: una nueva forma de atención médica en la población sin seguridad social

Los esfuerzos de la descentralización en la operación de los servicios de salud realizados de 1982-2000, concentraron nuevas modalidades de inversión y financiamiento sin que hayan generado mayores innovaciones en la prestación de los servicios y en la interacción con los usuarios. Finalmente este proceso se constituyó en el remplazo de las burocracias nacionales por las burocracias locales.

La falta de respuesta a las necesidades sociales de salud en la población sin seguridad social trae como consecuencia la creación del Sistema de Protección Social a la Salud en México, un modelo organizacional de asistencia de salud que plantea nueva forma de pensar, organizar y operar las política social de salud, cuyo sustento se encuentra en el enfoque teórico neoliberal denominado Pluralismo Estructurado.

Este enfoque neoliberal perfila nuevas formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud mediante el impulso de procesos de reforma, orientándose hacia la introducción de cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector salud, con el propósito de aumentar la equidad en las prestaciones, la eficiencia de gestión, y la efectividad de las actuaciones para lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población (OPS, 2000).

La implementación del Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) viene a romper con los tradicionales criterios de racionalidad política del sistema fragmentado de salud, cuyas definiciones se expresan a continuación:

1. *Poder de compra.* Este criterio es regulado por el mercado, cuyo mecanismo de racionamiento es el precio, y determina el acceso a los servicios del mercado privado cuando la regulación y el financiamiento público son débiles.
2. *De pobreza.* Este criterio está regulado por las instituciones de asistencia pública de los ministerios o secretarías de salud, cuyo racionamiento se encuentra en las barreras burocráticas de atención a la salud. Los servicios son proporcionados a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera.
3. *De prioridad socialmente percibida.* Este criterio es regulado por las instituciones de seguridad social y cuya racionalidad se manifiesta en la exclusión social. Los beneficiados de este criterio son únicamente los grupos sociales que son definidos por el Estado como prioritarios por el lugar laboral estratégico que ocupan en el sector privado o en el sector público, estableciendo una contribución financiera obligatoria a sus integrantes: trabajadores, patrones y Estado, o bien trabajadores y Estado (Frenk J., et al, 2001: 38 y 39).

Estos criterios de racionalidad política continúan regulado al sistema de salud mexicano, otorgándole capacidad de auto-reproducirse a sí mismo, dotándolo de propiedades y capacidades de supervivencia y autogobierno. Sin embargo, la regulación del acceso a los servicios de salud por más de 60 años, en una población diferenciada por el lugar que ocupa en la economía y en la estructura social, ha acumulado problemas viejos y emergentes de salud, producto de las desigualdades de salud generadas por estos criterios.

La acumulación de viejos problemas y emergentes de salud muestran, por un lado, el rezago epidemiológico referido a infecciones comunes, enfermedades transmisibles, desnutrición y problemas de salud reproductiva, ahondando la brecha de inequidad, por otro lado, muestran problemas emergentes conocidos como la transición epidemiológica cuyas enfermedades más evidentes son las enfermedades crónicas degenerativas e infecciones inmunológicas.

La reproducción estas problemáticas se expresan en coberturas insuficientes, escasa calidad técnica, e ineficiencia en la asignación de recursos, a la par, se

hacen presentes problemas como el alza de costos de tratamientos de nuevas enfermedades y la insatisfacción de los consumidores (Frenk Julio, et al, 2001: 89).

Estos factores se han constituido en la justificación social de creación del SPSS como nuevo modelo de asistencia pública de salud. El eje rector de este modelo lo constituye la separación del financiamiento público de la prestación de los servicios de médicos, cuyo objetivo es abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios públicos y privados de salud, mediante la abolición de los extremos del monopolio del sector público y la atomización en el sector privado. Este planteamiento supone el abandono de la idea del sistema público de salud y de la cobertura universal de la seguridad social (Laurell Asa Cristina, 2010).

El alejamiento del sistema de los servicios públicos de salud se expresa en implementación de la atención proactiva a las necesidades de salud, relegando a segundo plano la atención reactiva a la necesidad de salud. De esta forma, la relación entre los usuarios de los servicios de salud y el SPSS se da a través del prepago, atenuando la exigencia de la atención individual y evitando la pasividad del usuario y el paternalismo del oferente de salud al momento de la atención médica.

Sin embargo, el SPSS va más allá de la pluralidad en la atención proactiva de salud en la población sin seguridad social. Su tendencia es arropar a los derechohabientes de la seguridad social en el corto plazo. Un referente de esta afirmación se encuentra en los datos proporcionados por Soberón Guillermo (2001), quien a principios del nuevo siglo, señalaba que en algunas regiones del país, el 30 por ciento de los afiliados del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) accedían a los servicios privados de salud o a los servicios públicos de salud (centros de salud, hospitales hasta Instituto Nacionales de Salud).

La búsqueda de atención de los asegurados del IMSS en los servicios privados o públicos de salud se debe a una razón muy simple; las instituciones de seguridad social, en los últimos 10 años han mostrado carecer de capacidad para atender la demanda en lo referente a la *prestación de atención médica*, capacidad que si tienen los sectores privado y público de salud. Una atención médica atendida por ambos sectores (privados y públicos), sin lugar a dudas, generaría una sana competencia que bien podría traducirse en una mayor calidad de los servicios médicos de salud.

No obstante, una sana competencia es poco probable porque el nuevo modelo de salud, incluye los servicios de salud en base al costo-efectividad, en términos de un paquete acotado a las prioridades financieras que el gobierno decida, es por ello que el nuevo modelo plantea eliminar los extremos de los procedimientos del gobierno y la ausencia de transparencia en el desempeño de los niveles de atención a la salud.

El nuevo modelo de salud se ajusta a la idea de separación del financiamiento público de los servicios de salud de la prestación de servicios médicos en la perspectiva de crear alguna administradora¹² de las finanzas de salud del Estado. La prestación de los servicios médicos debe quedar a cargo de unidades médicas privadas y públicas. En otras palabras, el Estado tendría la responsabilidad de hacer llegar los recursos financieros a las administradoras financieras estatales y éstas harían llegar los recursos a las unidades médicas según el monto de afiliados que cada una tenga.

Uno de los planteamientos de este modelo es otorgar a los usuarios de los servicios de salud la libertad para afiliarse libremente en las unidades médicas que más les convenga de acuerdo a su capacidad de pago. La libre elección es

¹² Esta propuesta es retomada de Colombia. Las finanzas del Estado son administradas por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y esta hace llegar los recursos a las unidades médicas de salud a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), públicas o privadas. Estas empresas ofrecen a los usuarios de salud, como mínimo, el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al Régimen Subsidiado (Ver a Guerrero Ramiro, et al (2001). Sistema de salud en Colombia, Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud de la Universidad ICESI, Colombia). En el caso de México se ha propuesto la creación de Organizaciones Administradoras de Servicios Integrales de Salud (OASIS) como administradoras de finanzas del Estado (Frenk Julio, et al, 2001: 91).

una condicionante para la creación de empresas afiladoras¹³ de usuarios de los servicios de salud. La libre elección impediría que los usuarios se subordinaran a las instituciones públicas de salud o de seguridad social.

En base a esta libertad, la regulación al acceso a la atención médica se redefiniría en base a la capacidad de pago de los usuarios, conformándose en tres tipos de grupos:

- 1.- Un grupo bajo la cobertura de la seguridad social, compuesto formalmente por trabajadores de la economía formal de media y baja cotización.
- 2.- Un grupo proveniente de la economía informal de la población pobre no asegurada con acceso a los servicios estatales de salud mediante la vía de un seguro público de salud.
- 3.- Un grupo, que a partir de un seguro público de salud acceda a los servicios privados de salud (usuarios de medianos o altos ingresos ubicados en sectores de la economía informal y funcionarios gubernamentales (Tamez Silvia, 2010).

Otro planteamiento del modelo es la implementación de cuatro funciones sustanciales para todo sistema de salud:

- 1.- La modulación. Esta función se refiere al monitoreo de las *reglas del juego* para la organización del sistema de salud. La Secretaria de Salud debe dejar de ser oferentes de servicios de salud, enfocarse a asegurar la interacción equilibrada, eficiente entre la estructuración de reglas e incentivos a los actores involucrados en los servicios de salud, delegando funciones moduladoras a las organizaciones privadas participantes no ligadas a intereses de Estado.
- 2.- El financiamiento. Otorgar protección social de salud guiada por principios de finanzas públicas, evitándose asignar presupuestos históricos a cada subsistema de salud al margen de sus desempeños. La asignación debe estar en función la capacidad de pago y elección de cada persona.
- 3.- La articulación entre el financiamiento público y la prestación de servicios privados y públicos. Esta función que abarca actividades clave que permiten

¹³ En México, la empresa afiladora no existe. La afiliación al SPS en cada entidad federativa se da a través del Régimen Estatales de Protección Social a la Salud (REPS).

que los recursos financieros fluyan en la producción y el consumo de la atención a la salud. El prepago es un elemento clave de articulación entre autoridades de salud con las administradoras de servicios de médicos.

4.- La prestación de servicios de salud. La combinación de insumos dentro de un proceso de producción de salud, ocurrida en una estructura organizacional particular debe conducir a una serie de productos (servicios de salud) que generan cambios en el estado de salud del demandante. La prestación de servicios médicos es la clave para una recomposición de la fragmentación de la población a una nueva forma de acceso diferencial de los servicios de salud.

Las funciones de cualquier organización de los servicios de salud permiten que su estructura funcione correctamente. La estructura representa la interrelación entre sus componentes y las tareas dentro de una organización. Los componentes actúan hacia dentro y fuera desde una visión estratégica en función de los objetivos globales del sistema (Chiaveneto Idalberto, 2009).

Estos componentes organizacionales en el SPSS que permiten cumplir con sus tareas y objetivos, se definen como:

1.- El marco normativo. Este marco sustenta la organización del funcionamiento del SPSS. La normatividad tiene propósito de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización del servicio y sin discriminación de servicios que satisfagan las necesidades de salud de la población.

2.- El financiamiento de servicios de salud. Este componente está organizado mediante un aseguramiento subsidiado y pasa de una lógica burocrática de subsidios a una demanda de transferencia de los recursos federales a los estados en base al número de familias afiliadas.

3.- La separación de funciones entre autoridades de salud y proveedores de servicios. Este componente es pensado como una relación contractual. Los Regímenes Estatales de Protección Sociales de Salud (REPSS) compran servicios de salud (primer y segundo niveles de atención) a la red de prestadores públicos de salud mediante la firma de acuerdos de gestión y a la red de proveedores privados con base en contratos de prestación de servicios.

La transferencia recursos financieros para cada entidad federativa está en función del número de afiliados, cantidad y tipo de servicios prestados acordes con la oferta de servicios del Sistema.

4.- La funciones de intermediación. La intermediación entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud está a cargo de los REPSS. Estas instancias del nivel estatal son encargadas de administrar los recursos financieros, conformar y coordinar la red de prestación de servicios de atención médica.

No obstante el Sistema de Protección Social a la Salud no se diseñó en la versión original del Banco Mundial, sino en función de los acuerdos entre los actores sociales, privados y gubernamentales involucrados en las políticas de salud.

El diseño integró horizontalmente las funciones de salud para la población sin seguridad social sin distinciones geográficas, demográficas ni financieras, sin limitarse sólo a los servicios médicos, interactuando con la capacidad de consumo de las familias, la protección al ingreso familiar, y manteniendo vigente la discriminación de grupos sociales en la atención a la salud:

La interrelación de las variables de salud, económicas, geográficas y sociales se integraron en base a dos esquemas semejantes de aseguramiento en salud: el privado y el de seguridad social. El privado por su carácter voluntario y el segundo por su carácter obligatorio. En base a estos esquemas se diseñó el SPSS, creando un paquete de servicios esenciales de salud para la población excluida del régimen de seguridad social, denominado Catálogo Universal de Servicios de Salud.

En su diseño, continúa la Secretaría de Salud ejerciendo la función de rectoría, es decir, la coordinación, regulación, monitoreo y evaluación, incluyendo reglas explícitas para las transferencias financieras del nivel federal al nivel estatal, el establecimiento de prioridades a través de un paquete de servicios esenciales y la certificación de la infraestructura de salud. Sin embargo, se ha implementado la separación del financiamiento público de la prestación de servicios médicos.

La separación de ambos subsistemas está diseñada para crear una continuidad de diferenciación auto-generadora de cada subsistema, lo que Luhmann Niklas (1993) denomina auto-reproducción. Cada subsistema tiene la posibilidad de generar un proceso interno de elaboración y reelaboración estructural, manejando sus propias lógicas internas y operativas, manteniendo su autonomía en el proceso mismo de interacción y en la interacción con el propio entorno.

La unidad de ambos subsistemas se da en la forma del cómo se ofrece y recibe la atención médica. La atención se vincula a tres elementos de diseño: la infraestructura, el equipamiento y los recursos humanos (Frenk Julio et al, 2007).

La atención médica incluye la separación de los servicios de atención individual de enfermedades de carácter ambulatorio (y algunas que requieran de cierto tipo hospitalización), de las enfermedades de salud pública dentro del mismo régimen del SNS. .

En esta lógica de separación del financiamiento público de la prestación de servicios médicos, la estructura organizacional del SPSS se constituye de dos instancias básicas: la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), ambas se constituyen en el instrumento político administrativo con que opera el SPSS.

La CNPSS y los RPSS son organismos desconcentrados de nueva creación para la administración de fondos y compra de servicios médicos. Las funciones de CNPSS son las de dirigir al sistema, tomar las decisiones sustantivas y cubrir los gastos catastrófico de salud. Las funciones de los REPSS son las de operan al SPSS y el paquete de servicios básicos en su entidad federativa.

Las funciones de ambas instancias de la estructura del modelo del SPSS están visualizadas para dejar a la Secretaría de Salud federal como instancia de planeación, coordinación y regulación del sistema de salud, quitándole funciones de administración del financiamiento y administración de los servicios de salud públicos y de seguridad social (Laurell y Herrera, 2010: 144),

El funcionamiento de la estructura organizacional se realiza fundamentalmente en base a los siguientes criterios de racionalidad.

I.- Política (ciudadanía). Este nuevo criterio representa un salto cualitativo en el sistema de salud con respecto a los criterios anteriores. Su definición se orienta hacia la universalidad de salud, a través de un Catálogo Universal de Servicios de Salud. La universalidad está fundamentado jurídicamente el artículo cuarto de la Constitución Política mexicana, en él se señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Este criterio reduce el derecho constitucional a la salud a un catálogo de servicios médicos de primer nivel de atención y de casos de especialidades básicas de servicios de hospitalización comprendidos en el segundo nivel de atención. La reducción este es regulada por la evidencia de costo-efectividad-aceptabilidad, considerado como un derecho jurídicamente aceptable y la efectividad y el costo, como parámetros éticamente validos y socialmente aceptados de distribución de los servicios para lograr el máximo bien común.

II. Económica (costo eficiencia). Este criterio está regulado por el mercado, Las valoraciones médicas indican consecuencias deseables o indeseables del tratamiento médico de una enfermedad y la calidad de la atención. La valoraciones, cualquiera que sea tiene un costo, por ello son necesarios los análisis financiero para determinar cómo y quién los debe cubrir, o bien buscar otras alternativa médica. La eficiencia tiene que ver con la elección de la asistencia médica en función de lograr el máximo beneficio, lográndose en función de la disposición de los recursos de la sociedad.

Desde el punto de vista social, este criterio tiene una gran incidencia en la calidad de vida de la población pero sobre todo en la formación del capital humano, pero sobre todo, en este criterio se expresa la forma de la respuesta

organizada del Estado en la búsqueda del bienestar social como último sentido del desarrollo. Una deficiente atención a la salud modifica el entorno económico y social de la economía nacional y a su vez afecta a la organización del sistema de salud (Arreola Ornelas et al, 2003; 13).

III. Geográfica (portabilidad financiera). Este criterio se centra en la universalidad de acceso a los servicios de salud y en la portabilidad de esa universalidad entre zonas geográficas y entre instituciones del país. Ambos elementos (universalidad y geografía) son fundamentales para evitar la exclusión social y promover la igualdad de oportunidades al margen del nivel de ingresos, de la condición laboral o del lugar de residencia.

La portabilidad de beneficios entre zonas geográficas se vincula estrechamente con la autonomía de las personas y su libertad para movilizarse por el territorio nacional, sin que ello merme su derecho a la protección social de la salud. La portabilidad de beneficios entre instituciones responde mejor a la dinámica inherente al mercado laboral, ya que a lo largo de la vida, la población económicamente activa transita entre diferentes sectores productivos, entre periodos de empleo y de desempleo, entre los sectores formal e informal de la economía o bien, puede contar con diferentes tipos de remuneración o relación contractual.

Con estos criterios, el SPSS se ha constituido en la principal estrategia del gobierno federal, dirigido por un partido de oposición de corte liberal, para garantizar el derecho a la salud de la población sin seguridad social. Sin embargo, desde su implementación, este seguro no ha garantizado el acceso igualitario a la salud.

La atención médica del SPS va dirigida a la población sin seguridad social, pero no es una atención que cubre todas sus necesidades de salud como tampoco es un programa de aseguramiento integral, ya que sólo cubre a las familias afiliadas. Además, el paquete explícito de intervenciones del CAUSES cubre restringidamente algunos tratamientos médicos de enfermedades crónico degenerativas considerados como catastróficos, no obstante la existencia de un fideicomiso financiero destinado a la atención de este tipo de tratamientos.

Existen otras enfermedades que son causa de una gran cantidad de muertes en la población y que no son consideradas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud como son el cáncer en adultos, la trombosis, la embolia, las tumoraciones a nivel cerebral, la leucemia en personas mayores, la angina de pecho y otras con menos demanda como los procesos infecciosos de enfermedades raras, como la hemofilia.

2.4.- El Sistema de Protección Social de Salud: una política social compensatoria en los servicios públicos de salud.

El SPSS es una política social de salud que intenta compensar las desventajas de la población sin seguridad social en el sistema fragmentado de salud con las ventajas de población con seguridad social. La política social es un dispositivo¹⁴ compensatorio de intervención del Estado que tiene capacidad para justificar, ocultar o producir cambios en la estructura social, y en las instituciones sociales.

La intervención del Estado en la esfera de los servicios médico asistenciales de primer y segundo nivel de atención, pretende eliminar las desventajas que padecen los excluidos del régimen de la seguridad social en la atención integral de salud. La idea central de esta intervención es conceder a todos los mexicanos, la misma oportunidad de acceso a los servicios públicos de salud, según sus necesidades y su capacidad de pago.

A principio de siglo XXI, desventajas o decadencias del sistema fragmentado de salud se manifestaba profusamente en cinco desequilibrios que impedían la equidad en la mejora de los servicios de salud, profundizando la exclusión social al sistema de seguridad social, generando elevados gastos catastróficos

¹⁴ El dispositivo es una red de relaciones que se dan en un momento histórico y tiene como principal función la de dar respuesta a una urgencia, establece vínculos entre los discursos, cambios de posición o modificación de funciones, cuyo propósito puede encontrarse en la justificación u ocultamiento de una práctica, o bien, en la de dar acceso a un nuevo campo de racionalidad (ver a Foucault Michel - 1984-, Saber y verdad, Las Ediciones de La Piqueta, Madrid España.

y empobrecedores, así como una frecuente baja calidad en la atención médica e ineficiencia en el uso de los recursos del sector salud.

Las desventajas se evidenciaban en la inequidad, la accesibilidad financiera y acceso a los servicios de salud, cuyas variables más relevantes se expresaban en el bajo nivel de inversión; el predominio del gasto de bolsillo; la distribución inequitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas; la falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno; y el creciente destino del gasto público hacia la nómina (SPSS, 2006).

La pregunta obligada es sí la intervención social compensatoria del Estado, materializada en el SPSS realmente ha compensado estas desventajas de acceso de la población sin seguridad a los servicios de salud en términos equidad y calidad en relación con la población con seguridad social. La respuestas a esta interrogante son las siguientes.

1.- La implementación del SPSS ha resultado poco compensatoria en el rubro de las inversiones en salud. El bajo nivel de inversión en salud en México es un problema crónico, ha limitado el acceso a los servicios públicos de salud en términos de cantidad, calidad e integralidad desde la creación del sistema de salud (1943), acentuándose en las dos últimas décadas del siglo XX.

Si tomamos en cuenta el lapso de 1990 al 2002, la inversión en salud¹⁵ tuvo un crecimiento del 1.3 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB)¹⁶. En 1990 la

¹⁵ La inversión en salud es una variable que se conforma con la suma del gasto público y privado en salud, invertido en la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), en las actividades de planificación familiar, en las actividades de nutrición y en la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios (ver Banco Mundial, 2010, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>)

¹⁶ El PIB es un indicador macroeconómico, mide la producción total de bienes y servicios de la economía de un país o estado. Se puede expresar precios corrientes (PIB nominal) o en precios constantes (PIB real). El nominal (\$) representa el valor monetario de todos los bienes y servicios de consumo final producidos por una economía durante un periodo determinado de tiempo (un trimestre, un semestre o un año) utilizando los precios de mercado de ese mismo periodo, y el real es el valor monetario de todos los bienes y servicios de consumo final producidos por una economía durante un periodo determinado de tiempo (un trimestre, un semestre o un año), utilizando los precios de mercado de un periodo base fijo (Ramales Osorio Martín Carlos. Apuntes de macroeconomía, disponible en

inversión en salud registro un 4.8 por ciento (\$ 32 256 004 496¹⁷ pesos) del PIB y en el 2002 representó un 6.1 por ciento (\$ 350 077 961 109 pesos) del PIB (OCDE, 2005), mientras que la población en ese periodo (12 años) tuvo un crecimiento del 22.67 por ciento, al pasar de 81 249 645 a 99 669 029 millones de habitantes (INEGI, 1990 y 2002).

Estos datos muestran, al iniciar el nuevo siglo, el bajo desempeño financiero del sistema salud en México en la prestación de servicios de salud preventivos y servicios médicos curativos, pero sobre todo en la carencia de una respuesta adecuada al incesante incremento del gasto en salud y a la búsqueda de una mayor atención a las expectativas de los usuarios de los servicios de salud.

En relación a otros países, México fue el país que menos inversión realizó en salud en el 2002. En este tiempo registró una inversión de salud del 6.1 por ciento del PIB, porcentaje inferior al 7.0 por ciento de Bolivia; 7.9 por ciento al Brasil; 9.3 por ciento al de Costa Rica; y 10.0 por ciento al Uruguay (SPSS; 2006).

La baja inversión en salud ocasiona inequidades en la aplicación del derecho social de salud y tiene como consecuencia la falta de equidad en el acceso a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. La equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud, la desigualdad, en cuanto al estado de salud entre individuos y poblaciones son consecuencias inevitables de diferencias genéticas, sociales y económicas o de las elecciones de un estilo de vida personal (OMS, 1998).

Con la puesta en operaciones de un nuevo modelo de asistencia a la salud se estimaba que compensaría la falta de inequidad de inversiones en salud en la población sin seguridad social de frente a la población con seguridad social. El SPSS se constituiría en un auténtico sistema universal de protección social en

www.eumed.net/libros-gratis/2010a/672/Producto%20Interno%20Bruto%20PIB%20nominal%20y%20real.htm

¹⁷ Los datos del 4.8% y 6.1% del PIB traducidos a pesos corrientes fueron deducidos en base a las cifras proporcionadas por Ramales Osorio Martín Carlos, Ibídem.

salud. Sin embargo al paso de los años de 2002 al 2010 no fue así. Las inversiones en salud sólo pasaron del 6.1 por ciento en el 2002 al 6.3 por ciento en el 2010, incrementándose sólo un 0.2 por ciento del PIB (Banco Mundial, 2010) en tanto que en crecimiento de la población paso del 103, 400,165 en el 2002 a 112, 336 mil 538 habitantes, es decir, se incrementó un 8.6 por ciento.

En este renglón, la tendencia muestra que en país continúa el bajo nivel de inversión en salud, lo que significa que el SPSS está lejos de constituirse en un instrumento compensatorio de salud entre ambos tipo de poblaciones (con seguridad social y sin seguridad social). En los países latinoamericanos las inversiones en salud han crecido significativamente del 2002 al 2010, por ejemplo, en Brasil se incrementó 1.1 por ciento del PIB y Costa Rica el 1.6 por ciento de su PIB. Las distancias de estos países con México son abismales, pues sólo aumentó un 0.2 por ciento del PIB.

Más aun, el SPSS ha mostrado estar lejos de contribuir en la reducción de la pobreza, en los términos de sus objetivos. Según datos del Banco Mundial, la incidencia de la pobreza en el 2004, año en que institucionalmente entró en operaciones el seguro popular, el porcentaje de la población total en línea de pobreza era del 47.2 por ciento y para el 2010, lejos de disminuir este porcentaje, se incrementó un 4.5 por ciento, es decir, se posesionó en el al 51.3 por ciento. En relación a otros países, según el Banco Mundial (2010), la tasa de incidencia de los pobres en México va aumentado considerablemente (véase cuadro 1).

Cuadro 1. TASAS DE POBREZA NACIONAL

País	2004	2006	2008	2010
México	47,2%	42,7%	47,7%	51,3%
Bolivia	63,1%	59,9%	S/D	60,1%
Brasil**	30,8%	26,8%	22,6%	-----
Costa Rica	S/D	22,8%	20,7%	24,2%
Uruguay	S/D	34,4%	22,4%	18,6%

Elaboración propia en base a datos obtenidos del Banco Mundial (2010), disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/> SH.XPD.TOTL.ZS. S/D: Sin datos / * Datos de 2005 ** En el 2009, Brasil presentó una tasa de pobreza menor al 22 por ciento.

La tasa de pobreza nacional es el porcentaje de personas que vive debajo de la línea de pobreza. Las tasaciones nacionales se basan en estimaciones de subgrupos ponderados según la población, obtenidas a partir de encuestas de los hogares (Banco Mundial, 2010). En México la tasa de pobreza rebasa el 50 por ciento, lo que hace suponer el incremento de niveles de inequidades de salud, dado que la pobreza es el principal indicador que muestra la continuidad de la prevalencia en la baja de inversión en la salud, ahondada al asociarse a las condiciones de los grupos sociales desempleados. El SPSS sólo es un intento de compensación de las desventajas existentes en el sistema segmentado de salud

2.- En el sistema de salud continúa predominando el gasto de bolsillo en salud, considerado como el más injusto en el financiamiento público de salud. En el 2001 el 42 por ciento de gasto público en salud fue aportado por el Estado, mientras que el 58 por ciento fue aportado por las familias (Secretaría de Salud: 2003c). Este desequilibrio mostraba la inaplicabilidad del artículo cuarto constitucional en la tención a la salud, ocasionando incremento de los índices de pobreza en país.

Los desembolsos directo de los hogares son un claro reflejo de un sistema de salud injusto. Uno de las cifras que ponen al descubierto lo injusto del sistema es el que se registra en 1995. En este año, el gasto del bolsillo en salud fue de casi ocho mil millones de dólares, representando esta cifra 4.4 veces mayor que el gasto del gobierno. En los siguientes tres años el gasto de bolsillo se incrementó un 16 por ciento traduciéndose esta situación no sólo en el aumento gastos catastróficos en salud sino también en menor acceso y calidad en los servicios de salud (Zurita y Ramírez, 2004: 157).

En este país los que más pagan son los más enfermos y por lo general son los más pobres. Según cifras no publicadas de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) de la Secretaría de Salud, en el 2002, el 10 por ciento de los hogares más pobres de México utilizaron el 9.6 por ciento de su ingreso total en pagos de bolsillo para adquirir bienes y servicios de salud, mientras

que el 10 por ciento de los hogares de los ricos utilizaron el 4.5 por ciento de su ingreso en bienes y servicios de salud (Sesma Vázquez y Pérez Rico, 2003). La desigualdad de gastos en salud se debe en gran medida a que los pobres están más expuestos a las enfermedades contagiosas que los ricos, éstos tiene mayor acceso a los servicios integrales y de calidad de salud.

En el 2002, el gasto en salud representó el 6.1 por ciento del PIB. De esta porción de la riqueza del país, el 3.4 por ciento correspondió al gasto privado y 2.7 por ciento fue gasto público. De ese 3.4 por ciento del PIB, 98 por ciento correspondió al gasto de bolsillo y sólo el 2 por ciento a las atenciones médicas y seguros privados. El gasto de bolsillo en salud comprende el pago que realiza de manera directa la familia al prestador de los servicios médicos en el momento de hacer uso de éstos.

Estos datos no sólo muestran la inequidad del gasto público sino lo injusto de él. El gasto de bolsillo de salud es injusto porque el sistema de salud hace que el más enfermo pague más de su capacidad de pago y lo hace responsable de su enfermedad. La propagación de enfermedades no es responsabilidad de la población sino del deficiente sistema de salud, de la ineficiente forma de financiamiento, de la no aplicación en sus justos términos el artículo cuarto constitucional, pero sobre todo, de un deficiente sistema de prevención.

En el país, las entidades federativas que más registraron incrementos en el gasto de bolsillo en salud como porcentaje de su gasto total en salud fueron Baja California, Jalisco, México, Michoacán, Nuevo León y Sinaloa (Sesma Vázquez y Pérez Rico, 2003), es decir, son las entidades donde fue mayor el riesgo de empobrecimiento por los constantes desembolsos del ingreso familiar en la atención a la salud.

El gasto privado en salud a nivel nacional en el 2002 fue de \$ 207 585 424 millones de pesos, correspondiéndole a Sinaloa de esa cantidad 6 397 969 millones de pesos (3.08 por ciento del gasto total nacional). De esta cantidad, 6 237 190 millones de pesos se registraron como gasto de bolsillo en salud de

los sinaloense sin seguridad social. Los componentes de este gasto por grado de marginación, encontramos que el 21.2 por ciento se empleo en servicios médicos hospitalarios, el 44.1 por ciento en la atención médica ambulatoria y 34.8 por ciento en medicamentos (Sesma Vázquez y Pérez Rico, 2003: 33).

El gasto catastrófico, por lo general, se ubica en los gastos de hospitalización y medicamentos, sin embargo, la combinación de la atención médica ambulatoria y los medicamentos representa para Sinaloa el gasto catastrófico en Salud. Este tipo de gastos son considerados como aquellos comprenden el 30 por ciento o más de la capacidad de pago que una familia realiza para al financiar la atención de su salud. La capacidad de pago es el ingreso familiar que queda una vez descontados los recursos asociados al gasto en alimentos y vivienda (SPSS, 2005).

Con la puesta en marcha del SPSS, de 2004 al 2008, el gasto de bolsillo de salud de las familias seguía financiando el 50 por ciento del gasto total en salud, es decir, todas las erogaciones de las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud en un país durante un periodo de tiempo definido.

El gasto total de salud incluye el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social, las primas pagadas a seguros privados y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares. En países latinoamericanos el promedio de este gasto de bolsillo financia el 36.4 por ciento de este gasto (Sosa Rubí Sandra Gabriela, et al, 2009). En México, del 2008 al 2010 el gasto de bolsillo representó el 47 por ciento del gasto total de salud, registrándose una disminución del 2001 al 2010 de un 11.0 por ciento (Córdova Villalobos, J. Ángel, 2010).

Estos datos se traducen en la debilidad de la justicia financiera en salud, en decir, en la contribución financiera destinada a evitar el empobrecimiento de las familias por gastos catastróficos por motivos de salud. Sin embargo, esta política financiera compensatoria, si ha disminuido el gasto de bolsillo, no en

los términos previstos, pero un 11.0 por ciento representa un avance bastante significativo en la atención a la salud de la población excluida del sistema de seguridad social.

4.- La insuficiente cantidad de recursos presupuestarios entre instituciones y entre áreas geográficas es una limitante de accesibilidad a la infraestructura hospitalaria de servicios de segundo y tercer nivel de atención de salud, constituyéndose en una grande desventaja para la población sin seguridad social en el SNS.

En 1990 el gasto público para la población asegurada fue de 4.2 veces mayor que el gasto público para la población sin seguridad social. Al iniciar el nuevo siglo, este gasto fue 2.08 veces mayor, lo que significa que en 10 años tuvo una mejoría presupuestaria para la población desprovista del seguro social, sin embargo no fue suficiente, pues continuaba prevaleciendo el desequilibrio presupuestario por la forma en cómo se asignaba el presupuesto en salud: número de plazas de personal e infraestructura existente.

Al ponerse en operaciones el seguro popular se agregó otro criterio de asignación presupuestaria: número de familias afiliadas por entidad federativa. Este criterio que pretende ser equitativo, en realidad no lo es, pues al igual que el criterio tradicional no considera las variables porcentuales de marginación, necesidades de infraestructura y acceso a medicamentos en la población sin seguridad social por región geográfica o entidad federativa.

Ambos tipos de asignación son altamente inequitativos en tanto que no toda la población sin seguridad social goza de los servicios públicos de salud en igualdad de circunstancias. En el año 2000 el gasto público nacional ascendió a \$ 220 340 816.5 millones de pesos (SNIS-SSa, 2010). El 67.56 por ciento de esta cantidad fue asignado a la población con seguridad social y 33.7 por ciento a la población sin seguridad social, conformada por el 58 por ciento de la población total (97 361 71 habitantes) del país.

En el año 2005 la población sin seguridad social presentó un gasto del 43.06 por ciento del gasto público total de salud, y para el año 2010, este porcentaje pasó al 45.60 por ciento. Durante la década de 2010 el gasto público de salud en la población sin seguridad social se incrementó en un 12.49 por ciento. Este aumento no logro equipararse con el gasto público de salud en seguridad social y por lo tanto no se ha compensado las desventajas existentes en SNS (véase cuadro 2)

Cuadro 2. GASTO PÚBLICO EN SALUD EN MÉXICO 1990-2010
Miles de Pesos Constantes (2010=100)

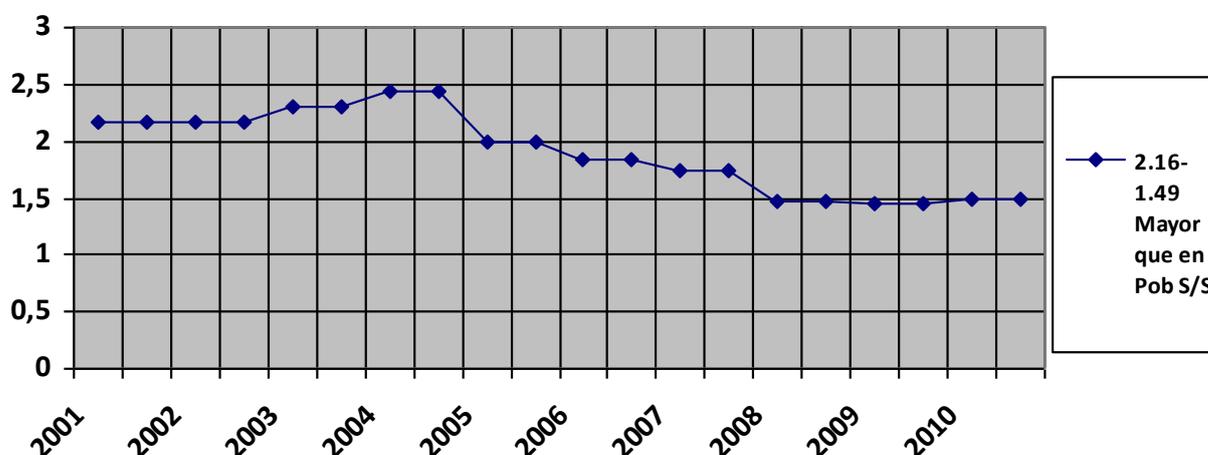
Año	Gasto Público Total en Salud	Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social	Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social	Gasto de salud per cápita total (pesos corrientes)	Gasto de salud per cápita (pesos corrientes) con seguridad social	Gasto de salud per cápita (pesos corrientes) sin seguridad social
1990	112 073 647.8	90 793 230.1	21 280 417.7	--	---	---
2000	220 340 816.5	148 872 543.3	71 468 273.3	2 945	2106	839
2001	155 194 116.5	103 803 334.2	51 390 782.3	3 238.2	2 158.3	995.5
2002	169 149 269.9	111.793.309,0	57.355.961,0	3418,8	2 338.9	1.079,9
2003	260 497 557.0	174.355.715,3	86.141.841,6	3891.1	2 721,1	1.170.0
2004	298 052 169.8	200.690.840,5	97.361.329,3	4653,3	3.303,2	1.350,1
2005	302 312 397.0	187.583.373,7	114.729.023,3	5073,8	3 238.0	1616.7
2006	265 876 677.4	159.985.970,5	105.890.706,9	5225,8	3.390,0	1.835,8
2007	296 165 583.0	174.396.278,8	121.769.304,2	5754,2	3.659,6	2.094,6
2008	333 417 327.4	184.107.637,8	149.309.689,6	6366,8	3.806,4	2.560,4
2009	367 898 276.9	200.909.119,4	166.989.157,5	7015,7	4.143,4	2.827,3
2010	404 404 335.2	224.065.745,2	180.338.590,0	7597,8	4.547.6	3. 050.2

Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), Ssa- 2011.

Si observamos el gasto de salud per cápita, podemos encontrar que el gasto en salud en la población con seguridad social en el año 2000 es 2.51 veces mayor que el de la población abierta, que en términos porcentuales refleja un 71.51 por ciento mayor el gasto en la población asegurada que en la población sin seguro social.

La evolución de este gasto en la población con seguridad social con relación a la población sin seguridad social la podemos apreciar en siguiente grafica (1):

Grafica 1. Gasto per cápita en la población con seguridad social que en población sin seguridad social (Nacional)



Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), SSa- 2011.

En esta gráfica observamos una tendencia compensatoria del gasto de población con seguridad social con la población sin seguridad social. No obstante esta tendencia positiva del gasto la inequidad financiera continúa prevaleciendo. En términos porcentuales, en el 2010, sigue siendo mayor el gasto de salud per cápita en la población con seguridad social al representar el 59.85 por ciento del gasto per cápita nacional. En el 2000 este tipo de gasto representó el 71.51 por ciento y en el 2004, al ponerse en operaciones del SPSS fue del 70.9 por ciento.

Este tipo de gastos es una de las principales desventajas para la población sin seguridad social dado que proporciona un acceso limitado a los servicios de salud de calidad, siendo mayor en zonas rurales, aunque existen algunas zonas urbanas distantes de más de 50 kilómetros de las unidades de segundo nivel de atención. La dificultad se encuentra en los medios de transporte, suelen ser deficientes o caros, y los pacientes en su mayoría son demasiado pobres para pagarlos, ocasionándoles mermas en otros tipos de servicios, como la alimentación, educación, entre otros (OCDE, 2005).

Los bajos niveles per cápita de salud en la población sin seguridad social elevan el grado de dificultad para acceder a los servicios del tercer nivel de atención, es decir, a los servicios de mayor complejidad o alta especialidad, a los que generalmente tienen acceso los asegurados en el sistema de seguridad social y la población de altos ingresos del país. Además habría que señalar que este tipo de servicios no están bien distribuidos en el país.

Un estudio de la OCDE (2005) sobre la capacidad existente del sistema de salud en México, indica que el 54 por ciento de la infraestructura se ubica en la ciudad de México, y en 23 estados no existen hospitales de tercer nivel de atención, como son Zacatecas, Guerrero, Sinaloa, Michoacán, Nayarit, Durango, Tamaulipas, entre otros. Acceder a este tipo de atención se torna imposible para individuos con estos niveles per cápita de salud, incluso para los que habitan cerca de estos centros hospitalarios.

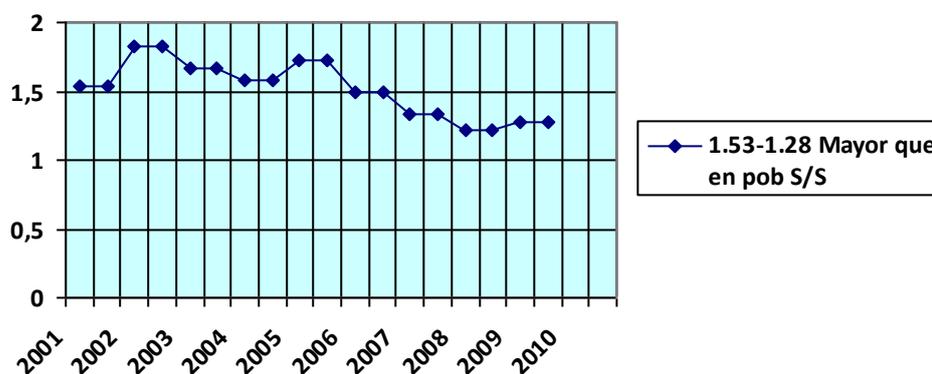
En el caso de Sinaloa, en el año 2000 el gasto público en salud para la población con seguridad social fue del 73.92 por ciento superior al el gasto público en salud para la población sin seguridad social. En estos tiempos la población sinaloense sin seguridad social se constituía más del 55 por ciento de la población total. En el 2001 el gasto público de salud en este tipo de población representó el 28.95 por ciento del gasto público total en salud en el estado.

Para el 2004, al ponerse en operación formal el SPSS, el gasto público en salud para la población sin seguridad social fue del 29.19 por ciento del gasto público total estatal en salud. Para el 2005 se incrementa al 33.66 por ciento y para el 2010 asciende al 38.02 por ciento. La evolución de este gasto no deja de ser compensatorio, dado que en el periodo 2001-2010 se incrementó un 9.07 por ciento, sin embargo esta evolución se ubican debajo de la media nacional: 12.49 por ciento (SSa-SNIS, 2011).

En relación al gasto de salud per cápita en salud en Sinaloa, en el 2000 fue de \$ 2 425.7 pesos. De este gasto, el 62.38 por ciento correspondió a la población con seguridad social y el 37.62 por ciento a la población sin seguridad social.

En este sentido el gasto per cápita en la población con seguridad social es mayor que en la población sin seguridad social (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Gasto per cápita en la población con seguridad social que en población sin seguridad social (Sinaloa)



Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), SSa- 2011.

Estas condiciones son similares a nivel nacional. La inequidad financiera es una constante aunque se presenten niveles de descendencia del gasto en la población con seguridad social. Durante este periodo 2001-2010 del gasto promedio per cápita en la población con seguridad social fue de 1.55 veces mayor al de la población sin seguridad social (SSa-SNIS, 2011)..

Esta tendencia compensadora del gasto per cápita en la población sin seguridad social es significativa, pero muy lenta, pues en 10 años sólo disminuyó un 0.25 veces. En este renglón, la equidad de salud que genera una política financiera compensatoria significa que todos deben recibir la misma cantidad de recursos según el tamaño de la población y necesidades de salud para tener una la protección financiera salud. En estos términos. Podemos apreciar que aun existe una distancia grande para lograr el propósito compensatorio (véase cuadro 3).

Cuadro 3. GASTO PÚBLICO EN SALUD EN SINALOA 2000-2010
Miles de Pesos Constantes 2010=100))

año	Gasto público total en salud	Gasto público en salud para la población con seguridad social	Gasto público en salud para la población sin seguridad social	Gasto total en salud per cápita (pesos corrientes)	Gasto en salud per cápita (pesos corrientes) con seguridad social	Gasto en salud per cápita (pesos corrientes) sin seguridad social
2000	3 337 264.7	2 466 911.5	870 353.2	2 425.7	1 513.3	912.4
2001	3 697 947.6	2.627.675.5	1 070 272.1	2 714.8	1 644.4	1 070.4
2002	4 152 511.5	3 040 370.2	1 112 141.3	3 007.6	1 943.3	1 064.3
2003	4 916 942.5	3 443 870.4	1 473 072.0	3 603.8	2 250.8	1 353.0
2004	7 423 283.3	5 255 994.2	2 167 289.1	3 689.1	2 765.1	1 485.4
2005	7 329 810.2	4 864 201.8	2 465 608.4	4 382.7	2 686.0	1 696.7
2006	7 244 500.1	4 958 549.0	2 285 951.1	4 456.5	2 821.0	1 635.5
2007	7 764 701.5	5 066 686.0	2 698 015.6	4 997.7	3 001.0	1 996.7
2008	8 153 857.5	5 136 542.0	3 017 315.6	5 604.6	3 209.1	2 395.5
2009	8 989 204.6	5 472 176.3	3 517 028.2	6 440.0	3 541.9	2 898.1
2010	9 054 164.8	5 611 135.8	3 443 029.1	6 717.8	3 769.6	2 948.2

Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Información en Salud. Secretaría de Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2011. * INEGI, Censos de Población y Vivienda 2005 y 2010

4.- La escasa corresponsabilidad en el financiamiento de salud del gobierno del estado y municipales con el gobierno federal se constituye en una limitante en la ampliación de la cobertura real de servicios de salud en segundo nivel de atención para la población no derechohabiente de la seguridad social.

Las reformas a los servicios de salud llevadas a cabo en el periodo 1980-2000, bajo la estrategia de la descentralización en salud, plantearon abordar cambios para llegar a una mayor equidad, mayor acceso, mayor cobertura de salud en la población de mayor marginación social en el país.

La reforma al sistema de salud efectuada en el 2003 para otorgar mayor protección financiera a la población sin seguridad social para evitarles que incurran en gastos catastróficos de salud, mediante la creación del SPSS, cuyo brazo operativo conocido como seguro popular, constituye una estrategia de

financiamiento del gobierno federal para alcanzar la equidad financiera de salud por vez primera en la historia del sistema de salud mexicanos.

El proceso de operacionalización del SPSS ha presentado problemas confusos entre los diferentes niveles de gobierno, tanto en el financiamiento como en la producción de servicios de salud así como en quién debe operar el programa. La corresponsabilidad en torno a que instancia gubernamental de dirección del programa ha generado reclamos entre los gobiernos estatales y el federal. La municipalidad acusa al gobierno estatal de centralizar las decisiones y el gobierno estatal acusa al gobierno federal de la centralización vertical de operar no sólo el programa del seguro popular sino todos los programas de salud.

Estos reclamos se han constituido en un obstáculo para una corresponsabilidad más democrática en la participación del gasto público de salud asignado a los programas del seguro popular de salud, IMSS-oportunidades, arranque parejo por la vida, oportunidades en el componente de salud, entre otros programas.

La problemática generada por los niveles de corresponsabilidad se ha venido acentuando desde inicio del nuevo siglo. En 2002, la corresponsabilidad en la participación de las entidades federativas en el financiamiento de la salud fue desigual. En este año sólo cinco entidades federativas (Tabasco, Distrito Federal, Jalisco, Sonora y Aguascalientes) tuvieron una participación que representó más del 30 por ciento, con respecto al total de recursos (federales y estatales) destinados a salud.

Catorce entidades participaron con menos del 10 por ciento, destacándose en este grupo al estado de Sinaloa. Ocho de estas catorce entidades no rebasaron el 5 por ciento. El resto de entidades tuvieron una participación marginal. Esta participación repercute en el gasto per cápita de salud, siendo una de las razones para que este indicador de salud se presente desigual por entidad federativa (González Pier Eduardo, et al, 2006: 23).

5.- El marcado desequilibrio causado por la desviación del destino del gasto público aprobado para el mejoramiento y construcción de la infraestructura sanitaria en zonas rurales y zonas urbanas de bajos y medianos ingresos hacia otros fondos financieros del SPSS, ha inducido hacia la descapitalización de las instituciones de salud pública para atender las demandas de salud de la población sin seguridad social, asegurada o no en el SPSS.

Antes de la aprobación legislativa al SPSS, los recursos destinados al fortalecimiento de la infraestructura física sanitaria fueron considerablemente menores al gasto de operación, es decir, a los gastos de medicamentos, materiales de curación, y otros insumos y servicios básicos, así como a los gastos en servicios personales (recursos humanos).

La situación en que se encontraba la infraestructura de salud era una limitante en la capacidad de respuesta del SNS a las necesidades de salud. La ineficiente infraestructura era un indicador del alto grado de inequidad en el financiamiento de la salud, repercutiendo en la disponibilidad de recursos de las entidades federativas para la prestación de servicios, en la capacidad de los hogares para satisfacer sus necesidades de salud y en las condiciones de salud de la población (González Pier, 2006: 25).

Durante la administración federal de 2000-2006, el gasto en infraestructura sanitaria se ve postergado, no obstante que fue una de las exigencias para poner en operación nacional al SPSS. La entrada en vigor de la reforma a la Ley General de Salud, en Capítulo II De los Beneficios de la Protección Social en Salud, Artículo 77bis 10, establece

“...Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban en los términos de este Título, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud”.

El SPSS al entrar en operaciones en el 2004, se acompañó de un presupuesto de \$4 433 millones de pesos, misma que debería incrementarse anual y paralelamente a la afiliación de familias al Seguro Popular.

La proyección de la afiliación al 100 por ciento de todos los mexicanos sin seguridad social consideraba el mejoramiento y construcción de infraestructura en zonas en donde la población pobre o marginada pudiese acceder a los servicios de salud. Con esta finalidad se resolvió atender las deficiencias de infraestructura para ofrecer atención primaria y especialidades básicas en las entidades federativas de mayores índices de marginación social.

El SPSS creó el Fondo de Previsión Presupuestal para atender estas demandas. El Centro de Análisis e Investigación FUNDAR (2012), señala que en el periodo comprendido de 2004–2009 la Secretaría de Salud transfirió al Fondo 8 492 millones de pesos (pesos constantes de 2009) destinados al cubrir las necesidades de infraestructura.

Sucedo, según FUNDAR, que en este periodo egresaron sólo 1 895 millones pesos. Significa que el 78 por ciento de los recursos no fueron invertidos en la construcción de infraestructura sanitaria en lugares de alta marginación social, de haber sido así se hubieran podido construir y equipar 3,000 nuevos centros de salud. ¿Cuál fue el destino de 6 597 millones de pesos? ¿Qué significado tiene la poca importancia que la administración federal 2006-2012 le dio a la construcción necesaria de la ampliación de la infraestructura sanitaria, no obstante que en el Programa Nacional de Salud (2007-2012) se reconoce la imperiosa necesidad de modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria.

Las respuestas a ambas preguntas se encuentran en la tendencia hacia la privatización de la atención de servicios públicos de salud. La situación anteriormente descrita da elementos para justificar una descapitalización del sistema de servicios públicos de salud para dar entrada a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

El sector privado de salud ha planteado que las instituciones de salud pública se han constituido en una carga social para los gobiernos del mundo. Acusan que tienen recursos insuficientes para sostener íntegramente un estado de salud óptimo en la población de bajos y medianos ingresos. Esta es una de las razones básicas de la falta de medicamentos y la deshonestidad en el abasto de los mismos. Además, tienen una infraestructura completamente ociosa y desprestigiada, no permite otorgar servicios de salud eficaz, eficiente y de calidad (Coronado Alcántara Miguel A, 2007).

En este sentido las ISES en México, han considerado que con el nuevo enfoque social de protección a la salud están en condiciones de competir abiertamente con el programa del Seguro Popular de Salud, afiliando a los individuos de economía informal y de las zonas rurales, mediante operaciones financieras de prepago familiar (Coronado Alcántara Miguel A, 2007).

La descapitalización de las instituciones de salud pública en el rubro de la infraestructura sanitaria para atender las demandas de salud de la población sin seguridad social, asegurada o no en el SPSS, consiste en el no ejercicio de los presupuestos aprobados para el mejoramiento y construcción de infraestructura física sanitaria en zonas geográficas de alta marginación social.

Los recursos no aplicados en el sector de salud al cierre del año fiscal, según se establece en el artículo 110 del el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud:

“Los términos bajo los cuales los recursos sin ejercer al cierre del año fiscal correspondientes a cualquiera de los tres rubros contenidos en la previsión presupuestal anual serán transferidos anualmente al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos conforme al artículo 77 Bis 18 de la Ley, seguirán lo establecido en las reglas de operación del fideicomiso”.

En este sentido, podemos observar que el comportamiento del gasto aprobado para infraestructura sanitaria no ejercidos plenamente de alrededor 6 597 millones de pesos durante el periodo de 2004 al 2009 pasaron al Fondo de

Protección contra Gastos Catastróficos (FUNDAR, 2011), quedando las zonas geográficas de alta marginación social sin construcción de infraestructura física de salud y por lo tanto sin una protección social de salud de calidad, eficaz y eficiente.

2.5.- La equidad en el financiamiento a la salud entre el SPSS y SSS

Recomponer la composición de las fuentes de financiamiento en salud para reducir el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico de salud, se constituyeron en los objetivos generales del SPSS para alcanzar la universalidad de salud a fines del año 2010. Para tal fin se implemento en brazo operativo de este nuevo sistema denominado seguro popular de salud, caracterizándose como un seguro público y voluntario. La afiliación a este seguro es mediante el pago de una cuota anual familiar de acuerdo a sus niveles de ingreso.

En términos de equidad entre instituciones del Sistema de Seguridad Social (SSS) y el Sistema de Protección Social de Salud (SPSS), el SPSS busca homologar las bases de financiamiento para la población no derechohabiente de la seguridad social con aquellas definidas en el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) del IMSS. La estructura del SEM incorpora cuotas obreras y patronales fijadas de acuerdo con el ingreso de los trabajadores, así como una cuota que aporta el gobierno federal en su calidad de Estado nacional por cada cotizante.

El esquema del SPSS pretende ser equitativo al de la seguridad social respecto sólo al seguro enfermedades del IMSS. El SPSS cuenta con un esquema tripartito financiero. El financiamiento proviene de las aportaciones tanto del gobierno federal como de las entidades federativas estableciendo como base el número de familias afiliadas.

El esquema tripartito de financiamiento de los servicios de salud de las familias comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) se financian a través del esquema de financiamiento que consta de los siguientes

componentes: Cuota social, Aportación solidaria (federal y estatal) y Cuota familiar.

La cuota social por familia es cubierta por el gobierno federal, en su calidad de Estado nacional, para cada familia afiliada al SPSS. La Cuota social equivale a 15 por ciento del salario mínimo general diario del Distrito Federal.

Esta cifra es muy semejante a la aportación vigente para cada empleado afiliado al SEM del IMSS, actualizándose trimestralmente de acuerdo con la variación en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), tal y como ocurre en el caso de la aportación que realiza el gobierno federal al SEM del IMSS. Con esta cuota se tiene al reconocimiento social de la Federación frente a la garantía individual de la protección de la salud indicado en el artículo 77 Bis 12 de la Ley General de Salud (LGS).

La siguiente cuota son las aportaciones solidarias del gobierno federal y estatal por familia afiliada al SPSS de acuerdo al artículo 77 Bis 13 de la LGS, bajo los principios de corresponsabilidad y equidad. La Aportación Solidaria Estatal (ASE) mínima por familia equivalente a la mitad de la cuota social; y la Aportación Solidaria Federal (ASF) por familia equivalente en promedio a una y media veces el monto por familia de la cuota social, cuyos componentes de asignación son: número de familias beneficiarias; necesidades de salud; aportaciones adicionales que realicen las entidades, es decir, en adiciones a lo que la LGS les señala como ASE; este concepto se conoce como “esfuerzo estatal”; y el desempeño de los servicios de salud.

La cuota familiar es el vínculo mediante el cual las familias afiliadas se corresponsabilizan del financiamiento del SPSS. Además, el pago anticipado de la cuota tiene por objetivo la sustitución del pago de cuotas por recuperación al momento de demandar la atención, con lo que se busca reducir el gasto de bolsillo y el número de hogares que se empobrecen debido a gastos catastróficos en salud para la familia.

La cuota familiar es un monto que paga anualmente cada familia afiliada, y es proporcional a su condición socioeconómica, según lo establece el artículo 77 Bis 21 de la LGS. Cabe señalar que la reforma establece claramente que en ningún caso la incapacidad económica para cubrir esta cuota será impedimento para la incorporación al seguro popular. En respuesta a lo anterior, durante el proceso de afiliación las familias son clasificadas en uno de dos regímenes: el régimen contributivo o el régimen no contributivo.

El primer régimen lo constituyen las familias afiliadas que aportan una cuota familiar que será anual, anticipada y progresiva. El segundo régimen lo constituyen las familias que por su situación socioeconómica no pueden aportar la cuota familiar. Es importante destacar que la protección social en el núcleo familiar se integra por los cónyuges y los hijos menores de 18 años así como de los padres mayores de 64 años, dependientes económicos que formen parte de la familia, asimismo se considera a los hijos de hasta 25 años, solteros, que prueben ser estudiantes o discapacitados dependientes, según artículo 77 Bis 4 de la LGS.

El pago de la cuota familiar tiene tres objetivos fundamentales: crear una cultura de corresponsabilidad no sólo en base los derechos a recibir sino a la sensibilización en la adquisición de obligaciones como cumplir con prácticas y conductas saludables o preventivas; crear una cultura de pago anticipado en la perspectiva de generar conciencia de pago de atención médica y reducción del gasto de bolsillo. El pago anticipado visto como una inversión en el corto plazo; y el fomento una cultura de medicina preventiva para disminuir los riesgos de padecer alguna enfermedad.

El financiamiento se vincula directamente con la población a beneficiar y representa un paso significativo hacia una presupuestación sustentada en la demanda. Esta asignación, intenta hacer equitativa el acceso a los servicios de atención médica. La afiliación se realiza según la capacidad de pago de las familias y la asignación de presupuestos se realiza según el número de familias afiliadas al SPSS por entidad federativa. La afiliación da acceso a un paquete

de intervenciones esenciales de salud, no sobre la base del principio *de lo "mínimo para los pobres"*, sino en "*lo mejor para todos*".

Este principio, es el principio de ciudadanía, orientando hacia la construcción de la universalidad de salud, es decir, hacia una universalidad en el que el conjunto de intervenciones es de acceso a los servicios de salud a todo tipo de personas, independientemente de su capacidad financiera.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que el modelo del SPSS cubre parcialmente la protección social de salud de la población sin seguridad social.

El SPSS es producto del proceso de destrucción creativa del viejo modelo de bienestar de salud del Estado benefactor. La cimentación de una visión minimalista de los servicios públicos de salud y la apertura al mercado de bienes y servicios de salud modifica la forma organizacional de prestación de los servicios de salud.

Esta forma organizacional de este nuevo modelo se ha alejado de lo social y se ha sustentado en lo económico. Sobre esta base se ha separado el financiamiento público de la prestación de los servicios médicos, abriendo el sistema de salud a una prestación plural de los servicios públicos y privados de salud.

La visión económica, como sustento organizacional de este modelo de salud, implementa la atención proactiva a las necesidades de salud, estableciendo una nueva relación entre los usuarios y el sistema: el prepago. Esta relación destruye la vieja relación de atención reactiva entre usuarios y sistema. La destrucción de esta relación obedece a la necesidad de arropar en el corto plazo no sólo a la totalidad de la población sin seguridad social sino a los que están afiliados al régimen de seguridad social.

No obstante esta visión económica, el Estado ha implementado SPSS como una política social de salud compensatoria que intenta otorgar igualdad de oportunidades financieras de acceso a los servicios de salud a toda la población afiliada al SPSS, desde un nuevo un nuevo campo de racionalidad política de salud.

Lo compensatorio del SPSS en términos financieros se ha expresado en la parte más sensible del usuario de salud: el gasto de bolsillo en salud. La disminución del gasto no como está previsto, sino de manera significativa. Una del 11% durante el periodo de 2001 al 2010, se traduce en el acceso a las consultas gratuitas y al abastecimiento restringido de medicamentos, pero sobre todo, en el despertad de la conciencia de tener derecho a la salud de manera gratuita y de calidad.

Junto a este gasto y también de manera significativa, el gasto per cápita en salud en los últimos diez años ha disminuido la brecha en ambos tipos e población al pasar en el 2004 del 29.1 por ciento en la población sin seguridad social al 40.15 por ciento en el 2010. Sin embargo, la debilidad del SPSS es la ausencia en la construcción de infraestructura física sanitaria en las zonas geográficas de alta marginación social no obstante que desde su fundación existe un fondo destinado a cubrir las necesidades de infraestructura.

Esta ausencia presupone la iniciativa de reforma a la Ley de Salud para ceder al sector salud la prestación de los servicios médicos dirigidos a la población sin seguridad social, o bien, dar cabida a la creación de empresas afiliadoras de usuarios según su capacidad de pago y administradoras de las finanzas públicas de salud, de tal forma que puedan abrir procesos de competencia con el sector público de salud por afiliar y administrar los recursos financieros de salud.

En términos de equidad entre instituciones del Sistema de Seguridad Social (SSS) y el Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) se busca homologar las bases de financiamiento para la población no derechohabiente de la

seguridad social sólo en la parte referida al Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) del IMSS. Esta homologación es lo que hoy se conoce como CAUSES, que no deja de ser un catálogo reductor de la seguridad social a la salud.

CAPÍTULO III: LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD EN LA POBLACIÓN RURAL DE ALTA MARGINACIÓN SOCIAL

3.1.- Introducción

En este capítulo se expone el componente geográfico de la marginación de la protección social a la salud en cuatro apartados. En el primero desarrollamos los diferentes puntos de vista del concepto marginación y la precaria estructura de oportunidades que tiene la población rural de los altos de Sinaloa. En el apartado siguiente se presenta un diagnóstico de la geografía de la marginación de Sinaloa a partir de la interrelación de la falta de oportunidades de desarrollo con el comportamiento demográfico, la marginación social, la dispersión geográfica poblacional y la migración.

En la tercera parte abordamos las condiciones de marginación social de las localidades colindantes con Centro Estratégico Comunitario de Santiago de Comanito (CECSC), interrelacionando la marginación con la seguridad social, la protección social de salud de los habitantes de este espacio geográfico. En la cuarta parte exponemos el proceso de afiliación en localidades colindantes con el CECSC durante el periodo 2002-2010, abordándolo como un primera fase de la implementación del SPSS e interrelacionándolo con la búsqueda de salud de los usuarios de este sistema y en la quinta parte describimos la capacidad de pago de los usuarios afiliados al SPSS de esta localidades, interrelacionando la accesibilidad económica que poseen con la percepciones que tienen sobre los servicios públicos de salud.

3.2.- El concepto de marginación social

La marginación es un concepto difícil de definir, su complejidad es de tal grado que da lugar a diversas connotaciones que por lo general se confunde con otros conceptos como la exclusión social.

La exclusión, es un proceso, mientras que la marginación es una condición de vida. No obstante, debe considerarse que la marginación no es requisito de la exclusión, pero ésta sí es un factor generador de la marginación (Macías

Huerta, 2009). El carácter multidimensional de este concepto dificulta su comprensión, medición y análisis. Numerosos científicos sociales la definen como un fenómeno social que muestra diversas evoluciones a lo largo del tiempo, haciendo referencia a algo que no se posee, a algo que está ausente o que se está al margen de una determinada realidad social.

La marginación se vincula a condiciones de pobreza, y se constituye en el principal indicador social y económico del bienestar social, aunque deben considerarse que existen otras condiciones que producen marginaciones, como las referidas a la política, la ideología, la cultural que no llevan necesariamente aparejadas condiciones de pobreza. Para los economistas y sociólogos, la marginación, se refiere a individuos o grupo sin acceso a un nivel medio equiparable de calidad de vida (ingreso, salud, alimentación, educación y vivienda) relacionándola con la estructura social.

Es importante señalar que concepto de marginación fue acuñado en Francia en la década de 1960, por Massé (1965), Leonoir (1974) y (Geremek (1991). Para estos intelectuales, hablar de marginación es referirse a los individuos que no están integrados a las redes productoras de riqueza y de reconocimiento social. Los marginados de esos años eran los mendigos, los vagabundos, las prostitutas, los criminales, los truhanes, los pillos, los malabaristas y los comediantes (ver a Cortez Fernando; 2006).

En 1969 el concepto de marginación social fue aceptado oficialmente por la ONU, definiéndolo como la falta de acceso a bienes materiales y de empleo formal, y como la escasa o nula participación política. En México, en 1977, este concepto fue retomado y extendido hacia zonas geográficas de alta marginación social por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), creando controversias en aquellos que veían el panorama nacional en el nivel municipal.

COPLAMAR fue primera instancia gubernamental que inicia el acercamiento hacia la geografía de la marginación del país. Las necesidades esenciales de

alimentación, salud, educación y vivienda, están íntimamente interrelacionadas entre ellas y con el ingreso familiar. Esta interrelación está integrada a las condiciones geográficas y culturales regionales.

En estos tiempos la corriente funcionalista predominaba en las explicaciones de marginación social, expresaba que el origen de las disparidades regionales no sólo eran como producto de las condiciones naturales, sino de la existencia de sociedades duales: regiones pobres y ricas, sectores económicos atrasados y modernizados, poblaciones de escolaridad alta y baja. La marginación se debía a que no se tenían los elementos necesarios (recursos naturales, tecnología moderna, espíritu de empresa, entre otros) para provocar el despegue de una situación de atraso a otra de progreso, tal y como estaban otras regiones o países (COPLAMAR, 1998).

En esa misma década (1970) cobran fuerza otras explicaciones sobre estas disparidades, como el enfoque histórico y estructural. Este enfoque sostenía que las sociedades duales no existían, sino sectores, regiones, escolaridades poblaciones en forma interdependientes e integrados a un todo (sistémico). El progreso de un sector se explica, en buena medida, por el atraso del otro, es decir, una especie de colonialismo que imponen las regiones más ricas sobre las más pobres a las que descapitalizan. Las regiones geográficas y grupos que la habitan han quedado al margen de los beneficios del progreso y los beneficios de la riqueza generada, pero sin estar al margen de ella, ni mucho menos de las condiciones que la hacen posible.

En esta perspectiva sistémica, observamos en la localidades de zona serrana del sur de Mocorito, que desde la época de la dictadura porfiriana hasta la actualidad, su tamaños de población no han crecido, privando en ellas el abandono de políticas de desarrollo económico social no obstante de hacer frontera con el valle de Pericos, caracterizado por la práctica de la agricultura de riego y tecnificada, a la que se le ha aportado generaciones de trabajadores de la zona rural para su crecimiento económico.

Entre más de una veintena de localidades de este tipo podemos señalar a Capirato y Santiago de Comanito, ubicadas al oriente de la cabecera de la sindicatura de Pericos, a una distancia de 14 y 10 kilómetros respectivamente, colindantes con la carretera Pericos-Badiraguato. Ambas localidades de origen colonial, antiguas proveedoras de fuerza de trabajo a la ex hacienda de Pericos (1795-1950), mantienen desde principio del siglo XX hasta la actualidad, las mismas cantidades de población, con promedios que apenas sobrepasan de los 500 habitantes. Estas localidades están en zona de falta de oportunidades para su desarrollo y expulsora natural de fuerza de trabajo

La marginación es una condición de vida originada en el patrón histórico de desarrollo, expresada en dos vertientes centrales: la primera es referida a las dificultades para acceder al progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva, y la segunda, en la exclusión de grupos sociales del proceso de desarrollo y del disfrute de sus beneficios. Este fenómeno se traduce en una precaria estructura de oportunidades, exponiendo a las familias a privaciones y vulnerabilidades sociales que escapan a la voluntad e interés personal o familiar.

Las localidades rurales serranas están al margen de los modelos de desarrollo del sistema social dominante. El modelo de desarrollo excluye a estas localidades de satisfactores sociales, y por lo tanto, de la posibilidad de obtener oportunidades de desarrollo de capacidades, profundizando sus niveles de pobreza, afectando todas las dimensiones de la vida. La pobreza se padece de diferentes formas y con grados diferentes de intensidad.

La implementación del SPSS en espacios geográficos que no figuran como estrategia de desarrollo local, ha mostrado poco éxito. La disminución de del gasto de bolsillo o del gasto catastrófico por motivos de salud, está limitado no sólo por la pobreza y la marginación las condiciones de accesibilidad geográfica y organizacional a las unidades de servicios públicos de salud.

3.3.- Diagnóstico del sistema rural en Sinaloa

La concentración geográfica de la pobreza en Sinaloa ha sido atendida de forma desigual por los gobiernos en turno. En los territorios de los valles y costas se concentran las grandes inversiones de infraestructura económica y productiva cuyo objetivo es el desarrollo de las potencialidades económicas, en tanto que, en los territorios rurales se concentran los programas sociales y en menor magnitud los proyectos socio-productivos con el objetivo de aminorar la pobreza.

Esta dicotomía de la pobreza refleja la falta de consenso gubernamental en el manejo del problema de las diferencias geográficas del nivel de bienestar de los pobladores de estos territorios. El Banco Mundial (2009) apunta que las regiones mejor dotadas de bienes públicos, de niveles de productividad tienden a tener mejores condiciones salir de la pobreza. Las regiones menos dotadas tienen más probabilidades de enfrentar el estancamiento económico y pobreza.

En Sinaloa las regiones menos dotadas de infraestructura económica y productiva se encuentran en los municipios ubicados en zonas montañosas y de difícil acceso, encareciendo el suministro de servicios públicos (salud, educación, alumbrado público, red de agua potable y drenaje, aseo y limpia, transporte, telefonía, entre otros). La pobreza no sólo es una condición económica expresada en la carencia de bienes y servicios necesarios para vivir sino la falta de capacidad para cambiar esa condición (BID, 2001).

La falta de capacidad para cambiar la condición de pobreza en los sitios geográficos de la zona de los altos de Sinaloa se expresan en la interacción de las condiciones geográficas con la ausencia de oportunidades de desarrollo social en la estructura del sistema rural.

El sistema rural sinaloense se estructura en tres grandes tipo de localidades: *caserío disperso*, *población rural consolidada* y *población rural en proceso de urbanización*. El primer tipo de localidades se identifican por están habitadas con menos de 100 habitantes, el segundo tipo de localidades están habitadas

con pobladores que van de 100 a 2 499 habitantes y las de tercer tipo están habitadas de 2 500 a 4 999 pobladores (Plan Estatal de Desarrollo Urbano, 2007: 70).

En esta tipología rural, *las localidades de caserío disperso* son consideradas el eslabón más pequeño del sistema rural y se localizan, principalmente en los municipios de Culiacán, Sinaloa de Leyva, Badiraguato, Mazatlán, y Guasave, el resto se encuentran en los municipio de Mocorito, Salvador Alvarado, Cósala, San Ignacio, Elota y Concordia. Esta categoría, en el año 2005, agrupaba a 4 302 localidades, albergando al 8.7 por ciento de la población rural.

El caserío disperso se caracteriza por ser en su mayoría autosustentables en materia de agua y drenaje, utilizando los recursos naturales que les ofrece su entorno para satisfacer sus necesidades primarias. En cuanto a los servicios públicos de salud, educación, y abasto de productos en general, dependen en gran medida de las localidades rurales consolidadas o rurales en proceso de urbanización (Plan Estatal de Desarrollo Urbano, 2007, 71-72)

En las localidades clasificadas como *rurales consolidadas* se constituye de 1 488 albergando al 74.por ciento de la población total rural. Estas localidades también presentan un considerable grado de dispersión, principalmente en los municipios de Culiacán, Guasave, Sinaloa, Navolato, El Fuerte, Ahome y Escuinapa. Estos poblados se caracterizan tener mayor acceso a la salud y educación, tienen diversos programas como las brigadas de las Caravanas de la Salud, la Unidad Auxiliar de Salud y el Centros de Salud Rurales. Las unidades tiene programas de vacunación y medicinas para combatir enfermedades comunes, y dependen de las localidades urbanas en proceso de urbanización (Plan Estatal de Desarrollo Urbano: 2007; 72-73).

En relación a las *localidades rurales en proceso de urbanización*, 47 en total, albergan al 17.28 por ciento de la población total rural. La mayor parte de éstas poblaciones, ubicadas en la región norte del Estado, se distinguen del resto de

las localidades por contar en materia de salud con brigadas de asistencia preventiva, centros de salud rural con sala de partos, 3 camas de observación, equipo para cirugía menor, una unidad auxiliar de salud, 2 módulos para consultas con un médico general y medicina familiar. En lo que se refiere a la educación, a este rango cuenta mínimamente con un jardín de niños, escuela primaria, telesecundaria y secundaria general. Estas poblaciones realizan comercio con las localidades urbanas en proceso de consolidación (Plan Estatal de Desarrollo Urbano: 2007; 73-74).

Uno de los componentes de la geografía de la marginación en la población rural es el comportamiento demográfico. En el año 2000, la población rural sumaba 826 mil habitantes, representando el 32.6 por ciento de la población total (INEGI, 2000), en el 2005 la población aumenta a 920 849 habitantes representando el 35.3 por ciento de la población total (INEGI, 2005). En el 2010 disminuyó drásticamente a 747,295 habitantes representando el 27 por ciento de la población total (INEGI, 2010). La pérdida de 173 554 habitantes, es decir, del 18.8 por ciento en relación a la población rural respecto al año 2005, muestran la escases de oportunidades de los pobladores para salir de la pobreza.

El comportamiento demográfico está íntimamente interrelacionada con la falta de oportunidades de desarrollo y la marginación social. Esta situación se localiza en 9 municipios serranos caracterizados por permanecer al margen de las inversiones productivas. La población en esta zona representa el 14.63 por ciento de la población total de Sinaloa (INEGI, 2010) y se constituye con los municipios de Mocorito, Badiraguato, Sinaloa, Choix, El Fuerte, Elota, San Ignacio, Cósala y Concordia, albergando a 1,402 localidades (15 más que en el 2005) de alta y muy alta marginación social, habitadas por 176 173 habitantes. En el 2005 los pobladores marginados era de 134 696, incrementándose a 41 477 para el 2010, representando un crecimiento del 30.79 por ciento.

En todos los municipios en los últimos cinco años en todos estos municipios se ha registrado incremento de localidades y habitantes en situación de

marginación, destacándose los municipios, en términos de población, el de Sinaloa con el 72.78 por ciento, Mocorito con un 67.61 por ciento, y El Fuerte con el 53.73 por ciento. Los municipios que presentan menores índices de incremento de esta condición son Choix, San Ignacio, Elota, Cósala y Concordia. Sólo el municipio de Badiraguato presenta una baja significativa de esta condición social (véase cuadro 4).

CUADRO 4. LOCALIDADES DE MUY ALTA Y ALTA MARGINACIÓN 2005-2010

Municipios	MUNICIPIOS DE SINALOA CON LOCALIDADES DE MUY ALTA Y ALTA MARGINACIÓN 2005			MUNICIPIOS DE SINALOA CON LOCALIDADES DE MUY ALTA Y ALTA MARGINACIÓN 2010				
	Población municipal	Número de localidades	Localidades marginadas	Población marginada	Población municipal	Número de localidades	Localidades marginadas	Población marginada
Mocorito	44 217	285	132	13 577	45 847	273	164	20 079
Badiraguato	32 295	468	323	24 379	29 999	482	321	22 906
Sinaloa	85 017	603	316	29 568	88 282	593	239	40 624
Choix	31 763	345	209	19 053	32 998	327	208	22 027
El Fuerte	92 585	386	132	18 350	97 536	390	167	34 150
Elota	46 462	131	34	11 108	42 907	131	52	12 255
San Ignacio	23 355	221	81	5 011	22 527	176	84	6 934
Cósala	17 813	132	95	8 114	16 527	130	100	9 931
Concordia	27 001	195	65	5 536	28 493	194	67	7 267
Total	400 508	2766	1387	134 696	405 116	2696	1402	176 173

Fuente: Elaboración propia con datos de SEDESOL: Catálogo de Localidades, Web <http://cat.microrregiones.gob.mx/>

Estos resultados muestran que el modelo del SPSS poco o nada ha contribuido con el financiamiento a la salud para que la población marginada tenga oportunidades de salir de la situación de marginación crónica. Financiar gastos de salud ambulatorios y catastróficos tiene como objetivo disminuir el empobrecimiento de la población.

Otro componente de la geografía de la marginación es la dispersión geográfica poblacional. La forma organizacional en que la población se distribuye en un territorio puede denominarse distribución geográfica poblacional, distribución espacial, o distribución territorial. Este factor es de gran importancia en el análisis de las interrelaciones entre población y desarrollo, y entre población y salud, en la medida en que implica la existencia de distintos grupos de población expuestos a diversos riesgos ambientales y a la presencia de diversos niveles y estructuras de salud.

La dispersión geográfica acentúa el desarrollo desigual de los territorios, dando lugar a la existencia del rezago social en relación a los territorios rurales de los

valles y costas. Cuando nos referimos a rezago hacemos alusión a un fenómeno estructural, esto es, a la combinación de varios factores vinculados entre sí que determinan la condición en la que se encuentran los habitantes de un territorio determinado en relación con los servicios de infraestructura básica de vivienda, educación, ingreso, salud (SEDESOL; 2003).

La dispersión de localidades en territorios serranos desprovistos de la modernización de infraestructura de comunicaciones terrestres y aéreas, alarga las distancias entre éstas y las localidades donde se ubican los centros de salud y hospitales integrales. La estrategia del gobierno para atender la problemática de salud en las poblaciones dispersas en la zona serrana ha implementado 37 caravanas de la salud, esto es, centros de salud ambulantes, equipados según el tamaño de la localidad y lo apartado que estén de las cabeceras municipales (SSa Sinaloa, 2008).

La dispersión geográfica poblacional en estas zonas de alta marginación se encuentra íntimamente interrelacionada con la migración rural. Las diferenciales de ingreso entre las regiones inducen a los individuos a migrar con la expectativa de mejorar el nivel de bienestar. La salida de individuos de una región pobre no significa que la región genere algún cambio progresista, todo permanece igual, a pesar de que lleguen esas regiones remesas y programas destinados a aliviar las necesidades de las familias rurales en los renglones de alimentación educación y salud.

La migración fue un problema que intentó resolverlo el Estado durante el sexenio del gobernado Alfonso G. Calderón Velarde (1975-1980). En esos tiempos Calderón Velarde implementó una serie de programas sociales destinados a arraigar a la población rural en sus lugares de origen. Instrumento programas sociales de apoyo al campesinado y obras de beneficio colectivo con el objetivo mediato de lograr un cambio de actitud de la población serrana. Los dotó de instrumentos de organización para que se hicieran los responsables en la construcción de las obras y enfrentaran sus problemas con verdadero sentido de responsabilidad y solidaridad, y sobre todo, impulso la

construcción y operatividad de Clínicas de Solidaridad Social del IMSS (véase Informes de Gobierno de Sinaloa, 1975 y 1980).

Sin embargo, la migración no logro frenarse, pues al declararse por esas mismas fechas el combate al narcotráfico generó índices de violencia hasta en esos tiempos inusitados. El narco-cultivo fue una de las actividades económicas, si bien no legales si permitidas, arraigaban a los pobladores rurales a sus lugares de origen. La violencia no sólo fue entre el gobierno y los sembradores de estupefacientes sino también entre los mismos productores, hecho que ahondo la pobreza y propició el despoblamiento de esos lugares al generarse corrientes migratorias hacia las ciudades y campos agrícolas ubicados en los valles, pero sobre todo hacia los Estados Unidos.

La migración ha sido de gran magnitud, de tal manera que durante el periodo de 2000 a 2005, provocó un marcado despoblamiento. De las 6 263 localidades registradas por INEGI en el 2000 pasaron en el 2005 a 5 875, presentándose una disminución de 388 localidades. De esta cifra, corresponden 261 localidades de caserío y 2 localidades rurales en proceso de consolidación (Comunicado INEGI, Sinaloa, 111/06, 2006). En el 2010 el número de localidades se sitúo en 5 845, es decir, 30 menos que en el 2005 (INEGI, 2010).

El despoblamiento rural ha conducido a la pérdida paulatina no sólo de identidad cultural sino también del crecimiento de la población, formas de organización y actividades productivas. Esta situación se agrava con el fenómeno de la sequía, agravando las condiciones económicas del sistema rural. Este escenario se torna aun más gris sí se considera que en estos poblados se carece de infraestructura de salud propia del Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) y de una estrategia para hacer frente a las inequidades provocadas por inaccesibilidades geográfica y organizacional de salud en zonas de alta marginación social.

Es importante destacar que en estas localidades serranas un amplio porcentaje de familias rurales se han afiliado al SPSS, sin que esto signifique una atención

oportuna de servicios médicos. Para hacer valer el seguro es necesario tener los recursos suficientes para el traslado y viáticos a los centros de salud, hospitales integrales u hospitales generales.

Esta privación en el desplazamiento a las localidades rurales serranas ha dificultado la implementación cabal del modelo del SPSS. La implementación de este modelo de salud en estas áreas rurales muestra diferencias sustanciales con respecto a la forma en cómo se implementa en las áreas urbanas. La población urbana no presenta índices de alta y muy alta marginación social, ni de dispersión geográfica, ni de migración, más bien concentra cada vez más pobladores provenientes del medio rural, los servicios públicos de salud y su respectiva infraestructura.

En tanto que en la geografía serrana se encuentran asentadas las localidades dispersas, de alta y muy alta marginación, con acceso por caminos accidentados y de escaso tránsito, constituyéndose en un obstáculo para realizar los objetivos y acciones de implementación. Como bien lo dice Aguilar Viilanueva L. (2007), es donde las buenas intenciones caen al terreno donde pueden quedar sólo el campo de los deseos, y es que una cosa es lo que se proyecta y otra la que se pretende lograr en un plazo determinado. Este espacio es lo que suele llamarse *espacio intermedio de actuación* de los actores implementadores y los beneficiarios del modelo.

La implementación no es tan sólo afiliar sino es transformar los objetivos del programa en acciones administrativas para llevar a cabo el cumplimiento de una política pública (Aguilar Viilanueva Luís, 2007). Entre los objetivos del SPSS y que no se han hecho realidad en las localidades de zona serrana de Sinaloa se encuentran la reducción del gasto de bolsillo, el fomento a la atención oportuna de la salud de las familias para evitar la postergación de la salud y el consecuente agravamiento de enfermedades.

La implementación del nuevo modelo en este tipo de localidades no ha sido plena. Existen situaciones que llevan al incumplimiento de objetivos propuestos

como son las barreras de accesibilidad geográfica y organizacional. Estas barreras han impedido que en el proceso de implementación del seguro popular mejore el acceso de las personas pobres a los servicios de salud instalados en las localidades urbanas.

El acceso y las accesibilidades a la protección social de salud se encuentran intrínsecamente vinculadas a la forma en cómo la estructura organizacional del sistema de salud arropa a las poblaciones en sus lugares de residencia. Estas variables permiten observar que la población que habita en zonas urbanas tiene acceso a los diferentes niveles de atención y pueden transitar desde el nivel primario hasta el nivel terciario (hospital de especialidades) pero no es lo mismo en la cobertura que se brinda en las localidades de las zonas rurales, cientos de ellas no cuentan ni tan sólo con el nivel primario de atención de salud.

Este hecho viene a contradecir la hipótesis de la Organización Internacional del Trabajo y de la Organización Panamericana de la Salud (1999) en el sentido de que si el gasto público en salud es mayor en la atención primaria habrá mayor acceso de los pobres a los servicios de salud. Esta hipótesis es válida en las zonas urbanas pero no en las zonas rurales, en ella se ve nulificada. La población rural que vive abajo de la línea de pobreza o en condiciones de inaccesibilidad geográfica, tiende a recurrir a los hábitos y prácticas de salud para al cuidado y auto-cuidado de la salud.

3.4.- El Centro Estratégico Comunitario de Santiago de Comanito: un espacio de alta marginación social

En espacios geográficos de marginación y rezago social, como el Centro Estratégico Comunitario de Santiago de Comanito (CEC-SC), el lugar y la vivienda se constituyen en el medio de excelencia de bienestar social, y en el atributo fundamental que diferencia a los sectores más vulnerables de los menos vulnerables.

El total de viviendas en el área de confluencia de localidades de este centro, en el año 2000 se contabilizaban en 1 080 casas habitadas de un total de 1 084, y para el 2005 en número de viviendas se contabilizó en 1 054, presentándose una reducción de 26 viviendas. De 2005 a 2010 el total de viviendas ocupadas y desocupadas paso de 1 084 a 1 385, presentando un crecimiento porcentual del 27.7 por ciento. No obstante, las viviendas habitadas en el último año sumaban 1 123, estando en pleno abandono 262 viviendas, es decir un 18.9 por ciento.

En otras palabras, podemos decir que en esta región del 2005 al 2010, 262 familias abandonaron este lugar, entre otras razones por el alto grado de marginación de estos lugares. Uno de los indicadores de bienestar en esta área geográfica, la Población Económicamente Activa (PEA) sumaban 1 476 (29 por ciento de la población total) personas en edad de trabajar (INEGI, 2000),

El 10 por ciento de la PEA estaba desocupada, mientras que el 90 por ciento se empleaba en diferentes actividades, compuesta de la siguiente forma: el 52 por ciento de esta población obtenía ingresos de 1 a 2 salarios mínimos diarios, el 10 por ciento recibía menos de un salario y el 28 por ciento no recibía ninguna remuneración por su trabajo, lo que significa que el 38 por ciento carecía de ingresos para el sostén de la familia (INEGI, 2000),.

Aun más, el hecho de recibir salario no significaba de ninguna manera una disminución de la condición de ser pobres, puesto que en ese año el salario mínimo era de 32.70 pesos diarios, no alcanzaba a cubrir las necesidades básicas como la alimentación, la salud, la educación, el vestido y calzado, además el 8.9 por ciento de las viviendas no poseían ningún bien: licuadoras, refrigerador, estufa de gas, televisión radio, lavadora, y estaban muy lejos de adquirir videocasetera, teléfono, calentador de agua y automóvil. Además, el 28.8 por ciento carecía de refrigerador y el 39.9 por ciento continuaba usando leña para preparar los alimentos.

Es necesario destacar, que en esta región el analfabetismo en personas mayores de 15 años era de gran consideración. De las 3 133 personas mayores de 15 años el 15.6 por ciento no sabían leer ni escribir un recado. Esta tendencia continuó presentándose durante el periodo 2005 - 2010.

Respecto a la población en este espacio geográfico rural, en los últimos 20 años (1990-2010) se ha mantenido estable, pasando de 4614 a 4564 habitantes, sin embargo, en un periodo intermedio tuvo un modesto crecimiento poblacional del 7.15 por ciento en 1995 y presentando un ligero crecimiento de 3.33 por ciento en los siguientes cinco años. A partir de este año (1990) la población decreció un 12.41 por ciento en el 2005 y tuvo un ligero repunte del 2.46 por ciento en los próximos cinco años (véase cuadro 5).

Cuadro estadístico 5. Habitantes en las comunidades colindantes a Santiago Comanito, 1990-2010.

Localidades	1990	1995	2000	2005	2010
1.- Santiago de Comanito (Comanito)	670	878	765	741	628
2.- Aguapepe de los Gallardo	231	131	163	89	91
3.- La Calera de Capirato	166	199	231	205	199
4.- Ejido Calomato (Calomatillo)	305	257	278	317	350
5.- Capirato	427	489	468	415	414
6.- El Capule	161	167	194	143	184
7.- La Cofradía de Capirato	138	179	165	175	193
8.- El Guamúchil	130	146	89	106	90
9.- Juan Escutia	262	358	548	566	624
10.- Majada de Abajo	416	396	472	477	493
11.- La Morita	104	72	84	66	58
12.- Piedras Blancas	58	102	84	39	38
13.- El Platanar	204	209	188	133	158
14.- Rancho Viejo	976	1020	975	700	838
15.- Sasalpa	125	86	78	62	18
16.-La Vainilla	104	109	163	135	137
17.- Chicorato	137	146	144	88	51
17 Comunidades	4 614	4 944	5 089	4 457	4 564

Elaboración propia con datos del Catálogo General de Localidades de SEDESOL, Octubre 2011 e INEGI. Censo de Población y Vivienda, 1990, 2000, 2005 y 2010

A pesar de estos crecimientos y decrecimientos poblacionales, podemos observar que no en todas las localidades se presenta este fenómeno demográfico rural. De las 17 localidades estudiadas, sólo en 11 de ellas se presenta esta pérdida de población en los últimos 15 años (1995-2010). En términos porcentuales se clasifican de la siguiente manera:

1.- Localidades que más perdieron población fueron: Sasalpa con una pérdida del 79.06 por ciento de su población, siguiéndole Chicorato con el 65.06 por ciento, Piedras Blancas con un 62.6 por ciento.

2.- Localidades que menos perdieron población fueron: El Guamúchil con 38.25 por ciento y Aguapepe de los Gallardo con 30.53 por ciento, Comanito con el 28.47 por ciento, El Platanar con el 24.40 por ciento, La Morita con 19.44 por ciento, Rancho Viejo con un 17.8 por ciento, y Capirato con el 15.33 por ciento.

Relacionándolas con las viviendas, podemos observar que en Sasalpa se encuentran 25 viviendas abandonadas, 8 en Chicorato, 11 en Piedras Blancas, 16 en Guamuchil y 12 en Aguapepe de los Gallardos, 16 en el Platanar, 9 en la Morita y 18 en Capirato. Las dos localidades más grandes Santiago de Comanito y Rancho Viejo, la primera ubicada a la orilla de la carretera Pericos Badiraguato y la otra por la carretera México 15, en términos porcentuales presentan pérdidas de población del 28.47 por ciento y 17.84 por ciento, y un abandono de viviendas de 13 y 40 viviendas respectivamente, cuyo resultado es de una disminución de 895 pobladores y 146 viviendas abandonadas (véase cuadro estadístico 6). Estos indicadores muestran las pocas oportunidades de la población para tener una vida decente, es decir, tener protección social y de salud, y de conseguir un trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana (OIT, 1999).

Cuadro 6: Localidades colindantes del CEC de Santiago de Comanito, municipio de Mocorito con pérdidas población 1995-2010.

Localidades	1995	2010	1995-2010	1995-2010 %	Total de Viviendas	Viviendas ocupadas
1.- Sasalpa	86	18	68	79.06	31	6
2.- Chicorato	146	51	95	65.06	23	15
3.- Piedras Blancas	102	38	64	62.64	23	14
4.- El Guamúchil	146	90	56	38.25	43	27
5.- Aguapepe de los Gallardo	131	91	40	30.53	23	25
6.- Santiago de Comanito (Comanito)	878	628	250	28.47	166	159
7.- El Platanar	209	158	51	24.40	43	27
8.- La Morita	72	58	14	19.44	24	15
9 Rancho Viejo	1020	838	182	17.84	251	211
10.- Capirato	489	414	75	15.33	116	98
	3272	2384	895	27.29	743	597

Elaboración propia con datos del Catálogo General de Localidades de SEDESOL, Octubre 2011 e INEGI. Censo de Población y Vivienda, 1990, 2000, 2005 y 2010

En crecimiento poblacional en esta área geográfica la podemos ubicar sólo en 6 localidades, destacándose porcentualmente Juan Escutia con un crecimiento del 74.30 por ciento, Ejido Calomato con un 36.18 por ciento, la Vainilla con 25.68 por ciento, La Majada de Abajo con 44.29 por ciento, La Cofradía de Capiro con 7.82 por ciento y el Capule con 4.19 por ciento (véase cuadro 7).

Esta cifras, si bien expresan particularidades que dan cuenta de los movimientos demográficos que no necesariamente significan que bajan los niveles de marginación, en tanto que en términos de vivienda, el abandono de éstas se hace presente, en la medida que las familias con posibilidades de salir de esas localidades se van a otro lugares en busca de mejorar sus condiciones de vida.

Así tenemos, que si bien, y de manera general en el conjunto de esta localidades la población creció en un 36.97 por ciento, no lo fue así en términos de vivienda pues el abandono de 101 vivienda significa la salida de al menos 101 familia, lo que significa que en las 589 viviendas ocupadas se vive en determinado nivel de hacinamiento, que de acuerdo INEGI (2005) y al Catalogo de localidades de SEDESOL (2010), es de un promedio del 50.22 por ciento (véase cuadro 7)

Cuadro 7. Localidades con crecimiento poblacional: Área de confluencia del CEC de Santiago de Comanito, municipio de Mocorito.

Localidades	1995	2010	1995-2010	1995-2010 %	Total de Viviendas	Viviendas ocupadas
1.- Juan Escutia	358	624	266	74.30	204	167
2.- Ejido Calomato (Calomatillo)	257	350	93	36.18	93	85
3.-La Vainilla	109	137	28	25.68	44	32
4.- Majada de Abajo	396	493	97	24.49	155	128
5.- La Cofradía de Capiro	179	193	14	7.82	45	39
6.- El Capule	167	184	17	4.19	48	39
	1 466	1 981	542	36.97	589	490

Elaboración propia con datos del Catálogo General de Localidades de SEDESOL, Octubre 2011 e INEGI. Censo de Población y Vivienda, 1990, 2000, 2005 y 2010

Esta situación de marginación y rezago social ha obstaculizado la implementación plena del modelo del SPSS, y ha profundizado las inequidades a los servicios de salud pública.

En el año 2000, el 77.5 por ciento de las localidades de este espacio geográfico carecía de derechohabencia a los servicios de salud. Sus condiciones de marginación hacían inaccesible su inclusión a la estructura formal de empleo y por la tanto a los servicios públicos de salud o de seguridad social.

Las habitantes de estas localidades y las del mismo pueblo de Pericos acudían a los servicios médicos privados o al Hospital Civil de la ciudad de Culiacán, siempre y cuando tuviesen los recursos económicos necesarios para acceder a los servicios de estas instituciones de salud. Las enfermedades más comunes eran las gastrointestinales, causadas por problemas de higiene, siendo de mayor amplitud en las localidades más adentradas en la zona serrana, donde la marginación era más profunda. El 22.5 por ciento de pobladores de estas localidades rurales tenían acceso a la seguridad social, acceso que en el 2005 cayó en 10.67 por ciento a causas del incremento de desempleo en las localidades urbanas donde se empleaban.

Para este año un pequeño alivio llegó a estos poblados con la promoción e implementación del programa del SPS. Del 2002 al 2005 la población fue afiliada en localidades que residen, de manera voluntaria y mediante el pago de una cuota de afiliación o sin ella siempre y cuando manifestaran carecer de ingresos para cubrir ese tipo de cuotas.

Aunque la promoción fue amplia no todos los pobladores se afiliaron, así, para este año se afilió el 56.66 por ciento de la población total (4457 habitantes) quedando el 38.86 por ciento de esta población sin derecho a los servicios médicos. En este sentido y de acuerdo a INEGI (2005) la población abierta disminuyó en un 38.64 por ciento en este territorio (véase cuadro 8).

Cuadro 8. Población derechohabiente de las localidades colindantes del CEC de Santiago de Comanito, municipio de Mocorito.

LOCALIDAD	PT 2000	P/SS	PcSS	SPS	PT 2005	P/SS	PcSS	SPS	PT 2010	P/SS	PcSS	SPS
Santiago de Comanito	765	555	210	--	741	290	58	392	628	369	41	218
Aguapepe de los Gallardo	163	104	59	--	89	36	20	33	91	49	9	33
La Calera de	231	228	3	--	205	24	0	181	199	16	1	182

Capirato												
Ejido Calomato (Calomatillo)	278	189	89	--	317	103	75	139	350	93	80	177
Capirato	468	425	43	--	415	135	53	227	414	57	33	324
El Capule	194	109	85	--	143	17	48	78	184	25	77	82
La Cofradía de Capirato	165	140	25	--	175	37	1	137	193	0	25	168
El Guamúchil	89	69	20	--	106	38	16	52	90	28	2	60
Juan Escutia	548	355	185	--	566	303	120	143	624	179	128	317
Majada de Abajo	472	364	108	--	477	221	28	228	493	57	26	410
La Morita	84	57	27	--	66	18	18	30	58	28	13	17
Piedras Blancas	84	84	0	--	39	22	0	17	38	20	0	18
El Platanar	188	166	22	--	133	34	1	98	158	36	7	115
Rancho Viejo	975	788	187	--	700	335	18	347	838	239	72	527
Sasalpa	78	60	18	--	62	40	11	11	18	7	6	5
La Vainilla	163	128	35	--	135	31	5	99	137	28	17	92
Chicorato	144	123	21	--	88	38	4	46	51	10	4	37
	5089	3 944	1 137	--	4457	1 722	476	228	4564	1 241	541	2 782

Elaboración propia con datos del Catálogo General de Localidades de SEDESOL, Octubre 2011 e INEGI. Censo de Población y Vivienda, 1990, 2000, 2005 y 2010

PT= Población Total, **P/SS**= Población sin Seguridad Social, **PcSS**= Población con seguridad Social, **SPS**= Seguro Popular de Salud

La disminución no significó una atención oportuna y eficiente de servicios médicos, pues, al decir de la gente, los gastos de salud no disminuyeron porque el traslado hacia las unidades de salud tiene altos costos, además en estas unidades médicas cubren enfermedades del primer nivel de atención (prevención, asistencia médica y cura de enfermedades de carácter ambulatoria,) proporcionada por centros de salud y consultorios médicos privados, y no las que requieren del segundo nivel de atención (hospitalización) que es donde se localizan los gastos catastróficos.

Para el 2010, el 12 por ciento de la población total era derechohabiente del sistema de seguridad social y el 61 por ciento gozaba de derechohabencia al SPS, quedando fuera de estos derechos el 27 por ciento de la población total (4564 habitantes), es decir, 1241 personas (véase cuadro 8), lo que significa que la implementación de este programa no ha sido del todo exitosa.

Consideramos pertinente mencionar que la afiliación, considerada como un primer paso de implementación del programa de salud, tuvo un primer fallo en el no considerar como necesario conocer las características del contexto sociocultural de cada localidad en que se desenvuelve la acción de afiliar. La estancia de la brigada de afiliación en la localidad invirtió un tiempo de 3 a 6 horas, lo que no permitió una afiliación total de las familias. Además no todos los pobladores tuvieron la oportunidad o los recursos para afiliarse fuera de sus

localidades. La salida representa un costo que no alcanza a cubrirse con la capacidad de pago que las familias tienen.

3.5.- La afiliación al SPSS en el medio rural

La filiación al SPSS es un procedimiento a través del cual una persona o familias ingresan voluntariamente como parte integrante del sistema, generándose derechos y obligaciones a los servicios públicos de salud. El concepto de afiliación viene del latín “afililiatio”, de “fili”, (hijo), referida a la relación de dependencia del hijo a los padres. Por extensión, este concepto significa apegarse a algo, y dependiendo de ello, ya sea a una idea, a una institución, a una colectividad, a un partido político, a una obra social, etcétera, quedando constancia de esa pertenencia.

La afiliación al SPSS es un mecanismo que busca el éxito de la política de salud. La afiliación se constituye en mecanismo legal a través del cual el Estado ofrece a la población más pobre del país servicios de salud accesibles y con capacidad de respuesta a sus necesidades. El esquema de afiliación es un cofinanciamiento que garantiza la sustentabilidad financiera a mediano y largo plazo. La filiación se inicia con el prepago de una cuota familiar que no está en función del riesgo individual de enfermarse, si no del nivel socioeconómico de cada familia.

El prepago de la cuota familiar, no representa el sostén financiero integral requerido para la operación del SPSS sino una corresponsabilidad de pago anticipado o prepago, cuyo destino es recuperar gastos por servicios médicos y tratamiento farmacéutico al recibir la atención médica.

El prepago está en función del decil que se asigna a la familia al momento de afiliarse y está determinado en base a un método discriminante computarizado, basado en las características socioeconómicas del hogar y de sus integrantes. Los datos se concentran en una cédula del estudio socioeconómico que se recolectan de las personas interesadas en afiliarse al SPSS y posteriormente

son capturadas para el proceso de asignación al decil que le corresponde a cada familia (SPSS, 2005).

El prepago de la cuota familiar tiene al menos tres objetivos de mediano y largo plazo:

1.- Crear una cultura de corresponsabilidad. Se busca que la población cuente con mayores elementos para exigir derechos adquiridos a recibir los servicios financiados de atención médica y los medicamentos asociados, pero también sensibilizar sobre la adquisición de obligaciones como cumplir con prácticas y conductas saludables o preventivas.

2.- Crear una cultura de pago anticipado. El SPSS busca generar conciencia entre las familias de pagar anticipada la atención médica como una la mejor forma de reducir el gasto de bolsillo, a la vez que lo vea como una inversión en su salud el corto plazo. El prepago le permite hacer uso, cuando lo necesite, de los servicios que otorga el SPSS durante el año de vigencia que cubre la cuota, sin necesidad de realizar una nueva aportación.

3.- Fomentar una cultura de medicina preventiva entre las familias afiliadas al SPSS. Se trata de ampliar la cobertura de servicios de salud mediante la promoción del cuidado de la salud para evitar de riesgo de padecer alguna enfermedad (SPSS, 2005:50).

Este proceso de afiliación lo abordamos en 17 localidades rurales situadas al oriente de la cabecera de la sindicatura de Pericos Mocolito Sinaloa durante el periodo 2002-2010, con la finalidad de dar cuenta de la manera del cómo el proceso de implementación del seguro popular de salud ha compensado las deficiencias del viejo modelo de atención pública de salud en la población sin seguridad social. Se aplicó una encuesta a 181 familias afiliadas al seguro popular y se entrevistas a personas clave de estas localidades

El área rural se ubica en las categorías en las *localidades de caserío disperso* y en las *localidades rurales consolidadas*. Las inversiones públicas destinadas al desarrollo económico y social del municipio, por lo general se canalizan hacia la cabecera municipal, generando profundas desigualdades en la atención a la salud y en el tratamiento de los niveles de pobreza, convirtiendo a este espacio en un expulsor de fuerza de trabajo y de contención del crecimiento de la población.

Un ejemplo de esta situación la representa la comunidad de Capirato. En el año de 1921 su población, considerada importante en esa época ascendía a 917 habitantes, después de noventa años su población apenas se contabiliza en 414 habitantes, en cambio la localidad de Guamúchil en 1921 contaba con una población de 2185 habitantes hoy en la actualidad suman 61 862 habitantes.

Capirato no obstante de ser el centro histórico y cultural más antiguo de Sinaloa y poseedor de una gran cantidad de tierras productivas con excelentes niveles de humedad y de una población emprendedora, termina por expulsar junto con otras localidades de la misma región, a decenas de jóvenes hacia otros lugares en busca de mejores condiciones de vida ante la falta de inversión social y productiva. El olvido gubernamental y la marginación social son las principales características de estas localidades, que al no habilitar su red caminera hacia los centros urbanos o crear infraestructura de salud en ellas, profundizan la inaccesibilidad de acceso a los servicios de salud.

En este espacio se asientan 28 localidades con alto nivel de dispersión geográfica, sólo 20 de ellas son consideradas, por SEDESOL como de alta marginación social. Las 28 localidades son beneficiadas por los programas OPORTUNIDADES y del SPSS. En este lugar se practica una agricultura de temporal de subsistencia, no obstante que por varias localidades cruza el canal de agua de riego denominado "el 68".

Otras actividades a la que se dedican los habitantes de estas localidades son a la cría de ganado de tipo extensivo, así como al corte de la hoja de palma,

también se desempeñan como asalariados en los campos agrícolas colindantes con esta región. La población analfabeta mayor de 15 años va desde el 6 por ciento hasta un 26 por ciento en determinadas localidades

Las viviendas por localidad sin drenaje van del 11 por ciento al 73 por ciento y un considerable número de viviendas poseen porcentajes elevados de falta servicio de agua entubada, y más aun, una gran cantidad de vivienda poseen pisos de tierra, y altos niveles de hacinamiento (INEGI, 2010). Estas condiciones influyen negativamente en el estado de salud de los habitantes de estas localidades, recibiendo una limitada atención médica bimensualmente por las unidades móviles de la Caravana de la Salud como una forma de respuesta del gobierno federal a la demanda de atención de salud de las poblaciones geográficamente aisladas de las redes locales de salud..

El proceso de implementación del SPSS en esta área rural al no considerar en su justa dimensión las barreras de accesibilidad geográfica y organizacional de acceso a los servicios médicos desprotege socialmente la salud en este tipo de localidades.

La atención del SPSS está puesta en los gastos de bolsillo de salud y en el gasto catastrófico por motivos de salud, dejando de lado las distancias y condiciones que privan para acceder a los servicios de salud. La distancia entre las localidades demandantes y las localidades ofertantes de servicios médicos en este espacio geográfico limita la protección social a la salud.

Resulta de nodal importancia considerar las accesibilidades geográficas en la implementación de modelos de salud destinados a los pobres del medio rural. La accesibilidad a los servicios de salud ofertados y financiados por el gobierno es una forma de interactuar entre los puntos de origen (usuarios potenciales) y la facilidad con la que se puede alcanzar cierto destino (unidades de servicio). La interacción entre el origen de la demanda de salud (por ejemplo, Capirato) y el destino de la oferta de salud (Por ejemplo, Culiacán) sintetiza las

probabilidades de contacto entre estas localidades y potencializa el acceso a servicios de salud en sus diferentes niveles de atención en lugar determinado

El lugar como espacio diferenciado y como área con sus específicos caracteres, con su propia singularidad, no sólo es el espacio de encuentro y desencuentro de origen y destino, sino la unidad (accesibilidad) de sitios locales en torno a una problemática determinada. El lugar geográfico no es el mundo de las vivencias y experiencias individuales y colectivas, pero éstas se perfilan en una dimensión geográfica y como tal forman parte del objeto de intervención con un fin previamente definido. La intervención que requiere de ciertos niveles de accesibilidad, de un atributo compartido, tanto del origen como del destino, ambos se interrelacionan recíprocamente.

En este marco geográfico, la implementación del SPSS inicia en un punto geográfico interactuante: tiempo y lugar, en un momento histórico del actuar y en un contexto determinado, permitiendo inferir la posición predominante del gobierno frente a una cuestión que afecta a sectores de la sociedad. Desde esta perspectiva la implementación de una política social de salud como lo referido al SPSS se inicia con un proceso denominado afiliación.

La promoción de afiliación en estas localidades inicia en el 2002, asegurando a las familias que obtendrían una atención médica oportuna en el centro de salud más cercano y en el Hospital General de la región, sin que esto significara un desembolso monetario al momento de la filiación y durante el período de vigencia del seguro. La afiliación en este lugar no fue del todo homogénea, las dificultades de acceso a estos territorios y la permanencia en ellos impidieron que tal proceso se efectuara de la mejor manera.

La afiliación a cargo de la brigadas del Régimen Estatal de Protección Social a la Salud (REPSS) y del Modulo de Afiliación (MO) con sede en la cabecera municipal de Mocorito, no han llevado al 100 por ciento la afiliación en el periodo 2002-2010. El 36.5 por ciento de las familias encuestadas afirman que fueron afiliadas por las brigadas del REPSS en sus localidades de residencia.

Un 29.3 por ciento se afiliaron en la ciudad de Culiacán, el 14.4 por ciento en la ciudad de Guamúchil, el 9.9 por ciento en la cabecera municipal de Badiraguato, el 7.2 por ciento en el pueblo de Pericos Mocorito, el 1.7 por ciento en cabecera municipal de Navolato y sólo el 1.1 por ciento en la cabecera municipal de Mocorito.

De estos datos se deduce no solo que el 63.5 por ciento de las familias de estas localidades tuvo la necesidad de acudir a otros lugares en busca de la afiliación, ocasionándoles gastos de transporte y alimentación. La afiliación entro en el espacio donde la política empieza a abandonar el cielo de los deseos y a tocar el mundo real (Aguilar Villanueva, 2007), mostrando las fallas de la implementación. Esta heterogeneidad de afiliación en gran medida se debe a la existencia de barreras de accesibilidad geográfica, como la existente entre estas localidades y la cabecera municipal de Mocorito.

En relación a las distancias de diferentes puntos (Mocorito, Guamúchil y Culiacán) en que se encuentran los hospitales integrales, la podemos tipificar de la siguiente forma:

1.- Ruta Capirato a la cabecera municipal de Mocorito, se llega mediante un rodeo por la carretera local de Badiraguato y la carretera México 15: Pericos – Guamúchil y la carretera local Guamúchil – Mocorito, recorriendo una distancia de 80 kilómetros en transporte con una duración de una hora y media a dos horas. Y de Capirato a Culiacán se recorre una distancia de 55 kilómetros en un tiempo de 50 minutos a una hora.

2.- Ruta Crucero de San Francisco (conocido como crucero de Badiraguato) a la ciudad de Culiacán por la carretera México 15 es de 42 kilómetros y se recorre en un tiempo de 30 a 45 minutos. Y hacia la cabecera de Badiraguato es de 25 a 30 minutos.

3.- Ruta Comanito a la cabecera de Badiraguato por la carretera local es de 26.5 kilómetros, recorriéndolos en tiempo de 15 a 20 minutos. Y a Culiacán es de 50 kilómetros, recorriéndose en un tiempo de 50 minutos.

4.- Ruta Rancho Viejo a la ciudad de Guamúchil por la carretera México 15, es de 45 kilómetros y se recorre en un tiempo de 30 a 40 minutos, y a Culiacán es de 60 kilómetros, recorriéndose en un tiempo de una hora.

Las distancias de este espacio a los diferentes lugares donde están instalados los servicios de salud muestran las formas organizativas del medio de transporte terrestre (distancia y horario) y la movilidad de la población en busca de mejoras a la salud en el primer y segundo nivel de atención. Es importante destacar que los pobladores de las diferentes localidades emplean tiempos menores a una hora para llegar a los puntos de estas rutas.

Aunado a esta problemática, existen algunas localidades que no han sido visitadas ninguna vez por las brigadas de afiliación como son El Guamúchil, Piedras Blancas, Chicorato y Sasalpa, localidades inconexas al sistema de carreteras. La afiliación se da de manera accidentada por no existir un MO en este espacio, o más exactamente en la cabecera municipal de Pericos (población urbana más cercana a estas localidades), o bien, por no contar estas localidades con unidades de salud.

Si la filiación ha sido compleja, también lo ha sido la asignación de los afiliados a las unidades de salud. En este renglón, las asignaciones las clasificamos de la forma siguiente:

- 1.- El 71.3 por ciento de las familias afiliadas al SP fueron asignadas al centro de salud de Pericos.
- 2.-El 12.7 por ciento de las familias se asignaron a las Unidades Móviles de Salud, denominadas Caravanas de la Salud.
- 3.- El 7.7 por ciento se asignaron al centro de salud de Culiacán.
- 4.- El 2.8 por ciento se asignaron al centro de salud de Badiraguato.
- 5.- El 2.8 por ciento al centro de salud de Guamúchil,
- 6.- El 1.1 por ciento al centro de salud de Caimanero.
- 7.- El 1.1 por ciento al centro de salud de la Higuera de Badiraguato.
- 8.- El 0.6 por ciento en el centro de salud de Navolato.

Las disparidades en la asignación dejan entrever las barreras organizacionales a las demandas de atención a la salud a la población rural. La lejanía de las unidades de atención a la salud de la población, trae como consecuencia que el sistema de salud en este tipo de lugares no responda adecuadamente a las necesidades y expectativas de los usuarios, empeorando en aquellos que padecen enfermedades crónicas degenerativas. Este perfil epidemiológico en los usuarios rurales no se ha acompañado de un cambio en la organización de los servicios de salud.

No obstante estas asignaciones, las familias esperan las caravanas de salud o se trasladan al centro de salud de Pericos, o al Hospital General de Culiacán, o bien, al Hospital Integral de Badiraguato. Sin embargo el problema de la asignación más problemática es la relacionada a la Caravana de la Salud, en el sentido de que es una unidad médica ambulante y visita a éstas localidades cada mes o dos meses, además las familias asignadas a este tipo de unidades médicas no son bien aceptadas en el centro de salud de Pericos por no estar dentro de la cobertura territorial que debe cubrir.

El argumento de las autoridades de centro de salud de Pericos es que las familias de esas localidades fueron asignadas por la Secretaria de Salud a la Caravanas de la Salud por considerar que estas familias carecen de los recursos necesarios para salir de esos sitios y estos se encuentran muy retiradas de las unidades médicas.

Este hecho convierte a las Caravanas de Salud en unidades de contención de los derechohabientes del SPSS. Esta contención se presenta de manera notable y continuara en ascenso en la medida en que el centro de salud no cuenten con el suficiente personal médico y la infraestructura adecuada, pero sobre todo, crecerá en la medida que los índices de pobreza vayan en aumento.

En este tipo de condiciones ¿qué utilidad tiene el SPSS para las familias asignadas a las unidades ambulantes de salud? Es evidente que este hecho

representa una inconsistencia de la implementación del nuevo modelo de salud. Además, la Caravana empieza a tener problemas para atender a toda la población sin seguridad social de estas localidades que acuden a obtener un servicio médico¹⁸, como la creciente demanda de atención médica. Retomando el punto de vista organizacional de Chiavanato Idalberto (2009), puede considerarse que en las localidades de este espacio geográfico, la estrategia organizacional de salud de la Caravana de Salud tiene dificultades para atender la *demanda del entorno* de la atención de salud.

El comportamiento organizacional para acercar la oferta de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, de manera integral y resolutive, en poblaciones que habitan las microrregiones de menor índice de desarrollo humano, marginadas y con alta dispersión geográfica es cuestionado por los propios usuarios de los servicios de salud.

La temporalidad de visita, la insuficiencia de equipos itinerantes y el aumento de enfermedades crónico degenerativas impiden otorgar atención médica básica independientemente del estatus socioeconómico, laboral y su lugar de residencia de las familias, independientemente de si están o no afiliados al seguro popular o al régimen de la seguridad social.

Más aún, a este proceso se suma el hecho que el 37 por ciento de las familias afiliadas no les fue entregado el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). En este documento se definen y describen las patologías y servicios de salud de primero y segundo nivel de atención a los que tienen derecho los afiliados del seguro popular así como los respectivos medicamentos.

No tener el documento significa el desconocimiento de sus derechos, generando conflictos entre el derechohabiente y las unidades públicas de

¹⁸ Una jefa de familia relata: *"Mire, en esta comunidad, a los de la Caravana de la Salud se les está saliendo fuera de control los enfermos, porque no les alcanza el tiempo para atender a todos, trabajan de 8 a 8 y algunos quedan sin consulta. Antes se quedaban 4 días y hoy se quedan 2 días. Además vienen gentes de otras comunidades como las del Salto, La Cofradía, La Quebrada, La Morita y a veces de la Vainilla, Las Aguamitas, El Barrial, Chicorato y Sasalpa"* (C-54.CAP)

salud, principalmente lo relacionado al tratamiento de las enfermedades y la entrega de medicamentos. Los usuarios al exponer sus experiencias en el tratamiento de salud dejan en entretener la necesidad de atención a su salud, independientemente de lo que diga el documento y finalmente dan cuenta de que la protección social a la salud está también fragmentada, es decir, no es completa.

No obstante que todos los mexicanos tienen derecho a la salud, expresado constitucionalmente, en el terreno de los hechos no es así. El SPSS no cubre enfermedades como las de las articulaciones de las rodillas. Este hecho lo dejan claro las personas entrevistadas de estas localidades¹⁹

Testimonios sobre una protección social de salud fragmentada abundan en estas localidades, ponen al descubierto el desconocimiento de sus derechos que les otorga el SPSS y las desventajas imperantes del sistema de salud, las cuales no son subsanadas por el nuevo modelo de salud, aun más, estas desventajas se hacen más evidentes cuando las familias buscan disponer en el lugar y tiempo apropiado los servicios de salud. Los resultados de la encuesta indican que el 27.1 por ciento no han dispuesto en el lugar y el tiempo apropiado los servicios de salud, principalmente en las localidades más adentradas a la zona serrana como Capirato, la Calera de Capirato y Piedras Blancas.

Esta situación ha arrojado casos de fallecimiento de algunas personas a causa de la inexistencia de servicios de segundo nivel de atención. Los lugares más cercanos al centro de salud de Pericos son el Aguapepe de los Gallardo y la Vainilla, incluso, las localidades conexas a las carreteras pavimentadas como

¹⁹ “Yo he tenido fuertes dolores en las rodillas, me duelen las articulaciones. Del Hospital General me han regresado 2 veces y no me dieron ninguna pastilla, me dijeron que esa enfermedad no la cubre el seguro popular y aquí estoy sin poder hacer nada”. (C-57.CAP). “El seguro popular no nos saca de grandes problemas, fijese nada más, mi esposo necesita una prótesis en la rodilla y el famoso seguro no lo cubre. Mire ese seguro, cuando la medicina pasa de los 100 pesos ya no la dan. El seguro es más bien para las mujeres que van a parir o para las mujeres que se *enferman de la matriz*. La realidad es que tenemos que ir con un doctor particular porque la caravana viene cada 2 meses. Si vamos al centro de salud tenemos que madrugar mucho y esperar raites para ir a Pericos y de todas formas muchas veces no alcanzamos fichas. Con un particular podemos llegar más tarde. Realmente el centro de salud lo ocupamos para que nos den una orden para ir al Hospital General o al Hospital de la Mujer” (C- 70.MAJ).

son Rancho Viejo, Comanito, La Majada de Abajo, Calomato y el Capule. Sin embargo el centro de salud de Pericos se ubica en el primer nivel de atención y no tiene servicio nocturno y tampoco tiene servicios los sábados y domingos.

El 12 por ciento de las familias de las familias que han necesitado servicios médicos de urgencias refieren que las causas de esta problemática se deben a la inexistencia de Servicios de Urgencia Médica en el centro de salud de Pericos. En tanto que el 9.9 por ciento se refiere a las dificultades para recibir atención médica se deben a que no tienen para conseguir un carro, o bien, raites, el 3.9 por ciento señala que no hay servicio nocturno y doctores permanentes, el 3.3 por ciento señala que no alcanzan ficha en el turno matutino y es difícil quedarse para el turno vespertino por no alcanzar raites de regreso a sus localidades, mientras que el 1.2 por ciento señala que las enfermedades no han sido graves.

¿De qué tipo de protección social de salud estamos hablando? El financiamiento de salud del SPSS no cubre la necesidad de las demandas sociales de salud. En Chile, un país con sistemas de protección social similares al nuestro, tienen servicios públicos de salud de emergencia, con mecanismos eficientes de respuesta inmediata a la atención de emergencias de salud. Estos servicios públicos son las base sobre la cual se implementaron los planes nacionales de salud y su desarrollo aparece correlacionado con indicadores de salud de la población chilena (Olavarría Gambi Mauricio, 2005).

La demanda del Servicio de Urgencias para la población sin seguridad social en la cabecera de la sindicatura de Pericos es una demanda añeja. Esta sindicatura está formada por 42 localidades rurales denominadas comisarías, y una localidad urbana, albergando una población de 16,400 habitantes. El 87.5 por ciento de las localidades están enclavados en la zona agrícola de temporal. Los Servicios de Urgencias para este porcentaje de localidades que permitiría atender prioridades mediante la aplicación tratamiento pre-hospitalario, estabilización de lesionados y establecer la magnitud del problema y de ser necesario hacer los traslados hacia los hospitales. Es importante destacar que

años anteriores al 2009 los casos de enfermos o accidentados de estas localidades eran atendidos y trasladados urgentemente a Culiacán por la Cruz Roja de Pericos, servicio que se cancela el 29 de julio de 2009 por problemas relacionados con el narcotráfico.

En relación al empleo del seguro popular por parte de las familias encuestadas al acudir a las unidades de salud públicas, el 79.6 por ciento afirma que sí lo ha empleado y, el 20.4 por ciento no lo ha empleado. Este 20.4 por ciento de familias expresan que no lo usan porque no les gusta esperar a que los atiendan, prefirieron ir con un médico particular.

La experiencia de haberlos traído de allá para acá, con muchas vueltas y nada en la búsqueda de un familiar para ser operado de emergencia en el hospital general, los ha llevado a tener seguro popular como reserva. Otras familias han señalado que en el centro de salud de Pericos nunca los atienden como debe ser, dicen: lo único que nos dan es paracetamol y antibióticos, pero la medicina cara no, los mandan a las farmacias de genéricos o, similares, o bien, encargan la medicina hasta Culiacán.

El grueso de familias encuestadas ha empleado el seguro popular en diversos servicios de salud en el tratamiento de diversas enfermedades. Los resultados se agrupan en cuatro tipos de enfermedades:

- 1.- El 37.6 por ciento se ha atendido de enfermedades ubicadas en el primer nivel de atención, como son las diarreas, fiebres, dolores de cabeza, de estómago y de muelas, gripas, enfermedades de garganta, bronquitis, problemas respiratorios, alergias, gastritis aguda, próstata y deshidratación.
- 2.- El 16.3 por ciento se han atendido de enfermedades crónicas degenerativas como son la diabetes, hipertensión y otras enfermedades del corazón, trombosis cerebral, enfermedades renales y la tiroides.
- 3.- Un 6.6 por ciento se han atendido de enfermedades de la mujer, como enfermedades de matriz, problemas emocionales y quistes en los ovarios.

4.- Un 16.7 por ciento se han atendido, no de enfermedades sino de problemas de parto, cesáreas y abortos.

5.- Un 2.4 por ciento se han atendido de mordeduras de animales venenosos, mordeduras de burro, y de accidentes diversos.

Las enfermedades en sí mismas significan para los individuos que la padecen o para los miembros de los grupos a los que estos pertenecen, estilos de vida diferenciados. Todas ellas forman una trama de relaciones que existe entre el medio, los seres vivos y el hombre, constituyendo un sistema. El concepto de enfermedad, se halla en correspondencia con los valores trascendentes que tienen los grupos con las posiciones económicas. En el caso de las enfermedades crónicas se les denomina crónica porque acompañarán al paciente toda su vida, y son degenerativas porque conllevan una degeneración de los tejidos y órganos afectados provocando un deterioro en la salud.

Es así que el 16.3 por ciento de los afiliados al seguro popular que se atienden de enfermedades crónicas degenerativas. Este hecho nos dice no sólo que este tipo de enfermedades ha llegado a las localidades rurales y que existe la necesidad de intensificar programas comunitarios de detección temprana e intervenciones que prevengan la mortalidad prematura sino que además ya no son enfermedades de los países industrializados o de las clases pudientes, sino que hoy también la padecen los pobres. El problema social del padecimiento de una enfermedad crónica trae como consecuencia la pérdida de independencia, años con discapacidad o la muerte, y supone una carga económica considerable para los servicios de salud.

Estas enfermedades no están aisladas de otras enfermedades, se encuentran interrelacionadas con las enfermedades de la pobreza. El 37.6 por ciento de los afiliados al seguro popular de estas localidades padecen este tipo de enfermedades y se relacionan con la desigual distribución del ingreso, constituyéndose en principal problema al que se enfrenta el modelo económico imperante y al que se buscan soluciones desde el predominio de la democracia como sistema político. El ingreso también se relaciona con los problemas de

parto, cesáreas, abortos, enfermedades de matriz, quistes en los ovarios y problemas emocionales, encontrándose en esta situación el 23.3 por ciento de los afiliados.

Un dato que pareciera poco significativo es el relacionado con los lugares naturales y el medio de trabajo. Son lugares con el monte cerca de la vivienda y el uso de bestias de trabajo generalmente causa accidentes que van desde la mordedura a la caída desde arriba de esos animales, y peor aún, los daños ocasionados por mordeduras o piquetes de animales venenosos ponen en riesgo de perder la vida. Estas situaciones son comunes en estas localidades y por lo general se carece de servicios médicos, recurriéndose al uso de ramas y hierbas para curar estas lesiones.

También existen casos que no le han valido poseer el seguro popular, ocasionándoles fuertes gastos de bolsillo. El 6.1 por ciento refieren que no le cubre estudios de laboratorio y rayos X; al 8.3 por ciento no les ha cubierto medicamentos que requieren las pos-operaciones; y un 29.8 por ciento señalan que no les han cubierto los costos enfermedades como Insuficiencia renal, anemia, derrame cerebral, lupus, dolores en las articulaciones, cirugías en quebraduras de huesos, cáncer, reimplantes, crisis asmáticas, cirugías de hemorroides, estudios del corazón, estudios de alergología, operaciones de apendicitis, inflamación de testículos, estudios de tomografías, inflamación de molares y problemas ginecológicos.

Estas enfermedades, a excepción del lupus, dolores en las articulaciones y quebraduras de huesos, están contempladas a ser tratadas por las Unidades Hospitalarias según lo establece el CAUSES 2010, en el apartado "Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos" Esta situación pone entredicho la efectividad del sistema de protección social a la salud en el sentido de reducir estos gastos para aliviar la pobreza de los que menos recursos tienen.

Además, el hecho es aun más evidente en lo relacionado a los medicamentos. El 78.5 por ciento de las familias encuestadas refieren que se han visto obligadas a comprar las medicinas en las farmacias particulares, el 12.2 por ciento a veces se ha quedado sin comprar algunos medicamentos; el 3.9 por ciento regresa a la farmacia del centro de salud de Pericos; el 1.7 por ciento se queda sin comprarlas: al 3.3 por ciento nunca le han faltado los medicamentos y sólo 0.6 por ciento va con médicos particulares.

Esta problemática es muy sentida en la población rural de la zona serrana, no sólo por costo que representa y la merma que genera a sus ingresos sino por la fe depositada en ellos. Los medicamentos encierran en sí la comprensión de las dinámicas cotidianas del individuo enfermo, enfermedad y salud, están relacionadas con el medicamento. El medicamento media entre la salud y la enfermedad, tiene una relación con el mundo social, incorporando de poderes y de símbolos representados en las creencias y confianzas respaldadas por la garantía técnica (Méndez María, 2000)

La falta de medicamentos no sólo es una injusticia financiera a los excluidos del sistema de seguridad social sino un golpe al corazón del enfermo, a las relaciones simbólicas que mantiene con su entorno. Del punto de vista financiero, la falta de medicamentos es una estrategia del gobierno federal encaminada a ceder al sector privado la prestación del servicio farmacéutico no obstante que postula una oferta de atención cuyo cumplimiento implica disponibilidad de calidad médica, y sobre todo de recursos e infraestructura con los que no cuenta.

El grado de injusticia hecha hacia los afiliados al seguro popular tiene grandes dimensiones, que por el momento no abordaremos por no ser objeto de esta temática, sin embargo, no está demás hacer notar que a finales de febrero de 2012, en diversos medios periodísticos de circulación local se señalaba que la Auditoría Superior de la Federación había detectado en el 2010 anomalías en el programa de seguro popular por alrededor de 201.6 millones de pesos. Hace mención que La Secretaría de Salud, aplicó recursos de la cuota social y federalizados por 67 millones 228 mil 819 pesos al pago de medicamentos,

material de curación y otros insumos que excedieron el monto establecido por la normatividad. (Noroeste: 24-02-2012).

Podemos decir, que a la estrategia del gobierno federal se suma el sistema de corrupción que priva en la administración de las finanzas del SPSS. No obstante estas anomalías en relación a los medicamentos, el 89.5 por ciento expresan que muy probable que continúen afiliados al seguro popular, el 8.8 por ciento dicen que es poco probable; y el 1.7 por ciento señalan que es poco probable.

El seguro popular no deja de representar una esperanza de tener al menos un instrumento para hacer frente a las enfermedades que le aquejan, aunque en el nivel de satisfacción, el 49.9 por ciento de las familias se encuentra muy satisfechas, el 41.4 por ciento están algo insatisfechas, el 12.7 por ciento están muy insatisfechas y el 5 por ciento no están nada satisfechas. Los niveles de satisfacción constituyen una importante dimensión subjetiva del proceso de calidad de la atención que se ofrece. La calidad percibida por los usuarios posee una connotación histórico-cultural, es específica para una sociedad concreta, para un momento histórico determinado, este programa

3.6.- La capacidad de pago en localidades rurales

Con la reforma estructural del sistema de salud en el 2003 el Estado buscó dar respuesta al desafío de mejorar la justicia en el financiamiento a la salud de la población sin seguridad social, mediante el ofrecimiento de un programa de aseguramiento para proteger a las familias más expuestas a sufrir gastos catastróficos por motivos de salud.

El eje de la reforma fue la creación del Sistema Protección Social de Salud, instrumentando un seguro universal subsidiado conocido como seguro popular de salud. La protección financiera consiste en reducir el gasto directo de bolsillo en salud y el gasto catastróficos por motivos de salud considerando en las familias su capacidad de pago, el cual se obtiene descontando del gasto de los hogares el gasto de subsistencia (Salud: México, 2002)

La justificación de este seguro descansa en el supuesto de que cualquier hogar (pobre o rico) puede llegar a enfrentar una enfermedad de alguno de sus miembros y disminuir su ingreso. Si la familia afectada se ve obligada a asumir directamente el costo de la atención médica, su capacidad para cubrir otras necesidades básicas –alimentación, educación o vivienda– puede verse súbitamente mermada. Las familias de altos ingresos pueden vender sus bienes o hacer uso de sus ahorros para curar sus enfermedades. Los hogares pobres pueden llegar a perder el patrimonio de toda una vida.

El nuevo modelo de salud, parte del planteamiento de que para hacer realidad la democratización de la atención de la salud, se debe contar con un sistema que facilite el acceso equitativo a los servicios de salud a todos los mexicanos, independientemente de su capacidad de pago. Sin embargo, la capacidad de pago, independientemente de su tamaño, se obtiene sólo si existe empleo. En el medio rural, además del empleo debe tener las condiciones de accesibilidad geográfica de acceso a las unidades de salud.

Podemos apreciar que la justicia financiera, definida como la contribución que mide el grado de equidad en el financiamiento del sistema de salud resulta escasamente equitativa en regiones rurales. Las familias empobrecen no porque disminuyan sus gastos de salud sino porque no gozan de ingresos permanentes y formales.

El ingreso de las familias encuestadas afiliadas al seguro popular se encuentra por debajo la línea de pobreza. Esta línea resulta cuando los individuos se encuentra en situación de tres o más carencias (alimentación, salud, educación) dentro del Índice de Privación Social y que, además, se encuentren por debajo de la línea de bienestar mínimo, esto es, que a pesar de hacer uso de todo su ingreso en la compra de alimentos, no podría adquirir lo indispensable para adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana (CONEVAL, 2011).

Para la OMS, la OIT y la CEPAL, la línea de pobreza se constituye con ingresos inferiores a 2 dólares diarios o 732 dólares anuales. Este cálculo, producto del juicio normativo realizado por expertos de estas organizaciones internacionales consideraron que por lo menos un 10 por ciento de los ingresos de la población son destinados al gasto de salud, es decir, 73 dólares anuales. Esta cantidad marca la línea de pobreza aceptada. En relación a la línea de pobreza extrema el Banco Mundial la estableció como aquel ingreso menor a un dólar diario, conocido como línea internacional de pobreza extrema (Ravallion Martín: 2008).

La pobreza rural, por lo general se le identifica como pobreza extrema. La pobreza rural difiere de la urbana en muchos aspectos importantes. Uno de estos aspectos es las fuentes de ingreso entre los pobres rurales y los urbanos. En el medio rural no existen empresas públicas y privadas, establecimientos comerciales y de servicios públicos capaces de proporcionar empleos y como consecuencia la imposibilidad de ingresar al régimen de seguridad social.

En las zonas rurales los sistemas de producción son carenciales y el trabajo es de carácter temporal. En cambio los habitantes en condiciones de pobreza de las zonas urbanas están rodeados de servicios y oportunidades (aunque tengan acceso limitado a ellos). Los habitantes de las zonas rurales en condiciones de pobreza se benefician de las redes de la economía, como la agricultura de subsistencia y de vínculos dentro de la comunidad local. Estas diferencias apuntan a la necesidad de realizar intervenciones de política a la medida del problema.

El ingreso familiar de las familias al seguro popular en el medio rural es obtenido en un 90 por ciento semanalmente y está estructurado en 9 tipos de ingresos tal (véase cuadro 9). El 70.7 por ciento de las familias reciben ingresos entre 400 y 600 pesos, el 11.7 por ciento reciben ingresos entre 700 y 900 pesos; el 13.8 por ciento reciben ingresos menores a 400 pesos; el 3.3 por ciento no tienen ingreso fijo y sólo el 0.6 por ciento reciben ingresos superiores a 900 pesos.

Cuadro 9. Ingreso semanal en las familias rurales

Ingreso familiar	Frecuencia	Porcentaje
Sin ingreso fijo	6	3,3
Menos de 400 pesos	25	13.8
400 pesos	29	16.0
500 pesos	41	22,7
600 pesos	58	32.0
700 pesos	5	2,8
800 pesos	13	7.2
900 pesos	3	1.7
Más de 900 pesos	1	0.6
TOTAL	181	100

Elaboración propia. Encuesta a familias afiliadas al seguro popular de salud (2011)

La relación del ingreso familiar con el tamaño de las familias, sin lugar a dudas pone de manifiesto la escasa accesibilidad económica que las familias tienen en esas localidades. El 46.9 por ciento de las familias con ingreso familiar de 400 a 600 pesos tienen de 1 a 3 hijos. Este ingreso sitúa a este grupo de familias arriba de la línea de pobreza, es decir, de 2 dólares diarios (45.08 pesos), que por 6 días trabajados les reeditaría un ingreso de 270.48 pesos. Sin embargo, en una familia de 3 a 5 integrantes, cada miembro sobrevive con un ingreso de que va de 66.6 a 100.00 pesos semanales. Este grupo de familias se acercan más a la línea de extrema pobreza (12.54 pesos diarios), sumando a la semana 75.24 pesos por cada integrante de la familia. Para estar arriba de la línea de pobreza cada uno debería contar con un ingreso mínimo de 399.6 a 600.00 pesos semanales.

En este mismo grupo de familias, el 7.7 por ciento recibe ingreso de 700.00 pesos a 900.00 pesos semanales. Este grupo puede considerarse en esta en mejores condiciones de vida pues goza de ingreso semanal per cápita de \$116.00 a \$150.00. Este grupo de familia está en la línea de pobreza.

El grupo con este mismo tamaño población que se encuentra bajo la línea de pobreza extrema es el que recibe menos de 400.00 pesos semanal y está constituido por 3.9 por ciento de las familias encuestadas, agregándosele el 0.6 por ciento que no recibe ingreso fijo. La situación es aún más grave para

aquellas familias que tienen de 4 a 6 hijos, las cuales representan el 8.3 por ciento (véase cuadro 10)

Cuadro 10: Relación ingreso familiar- Número de hijos

Si no es molestia ¿Podría decirme cuál es su ingreso semanal?	Número de hijos por familia								Total
	Hijos adultos mayores	Un hijo	Dos hijos	Tres hijos	Cuatro hijos	Cinco hijos	Seis hijos	Sin hijos	
No recibe ingreso fijo	4	0	0	1	0	0	0	1	6
Menos de 400 pesos	17	2	3	2	0	0	0	1	25
400 pesos	6	6	7	4	5	0	1	0	29
500 pesos	10	9	8	8	2	1	1	2	41
600 pesos	10	11	18	13	4	1	0	1	58
700 pesos	0	0	0	3	2	0	0	0	5
800 pesos	1	1	5	3	2	0	1	0	13
900 pesos	1	1	1	0	0	0	0	0	3
Más de 900 pesos		1	0	0	0	0	0	0	1
Total	49	31	42	34	15	2	3	5	181

Elaboración propia. Encuesta a familias afiliadas al seguro popular de salud (2011)

En función de estos datos podemos establecer la relación de tres tipos de ingresos con ocho tamaños de familias:

1.- Familias con ingresos de cero hasta 400.00 pesos. En este rubro encontramos que al *33.1 por ciento* de familias afiliadas al seguro popular. Del total de estas familias (60) el 45.1 por ciento de ellas viven solas, sus hijos han salido del hogar para formar otras familias. El 30 por ciento tiene de 1 a 2 hijos y el 20 por ciento tiene entre 3 y 4 hijos; el 1.7 por ciento tiene 6 hijos y el 3.3 por ciento no tiene hijos. En base a estos datos podemos afirmar que el tercio de la población afiliada al seguro popular está en situación de pobreza extrema, esto es, se encuentran por debajo de la línea de bienestar mínimo. Estas familias padecen de incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta (Pobreza alimentaria, CONEVAL, 2011)

2.- Familias con ingresos de 500.00 a 700.00 pesos. En este lugar encontramos al *57.4 por ciento* de las familias afiliadas al seguro popular. Del total de estas familias el 19.2 por ciento de ellas tiene hijos ya casados, el 44.2 por ciento tienen de 1 a 2 hijos; el 30.8 por ciento tienen de 3 a 4 hijos; 2.9 por ciento tienen de 5 a 6 hijos y el 2.9 por ciento no tiene hijos. En este renglón

ubicamos a las familias en situación de pobreza moderada, constituida casi por el 60 por ciento de los afiliados al seguro popular, que en otros términos, podemos decir, que son las familias que bien pueden cubrir sus necesidades mínimas de alimentación, pero cuentan con un ingreso per cápita insuficiente para cubrir necesidades de salud y educación, a lo que CONEVAL denomina pobreza de capacidades.

3.- Familias con ingresos superiores a 800.00 pesos. En este sitio encontramos al *9.5 por ciento* de las familias afiliadas al SP. Del total de estas familias, el 11.8 por ciento de ellas viven solos; el 53 por ciento tienen de 1 a 2 hijos, el 29.4 por ciento tienen entre 3 y 4 hijos y el 5.8 por ciento tienen 5 hijos. En este sitio encontramos a las familias pobres en mejores condiciones de vida. Casi el 10 por ciento de estas las familias cubren bien sus necesidades mínimas de alimentación, educación y salud, pero cuenta con un ingreso per cápita que no le es suficiente para adquirir mínimos indispensables de vivienda, vestido, calzado y transporte para cada uno de los miembros del hogar. A este tipo de situaciones CONEVAL le denomina pobreza de patrimonio.

En el campo de la salud, este tipo de ingreso familiar se refleja en el hecho de que 44.8 por ciento de estas familias no destinan ningún porcentaje de su ingreso a los servicios de salud; el 18.8 por ciento destina mensualmente menos de 100.00 pesos; el 17.1 por ciento destina de hasta 250.00 pesos al mes; el 6.1 por ciento llega a destinar hasta 400.00 pesos un 7.2 por ciento destina hasta 550 pesos; y sólo el 6.1 por ciento destina más de 550.00 pesos mensuales.

Con mayor particularidad se observa que en el grupo de familias con ingreso familiar de 400.00 a 600.00 pesos, el 26.5 por ciento no destina nada a la obtención de los servicios de salud; el 11 por ciento gasta menos de 100.00 pesos; el 9.9 por ciento gasta hasta 250.00 pesos; el 2.7 por ciento gasta hasta 400.00 pesos; el 5.5 por ciento gasta hasta 550.00 pesos; y el 3.3 por ciento gasta más de 550.00 pesos. Estas cifras muestran que difícilmente estas familias están en condición de cubrir gastos de salud, al grado que son

exonerados del pago de la cuota de afiliación para ingresar como derechohabiente al sistema de protección social a la salud.

En relación a que tan protegidas se sienten las familias encuestada como derechohabiente del SPSS, el 45 por ciento de las familias ha manifestado que se sienten *más o menos*. Este concepto es la percepción simbólica de los síntomas que se tienen sobre la misma evolución de la salud o de la enfermedad. Definir el propio estado de salud en un momento dado, es un modo de percibirse a sí mismo y a la realidad en la que se encuentra (auto-concepto). Más o menos es en mayor o menor grado, es el estado interno o externo de salud que manifiesta tener un individuo, es una escala de gradación de mayor a menor o de más a menos.

El ingreso familiar, que es poco, se ve disminuido por los gastos de bolsillo que las familias tienen que hacer para atenderse la salud. Un modelo de salud, operacionalizado mediante el programa de seguro popular significa que no se encuentra cabalmente implementado o está implementado parcialmente.

A pesar de esta situación, del 37.6 por ciento de las familias que reciben ingresos entre 400.00 y 600.00 pesos, encontramos que el 26.6 por ciento sienten que sus familias están seguras contra las enfermedades con el seguro popular. Es importante destacar que el 13.3 por ciento de las familias encuestadas perciben que el seguro popular les proporciona poca seguridad de salud y un 3.9 por ciento consideran que no se sienten nada protegidas con este seguro. Esta percepción proviene del 8.2 por ciento de familias con ingresos de 400 pesos y del 1.6 por ciento de familias con ingresos de 600 pesos semanales.

Un indicador importante que permite ver el grado en que el gasto catastrófico en salud no ha disminuido haciendo uso del seguro popular es el gasto en servicios médico que las familias han realizado para atenderse la salud. El 64 por ciento de las familias han hecho gastos elevados en la compra de medicamentos de segundo nivel de atención; un 10.5 por ciento lo han

realizado en hospitalizaciones; y un 5 por ciento en medicamentos y hospitalizaciones.

Este 85 por ciento de derechohabientes han tenido la necesidad de recurrir a préstamos de dinero o de vender algunas de sus pertenencias para sufragar los gastos. El seguro popular sólo les cubre gastos de enfermedades del primer nivel de atención y algunas del segundo nivel. Tres testimonios de familias que han padecido este tipo de situaciones contradicen los supuestos éxitos que ha tenido el seguro popular contra los gastos catastróficos por motivos de salud:

Como la ve, hace 3 meses lleve a mi niño con mucha diarrea y calentura al centro de salud de Pericos y no me atendieron de inmediato, me dijeron que no era una urgencia entonces agarre a mi niño y a como pude llegue con el médico particular. Me quede sin nada para comer, tuve que pedir prestado para salir adelante. Aquí la falla esta en los doctores (C-155.RVJ).

Yo tengo problemas de la próstata, cada 6 meses me ponen una inyección que cuesta 500 pesos, esta no la cubre el seguro popular. Mire en el hospital general me cobraban 400 pesos por ponerme la inyección que yo mismo había comprado y también compre el equipo para curarme, tuve que vender algunas cositas que tenía, sino como le hacía frente a esta enfermedad (C-139.RVJ).

Mi hija necesita una medicina tres veces al día, cuesta 600 pesos. Necesita esa cajita para 8 días. Este medicamento si entra en el catálogo, se llama Valproato de Magnesio, incluso el Ambrosol entra en el catalogo y no nos los cubren. Que hago oiga, pues a como pude me deshice de algunas pertenencias para que mi hija se curara (C-124 MAJ).

La accesibilidad en este tipo de casos no es un simple indicador de salud, es un proceso que da cuenta de la capacidad de utilización de servicios médicos y las necesidades de atención de la salud. Lo económico es un aspecto que da cuenta de las condiciones precarias en que se encuentra el cuidado a la salud en los espacios caracterizados por sus altos niveles de marginación social y que obstruye la ampliación de la cobertura efectiva de los servicios médicos.

En estos espacios cuentan poco las promociones de la magnificencia del programa de salud porque no se cuenta con las condiciones de infraestructura física de salud necesaria para hacer efectivo el derecho a la salud.

La universalidad efectiva se opaca en tanto que en la práctica, la distribución de hospitales, centros de salud y otros centros de especialidades para la cura

de enfermedades de mayor complejidad y medicación no resultan accesibles a la población rural. Muchas de las necesidades de los pacientes no están cubiertas en los programas públicos de salud y más de aquellos pacientes que carecen o son de escasos recursos económicos y por tal razón no pueden acceder a servicios de salud por sus propios medios económicos.

El modelo de salud en que se sustenta el seguro popular, si bien considera la capacidad de pago no considera la accesibilidad económica de los pobladores rurales geográficamente aislados de los sitios urbanos en donde se asientan las unidades de atención a la salud, constituyéndose en una de las debilidades de la protección social a la salud.

En este sentido, el modelo público de protección financiera a la salud dista mucho de ser una verdadera protección social a la salud, sólo es un intento de disminución de las inequidades de salud que suelen acompañar a la existencia de los sistemas segmentados de salud y de vincular el acceso a servicios médicos adecuados de acuerdo a la capacidad de pago de las personas.

3.7.- Conclusiones

Las barreras de accesibilidad geográfica y organizacional a los servicios públicos de salud, financiados por el SPSS en el espacio de la geografía de la marginación sinaloense son no sólo evidentes sino crónicas. En este escenario, los pobladores de estas regiones han quedado al margen de los beneficios del progreso social, pero no están al margen de él, aportan fuerza de trabajo para que las regiones de los valles y costas reciban el beneficio de ese progreso sin que exista una corresponsabilidad entre ambas geografías (marginación y progreso).

La concentración geográfica de la marginación y la pobreza es la principal barrera de accesibilidad a los servicios públicos de salud y por consiguiente al acceso pleno de financiamiento de la protección social de salud. La geografía de la marginación y la pobreza, manifiesta en la ausencia de oportunidades de desarrollo social, impide el acceso y la accesibilidad a la protección social de

salud en tiempo, forma y lugar, dado que esta protección social depende de la estructura organizacional del sistema fragmentado de salud.

La afiliación al SPSS es la afiliación a un esquema de cofinanciamiento que se establece mediante un prepago a los servicios de salud. El prepago representa el pago anticipado de una protección social de salud fragmentada, cubre el pago de atención médica de enfermedades del primer nivel de atención y algunas del segundo nivel de atención y no en toda su extensión. La implementación de este esquema durante el periodo 2002-2010 no fue del todo implementada en este espacio geográfico rural. El proceso de afiliación ha presentado problemas de accesibilidad (tiempos, distancia y lugar)

La capacidad de pago de los usuarios afiliados al SPSS es poco significativa. El hecho de que sólo un 10 por ciento de los usuarios tengan capacidad de pago muestra que el 90 por ciento de ellos carecen de accesibilidad económica a los servicios públicos de salud. Además, un 85 por ciento de las familias de estas localidades han cubierto con ingresos propios los gastos catastróficos por motivos de salud, lo que trae como consecuencia no sólo la disminución de su capacidad de pago sino que viene a contradecir el supuesto éxito de este nuevo modelo de salud pregonado por los funcionarios e investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud y la Fundación Mexicana para la Salud.

CAPÍTULO IV: ACCESO Y ACCESIBILIDADES A LOS SERVICIOS DE SALUD

4.1.- Introducción

En este capítulo exponemos los componentes geográficos, organizacionales y culturales de la accesibilidad a la salud con el objetivo de identificar nuevas formas de intervención social en la protección social de salud en espacios geográficos de alta marginación rural. Para este fin, se desglosa este capítulo en cuatro apartados.

En el primer apartado describimos las características de las familias afiliadas al SPSS moradoras de las localidades que conforman el espacio geográfico, ubicado en la zona sur del municipio de Mocorito, entre la zona de cerros de la sierra madre occidental y la carretera México 15, colindante con la carretera a Badiraguato. En el segundo apartado se analiza el grado de inaccesibilidad geográfica que presenta los pobladores rurales de estos lugares en el acceso a los servicios de públicos de salud, reflejándose en este componente la cualidad habilitadora del usuario ante una restricción del espacio geográfico.

En el tercer apartado se analiza el grado de inaccesibilidad organizacional a la red de servicios públicos de salud, conformada por las unidades de salud de primer nivel de atención, los hospitales integrales y los hospitales generales, reflejándose en esta red los hábitos y prácticas institucionales de acceso a los servicios de salud. En el cuarto apartado se analiza la accesibilidad cultural de las familias de estas localidades a las diferentes prácticas que las familias utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o simbólicos sin la intervención de curadores profesionales.

4.2.- Características de las familias afiliadas al SPSS

El estudio sobre la accesibilidad a los servicios públicos de salud se realizó en 17 localidades rurales de alta marginación social (según los criterios de SEDESOL). Este espacio geográfico se ubica en la zona sur del municipio de Mocorito, caracterizado por poseer tierras de temporal cultivables y encontrarse

de Capirato, La Cofradía de Capirato, Aguapepe de los Gallardo, La Vainilla, El Platanar, Piedras Blancas, Chicorato, Sasalpa, El Guamúchil, Los Mezcales y Zapote de los Cazares.

Las dos primeras localidades se encuentran a la orilla de la carretera del cruce de la localidad de San Francisco (conocido como cruce de Badiraguato) a Badiraguato; las siguientes cuatro están a la orilla de la carretera internacional (tres al sur y una al norte); las catorce restantes están ubicadas hacia el centro del territorio rural.

La población de estas localidades se mantiene estable: del periodo de 2005 al 2010 paso de 4 663 a 4 728 habitantes (INEGI-CGLC, 2011).

En esta zona de acuerdo con INEGI (2011), podemos clasificar los tamaños de población en tres tipos: de 20 a 99 habitantes; de 100 habitantes a 299; y de 300 a 900 habitantes.

1.- Las localidades de 20 a 99 habitantes: Sasalpa (18); Los Mezcales (28), Piedras Blancas (38), Chicorato (51), La Morita (58), Zapote de los Cazares (69), El Guamúchil (90), Aguapepe de los Gallardo (91).

2.- Localidades de 100 a 299 habitantes: La Vainilla (137), El Platanar (158), El Capule (184), La Cofradía de Capirato (193), La Calera de Capirato (199).

3. Las localidades de 300 a 900 habitantes: Ejido Calomato (350), Majada de Abajo (493) Capirato (414), Juan Escutia (624), Comanito (638), Rancho Viejo (838).

En estas localidades se observa, según los datos proporcionados por INEGI (2010), un marcado analfabetismo en la población mayor de 15 años, acentuándose en las localidades de Aguapepe de Gallardo con un 33 por ciento de su población, Sasalpa con un 26.67 por ciento y Capirato con un 22.38 por ciento, en tanto que la población sin primaria completa rebasa el 50 por ciento.

En relación a la salud, a pesar de no encontrar indicadores sobre el estado de nutrición, la tasa de inmunización, las tasas de mortalidad por edades, las tasas de morbilidad por enfermedades, la tasa de discapacidad por enfermedad crónica en población infantil, población adulta, entre otros, sí es posible observar la inexistencia de servicios de salud permanentes.

La mayoría de las localidades son atendidas cada dos meses por la Caravanas de la Salud. Para atenderse de alguna enfermedad de manera inmediata se trasladan hasta el pueblo de Pericos, donde se encuentra un centro de salud, recorriendo de 10 a 19 kilómetros según el lugar donde estas ubicadas, o bien se trasladan a la ciudad de Culiacán, o la cabecera municipal de Badiraguato, o a la ciudad de Guamúchil.

En el aspecto del estado de los servicios que guardan las viviendas, éstas están muy desmejoradas, prevalecen sin servicios de drenaje y agua entubada. Los niveles de hacinamiento de las familias son bastante elevados y un gran número de familias bien en viviendas con piso de tierra. Con relación al servicio de energía eléctrica, todas las localidades cuentan con este servicio, sin embargo aun existen numerosas viviendas sin refrigeradores para conservar los alimentos (INEGI. Censo de Población y Vivienda 2005).

Respecto a la infraestructura carretera, sólo habitantes de 6 localidades se pueden trasladar a diferentes lugares a través de las carreteras internacional y una local, que va del cruce de San Francisco a Badiraguato. Las 14 restantes se trasladan por caminos de terracería y algunos de ellos están en muy mal estado. La mayoría de ellos se descomponen en tiempos de lluvias. Estas 14 localidades no gozan de medios públicos de transporte y por lo general de trasladan pidiendo “aventones o raites” hacia el pueblo de Pericos o a la carretera internacional o a la local para tomar un transporte hacia alguna ciudad.

Los pobladores de estas localidades practican una agricultura de temporal (Garbanzo, ajonjolí, sorgo y maíz, así como la una ganadería extensiva. Los

índices de desempleo son muy elevados y los jóvenes generalmente salen de sus comunidades en busca de empleo en las ciudades o pueblos urbanos, que una vez acomodados en algún trabajo ya no regresan, hacen su vida en esos lugares. Otros tantos más abandonan sus lugares de origen por clima de inseguridad que ahí se vive.

La mayoría de estas localidades presentan altos índices de marginación social y de migración hacia otros lugares del estado o a Estados Unidos. La marginación, es la característica principal de la población que habita en estas localidades, pues se constituye en la dificultad principal para acceder al progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva y por lo tanto son excluidas del sistema de seguridad social y del disfrute del bienestar social.

A este estudio incluimos una propuesta de tipología de edades de los afiliados de estas localidades al SPSS desde la perspectiva del concepto de estado funcional de salud (OMS; 1998) para establecer la integridad del individuo en el proceso de aseguramiento de la salud en términos de financiamiento en este espacio geográfico.

La integridad de salud es una medida para conocer el estado general de salud de los grupos sociales en determinado tipo de situaciones. Esta medida permite identificar una nueva forma de intervención social en el estado funcional de salud de los usuarios afiliados al SPSS. En base a este concepto, construimos una tipología de edades de jefes de familias afiliados al seguro popular de salud, quedando expresado de la siguiente forma:

1ra. Edad: 18 a 35 años. En esta edad se ubica el 32 por ciento de los jefes de familia. En este tipo de edad se considera a los adultos como muy jóvenes y se constituye en la primera etapa de aprendizaje de la vida socio-familiar. Es la etapa considerada de excelencia para la reproducción humana. Es la edad en que se adquiere la obligación de trabajar, de reproducirse y de formar familia de acuerdo a sus propias condiciones culturales. Pero también adquiere independencia y autonomía, ambos elementos se constituyen en organizadores

de su vida familiar y socio-cultural. El centro de su atención es el trabajo y la formación de su familia.

2da. Edad: 36 a 52 años. En esta edad está el 41 por ciento de los jefes de familia. En esta segunda edad, en la que se considera a los adultos como jóvenes, es una de las fases más funcionales: reproductiva, y productiva. Emplean el conjunto de experiencias adquiridas en la fase anterior para la conducción de la vida familiar y su mantenimiento, e involucramiento más sostenido en el mercado de trabajo.

3ra. Edad 53 a 70 años. En este renglón se sitúa el 20 por ciento de jefes de familia. En esta edad, es la edad en la que se considera a los adultos como mayores pero no viejos, son independientes para llevar a cabo actividades pero con alguna dificultad para realizarlas, ejerciendo un poder de mando en la familia, suficiente para imponer u orientar decisiones.

4ta. Edad de 71 años y más. En esta edad se encuentra el 7 por ciento de total de jefes de familia. En esta cuarta y última edad, los adultos mayores entran en una fase de dependencia y enferman más, causando grandes gastos de salud. Por lo general, la salud empieza a deteriorarse, expresándose en los trastornos del cuerpo y de la mente, cuyos indicadores más relevantes son el cansancio, la falta de sueño, la pérdida del apetito, la tristeza, la ansiedad, la irritación y la falta de confianza en sí mismo. En esta fase su capacidad va disminuyendo conforme avanza la edad, es decir, no pueden realizar actividades por sí solos, incluso tienen que ser asistidos en la alimentación, vestido e higiene.

La edad de los seres humanos se conoce y es segura, es de dominio público y se hace constar en todos los documentos oficiales. Los datos sobre la edad son excelentes para el estudio de la funcionalidad de los seres humanos en el campo de salud. La salud funcional puede definirse como la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar (OMS, 1998).

De este punto de vista podemos concluir que la población rural de esta área geográfica tiene un estado funcional de un 73 por ciento, en otras palabras, goza de capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, debemos reconocer que la edad no puede predecir con rigor el estado de salud y las condiciones de vida de las personas, no obstante que en el campo de la gerontología se recurre a la edad cronológica para definir la vejes y enfermedades de las personas.

Sin embargo, podemos observar el nivel aceptable de capacidad funcional que tienen los habitantes rurales de este territorio para funcionar con autonomía dentro de sus comunidades. La capacidad proporciona una competencia funcional, es decir, un grado de facilidad de pensar, sentir, actuar y comportarse congruentemente con su entorno y su gasto de energía. La salud funcional relacionada con la competencia funcional es un indicador de la calidad de salud y de la forma en cómo los individuos se desempeñan intelectual, emocional y socialmente respecto del mundo y de uno mismo.

Las edades de estado de salud funcional de los pobladores rurales, también vienen a desaprobar aquellas afirmaciones de que las localidades rurales están quedándose sin familias jóvenes. En realidad los jefes de familias que pudieran considerarse adultos mayores está constituido por un 27 por ciento, pero no todos los adultos mayores en este proceso están en igualdad de circunstancias ya que el 20 por ciento de ello están en la tercera edad y sólo el 7 por ciento rebaza los 70 años de edad. El grado de envejecimiento es un proceso lento pero dinámico que depende de muchas influencias internas y externas, incluidas la programación genética y los entornos físicos y sociales (OMS, 1998).

En relación al estado civil de los titulares de la familias encuestadas, observamos que el 51.9 por ciento están casada(o)s, el 34.3 por ciento viven en unión libre, el 9.4 por ciento son viuda(o)s, el 3.3 por ciento madres solteras, el 0.6 por ciento están divorciada y el 1.2 por ciento son mujeres solteras. Es

importante señalar que el 90.7 por ciento son mujeres, y 9.3 por ciento son hombres.

Del total de jefes de familias, el 55.8 por ciento gozan de buena salud. De este total 49 por ciento corresponde a casados y el 39 por ciento a familias en unión libre. Del total de familia casadas observamos que 52 por ciento tiene buena salud, el 37.2 por ciento tiene una salud regular y el resto padecen de no buena salud.

En relación al total de matrimonios en unión libre observamos que el 62.9 por ciento tienen buena salud y el 27.4 por ciento tiene una salud regular y el resto padecen de una no buena salud. Estos datos dan cuenta de que la mayoría de los jefes de familia gozan de cabal salud, lo que no significa que no existan demandas de salud en los jefes de familia restantes, es decir de un porcentaje mayor al 40 por ciento.

Con respecto a la composición familiar lo constituye el número de hijos. El 59.1 por ciento de las familias tienen entre 1 y 3 hijos y sólo el 8.3 por ciento tienen 4 hijos. Lo que significa, en gran medida que la población atiende las políticas de planificación familiar, disminuyendo el número de hijos y generando menos gastos de salud en el sistema de salud pública (véase cuadro 11). En esta perspectiva observamos que el 71.1 por ciento de las familias se encuentran en edad reproductiva, componente de la planificación familiar. Las acciones de esta política han tenido un impacto sustantivos en la salud y en el crecimiento armónico de la población en este lugar, cuya conformación se muestra en la siguiente tendencia:

- 1.- El 40.3 por ciento de las familias tiene de 1 a 2 hijos
- 2.- El 27.1 por ciento de las familias tienen de 3 a 4 hijos
- 3.- El 2.8 por ciento de las familias tiene de 5 a 6 hijos

Un dato significativo es el hecho de que el 27.1 por ciento de las familias de este lugar tienen hijos adultos que ya no dependen del hogar.

Cuadro 11. Número de hijos por familia

HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un hijo	31	17.1
Dos hijos	42	23.2
Tres hijos	34	18.8
Cuatro hijos	15	8.3
Cinco Hijos	2	1.1
Seis hijos	3	1.7
Sin hijos	5	2.8
Hijos adultos	49	27.1
TOTAL	181	100.0

Elaboración propia. Encuesta en familias afiliadas al seguro popular de salud (2011)

En relación al nivel escolar de las familias encuestadas encontramos que el 8.8 por ciento de las madres de familia no saben leer ni escribir y el 13.8 por ciento de los padres de familia están en esta misma situación. Este tipo de rezagos muestra las escasas oportunidades de los jefes de estas familias para ingresar al mercado laboral y acceder a mejores niveles de bienestar personal y familiar, lo que repercute directamente en una mejor calidad de vida y conduce a la equidad social.

El rezago educativo también se refiere al nivel de escolaridad, que por lo general es muy baja o no alcanzaron a concluir sus estudios. En este renglón de alfabetismo encontramos que el 29.3 por ciento de las madres afiliadas terminaron la educación primaria y un 37 por ciento no la concluyó. En relación a los padres los porcentajes son aun más bajos: el 13.8 por ciento terminó la educación primaria y el 33.1 por ciento no logró concluirla. En relación a la educación secundaria, el 12.2 por ciento de las madres la concluyó y el 4.4 por ciento la tiene incompleta. En tanto que el 11 por ciento de los padres termino satisfactoriamente estos estudios, el 5 por ciento la tiene incompleta. En estos renglones educativos son las madres son quienes están mayormente preparadas

En el grado de escolaridad preparatoria son pocos los que estudiaron este nivel. El 3.3 por ciento de las madres concluyó estos estudios y el 4.4 por ciento de ellas tiene este nivel incompleto, mientras que el 2.2 por ciento de los padres tiene concluidos estos estudios y el 1.7 por ciento tiene incompleto este

nivel. Un 0.6 por ciento de las madres tiene otros estudios, en tanto que el 19.3% de los padres se ignora que estudios tienen.

En relación en cómo se autocalifican el estado de salud, es decir, como perciben su estado de salud, encontramos que el 56.4 por ciento de las madres y el 46.4 por ciento de los padres de familias consideran tener una buena salud. La tendencia del 43.6 por ciento en las madres y el 53.6 por ciento en los padres va de regular a una mala salud, llevando al deterioro real o aparente de la salud. Comprender la necesidad de atención de salud en los individuos que se perciben con ciertos tipos de malestares es un indicador que muestra el deseo de estas personas por resolver sus necesidades en salud.

Esta situación vivida de los actores rurales no es impedimento para llevar una vida normal, interactuar mutuamente y ejecutar sus actividades cotidianas, no obstante lo hagan una situación de marginación social a los que están constreñidos, es decir, a las restricciones sociales (falta de oportunidades educativas, de salud, laborales, entre otros), presentes en el espacio geográfico en que habitan.

4.3.- Accesibilidad geográfica de salud

La accesibilidad es un término referido a la condición que posibilita llegar, entrar, salir utilizando los medios de acceso del entorno. Esta dimensión es componente clave de la interacción entre localidades rurales y urbanas, es un medio de interacción entre los niveles de gobierno. La falta de accesibilidad implica marginación y pérdida de calidad de vida para cualquier persona, grupo o comunidad (Roca Parés Albert, 2002).

La accesibilidad, vista desde el contexto de la acción es un constreñimiento que se deriva del carácter dado de las propiedades estructurales en relación a los actores involucrados. El constreñimiento proviene de las situaciones que el actor o agente no pueden modificar e impone límites al espectro de opciones de que dispone el agente en una circunstancia dada (Giddens, 2006). Los constreñimientos en el sistema de salud se expresa en la forma en cómo éste

está organizado en un determinado espacio regional, y en el cómo se accede a él desde un determinado lugar.

El éxito de la política social de salud orientada hacia la implementación de programas de protección social de salud en zonas rurales que busca disminuir el empobrecimiento de familias descobijadas de los sistemas de seguridad social está en función del constreñimiento geográfico de salud. El constreñir se da en un espacio-tiempo, en él transcurre la vida de los individuos en una particular sociedad y más allá de la vida de la gente particular (Giddens, 2006).

El objetivo de la política social de salud en zonas rurales de alta y muy alta marginación social está medido en función de la capacidad de desplazamiento de los usuarios o actores hacia esas unidades de salud.

En la implementación del SPSS en zona rurales de este tipo de marginación, el gobierno poco ha considerado el grado de accesibilidad geográfica que presentan las distintas regiones de país. Esta accesibilidad establece una relación dinámica entre la unidad de salud con las potencialidades de traslado con que cuentan las personas en busca de atención médica.

A partir de 2003, por iniciativa del gobierno federal, se crea el SPSS, otorgando desde este sistema a la población sin seguridad social un seguro público y voluntario de salud, denominado Seguro Popular de Salud (SPS), considerado por el régimen gubernamental como el tercer pilar de la seguridad social en México, adicional al IMSS y al ISSSTE. Este seguro cubre un total de 275 intervenciones médicas con sus respectivos medicamentos, sin embargo, la simple disponibilidad de estos servicios de salud no garantiza que sean usados a cabalidad por los pobladores de localidades rurales dispersas y alejadas de los las unidades de primer y segundo nivel de atención.

Existe una considerable diversidad de restricciones geográficas que afectan el acceso a estos servicios. Estas restricciones se expresan en un *dejar salir* o en *dejar entrar*, y tiene cualidades habilitadoras en el *ir* o *venir*, según la acción

social de los usuarios en circunstancias bordeadas por el espacio- temporal (más tiempo y espacio). La acción tiene determinado poder de influir sobre un proceso o un estado de cosas específicas. Una acción nace de la aptitud del individuo para producir una diferencia en un estado de cosas. En esta diferencia se refleja la cualidad habilitadora del agente ante una restricción del espacio geográfico.

Los servicios de salud financiados por el seguro popular son ofrecidos en forma gratuita. El problema es que las unidades públicas de salud están en un sitio de alguna localidad urbanas. El traslado a esos sitios de prestación de esos servicios tiene *costos* de servicio de transporte o por lo general este tipo de servicios no existen. Los usuarios rurales de localidades serranas tienen que caminar decenas de kilómetros hacia las carreteras para esperar que llegue un transporte y trasladarse en hacia su destino, o bien, esperan a la salida de su localidad a un vecino con carro que los lleve hacia la carretera o que los lleve directamente hacia al punto de prestación de los servicios de salud.

No tener accesibilidad es carecer de capacidad para acceder a los servicios de salud. Tener accesibilidad es tener facilidad para alcanzar cierto lugar desde otros puntos del territorio, es tener las oportunidades de contacto entre determinados orígenes y destinos (Brian Goodall, 1987). Esta visión geográfica de desplazamiento permite medir el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en función de las posibilidades del *salir o venir*, del *origen* al *destino* en el acceso a la red de salud en un espacio geográfico determinado.

La interacción espacial entre origen y destino se deriva del comportamiento territorial de los usuarios a los servicios de salud y de la manera de cómo está determinada la prestación de los servicios de salud en un lugar y en sitio determinado. También se considera el factor tiempo en que los usuarios pueden acceder a servicios locales de salud. Si el tiempo no excede de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales, tener accesibilidad (PNUD, 1997, :250).

Esta connotación expresa una relación concreta entre distribución y localización de los servicios, y se manifiesta como exigencia de ajuste entre las necesidades de los pacientes y los servicios utilizados en un lugar y en un sitio de un determinado espacio geográfico. Esta exigencia es una acción recíproca que se lleva a cabo en el momento en que comienza el traslado hacia las unidades médicas.

La percepción del costo de transporte dado en unidades monetarias, de energía y de distancia, interaccionan con la percepción del *peso de costo*, de incomodidades y riesgos de agravamiento de la enfermedad del usuario. Las percepciones del peso de costo varían en función de la edad, la enfermedad y la capacidad económica del usuario demandante de los servicios de salud.

En esta perspectiva, la accesibilidad de salud se manifiesta como la facilidad con que se puede llegar y tener acceso a los servicios de salud en forma equitativa. Esta facilidad de llegar y acceder constituye una relación funcional que se da entre las restricciones de búsqueda y recepción de la atención, y la capacidad de las personas para recibir dicha atención. En otras palabras, es la relación dinámica que se establece entre los recursos que disponen un sistema de salud y las potencialidades con que cuentan las personas y comunidades para buscar sufragar sus necesidades de salud.

El estudio sobre la accesibilidad en este espacio geográfico que alberga 17 localidades rurales de alta marginación social (según los criterios de SEDESOL), encontramos que la unidad pública de salud más cercana a este lugar se localiza en el poblado de Pericos, cabecera de la sindicatura del mismo nombre, ubicada a 2 kilómetros del cruce de Badiraguato rumbo al poniente.

Los tiempos que emplean las personas de estas localidades para llegar al centro de salud de Pericos, está en función del tipo de traslado acostumbrado. El tiempo varía según el lugar donde estén ubicadas las localidades. El 24.3 por ciento de las familias manifiestan que consumen un tiempo menor a 30

minutos; el 47 por ciento tarda 30 minutos; el 16 por ciento emplea 45 minutos; un 9.9 por ciento llega en una hora; y un 2.2 por ciento emplea en llegar más de una hora.

Sí consideramos los tres últimos datos significa que 28.1 por ciento de las familias de estos territorios rurales presenta problemas de accesibilidad. Sí el traslado es en raites el problema aumenta, llegando a presentarse hasta en un 75 por ciento en los habitantes de estos lugares. No obstante, la inaccesibilidad no sólo se encuentra en el tiempo de traslado sino en el *tener* o *esperar* medios de transporte.

Ambos términos formulan las coerciones para acceder a los servicios de salud. El contexto geográfico sólo da esas dos opciones de salida de la localidad (tener o esperar) a los usuarios que tengan la motivación de curarse. Sumamos a estas coerciones presentes en el traslado, los *costos* y *distancias* recorridas. Estas constricciones inciden en los afiliados al seguro popular al querer hacer valer en tiempo y forma su derecho a la atención médica.

Y si bien el problema de las restricciones geográfica son medibles y comprensibles, habría que comprender el elemento que hace frente a esas restricciones y que habilitan al usuario del servicio de salud: la *motivación*. Este elemento habilitador expresa la acción en la procuración del cuidado de su salud en un determinado lugar y en una determinada unidad de salud. Es entonces, como lo expresa Giddens A. (2006: 2004), el elemento que da origen a las capacidades de los agentes para producir resultados intencionales de la acción.

El traslado a un hospital, como lo es hacia el Hospital General de Culiacán los elementos constrictivos y habilitadores intensan sus grados de operatividad. El traslado de los afiliados a este hospital rebasa los tiempos dispuestos por el PNUD (1977). La llegada a Culiacán tiene un consumo de tiempo y costo. Ningún transporte va directo al Hospital General, todos llegan a la central camionera. De estos lugares a la central camionera de Culiacán se emplea un

tiempo de 50 minutos. De la central camionera al Hospital General se emplea un tiempo, en transporte urbano de 40 minutos. Sumados los tiempos nos dan una hora y media

Es importante destacar que cada una de las localidades posee sus propias condiciones de accesibilidad geográficas para desplazarse hacia los servicios locales o regionales de salud. Las restricciones de accesibilidad geográfica, para familias sin automóvil o camionetas, se localizan principalmente en las localidades como Aguapepe de los Gallardo, Capirato, Chicorato, El Platanar, Calera de Capirato, Cofradía de Capirato, La Morita, La Vainilla, Piedras Blancas, Sasalpa y el Guamúchil. Los caminos en estas 11 localidades son de terracería y son de lento tránsito, tanto por lo pedroso o blando de los caminos, o bien, por los números vados que existen por esos caminos (véase cuadro 12).

Cuadro 12. Distancia y tiempos de traslado

Localidad	Distancia al centro de salud de Pericos	Tiempo en automóvil propio	Tiempo aproximado en raíes	Características de los caminos y/o carretera
1.- Aguapepe de los Gallardo	12 km	45 minutos	Más de 1 hora	7 km de terracería y 5 km de pavimento
2.- Capirato	17.5 km	45 minutos	Más de 1 hora	10 km de terracería y 7.5 km de pavimento
3.- Chicorato	19 km	50 minutos	Más de 1 hora	7.5 km de terracería y 11.5 km de pavimento
4.- Calomato	10 km	Menos de 30 minutos	Menos de 1 hora	Pavimento
5.- El Capule	15 km	Menos 30 minutos	Menos de 1 hora	2 km de terracería y 13 km de pavimento
6.- El Guamúchil	28 km	1 hora	1:30 hora	14 km de terracería y 14 km de pavimento
7.- Platanar	14 km	30 minutos	1 Hora	2.5 km de terracería y 11.5 km de pavimento
8.- Juan Escutia	7 km	Menos 30	45 minutos	Pavimento
9.- Calera de Capirato	16 km	45 minutos	Más de una hora	10 km de terracería y 6 km de pavimento
10.- Cofradía de Capirato	19 km	45 minutos	Más de 1 hora	13 km de terracería y 6 de pavimento
11.- Majada de Abajo	15 km	Menos de 30 minutos	45 minutos	Pavimento
12.- La Morita	11.5 km	Menos de 30 min	1 hora	4 km de terracería y 7.5 de pavimento
13.- La Vainilla	12 km	30 minutos	1 hora	8 km de terracería y 4 km de pavimento
14.- Piedras Blancas	21 km	Más de 1 hora	1: 30 hora	9 km de terracería y 12 km de pavimento

15.- Rancho Viejo	10 km	Menos de 30 minutos	45 minutos	Pavimento
16.- Comanito	11.5 km	Menos de 30 minutos	45 minutos	Pavimento
17.-Sasalpa	16.5km	45 minutos	Más de 1 hora	4 km de terracería y 11.5 km de pavimento

Elaboración propia. Encuesta a familias afiliadas al seguro popular de salud (2011)

Al tiempo de traslado en vehículo propio o de raites al pueblo de Pericos, habría que sumarle un tiempo de 50 minutos si el traslado es hacia la ciudad de Culiacán.

El lugar donde se nace o se reside, aun con todos las condiciones de inaccesibilidad es el *“más bonito, donde se sufren necesidades pero se es feliz...”*, expresan lo lugareños, ... *“pero se constituye en un problema cuando de salir se trata, surgen problemas de salud que requieren ser inmediatamente atendidas”*.

En esta problemática del salir, el 33.7 por ciento expresa que es una dificultad vivir en esas localidades porque *“se batalla”* para trasladarse al centro de salud²⁰ o a un hospital. Trasladarse significa levantarse muy temprano y esperar que alguien con carro vaya hacia Pericos o al menos a la carretera. En el centro de salud hay que estar desde las 5 de la mañana para alcanzar una ficha de consulta. Cómo llegar a esa hora, si llegar entre 6 y 7 horas de la mañana es ya un problema fuerte de traslado.

La accesibilidad geográfica está asociada a la accesibilidad económica. El hecho de que el centro de salud este retirado de las comunidades genera gastos que no son cubiertos por el SPS. El 16.0 por ciento de la familias encuestadas expresan que a veces no tiene ni para pagar una llevada al centro

²⁰ *Mire, cuando llegamos a las 7 de la mañana les decimos a los del centro de salud que venimos de lejos y no nos hoyen, sólo dicen ya no hay fichas. Madrugamos para ir al centro de salud, son 14 kilómetros de aquí a Pericos. Si tenemos suerte y alcanzamos consulta nos dan paracetamol, desparasitantes, jarabe para la tos y cepillos para el cuidado de los dientes, cuando lo que traemos es otra enfermedad. Otros esperamos la caravana de la salud, el problema es que a veces no sabemos cuando llega, no nos avisan los de la comunidad donde llega, de por si vienen poco y cuando quieren (C-129.PBL). Este testimonio manifiesta las dificultades organizacionales de los pobladores para acceder a los servicios médicos ubicados en las zonas urbanas.*

de salud de Pericos, y si llegan a tener sus ahorritos se ven en la necesidad de gastarlos.

Esta accesibilidad no solamente está asociada a la económica, sino también a la organizacional. El 10.5 por ciento manifiesta que el lugar no permite trasladarse inmediatamente a los servicios de urgencias a otras partes. Las unidades móviles de salud conocidas como caravanas de la salud, no dan un servicio permanente, lo proporcionan cada mes o dos meses y el centro de salud de Pericos es el más cercano pero no tiene servicios servicio nocturno ni de urgencia los días sábados y domingos.

4.4.- Accesibilidad organizacional de salud.

Los sistemas de salud en el mundo están organizados sobre la base de una estructura organizacional de atención médica constituida por unidades de salud. Toda estructura tiene un dispositivo de funcionamiento: la cultura organizacional. Cada organización tiene una forma acostumbrada o tradicional de pensar y hacer cosas, compartidas en mayor o menor medida por los miembros de la organización. Pensar y hacer representan el constreñimiento organizacional y desde el cual se establecen las estrategias y sistemas de funcionamiento.

La accesibilidad organizacional en los servicios de salud comprende el *orden de llegada, número de lista y el tiempo de espera, demora o celeridad* en la consulta médica, programación de referencias y contra-referencias médicas, forma en cómo se otorga el tratamiento médico y en la garantía de continuidad de la atención.

Estos constreñimientos muestran la cultura organizacional de las instituciones de salud, considerados por Scatena Villa Tereza Cristina (et al: 2011) como componentes de la dimensión organizacional de salud y sobre los que descansa la estrategia que facilitan el acceso a los servicios de salud, a las prácticas del cuidado de vida de la población.

Cada componente es una forma de expresión del constreñimiento de la estructura, esto es, de las reglas y recursos que intervienen en el ordenamiento institucional de los sistemas sociales (Giddens Anthony, 2006: 200), y en cuya operatividad se manifiesta el poder de la estructura, en otras palabras, son las relaciones de comunicación con las que se transmite una información por medio del lenguaje y de la práctica.

La comunicación, considera Foucault Michel (1988), es siempre, sin duda, una cierta manera de actuar uno sobre el otro o unos sobre los otros. Pero la producción y la circulación de elementos de significado son materializadas en una red organizacional desde donde se establecen relaciones de comunicación y capacidades objetivas.

En Sinaloa, la organización de salud se constituye en una red conformada por las caravanas de salud, centros de salud, hospitales integrales, hospitales generales, cada una con sus propios modos de actuar y comunicar, modos que interactúan en la conformación de la red. Cada una de estas unidades cubre un determinado espacio geográfico y un determinado tamaño de población en forma jerárquica.

En esta organización, el sistema de salud está planificado, categorizado y supervisado adecuadamente. Para cada una de estas unidades de la red de salud existe un nivel determinado de accesibilidad organizacional, es decir, de desplazamiento y acceso a la obtención de atención médica de salud que necesita toda persona según sea el problema que afecta su salud y la atención oportuna que requiera en su integralidad.

En caso del espacio objeto de estudio, desde una comunidad rural (ejemplo: Capirato) se puede desplazar y acceder a un centro de salud rural o urbano, y por medio del procedimiento de referencia, se puede desplazar y acceder a un hospital integral, del mismo modo se puede desplazar y acceder a un hospital general, o bien, directamente hacia el Hospital General de Culiacán o al hospital integral de Badiraguato. En esta relación de desplazamiento se

contiene por el poder de tener posibilidad de encontrarse: usuarios y servicios de salud.

La accesibilidad organizacional considera la manera en como los hábitos y prácticas institucionales facilitan o dificultan el acceso a los servicios de salud. Su punto esencial se localiza en la distribución y localización de los servicios. Ambos elementos presentan diferentes niveles diferenciados de complejidad de las funciones y responsabilidades propias del sistema de salud, llevadas a cabo en una determinada área geográfica y con diferentes niveles de atención a la salud.

En esas áreas se identifican las jerarquías, funciones y especialidades que existe en la redes de salud, en la que el hospital general se constituyen en el centro de gravedad del sistema regional de salud. En este sentido es posible afirmar que la geografía social establece de *manera sistémica* la forma y la magnitud de la interacción entre los usuarios y la forma en cómo se organizan los servicios de salud, así como el establecimiento de uno o más niveles de atención a la salud.

La organización sistémica vincula el patrón de distribución de los espacios de salud con los factores territoriales componentes de acceso: accesibilidad y cobertura. Ambos componentes, por un lado, miden el uso que hace la población de los servicios de salud en un determinado espacio local y regional y por otro lado, son componentes complementarios para la concepción espacial y organizacional de políticas sociales de salud.

La accesibilidad organizacional de salud es un componente del sistema organizativo de salud destinado a garantizar la eficacia en la consecución de objetivos. Este sistema se hace visible en la aplicación del conjunto de acciones estratégicas implementadas para mejorar la calidad en la atención a la salud cuyo objetivo es ejecutar eficaz y eficientemente los procesos necesarios para cumplir con las funciones de rectoría de la producción social de la salud, de provisión de servicios de salud y de gestión institucional.

El sistema organizacional de salud determina, los niveles de responsabilidad y distribución de las unidades organizativas y médicas, y por lo tanto, el hecho de que la salud sea buena o mala, estos es, tiene las reglas para adaptar del mejor modo los medios a los fines, es decir, de movilizar recursos para el cumplimiento de los fines y de la adopción de decisiones requeridas. La forma en que los servicios de salud están organizados se refleja en su distribución y en la existencia de diferentes niveles de complejidad de las funciones de cada nivel de atención de salud.

Cada nivel tiene fijo un tipo de actividades técnicas y administrativas para cubrir determinada áreas geográficas. Así, por ejemplo, podemos identificar que los hospitales integrales, jerárquicamente, tienen más funciones y especialidades no presentes en los centros de salud y los hospitales generales concentran más funciones y especialidades que los hospitales integrales y se constituyen en centros de gravedad del sistema regional de salud, en otras palabras, en una red de servicios de salud

La accesibilidad a la red de salud está determinada por la forma en cómo está estructurada la dinámica regional. Ésta establece la forma y la magnitud de la interacción entre la población con la forma en que están organizados los servicios de salud en determinadas áreas geográficas. Lo geográfico es la base de la ubicación de las unidades de servicios de salud, en ella, se concentran o se dispersan actividades según la disparidad de factores regionales, como los de carácter físico (distancias entre localidades, ríos, arroyos o accidentes topográficos), administrativos (límites municipales jurisdiccionales), económicos (condiciones técnicas-productivas y socioeconómicas de la población).

En Sinaloa, la distribución de los servicios se encuentra constituida por el modelo sistema de redes de salud. Este modelo es una organización sanitaria que establece puntos de conectividad entre las unidades distantes de menor complejidad acercándolas con unidades de mayor complejidad aumentando así

su nivel resolutivo. El Sistema de Redes está conformado por redes locales, integrales, y estatal.

La red de salud puede ser conceptualizada como un sistema de acciones orientadas hacia la interacción de referencias y contra referencias médicas. Y en sentido, podemos afirmar, que la red de salud es un sistema auto-referenciado de acciones para su autoproducción y conservación de identidad. Es un sistema, cuyos componentes son *las formas* de interacción de personas, grupos con las unidades de salud; *los procesos* comunicacionales entre institución y usuarios; y los *contornos*, es decir, las zonas que rodean un lugar o una población. Estos componentes dan lugar a una identidad de pertenencia a la red y a su vez establecen la diferencia de otras redes.

La red local de salud, está integrada por un hospital integral y varios centros de salud. Esta red tiene como función la de coordinar:

- 1.- La actividad de capacitación del personal en servicio de las unidades médicas de la red local.
- 2.- La atención hospitalaria cuando la capacidad local se vea rebasada
- 3.- El apoyo con insumos y medicamentos a toda la red.
- 4.- El sustento de las evidencias de todos los apoyos que ofrece a los centros de salud, en forma ágil (bitácora con tiempo de respuesta y contrarreferencias).
- 5.- El apoyo para la toma de decisiones a la Unidad de Gestión Oportuna a la Persona y la Comunidad (UGOPC), integrada por un médico, enfermera, trabajador social y administrador.
- 6.- Revisar mensualmente con sus centros de salud, los indicadores de desempeño y establecer acuerdos y compromisos.
- 7.- Vigilar el apego a los protocolos de manejo en red, diseñados para la atención de los principales problemas de salud.
- 8.- Apoyar la administración de los recursos humanos de la Red Local, y
- 9.- Apoyar a la Caravana de la Salud asignada a la red local a través del equipo de respuesta rápida, para los casos en que se requiere cerco epidemiológico de dimensiones controlables a nivel local.

Las *redes locales* son por lo general redes municipales, cada municipio tiene un hospital integral y a él están integrados los centros de salud de ese municipio, en tanto la *red regional* tiene como función de servir de apoyo a varias redes locales (municipales) cuando el problema está relacionado con la atención a un problema médico.

En la red regional, el hospital general es el centro gravitacional de salud de carácter regional extensa, es el soporte para el diagnóstico y tratamiento especializados; si se presentara un problema de salud pública que requiere la participación del sector, de la comunidad o de la sociedad civil organizada, entonces participa la Jurisdicción Sanitaria correspondiente; de esta manera se cubre tanto la atención a la persona, como a las comunidades de las localidades rurales y urbanas sinaloenses.

La red estatal se integra de oficinas estatales encargadas del diseño de dispositivos de seguridad, instrumentos de asesoría y supervisión, así como del soporte administrativo y gerencial para mejorar la operación de los establecimientos médicos a favor de la población usuaria (Ponce Ramos Héctor, 2008: 24). La estructura organizacional de este modelo se sustenta en criterios geográficos, de acceso natural a las unidades de salud y al poder resolutivo de las unidades de salud (DRA-SSS: 2007).

La infraestructura de esta red en Sinaloa se conforma por 23 unidades móviles, 209 centros de salud, y 19 Hospitales, de los cuales 12 son Hospitales Integrales de 12 camas censables y 7 son Hospitales Generales, 3 de 120 camas, uno de 45 camas y tres de 30 camas. La función de la red es integrar las unidades móviles y centros de salud con el hospital más cercano y de esta manera obtener la cobertura real de servicios de salud en poblaciones rurales.

Sin embargo se ha reconocido que este objetivo tiene dificultades para lograrse plenamente. La Dirección de Redes de Atención de los Servicios de Salud en Sinaloa ha establecido este reconocimiento de la siguiente manera:

“La organización de nuestro sistema de salud ha dejado de ser eficiente ante las actuales demandas en esta materia por la población sinaloense. No es

difícil observar que a partir de la presencia **del seguro popular** se generó un incremento significativo en la demanda de atención médica en nuestras unidades, tampoco es difícil entender como de forma silenciosa se ha elevado la incidencia de complicaciones y secuelas en patologías que debieron ser detectadas y controladas en sus fases iniciales, y que al no lograrlo, generan necesidades de atención, muy distantes de la capacidad resolutive con que cuenta nuestro sistema. Por otra parte, nuestra forma de vida influye en forma determinante sobre la presencia de lesiones como consecuencia de la violencia, o los accidentes, o bien, de enfermedades resultantes de la modificación de nuestra cultura nutricional como la obesidad y la desnutrición sólo por mencionar algunos aspectos. Es así como los nuevos requerimientos dejan en el rezago nuestro sistema de respuesta...”

Esta situación es relativamente nueva. Plantean los entrevistados clave del personal médico del centro de salud de Pericos Mocorito, que esta situación no nace a partir de la implementación del programa de seguro popular de salud, sino de la implementación del programa de PROGRESA (1997), hoy denominado OPORTUNIDADES. Ambos tipos de programas han incrementado sustancialmente la demanda de servicios de salud. Anteriormente estos programas, en el centro de salud de Pericos no eran tan demandados como actualmente lo son. Relatan que:

“...tenemos que atender obligatoriamente 2 veces por año a 800 familias del programa OPORTUNIDADES del pueblo de Pericos y algunas localidades de reciente reasignación y, para operar esta obligación tenemos que programar su asistencia a consulta no de una sola persona sino de todos los integrantes de la familia del programa. Asimismo cubrimos a los beneficiados del seguro popular y en menor cantidad a personas de la población abierta, es decir, que no están en ninguno de los dos programas. El problema mayúsculo es que no contamos con la suficiente infraestructura física ni el equipo necesario para atender tanta demanda”

En el caso del municipio de Mocorito, la infraestructura de salud se conforma de un hospital integral y 17 centros de salud. En la cabecera municipal se ubica el hospital integral y once centros de salud para atender cerca de 200 comunidades rurales, muy distantes unas de otras, mientras que en el valle se localizan solo 5 centros de salud para cubrir aproximadamente 70 comunidades rurales, más cercas unas de otras y con mayor acceso a los servicios públicos urbanos. De estos 5 centros de salud, uno se encuentra en el pueblo de Pericos y en él *concurren las localidades rurales asentadas en la zona de agricultura de temporal.*

Es necesario señalar que la geografía de Mocorito es bastante accidentada. Mas del 60 por ciento de su superficie territorial está cubierta por un sistema de cerros y tienen elevaciones que van de 150 a 973 metros sobre el nivel del mar. El resto de su superficie es plana, en ella se encuentra uno de los cinco valles más productivos de Sinaloa.

En la parte de los altos, *la red local 5* conecta a 11 centros de salud con el Hospital Integral de Mocorito y en la *red local 7* conecta a 2 centros de salud con el Hospital Integral de Angostura, y en la *red local 10* conecta a 3 centros de salud (uno de ellos es el centro de salud de Pericos) con el Hospital General de la ciudad de Culiacán (véase cuadro 13).

Cuadro 13: Red local de salud # 10: Hospital General de Culiacán

CENTROS DE SALUD	CENTROS DE SALUD
1. C. de S. Culiacán	15. C. de S. Miguel Valdez Quintero (El Corazón)
2. C. de S. Loma de la Rodriguera	16. C. de S. El Diez.
3. C. de S. PEMEX	17. C. de S. Colonia Vallado II DIF CD.
4. C. de S. El Vallado	18. C. de S. Colonia CNOP CD
5. C. de S. Vicente Guerrero	19. C. de S. Colonia Infonavit Solidaridad.
6. C. de S. Lázaro Cárdenas	20. C. de S. Colonia Amistad
7. C. de S. Aguaruto	21. C. de S. Colonia Buenos Aires. Parque 87 CD
8. C. de S. Las Bateas.	22. C. de S. Pueblo Nuevo CD.
9. C de S. Costa Rica.	23. C. de S. Imala
10. C. de S. Culiacancito	24. C. de S. Valle Escondido
11. C. de S. La Guamuchilera	25. C. de S. Santa Cruz de Alaya
12. C. de S. Jesús María.	26. C. de S Recoveco Mocorito
13. C. de S. El Pozo.	27. C. de S. Pericos Mocorito
14. C. de S. Adolfo López Mateos (El Tamarindo)	28. C. de S. Caimanero Mocorito

Fuente: Dirección de Redes de Atención. Servicios de Salud de Sinaloa (2007)

La forma en cómo están distribuidos los centros de salud del Municipio de Mocorito en las redes locales 5, 7 y 10 (Mocorito, Angostura y Culiacán) muestra la existencia de condiciones geográficas adversas a la implementación

de un modelo de SPSS. La inexistencia de una política de salud municipal que se enfoque hacia la creación de una infraestructura terrestre que acorte las distancias entre una comunidad y otra, comunique los centros de salud con el hospital integral ha sido uno de las limitantes de implementación de este modelo en áreas rurales de alta marginación social.

En el espacio rural del sur de Mocorito en las que se seleccionaron 17 localidades están aún más desintegrados o incomunicados geográficamente de la cabecera municipal. Resulta impensable para los habitantes de estas localidades pertenecientes al municipio de Mocorito ir al Hospital Integral de Mocorito, ubicado en la cabecera municipal a atenderse de su salud.

Este espacio olvidado y marginado socialmente, como los están otros espacios en Sinaloa, poblados por cientos de localidades y ubicados en los parte serrana del estado, tiene servicios marginados de salud, proporcionados por el programa de salud denominado Caravanas de Salud (CaS).

La Secretaría de Salud ha implementado a nivel nacional una política de salud en espacios socialmente marginados del medio rural con el objetivo de reducir las desigualdades e inequidades en salud, mediante las CaS hacia aquellas poblaciones que por su ubicación y dispersión geográfica, su índice de desarrollo humano y su grado de marginación social han sido históricamente inaccesibles a los servicios permanentes de salud.

Este programa de acción específica de las CaS prioriza las intervenciones de salud sobre la base del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y de la Estrategia Nacional para la Prevención y Promoción para una Mejor Salud por grupos poblacionales de acuerdo con cinco procesos: *promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades y salud reproductiva.*

A diferencia del SPSS, la Caravana no requiere de pago de cuota de afiliación ni cuotas de recuperación, protege financieramente y amplía la cobertura

universal de salud, estableciendo el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema de Atención a la Salud, en un proceso permanente.

El problema es que la visita a estos espacios son cada mes o dos meses, sin embargo, impulsa una *estrategia organizacional* de salud al otorgarle a la comunidad y los individuos el papel de convertirse en actores que toman decisiones de salud comunitaria asumiendo responsabilidades específicas ante ella, mediante la organización de comités de salud por localidad, cuya representación recae en una auxiliar de salud. El comité es una organización en la medida que se constituye en un conjunto de personas que actúan y se dividen las actividades en forma adecuada para alcanzar un propósito común.

Una organización es una unidad social humana, inicia con dos o más personas que se enrolan en una actividad para el servicio de determinada comunidad (Chiavaneto Idalberto, 2009: 24). La organización de salud, es estos espacios no es referida a los grandes emporios financieros ni a las grandes, medianas o pequeñas empresas a las que están acostumbrados a abordar los estudiosos de las organizaciones, sino por un puñado de éstos estudiosos, pero centrados en la organización de los servicios de salud en espacios marginados socialmente, como son Álvarez Pérez Adolfo Gerardo, o Calvo Ayaviri Alfredo, entre otros, ambos miembros de la OPS y OMS.

En los espacios rurales ubicados en las microrregiones de alta marginación presentan condiciones sociales consideradas de bajos índices de desarrollo humano, albergando habitantes que por sus situaciones socioeconómicas quedan al margen de los servicios institucionales de salud. Del punto de vista organizacional, las caravanas de la salud se plantean que cada persona o familias que habiten en municipios catalogados como de menor índice de desarrollo humano, tengan igual oportunidad para ejercer su derecho a una atención médica preventiva y curativa de alta calidad. Para lograr tal propósito, se define:

- 1.- Que la ruta²¹ no tengan unidades fijas de atención a la salud y que para poder acceder a ellas, tengan que trasladarse un tiempo superior a una hora través de los medios de transporte disponibles.
- 2.- Que en esa ruta, las comunidades construyan casitas de salud para la llegada y recibimiento de la Caravana. En las casitas se proporcionara la consulta médica.
- 3.- Cada casita de salud debe estar bajo la responsabilidad de una auxiliar de salud de la comunidad receptora. La auxiliar de salud es la presidenta del comité de salud de esa localidad.
- 4.- Los comités promoverán hábitos de higiene es sus localidades.

En este espacio, la Caravana de la Salud (CaS) tiene una unidad móvil tipo cero (Un médico, un promotor de salud y una enfermera), y atiende a la población en cuatro casitas de salud, ubicadas en la Agüamitas*, Capiroto, Cofradía de Capiroto y Calera de Capiroto. Su localidad de descanso es la Vainilla.

Las localidades asignadas son 17: Las Agüamitas, Cofradía de Capiroto, Calera de Capiroto, Capiroto, la Vainilla, La Morita, Sasalpa, El Capule, El Salto*, El Aguapepe de los Gallardo, Chicorato, Piedras Blancas, El Carrizo*, Tepuche*, y Agua Salada*.

También atienden algunos puntos denominados ranchos, como son El Herradero, La Urraca, Santo Tomas, El Barrial, Cedritos y la Caseta de Recursos Hidráulicos (Estos ranchos* no son contempladas como responsabilidad de la CaS).

²¹ Se entiende como una ruta de Caravanas de la Salud al espacio geográfico delimitado que abarca uno o varios municipios con la categoría de menor IDH, o municipios que agrupan a un conjunto de localidades marginadas, con alta dispersión y difícil acceso geográfico sin posibilidad permanente a recibir servicios de salud en una región determinada, y que son atendidas por unidades médicas móviles y equipos itinerantes del Programa de acuerdo a una programación mensual (Programa de Acción Específico, 2007-2012, p. 51)

*.-Estas localidades y ranchos no fueron objeto de estudio este trabajo, sin embargo es importante mencionarlas porque abarcan el accionar específico de la Caravana de la Salud en este espacio geográfico.

Más hacia el tramo de la carretera a Badiraguato, 2 localidades son atendidas por la Unidad Móvil Tipo 1 (Un médico, un promotor de salud, un odontólogo y una enfermera). Estas localidades son Santiago de Comanito y la Majada de Abajo.

Es importante destacar que en las localidades de Capirato, Majada de Abajo y Santiago de Comanito, tiene casitas de salud que cubren todos los requisitos de infraestructura física para transformarlos en centros de salud rural. Estas edificaciones y el terreno en que han sido construidos es producto del esfuerzo propio de los habitantes de cada localidad y hasta el momento las autoridades municipales han evadido la gestión de centros de salud en este espacio ante la Secretaría de Salud.

Las unidades móviles de salud, atienden precisamente estas localidades históricamente marginadas y lo continúan siendo marginadas por las actuales políticas municipales de desarrollo. En esta relación Caravana de Salud, comunidad y política municipal de desarrollo, se encuentra el financiamiento de la salud por el programa del SPS. En la entrevista al personal médico de la Unidad Móvil de Salud, se afirma que estas localidades padecen de múltiples carencias y éstas afectan el estado de la buena salud.

La Unidad Móvil atiende por igual a población abierta, a los beneficiarios del programa OPORTUNIDADES y a los del programa del seguro popular. El servicio incluye consulta y medicamentos sin ningún costo. Pero no existe coordinación entre la Caravana de la Salud y el seguro popular en el primer nivel de atención, es más aquí este seguro no opera, sin embargo funciona como tal sólo en el momento en que se realiza el proceso de referencia y contra referencia de estas localidades hacia el Hospital General o el Hospital de la Mujer. Al mes se emiten 100 referencias médicas y sólo se contra-referencian de 5 a 8, lo cual significa que el problema de salud se resuelve en los hospitales referenciados.

La forma en cómo está organizada los servicios médicos de la CaS es dividiendo los pacientes por grupos. En el primero se encuentran los hipertensos y diabéticos; en el segundo los beneficiarios del programa OPORTUNIDADES (se cita cada 2 meses a la mamá con niños de 0 a 1 año, y a los adultos cada 6 meses); en el tercer grupo están las mujeres de control de embarazos; y el cuarto lugar a la población abierta.

Trabajan un mes si un mes no, 20 días de trabajo por 10 días de descanso. En los 20 días recorren las 17 localidades y existen ocasiones en que no alcanzan a cubrir la demanda, principalmente del grupo de hipertensos y diabéticos. Solamente en Capiroto existen 50 casos con este tipo de enfermedades y 100 familias beneficiadas con el programa OPORTUNIDADES. Esta situación ha impedido la realización de visitas domiciliarias a este grupo de control de hipertensos. El personal de salud de la CaS expresa:

... debemos dar 24 consultas diarias, cada una de ellas en 15 minutos, sin embargo damos de 30 a 40 consultas diarias, y más aún hay pacientes con algún problema emocional que debemos escucharlos y nos gastan entre 30 y 45 minutos. Trabajamos de 8 am a 8 pm, y no falta que a horas altas de la noche no llegue algún caso que debemos atender inmediatamente. Además cada paciente tiene un expediente electrónico y hay casos en que la maquina no abre rápidamente el expediente y éste debe ser cargado con todos los datos que el programa de salud requiere, sino se cierra el programa y no permite abrir otro expediente. El tiempo es siempre un elemento que tenemos que eficientar para atender la demanda de estas 17 localidades, dispersas por todo este territorio...

La accesibilidad organizacional de los servicios de salud se relaciona directamente con el aumento de la demanda de pacientes con la dispersión de las localidades. En esta relación el SPS es sumamente cuestionado por los afiliados al que consideran como un “seguro para pelear”. El personal de la CaS señala:

... los usuarios tienen razón. En el centro de salud no tiene el servicio, el equipo ni los medicamentos que ofertan en los medios de comunicación, más aún, nadie ha dejado de ser pobre al contar con ese seguro. Fíjese bien, se ofrece un servicio de tomografía computarizada (es un procedimiento de diagnóstico que utiliza un equipo de rayos x especial para crear imágenes transversales del cuerpo. Con esta técnica se exploran huesos fracturados, cánceres, coágulos de sangre, signos de enfermedad cardíaca y hemorragia interna) que el centro de salud no tiene y tampoco lo tienen los hospitales integrales, lo tiene el hospital general. Cuando va un afiliado del SPS al centro de salud o al hospital integral le dicen que no hay ese servicio, va al hospital general y no le dan el servicio porque cuesta muy caro y no entra en el

CAUSES. ¿Qué hace el afiliado del SP?, se enoja, pelea, y como no si los medios le están diciendo que si tiene derecho... otro ejemplo es que el SPS no cubre medicamentos como aquellos contra el asma, que si entran en el catalogo. ¿Qué hace el paciente?, los compra de su bolsillo y... se enoja, reniega y no puede hacer nada más.

En relación a la organización de los servicios de salud, la localidades cuentan con la Unidad Médica Móvil tipo cero, Sin embargo, el cuadro epidemiológico que se están presentando requiere de hacer más eficiente la calidad de los servicios de salud de y se debería contar con una Unidad Móvil tipo II²².

No obstante que la Caravana juega un papel importante en la atención a la salud en estas localidades, sus servicios son insuficientes dado que se presentan a lo largo de uno o dos meses por uno o dos días por localidad. Es sólo un gran paliativo. ¿Qué pasa con los enfermos o los que se enferman durante el transcurso de tiempo sin la visita de las Unidades Médicas de Salud? La gente se moviliza hacia otros lugares en busca de atención médica. La mayor parte va al centro de salud de Pericos; otros van hacia Badiraguato, otros hacia Guamúchil y un considerable número de personas hacia Culiacán.

Las barreras de accesibilidad organizacional se presentan mayormente en el centro de salud de Pericos. El 27.1 por ciento de las familias encuestadas no alcanzan ficha de consulta para el turno matutino, generalmente los mandan al turno de la tarde. El asunto es que es muy difícil para estas personas encontrar raites por la tarde hacia sus lugares de origen y son, principalmente personas que viven en localidades más lejanas del poblado de Pericos.

²² Las Unidades Médicas Móviles de las Caravana de la Salud se dividen en cuatro categorías. Tipo Cero: Unidades médicas móviles 4X4, transportan personal de salud, medicamentos e insumos para la atención de las localidades de una micro región en condiciones de difícil acceso geográfico. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, enfermera y un promotor de la salud-chofer. La de Tipo I está equipada con un consultorio de medicina general, con equipo estándar para atención primaria, química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, enfermera y un promotor de la salud-chofer. La de tipo II está equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-chofer. La de Tipo III: está equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipada con enlace satelital para telemedicina, equipo de video-conferencia, ultrasonografía y electrocardiografía. Asimismo contiene un laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-chofer (caravana.salud.gob.mx)

Sin embargo, cuando las personas sufren de algún dolor, malestar o accidente, el 11.0 por ciento de las familias encuestadas recurren al centro de salud de Pericos; un 6.1 por ciento al Hospital General; un 5.5 por ciento se va a Guamúchil; un 2.8 por ciento al hospital de la mujer; el 3.9 por ciento buscan la Caravana de la Salud; y un 7 por ciento van al Hospital Civil, Hospital Pediátrico, centro de salud de la Higueras, consultorios médicos particulares, y finalmente algunos se curan con medicamentos caseros. Estos datos sin lugar a dudas muestran el grado de accesibilidad organizacional de los servicios de salud y la forma en que las familias afiliadas al seguro popular se movilizan geográficas y organizacionalmente en la Red Regional 4, cuyo núcleo es el Hospital General de Culiacán (véase cuadro 14).

Cuadro 14: RED REGIONAL 4: Hospital General de Culiacán

Hospital General de Culiacán	Hospital Integral de Badiraguato	Red local con 13 centros de salud
		10 Unidades móviles
		3 Unidades dentales
	Hospital Integral de Navolato	Red local con 10 centros de salud
	Hospital Integral de El Dorado	Red local con 4 centros de salud
	Hospital Integral del Valle de San Lorenzo	Red local con 6 centros de salud
	Hospital Integral de Cósala	Red local con 2 centros de salud
		3 Unidades móviles
Red local con 28 centros de salud		

Fuente: Dirección de Redes de Atención. Servicios de Salud de Sinaloa (2007).

4.5- Accesibilidad cultural de salud

El concepto de accesibilidad cultural de salud es una dimensión producida simbólicamente en las interacciones de salud. Las interacciones de salud están basadas en una realidad simbólica, constituida de significados, instituciones y relaciones legitimadas por la sociedad. En ella los usuarios de los servicios de salud comunican e interpretan los significados de enfermarse, curarse y restablecerse..

En esta perspectiva podemos afirmar que todo sistema de salud es también un sistema cultural, un sistema de significados anclado en una composición particulares de instituciones y padrones de interacción interpersonales. Son los hábitos y prácticas de las familias respecto al cuidado y autocuidado de la salud así como las restricciones que éstas imponen a las formas de curación de enfermedades del sistema de servicios públicos de salud.

La accesibilidad cultural de salud inciden en las formas de pensar, saber, creer y hacer en el cómo tener una buena salud y como restablecerla en caso de que se vea afectada por alguna enfermedad, accidentes o factores ambientales. Es una dimensión humana subjetiva en la que intervienen vivencias, saberes contruidos, sentimientos, y creencias construidas a lo largo de la vida en los bordes de espacio- tiempo, es decir, en el distanciamiento espacio temporal del sistema de salud.

Esta dimensión de la salud, es producto de las experiencias vinculares de la infancia y de las historias familiares en un determinado territorio. Es una imagen de socialización que fusiona constreñimiento y habilitación (Giddens, 2006) en el proceso del curar o restablecer la salud más allá de la vida particular. Sacchi Mónica (2007) afirma que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive la salud, la enfermedad y la atención. Cada grupo familiar en lo individual y social resuelve cómo auto-cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado.

En las localidades rurales el auto-cuidado son prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención de curadores profesionales, aún cuando éstos puedan ser referencia de esta actividad. El auto-cuidado trae un conjunto de implicaciones en torno a la auto-prescripción o automedicación, y al uso del tratamiento de forma autónoma o relativamente autónoma.

Esta toma de decisiones surge a partir de que el enfermo reconoce los síntomas de la enfermedad y del conocimiento que tiene para combatirla. Las decisiones provienen de objetivos y normas establecidas por la propia cultura del grupo, incluyendo no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino las actividades de preparación y distribución de los alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso del agua, etc.. La auto-atención en sentido amplio, opera como un ordenamiento de la realidad en términos metodológicos.

Es necesario establecer que la auto-atención no es sinónimo de automedicación, es decir, la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos sin intervención directa o inmediata del médico o personal de salud. La auto-atención es casi siempre la primera actividad que las familias realizan respecto de los síntomas detectados, y esta actividad no incluye ningún curador profesional, ni a ningún fármaco.

Es a partir de como se padece y la evolución de las condiciones sociales y culturales, que el sujeto y el grupo deciden consultar o no a los curadores profesionales. Esta decisión de consultar o no a un curador profesional, y una parte de las actividades que se realizan luego de la consulta constituyen también parte del mismo proceso. En el medio rural, una de las decisiones de consulta médica con un no profesional que toman los habitantes, es con el curandero.

El curanderismo es una forma de accesibilidad cultural de salud. En el espacio rural el curanderismo funciona como sistema de salud pública, cuya creación

nace de un ambiente situacional de salud, en él los habitantes rurales incorporan sus disposiciones, permitiendo al curanderismo su reproducción como sistema. Ser sanado por un curandero es habitar el mundo carismático de lo real y sagrado.

El sentido, en la perspectiva el sistema del curanderismo es la combinación de lo natural con lo divino cultivado, mediante la participación ritual coherente, y que al igual que el sistema médico, aplica los medicamentos con conocimiento y exactitud, de acuerdo con las prácticas de salud experimentadas de generación en generación, de tal manera que las dosis de medicamentos y los lapsos en que estos deben ingerirse o untarse, toman en cuenta la severidad sana del paciente.

El curanderismo es un sistema capaz de producir por sí mismo los elementos de salud y las estructuras propias, estructuradas de forma variable con respecto al tiempo y manteniendo en un entorno complejo y cambiante. Es un sistema cuya estructura comunica (Luhmann, 1993), y dicta las diferentes formas de creencias con las que van a conducirse los usuarios, esto es, dicta los roles, y normas tradicionales del curar. El desarrollo de estas creencias crea la estructura del sistema, permitiéndole auto-reproducirse, es decir, es un sistema autopoietico en la medida que constituye y crea propios elementos estructurales.

Históricamente, todas las sociedades han tenido y tienen curanderos que se dedican a sanar. El curandero es una persona que cura, sin aval de un certificado profesional y en base a hierbas y plantas naturales, con experiencia en el tratamiento de enfermedades y el conocimiento de la vida cotidiana de las personas con sensación de estar enfermos. Los curanderos mantienen una interacción con la persona que cura en un escenario unificado de la fe y la naturaleza.

El éxito del curandero se encuentra en su capacidad de escucha de los problemas del paciente y del estado de su enfermedad, dando soluciones

concretas, tomando en cuenta situaciones de la vida cotidiana, pero sobre todo de la forma en que el paciente percibe al curandero y se somete a sus designios espirituales. El rasgo más significativo del proceso de cura no es el sometimiento del paciente al curandero sino a la fe (confianza) en lo divino y en la naturaleza de los medicamentos, es la socialización de saberes mágicos naturales que curan, predominantes en dispositivos culturales de las localidades rurales.

El equivalente funcional del sistema del curanderismo es la fe de cura de pacientes con los brebajes recetados. El brebaje y la fe son símbolos culturales que rigen la conducta de los pacientes y se expresa en una relación de dominación del curandero hacia ellos, una relación forjada en la interacción entre ambos.

El equivalente funcional se observa en el espacio de la vida cotidiana, como una incidencia colectiva en la estructura social de las localidades rurales proyectando confianza en su fuerza para acabar con los males que provocan la enfermedad. Este equivalente construye el habitus del curandero, predominando una actitud de suma importancia en su vínculo con las estructuras sociales rurales: la experiencia compartida.

El habitus del curandero no está sólo en el conocimiento de la enfermedad y las formas de combatirla, sino también el hecho de compartir esos conocimientos sobre esas enfermedades y las formas de combatirla con sus pacientes, y a la vez aprende de ellos sobre las condiciones sociales y espirituales causales que les generaron esas enfermedades.

Este dispositivo cultural provoca cambios en los sentimientos, actitudes y comportamientos de sus pacientes, los hace más sensibles, y a la vez que el curandero adquiere una identidad simbólica de mayor prestigio. El curandero, a diferencia del médico, prepara sus propias medicinas. El curandero, cura a través de hierbas o plantas que tienen que ver con el lugar y el clima, con el tiempo y la rotación de la luna, con la confianza y la sanación. Estos elementos

no sólo son condicionantes naturales del nacimiento de las hierbas o plantas sino portadores de una cultura ancestral de prácticas de salud de índole universal, generadores de la autopoiesis del sistema del curanderismo.

La diferencia entre el médico y el curandero es que el médico cura y sana el cuerpo en tanto el curandero cura y sana el cuerpo y el alma. Las prácticas de salud del curandero son condenadas por la medicina oficial, no obstante en la cura de los enfermos se exhibe una dualidad en el hecho de que los mismos pacientes de la medicina oficial mantienen y favorecen la continuidad de tales prácticas, a veces como la mejor forma de cura o bien como complemento a la cura oficial.

El curanderismo parecería estar ligado al empobrecimiento sin embargo, se constituye como una alternativa en grupos sociales pudientes frente a la deshumanización de la medicina oficial o al poco éxito obtenido en pacientes declarados como desahuciados por la medicina oficial, o bien, en pacientes que van a un hospital y tiene que esperar mucho tiempo para que se les atienda. En cambio el curandero ha tenido éxito en el tratamiento de enfermedades no curables por los médicos, o bien, van a la casa particular de los pacientes y le explica con palabras entendibles cómo tiene que curarse. En esta práctica social de salud se encuentra lo mágico para resolver una necesidad de salud.

En esta perspectiva, en las localidades rurales donde efectuamos la encuesta a las familias afiliadas al SPS, encontramos que un 4.4 por ciento de estas familias han acudido a curarse con los curanderos. Sin embargo este pequeño porcentaje crece al efectuarse entrevistas abiertas a las familias encuestadas, al grado en que más de un 60 por ciento de familias entrevistadas tienen fe en este sistema de salud.

Las enfermedades de las que se curan son de aquellas que los médicos no encuentran cura, o de la poca fe que le tienen a los médicos, o bien, de la fe que le tienen a las ramas o agüitas de los curanderos, incluso hay quienes los buscan para quitarse los "*mal puestos*", es decir, las creencias en cosas

relacionadas con los embrujos. Las enfermedades de las que se curan con mayor frecuencia son de aquellas relacionadas con el cáncer, manchas en la piel, ataques epilépticos, persistentes dolores de cabeza, inflamación de la vejiga y dolores internos abdominales. Entre los testimonios recogidos, planteamos el siguiente:

“Mire, yo voy al hospital general, me atiende el Dr G, con él voy, con nadie más, a los otros no les tengo fe. Tengo 6 hijos, todos están casados, me quieren llevar de aquí para tener mejor atención médica, pero yo no me quiero ir, sufro un poco, pero aquí soy feliz muy feliz aunque batalle para ir con el médico. De aquí al hospital general en Culiacán me llevo hasta 3 horas. Me voy de raítes hasta el crucero y de ahí a la central camionera de Culiacán y de la central al hospital general. Mire voy a decirle algo, pero sea discreto. Tengo un buen doctor, pero quien me tiene sana y bien parada no es ese doctor, sino el curandero, viene cada mes por estos rumbos, y me trae una botellita de agua media desabrida. Con esta agüita se me quitan los ataques, mis achaques, pero a mis hijos no les digo nada y me dejo que me lleven con el doctor cuando vienen por mí” (C-180.PBL)

El curandero es una esperanza de alivio de alguna enfermedad. Este personaje de la comunidad es el que sabe que le pasa al enfermo y cómo puede curarse, es un mediador entre lo aparente y lo profundo, entre lo conocido y lo desconocido, entre la enfermedad y la salud, entre la vida y la muerte. En estas localidades existen otro tipo de personas que curan también enfermedades, denominados componedores de huesos y de torceduras musculares, sobadores de reumas y artritis y las sobadoras de molleras. Y hay familias que emplean los servicios de estas personas y también de doctores.

Las familias, en este tenor, ante su enfermedad, y dolencias reaccionan ante ellas conforme a las representaciones que se les van configurando en el entorno social, cultural, material en el que viven. En el decir de Sacchi, Mónica (2007) la enfermedad no sólo es una dolencia personal sino también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento. El comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud depende de la concepción que sobre la salud y enfermedad tenga el común de la gente, concepción que condiciona los tipos de ayuda a buscar.

Este complejo mundo de creencias, valores y normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud *interaccionan* de manera permanente con la medicina oficial y dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos. En esta orientación, al preguntarles a las familias encuestadas sobre si usaban remedios caseros para curarse, encontramos que el 65.7 por ciento afirmó que sí, que los remedios los preparan en sus casas.

Dolores	Infecciosas y respiratorias	Otras enfermedades
Dolores de oído, muelas, de espalda, estomago, de cabeza, dolores en la vejiga, dolores de aire, del cuerpo articulaciones y cólicos.	Diarreas, calenturas, tos, gripas, vómitos, bronquitis, asma, viruelas, riñones y llagas	Ansiedades, falta de sueño, gastritis aguda deshidrataciones

En entrevistas abiertas, los entrevistados narran qué en estas localidades los médicos de la caravana de la salud vienen cada dos meses. ¿Qué hacen si se enferman en ese tiempo?, Nada, esperamos a la CaS., pero por lo general, nos curamos con remedios caseros. Explican que muchas de enfermedades que padecen provienen del agua que se toma de los pozos cerca de los arroyos o del agua entubada que a veces no le ponen el cloro necesario, de la falta de higiene y de los corrales de ganado que están pegados a las casas, aunque ya se ha venido retirando de ellas. Una de las entrevistadas nos comenta:

Muchas enfermedades nos las curamos con remedios caseros. Para la diarrea usamos te de guayaba, para dormir hacemos te de tila, para la tos un té de flor de bugambilia, ajo, cebolla y canela. La muchacha F es de aca, nos ha ayudado mucho allá en Culiacán, se encarga del seguro popular en el centro de salud de Culiacán y está en coordinación con el Hospital Civil, pero a veces no tenemos para ir, entonces nos hacemos de hierbas para curarnos, como la valeriana, manzanilla para el dolor de estomago; el tachinole, las bolitas de pingüica, las barbas de elote para los males de los riñones (C-129.PBL).

En entrevistas colectivas, recogimos una de las más interesantes, en la que relatan uso de hierbas para curarse y que utilizaban en el pasado reciente y que algunas ocasionan las usan cuando es necesario atenuar una enfermedad mientras van con un doctor.

Cuando no podíamos salir de estos lugares por diferentes causas, en busca de un doctor nos curábamos con lo que nos daba la naturaleza. Para retener rápidamente la sangre de una herida grande en los brazos o las piernas agarrábamos un puño de tierra y se la echábamos, dejaba de sangrar e inmediatamente nos lavábamos con agua de cardón. O bien si la herida era chica taponábamos la sangre con tabaco de los cigarros y a veces usábamos el polvo de raíces de mátateme. Para las reumas usábamos las raíces del huaraque, que son una bolas, se rebanan y se ponen en la reuma. Para la caída del pelo usábamos el huirote de cachora; para el piquete de hormigas rojas grande nos poníamos la hoja del tolvache sobre el piquete; para los riñones usábamos las raíces de tachinole, se cocen y se serena y se toma como agua de uso; para la gripa y las tos cocíamos hojas de eucalipto y no la tomábamos como té; para las picaduras de la chinche compostela nos untamos masa caliente en forma de gorditas; para los golpes y llagas usábamos ramas del golpe, de golondrina y de copalquín; para la diarrea hacíamos té con las hojas de ruda o la albacar; para las dolencias del cuerpo nos untábamos aceite de cedro; para el dolor de cabeza nos poníamos hojas de higuera alrededor de la cabeza y nos las amarrábamos con un paño.

El problema hoy, comentan los entrevistados es que de “unos años para acá, se han incrementado las enfermedades de la diabetes y del corazón. Antes había pero no como hoy, para estas enfermedades si necesitamos doctores y con mayor razón necesitamos al seguro popular”. Si la caravana de la salud no viene, la gente se ve en la urgente necesidad de salir a cómo pueden e ir al centro de salud a algún hospital. Este problema se agrava si el malestar empieza por la noche, y es más grave sino tienen carro propio. En la noche es más difícil salir por el clima de inseguridad, nadie quiere arriesgarse. Salen a Pericos en busca de traslado, antes la Cruz Roja daba este servicio, y al no existir complica la situación de estos pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.

El SPS se constituye en un instrumento institucional para detectar y tener el control de este tipo de enfermedades y acceder a la atención médica con sus respectivos medicamentos. Sin embargo, implementar completamente este programa requiere construir centros de salud de cobertura rural e innovar los modelos de atención a la salud para que estos centros tengan la capacidad para atender estos padecimientos.

Esta innovación se hace urgente en la medida en que el sobrepeso y la obesidad como generadores de enfermedades crónico degenerativas, que

conjuntamente con tumores malignos, no son solamente un problema de salud pública sino que también repercuten en la calidad y en la esperanza de vida. En el año 1950 el promedio de la esperanza de vida era de 50.5 años en Sinaloa y para el 2010 es de 72.7 en los hombres y de 77 años en las mujeres (INEGI, 2010).

Sin embargo una mayor esperanza de vida no necesariamente se traduce en calidad de vida. La incidencia de enfermedades crónicas (hipertensión, cáncer, diabetes, entre otras) las padecen principalmente la población adulta. Pero en estos lugares el aumento en enfermedades crónicas coexisten con enfermedades epidémicas de difícil erradicación (dengue, cólera, entre otras) y enfermedades transmisibles (hepatitis, sida, varicela, rotavirus).

Los territorios de las distintas regiones evidencian desigualdades no sólo económicas y sociales, sino también de atención a la salud. Los territorios son geo-sociales, producto de prácticas sociales recurrentes, dándole al espacio y sus elementos ciertas formas, funciones y significaciones. En estos espacios los individuos y sus familias construyen y organizan sus propios modos de vida, forjan formas de vivir sanos pero también formas malsanas, generando procesos saludables y protectores; en otras palabras, se va creando un movimiento contradictorio de procesos destructivos y procesos protectores que, en última instancia, condicionan procesos favorables de vulnerabilidad.

El territorio condiciona no sólo la esperanza de vida sino también su vulnerabilidad. La localidades rurales ubicadas en territorios con alto índices de marginación social, por lo general, desprovistos de servicios de salud permanentes, llegan a realizar gastos de bolsillo en salud que rebasan su capacidad de pago, entendida esta como los excedentes de recursos efectivos del hogar, es decir, descontando del gasto de los hogares el gasto de subsistencia medido a través del gasto en alimentación o en línea de pobreza.

La transición epidemiológica presente en los territorios rurales ocasiona nuevos desafíos al sistema fragmentado de salud que tradicionalmente había

priorizado programas dirigidos a enfermedades transmisibles y a la salud reproductiva. Hoy, el Estado a través del SPSS está atendiendo esta transición, aunque de manera deficiente, en tanto que no se ha enfocado a hacerle frente a las constricciones geográficas y organizacionales para facilitar al acceso a los servicios médicos en términos equidad y de calidad. Los padecimientos no transmisibles y las lesiones requieren tratamientos más complejos, prolongados y costosos que los exigidos por las infecciones comunes y los problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción (FUNSALUD, 2004; 21).

4.6.- Conclusiones

La accesibilidad de salud a los servicios públicos de salud de primer y segundo niveles de atención de salud y al SPSS en poblaciones rurales serranas de alta marginación social, está constreñida por barreras de inaccesibilidad económica, geográfica, organizacional y cultural. Estas barreras se expresan en la vida cotidiana y se amoldan a las características de la región, constituyéndose en una necesidad social.

Desde este punto de vista, la accesibilidad de salud es un nuevo campo de actuación de Trabajo Social. La necesidad de accesibilidad de salud es una necesidad de todo ser humano, su interrelación con el espectro geográfico y organizacional para la satisfacción de las necesidades de salud, muestran carencias y potencialidades. Las carencias son las inaccesibilidades y las potencialidades son oportunidad de acceso al sistema público de salud.

El nuevo campo de actuación de trabajo social lo constituyen los componentes desprendidos de las dimensiones geográficas, económicas, organizacionales y culturales, en una inter-actuación dimensional construida entre los usuarios (actores) y los prestadores de los servicios de salud (Instituciones de salud), palpable en una íntima relación de condiciones de representaciones de los actores y los discursos de los servicios.

El campo de actuación de Trabajo Social como un espacio práctico de la existencia de la vida cotidiana o como sistema de diferencias sociales

jerarquizadas, o bien, como sistema de legitimidades socialmente establecidas y reconocidas en un momento determinado es un espacio inter-actuación con extraños en contextos sociales determinados.

Desde esta visión teórica, el trabajo social debe romper con la clásica división disciplinar y sumar los aportes de las diferentes ciencias sociales en la búsqueda de un conocimiento ajustado a la actual complejidad de los fenómenos sociales inscritos en un contexto de permanentes cambios y transformaciones, como lo constituye la protección social de salud no sólo en su aspecto institucional sino en su aspecto cotidiano, en su ruralidad.

Significa, que las familias en el escenario de la vida cotidiana expresan sus demandas y conflictos producidos por las necesidades insatisfechas, como lo es en la atención de la salud. Los testimonios dan cuenta de ellas y permiten percibir situaciones de ellos y de nosotros. Los testimonios permiten descubrir una realidad diferente a la pensada y se constituye en campo de actuación propio de trabajo social, en un campo en el que la subjetividad (sentimientos y opiniones) juega un papel de suma importancia para la acción social. Los testimonios muestran que no es lo mismo vivir en nombre de Dios que en nombre de la Ciencia.

CONCLUSIONES CON PROYECCIÓN HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO CAMPO INTERVENCIÓN PROFESIONAL.

En este apartado se da a conocer las reflexiones encaminadas a abrir un nuevo campo de intervención profesional en la dimensión de la protección social de salud en zonas rurales de alta marginación social. La protección de salud tiene componentes que sobrepasan exclusivamente lo financiero, tienen que ver con: la política social, lo geográfico, lo histórico, lo organizacional y lo cultural. Vivir la salud en su justa dimensión en un área pobre, difícilmente puede ser comprendida sólo desde un punto de vista. En este sentido se presentan tres componentes de la propuesta de un nuevo campo de actuación de trabajo social.

1.- La connotación social del financiamiento a la salud.

Referirnos al concepto *campo de actuación* es remitirnos a Bourdieu Pierre (1976), quien lo define como un *espacio* constituido por campos de fuerzas, conformados de relaciones objetivas, y de diferentes tipos de capital (cultural económico, social y simbólico). Quien posee un determinado tipo de capital en uno de estos campos define su posición frente a otros agentes, son espacios de lucha de los agentes por obtener poder. Este concepto sitúa lo histórico del trabajo social en su sentido inherente a la profesión tanto en su origen como en sus contradicciones.

En estos espacios, el campo de actuación del Trabajo Social es el campo de intervención, establece una relación de fuerza entre las instituciones y los agentes, con un capital específico acumulado en luchas anteriores y que siempre pone en juego. Es un campo de posiciones sociales que se definen las unas en relación con las otras (salud-enfermedad, médico-paciente, ricos-pobres, urbano-rural, etc.). Es un espacio práctico de la existencia de la vida cotidiana, con diferencias sociales jerarquizadas en función de un sistema de legitimidades socialmente establecidas y aceptadas en una época determinada.

El nuevo campo el que se pretende intervenir desde Trabajo Social es el Sistema de Protección Social de Salud. El componente económico de este sistema de salud requiere de su justa comprensión, en el sentido de que es un componente de financiamiento para abatir gastos de bolsillo y catastróficos para que los afiliados tengan mayores oportunidades de salir de la pobreza crónica. El gasto de bolsillo de salud y la pobreza son elementos interactivos resultantes de las nuevas dinámicas sociales en el mejoramiento de la salud.

Una limitación económica conlleva una disminución de ingresos, restringiendo el acceso a la atención de salud y las oportunidades de desarrollo. Pero también una mala salud afecta el crecimiento económico. En este marco, financiar la salud, como estrategia significa buscar equidad en el acceso a la salud, y como definición de política social de salud, significa, por un lado, una contribución en función de las capacidades desiguales de los demandantes de servicios de salud, y otro lado, significa compensar las desigualdades y exclusiones del sistema fragmentado de salud

La nueva dinámica de la política de salud ha iniciado un proceso de separación del financiamiento público de la salud de la prestación de los servicios de salud. El componente de la separación del financiamiento es lo novedoso, sin embargo no se corresponde el componente de la prestación, pues su sistema organizacional continúa prevaleciendo. No obstante en esta nueva dinámica, desde el sistema jurídico la protección a la salud es un derecho constitucional y desde la política social de salud es un instrumento político para promover la promoción del bienestar humano, el consenso social y la equidad para alcanzar los niveles más altos de paz social.

Estos dos elementos, jurídico y político, no bastan para lograr tener una protección social de salud de manera integral para lograr el bienestar social en salud en la población vulnerable de frente a los ajustes económicos estructurales, pues la política social se encuentra fragmentada, y es impensable que pueda abatir totalmente la pobreza, a pesar de que, el modelo económico neoliberal plantea crear de la tendencia de identificar el desarrollo

local con la atención a la pobreza. Esta tendencia ha reforzado la política de desarrollo focalizada hacia estratos de poblaciones con carencias sociales básicas: alimentación, salud, agua potable, educación y seguridad social.

La política social de salud es una política compensatoria para los que sufren de la desigualdad de oportunidades. El SPSS es un dispositivo compensatorio financiero, se enfoca hacia la atención de prioridades de salud en la población sin seguridad social, sin atender las condicionantes sociales de salud para acceder a la salud pública. Nos referimos a la prevención de enfermedades, la organización de las comunidades para sanar el medio ambiente y la promoción de educación sanitaria. Estas condiciones permiten la prolongación de la vida en términos de equidad en poblaciones rurales, en la medida en que combaten las diferencias injustas y evitables entre localidades urbanas y rurales.

El financiamiento a la salud tiene una connotación social. Al situarse el seguro popular de salud como brazo operativo del SPSS en el financiamiento de los servicios públicos de salud en la dimensión de la pobreza, representa una disminución del peso del costo del servicio de salud. El pago de setenta pesos por una consulta médica en un centro de salud en el medio urbano tal vez represente poco y más si en ese pago se incluye el surtido de algunos o todos los medicamentos, según la enfermedad que se padezca. Pero en el medio rural tiene una gran importancia, pues en esos lugares es escaso el dinero que circula, como escasos son los servicios de consulta médica y medicamentos.

El no pago de setenta pesos, tal vez no disminuyan los gastos de bolsillo en salud, que en estos lugares se constituyen no sólo de servicios médicos ambulatorios sino de costos de traslado y alimenticios, y mucho menos disminuyan los gastos catastróficos por motivos de salud, sin embargo aumentan las esperanzas de atención y cura de salud. Tener garantizado el acceso a los servicios médicos otorga certidumbre y protección de la salud familiar y de cierta protección del patrimonio familiar, es decir, determinado grado de contención de la disgregación del patrimonio por padecimientos que

implican gastos elevados para tratamiento de enfermedades, de accidentes o actos de violencia.

Desde este punto de vista, el financiamiento aparece como un acto de equidad social de salud. La priorización de servicios médicos de primer nivel de atención de salud connota un aumento de la esperanza de vida en la población de estos territorios rurales, sin embargo, esta esperanza de vida, tanto en lo rural como en lo urbano no significa en una mayor calidad de vida y mucho menos el acceso a servicios de salud si esa esperanza se hace acompañar del padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas (hipertensión, diabetes, entre otras).

Tampoco significa que el programa del seguro popular va a contribuir a disminuir los índices de pobreza en estos lugares aislados del progreso social. Dejar de ser pobres no sólo depende de un programa, pues el financiamiento no se traduce en un aumento de oportunidades para llevar alimento a la mesa, tener una vivienda digna y acceso a estudios superiores.

Este escenario, la economía cobra un especial significado en la naturaleza interventiva del trabajo social, en el sentido de que para hacer una acción social con un carácter sistémico en la dimensión de la salud es necesario comprender los términos de eficiencia, efectividad, calidad y equidad en el cómo se producen, financian, distribuyen y consumen los servicios de salud. Intervenir socialmente en la política de financiamiento de la protección social a la salud debe ser para incidir en el fortalecimiento o restauración de las capacidades colectivas e individuales para el establecimiento de niveles aceptables de bienestar social.

En esta nueva manera de ver la dimensión de la salud en trabajo no es algo nuevo. Desde finales del siglo XX, Mondragón y Trigueros (1999: 3) han venido planteando que la salud no sólo está conformada por las condiciones biológicas, ecológicas, y culturales sino económica. La herencia genética de los padres hereda a los hijos su constitución física; el medio ecológico es productor

de la salud o generador de enfermedades; el contexto cultural determina las creencias que los pueblos tienen sobre las enfermedades, el sufrimiento y la muerte y el económico constituye el soporte de los tres pilares básicos de la salud: la alimentación, el alojamiento y el trabajo.

A estos cuatro elementos habría que agregarle la accesibilidad a los servicios de salud, estos es, la posibilidad que tienen los individuos de una localidad a utilizar un determinado servicio. La accesibilidad hace referencia a un servicio que está disponible, lo que no significa que sea utilizado. Esta situación entre un servicio disponible y la posibilidad de que sea utilizado, es un elemento constituyente de un nuevo campo de actuación del trabajo social.

Las inaccesibilidades de salud son nuevas necesidades sociales de salud en poblaciones socialmente marginadas y ubicadas en la zona serrana con escaso acceso al sistema de transporte público. Este tipo de necesidades están íntimamente vinculadas al desarrollo social, prestándose en las zonas rurales, por un lado, como una aproximación deseable las zonas urbanas, y por otro lado, como una aproximación deseable a satisfacer necesidades de bienestar humano que venga a resolver problemas de salud, educación, alimentación, vivienda y vestido.

2.- La connotación de la accesibilidad a la protección social de salud.

Trabajo social es una profesión que no sólo estudia la realidad sino interviene en ella. Su actuación se define por el modo de comprender e instrumentar las políticas sociales, asumiendo compromisos con los sectores oprimidos de la sociedad desde su vida cotidiana. Esta fenomenología proporciona objetos de estudio propios del trabajo social, y sólo el conocimiento producido en ella hará posible la elaboración de proyectos adecuados de intervención profesional para promover y hacer cambios pertinentes en lo social de la realidad.

La vida cotidiana está inserta en contextos históricos, económicos y sociales, cuya particularidad se desarrolla en la dimensión espacio-tiempo regional. La regionalización de la vida cotidiana contrarresta la visión totalitaria de sociedad.

En el espacio cotidiano se expresan las necesidades sociales, amoldadas y singularizadas por las características de la región, de forma tal, que una necesidad de salud varía según el espacio social donde se manifieste.

Este hecho significa que no es lo mismo referirse a las condiciones de salud en un espacio urbano como en un espacio rural. Ambos espacios tiene una particularidad de presentarla y atenderla. La particularidad se encuentra en las diferentes formas de acceso y accesibilidad a los servicios de salud.

La cotidianidad de una enfermedad se padece según el lugar que se habite. En el caso del padecimiento de las enfermedades crónicas degenerativas, involucra a terceros en su tratamiento debido a que implica la no recuperación del estado de salud sino un deterioro progresivo de la salud, construyéndose así el mundo de la cotidianidad del enfermo. Esto significa una estancia permanente en el sistema de salud del enfermo y sus familias.

El enfermo crónico alteran las actividades diarias de los integrantes de su familia, ambos (enfermo y familia) viven cambios en diferentes aspectos y modifican sus modos vida. Una de estas enfermedades es la diabetes mellitus, tratada y muy estudiada por el modelo de atención biologicista²³, sin embargo en el campo de lo cotidiano, el diabético se enfrenta a todo un mundo nuevo de retos, entre ellos, ser marcado de estar enfermo para siempre. Y en ese “*estar enfermo para siempre*” se encuentra un estado particular del padecimiento, profundamente interrelacionado con los niveles de accesibilidad a los servicios de salud.

Los espacios rurales de alta marginación social, por lo general se encuentran desprovistos de servicios permanentes de salud y sobre todo para atender casos de crónicos, en tanto que en el espacio urbano se encuentran este tipo de servicios. Aunque el padecimiento sea común, no es idéntica la forma de

²³ Este modelo está sustentado en una concepción evolucionista y mecanicista basada en la eliminación del síntoma. El punto de partida de este modelo es localizando daño y tratando de repararlo enfocando los programas de atención al re-establecimiento de la función orgánica, asumiendo que el entorno social no tiene gran influencia o en todo caso cambiaría una vez resuelto el síntoma.

padecerse, como tampoco es el nivel de acceso y accesibilidad a los servicios médicos.

La problemática que encierra este campo de acceso y accesibilidad de salud es de naturaleza interventiva propia del Trabajo Social. La intervención²⁴ no como acción organizada con individuos, grupos y comunidades, sino como una acción social²⁵, como intervención en las dimensiones de lo social en que se desenvuelven los actores sociales²⁶. Este modo de entender la intervención del trabajo social se orienta a superar las carencias que privan a los individuos del desarrollo social.

La acción social la definimos como una red de relaciones, en la que para transitar sobre ella se planifican (programas sociales) las acciones a realizar. La planificación es un medio para revertir situaciones que impiden el bienestar social, es un elemento de racionalidad que ayuda a determinar la prioridad de los fines de acuerdo a los medios y condiciones existentes para llegar de una situación determinada a una situación buscada.

Transitar de una situación presente a situación futura se constituye en la entrada al campo de intervención de lo social, es un tránsito inserto en el contexto de las políticas públicas y sociales. La entrada al campo de la accesibilidad de salud comprende las nuevas interrogantes que caracterizan los colectivos sociales de los usuarios, los espacios geográficos que ocupan, las temporalidades de las dimensiones en las que se desenvuelven y la capacidad que tienen para incidir en la orientación del sistema de salud.

²⁴ El término intervención, desde el punto de vista etimológico, se refiere a la acción y efecto de intervenir. Intervenir significa tomar parte en un asunto o interceder o bien mediar entre dos situaciones a favor de alguien (Diccionario de la Real Academia Española, 2001).

²⁵ La acción social desde una concepción sistémica se define como una red de relaciones inter-actuales.

²⁶ El término actores sociales lo entendemos como agentes humanos. Lo utilizamos para aludir a las personas que participan en la problemática estudiada.

En esta perspectiva, el Trabajo Social no interviene a los actores sino a las *situaciones problema*²⁷ que presentan los actores. La inaccesibilidad física, por ejemplo, para un usuario de sillas de ruedas, su accesibilidad no se logra actuando sobre él sino sobre los obstáculos arquitectónicos, urbanísticos, de transporte, telefonía pública, entre otros. De la misma forma, en el medio rural, la inaccesibilidad de los usuarios a los servicios de salud, no se elimina actuando sobre los usuarios de los servicios médicos, sino sobre las condiciones de la red de caminos de terracería, la ausencia de medios de transporte, la inexistencia de centros permanentes de servicios de salud, las limitaciones organizacionales de acceso a los servicios de salud, entre otros.

El planteamiento es construir no sólo un modo de hacer sino un modo de ver, es decir, de construir un nuevo horizonte teórico de rescate de la naturaleza interventiva del Trabajo Social situándola en la generación de políticas sociales capaces de revertir los procesos de marginación y pobreza extrema que conllevan a la carencia de medios para alcanzar el acceso social a la atención de salud.

En esta perspectiva y retomando el punto de vista teórico de Aquín Nora (1996), podemos plantear que el Estado debe garantizar a los usuarios rurales la accesibilidad a los servicios de salud. Seguramente generaría un consenso unánime. Sin embargo este consenso se desarmaría cuando se abandone el nivel de generalidad y se pasara a su particularidad: es decir, que se entienda por accesibilidad a la salud: ¿el financiamiento público de los servicios de salud?, ¿la construcción de de clínicas de salud rural?, ¿el establecimiento de un sistema público de transporte? Las preguntas centrales serían; ¿cuánto cuesta esto?, ¿quién o quiénes van a pagar?, o ¿cómo se va a pagar?

Las respuestas a esta particularidad llevan al disenso, constituyéndose éste en un espacio propicio de problematización e interpretación. En esta etapa se hace necesario el uso de las teorías a la luz de las necesidades sociales de

²⁷ La Situación Problema es un término que se refiere a la intersección de la relación sujeto-problema-contexto (Ver Tello Peón Nelía Elena (2008) Trabajo Social: disciplina del conocimiento, ENTS-UNAM., México.

salud. Toda necesidad sin teoría no tiene posibilidades de existencia (Aquín Nora, 1996). Es la teoría la que permite visualizar el contenido y la forma de las iniciativas de carácter interventivo.

La teorización las necesidades conlleva a la necesidad de otorgarle un estatuto político a la necesidad interpretada (Aquín Nora, 1996). Es en este momento cuando da inicio el proceso de intervención, de encuentro de los actores con sus necesidades y de los actores con las instituciones, no es antes ni es después, es justamente ahí, en la implementación de la política pública y social para revertir las condiciones de inaccesibilidad a los servicios públicos de salud de los pobladores rurales.

En el espacio rural, una acción interventiva de salud se centraría en los cuatro elementos componentes de la accesibilidad de salud: la localización de la fuente de atención (accesibilidad geográfica), los precios y gastos derivados de la atención (accesibilidad económica) las restricciones de entrada y a las restricciones internas (accesibilidad organizacional) y las percepciones de prácticas de salud rural (accesibilidad cultural).

3. La connotación de la marginación social en la protección social de salud.

La protección social a la salud tiene un asiento de implementación: la marginación social rural. En los tiempos presentes se proclama en todos los rincones de la sociedad la igualdad de derechos sociales, políticos y jurídicos de todos los mexicanos, todos son reconocidos en la Ley. Pero estas sólo son proclamaciones normativas abstractas. Lo real es que se mantiene una sociedad cuya estructuración se vertebra entorno a la desigualdad social.

Las estructuras del sistema social, generan espacios territoriales donde albergar la marginación así como las condiciones para que sean socialmente aceptados. La marginación, como realidad humana y social, constituye la principal barrera de accesibilidad fundamental a los servicios integrales de salud, es una barrera estructural que evidencia la existencia de ilusorias

creencias de igualdad que la misma sociedad ha elevado a rango constitucional.

La marginación es una condición socialmente estructurada. El sistema social dominante ha desplazado la pobreza como categoría de carencias y la ha fraccionamiento en varios tipos de pobreza: alimentaria, de capacidades y de patrimonio. significa que hay varios tipos de pobres; unos están en mejores condiciones que otros. Cada tipo de pobreza va desencadenando procesos desiguales de marginación, sobre el cual se asienta la condición social del marginado.

Los tipos de pobreza generan sucesivas diferenciaciones, divisiones y discriminaciones estructurales de la sociedad al grado tal que va formando un nuevo grupo social en los espacios de alta marginación, designada como infraclase, en otras palabras, es una pobreza enraizada a un problema dual de marginación económica y aislamiento social. En el espacio rural, este tipo de dislocaciones sociales han permanecido en la invisibilidad, haciendo que la pobreza en sus diversas manifestaciones, sea la que disfuncionamiento interno del sistema social dominante.

El término infraclase es relativamente nuevo, aparece en la década de los ochenta a la par con el proceso de globalización y la implementación del modelo económico neoliberal. Este concepto hace alusión a la forma más severa de marginación y exclusión social: formación de grupos sociales que poseen una fuerza de trabajo y capacidades que no son valoradas por el sistema social (Izcara Palacios Simón P., 2002).

El carácter estructural del origen de las infraclases aparece referido al impacto desigual de una estructura económica cambiante, en la que la producción de mercancías es desplazada por la producción de servicios. Los rasgos más sobresalientes asociados a este término son las condiciones de vida precaria, desempleo y subempleo, baja calificación profesional, escasas perspectivas de empleo, aislamiento social y dependencia de las políticas sociales.

La política social, en estos espacios de alta marginación está dirigida a atender estos nuevos grupos sociales desvalorizados económicamente. Este tipo particular de la política social tiene como objetivo fundamental la internalización de una cultura de dependencia de los programas sociales. La marginación se ha constituido en una forma de vida, se reproduce de generación tras generación, generando estilos de vida en base a la adaptación a programas sociales que de una manera u otra compensan su sufrimiento o desesperanza.

La cultura de dependencia, subsistida por la política social, cuyos componentes más sobresalientes y aceptados socialmente son la devaluación de su fuerza de trabajo, la ausencia de empleos y estilos de vida de ocio, comportan una desigualdad radical de la distribución de la riqueza en zonas serranas, reproduciendo, como diría Luhmann (1988) la autopoiesis del sistema social dominante.

La política social se organiza como reproductora de la marginación social. Los marginados existen no por la situación de pobreza en la que se encuentran, sino porque la sociedad, tal y como está estructurada, la produce y la reproduce para generar procesos de marginación que dan lugar a la formación de la infraclase. La marginación es una necesidad funcional del sistema socialmente, su continuidad descansa en el mantenimiento de esta funcionalidad mediante la implementación de diversos programas sociales, entre ellos (OPORTUNIDADES, seguro popular de salud, 70 y más, piso firme, Caravanas de la Salud, Opciones Productivas, Salud Bucal, Salud Reproductiva, Atención a Familias y Población Vulnerable, entre otros.

Este componente de un posible campo de actuación debe ser abordado desde la consideración de que la intervención social no debe sólo circunscribirse a una operacionalización de las políticas sociales sino a través de ellas tener la capacidad de configurar lo público en espacio de intervención. Es decir, tener la capacidad de cambiar de una dimensión teórica a otra, o de una innovación práctica a otra, aceptando los desafíos del progreso, de las nuevas dinámicas

sociales sin que esto signifique abandonar la posición estructural de intermediación fundada en criterios de racionalidad institucional.

En la dimensión de la salud, la posición estructural de intermediación ha construido su propio campo de intervención desde una visión interdisciplinaria. La interacción interdisciplinaria de la estructura de su campo profesional en esta dimensión social de salud le ha permitido construir su especificidad, es decir, su vínculo entre los recursos y satisfactores con las necesidades y carencias sociales de los grupos vulnerables (García Salord Susana, 1998).

En este marco, la intermediación del trabajador social se encuentra íntimamente vinculado a las instituciones, es decir a su cultura organizacional. Las instituciones tienen una finalidad, objetivos de supervivencia; pasan por ciclos de vida y enfrentan problemas. Tienen una personalidad, una necesidad, un carácter y se consideran como microsociedad, con proceso de socialización, normas y su propia historia. Trabajo social está íntimamente relacionado con esta cultura, de tal forma, que en los últimos años se ha reconocido la importante función que esta profesión desempeña en las organizaciones institucionales.

El ejercicio profesional desempeñado en espacios institucionales, se expresa una cultura tridimensional: *Institución- trabajo social –comunidad*. Este papel propio de trabajo social se localiza en el sistema organizacional de salud. La complejidad de esta cultura se manifiesta en la interacción social entre los componentes del proceso de intermediación, cuyas características definen formas de entender y sentir las realidades de los intereses enfrentados, los patrones de conducta aceptados, las formas de solución a los conflictos, las relaciones de poder y aceptación o resistencia.

En este escenario de la intermediación se observan las políticas institucionales como la protección social a la salud, vinculada a los componentes sociales de salud, cuyo andamiaje permite ejecutar de forma eficaz y eficientemente los

procesos necesarios para cumplir con las funciones de rectoría de producción social de la salud, de provisión de servicios de salud y de gestión institucional.

FUENTE DE CONSULTA

- Aguilar Villanueva Luís (2007). La implementación de las políticas, Editorial Porrúa, México.
- Aríides Calvani (1963), "El Surgir de una Escuela" en Revista El Farol, N° 25 Abril/Mayo/Junio. Caracas Venezuela, disponible en www.ucab.edu.ve/ucabnuevo/index.php?load=perfil_trabajadorsocial.htm&sección=124
- Ander Egg Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social, Editorial Lumen, Argentina.
- Aquín Nora (1996). La Relación sujeto-objeto en trabajo social: una resignificación posible, Espacio Editorial, Buenos Aires, Argentina
- Álvarez Pérez Adolfo Gerardo, et al, (2009). Los estudios organizacionales en el abordaje de los determinantes de la salud, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta #1158, entre Llinás y Clavel, Centro Habana, Ciudad Habana, Cuba. Disponible en bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_1_09/hie06109.htm
- Arnold-Cathalifaud Marcelo, (2008). "Las organizaciones desde la teoría de los sistemas sociopoieticos", Revista Cinta Moebio, Santiago, Chile.
- Aveni, Silvina Mariel y ARES, Sofía Estela. Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y calidad de vida: un análisis del partido de General Pueyrredón. Rev. Univ. Geogr. [online]. 2008, vol.17, n.1, pp. 255-284. ISSN 0326-8373.
- Banco Mundial (2004), La pobreza en México, disponible http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICOINSPANISH/Resources/b_resumen.pdf
- Banco Mundial (2010), disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- Bautista L. Elizabeth, (2003) "Desarrollo Humano y Trabajo Social", Revista Nueva Época, #6, México.
- Bautista López Elizabeth, (2006). La investigación cualitativa y cuantitativa en trabajo social. Análisis y construcción de modelos teóricos de tres casos prácticos en Trabajo Social, en Revista ACADEMIA, Disponible en www.journals.unam.mx/index.php/ents/article/view/20209/19198).
- Bourdieu, Pierre (1976). Distinción: bases sociales del gusto, Taurus Ediciones Madrid, España. Boris Lima. Contribución a la Epistemología del Trabajo Social. Buenos Aires, Humanitas, 3ra. Edición, 1989).
- Briones Guillermo (2008), Métodos y técnicas de investigación social para las ciencias sociales, México, Editorial Trillas
- Bunge Mario (2009), Epistemología, Editorial Siglo XXI, México.
- Calvo Ayaviri Alfredo (2003). Análisis Organizacional de los servicios de salud, OPS/OMS, Bolivia.
- Coe Rodney M. (1984). Sociología de la medicina, Alianza Editorial, Madrid España
- Comes Yamila (2003). Accesibilidad: una revisión conceptual, Buenos Aires, Argentina, Disponible en <http://es.scribd.com/doc/60297339/Accesibilidad-dOC-Yamila>
- CANAPO (2006), Índices de marginación, 2005, en www.conapo.gob.mx/publicaciones/margina_2005/01_b.pdf
- Carballeda J. Alfredo (2005). La intervención en lo social; exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales, Editorial Paidós, Barcelona
- CONEVAL: Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011
- Valoración de la Información contenida en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED): Seguro Popular (SP), Comisión Nacional de Protección Social en Salud, disponible en http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/eed10_11/seguro_popular/ejecutivo.pdf
- COPLAMAR (1998). Necesidades Esenciales en México: geografía de la Marginación, Volumen 5, Siglo XXI, México, D.F.
- Coronado Alcántara Miguel Ángel (2007). ISES, Instituciones de Seguros Especializadas en Salud: "Una opción de salud privada, asequible al bolsillo y de calidad", Revista de Temas de Ciencia y Tecnología septiembre-diciembre, vol 11, núm 33, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, UTM, México
- Cortés Fernando (2006), "Consideraciones sobre la marginación, la marginación económica y la exclusión social", en Revista Papeles de Población, no. 047, UAEM, Toluca México.

- Chiavenato Idalberto (2009). Comportamiento organizacional: la dinámica del éxito de las organizaciones, McGraw-Hill/Interamericana editores S.A. México
- Chávez Ignacio (1954) La obra del bienestar social de la población rural de México, Memoria de el Colegio Nacional, en [www.colegionacional.org.mx/.../04%20-%20Medicina_... pdf](http://www.colegionacional.org.mx/.../04%20-%20Medicina_...pdf)
- Denman A. Carolina y Haro Jesús Armando (2002). "Introducción: trayectoria y desvarío de los métodos cualitativos en la investigación social" en Denman A. Carolina y Haro Jesús Armando (Compiladores). Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social, Colegio de Sonora, Sonora.
- Del Rio Fernando (2011). El gasto de bolsillo para pagar servicios de salud es alto, Periódico La Jornada: <http://www.jornada.unam.mx> 2011/04/13/ sociedad/ 048n1soc.
- Díaz Cardozo Leidy Carolina. Producción de conocimiento sobre trabajo social en las unidades académicas de Bogotá (1995 a 2003), en Tabula Rasa, No.5: 247-259, julio-diciembre 2006 Universidad Externado de Colombia, Bogota Colombia, 2006. www.unicolmayor.edu.co/investigaciones/numero_cinco/diaz.pdf
- Douglas L. y Inndquist P (1995). *The geographical accessibility of hospitals to the aged: a geographic information systems analysis within Illinois. Health Serv Res. 1995 February; 29 (6): 629–651.*
- Diario Oficial de la Federación, 03-Feb- 1983.
- Diario Oficial de la Federación 30-Ago- 1983
- Diario Oficial de la Federación, 07-Feb-1984
- Diccionario Etimológico, en <http://etimologias.dechile.net/?programa>
- Dirección de Redes de Atención (2007). Servicios de Salud de Sinaloa, en [cubos.sigho.gob.mx/red/.../...](http://cubos.sigho.gob.mx/red/.../)
- Domínguez Silva Inés et al (2009). La cultura organizacional para los sistemas organizacionales de salud, Revista Médica Electrónica. v.31 n.6, nov-dic, Dirección Provincial de Salud de Matanzas, Cuba.
- Donati Pierpaolo (1987). Manual de Sociología de la Salud, Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, España.
- Evangelista Martínez Elí (2011). Aproximaciones al trabajo social contemporáneo, Red de Investigaciones y Estudios Avanzados, A.C., México, D.F.
- Elí de Gortari (1974). Introducción a la lógica dialéctica, Editorial Grijalbo, México.
- Ensignia Jaime (1998) El debate sobre la seguridad social en América Latina y la posición del sindicalismo, Revista Nueva Sociedad Núm. 155 Mayo-Junio en [http://nuso.org /upload/articulos /2682_1.pdf](http://nuso.org/upload/articulos/2682_1.pdf)
- Foucault Michel (1988). "El sujeto y el poder" en Revista Mexicana de Sociología, Vol. 50, No. 3, (Jul. - Sept), México.
- Frenk Julio y Gómez Dantés (2008). Para entender el sistema de salud en México, Nostra Ediciones, México.
- Frenk Julio, et al, (2007). Reforma Integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México, Revista Salud Pública México, no. 49, sup 1, México.
- Frenk Julio, et al, (2001). "La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma" en Solís Soberón y Villagómez F. Alajandro (Compiladores), La seguridad social en México, Editoriales Centro de Investigación y docencia Económicas, Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro y Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- Galicia Sánchez Segundo (2010). El punto de partida del método científicamente correcto, Editorial Plaza y Valdés y UAS, México
- Garza-Elizondo María Eugenia et al, (2008). Necesidades de accesibilidad para acciones preventivas: Una perspectiva de la población en Monterrey, México en 2005. Revista. Española de Salud Publica, vol.82, n.5. en: http://scielo. iscii. es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000500009&lng =es&nr m=iso. ISSN 1135-5727.
- Guerrero Ramiro, et al (2001). Sistema de salud en Colombia, Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud de la Universidad Icesi de Colombia y Revista Salud Pública de México / vol. 53, suplemento 2 México, disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>
- Gideens Anthony (2006). La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina.

- Goodall, Brian (1987), *The Penguin Dictionary of Human Geography*, Penguin Books, Londres.
- González Rodríguez Jesús (2005), *El programa para el desarrollo local microrregiones*, Centros de Estudios Sociales y de Opinión Pública, LIX Legislatura de la Cámara de Diputados de los Estados Unidos Mexicanos, en www.fenammm.org.mx/site/index.php?option=com_docman...
- González Carbajal Eluterio (1988). *Diagnóstico de la salud en México*, Ed. Trillas, México, D.F.
- González Pier Eduardo –Coordinador- (2006). *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*, Secretaría de Salud; Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura Económica. México.
- Gómez Dantés Octavio, et al, (2001). *Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México*, *Revista Salud Pública México* (ISSN 1606-7916); Vol. 43, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- Hernández-Ávila Juan Eugenio, et al (2010). *Modelo geoespacial automatizado para la regionalización operativa en planeación de redes de servicios de salud*, en *Revista Salud Pública México*, vol.52 no.5 Cuernavaca sept./oct. 2010. | ISSN 0036-3634
- Hernández Sampieri Roberto, et al (2003). *Metodología de la investigación*, Editorial Mc Graw Hill, México.
- Hernández-Torres Jinneth, et al, (2008), *Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México*, *Revista de Salud Pública*, Volumen 10 (1), www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n1/v10n1a03.pdf
- INEGI: *Conteo de Población y Vivienda, 1995*, en www.inegi.gob.mx/
- INEGI: *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, en www.inegi.gob.mx/
- INEGI: *II Conteo de Población y Vivienda, 2005*, en www.inegi.gob.mx/
- INEGI: *XIII Censo de Población y Vivienda, 2010*, en www.inegi.gob.mx/
- Izcará Palacios Simón Pedro (2002), *Infraclases rurales procesos emergentes de exclusión social en España* *Revista española de investigaciones sociológicas*, ISSN 0210-5233, Nº 97, en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=26352>
- Homedes Nuria y Ugalde Antonio (2005). *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso*, *Pan Am J Public Health*, Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsv/v17n3/a12v17n3.pdf>
- Kisnerman Natalio (1998). *Pensar el trabajo social: Una introducción desde el construccionismo*, Editorial Lumen, Buenos Aires Argentina.
- Knaul Felicia, et al, (2007). *Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México*, *Revista Salud Pública México*, no. 49, suplemento 1
- Knaul Felicia Marie, Arreola-Ornelas Hector Méndez Oscar (2005). *Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004*, FUNSALUD, *Revista Salud Pública de México / vol.47, no.6, noviembre-diciembre*, disponible en www.scielosp.org/pdf/spm/v47n6/a07v47n6.pdf
- Lourau René (1994). *El análisis institucional*, Ediciones Amorrortu, Buenos Aires, Argentina
- López Arellano Oliva y Blanco Gil José (2001), *La polarización de la política de salud en México*, en *revista Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Brazil.
- Laurell Asa Cristina y Herrera Ronquillo Joel (2010). *“La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios”* en *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires.
- Laurell Asa Cristina (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social*, Ediciones Era y Fundación Friedrich Ebert, México.
- Laurell Asa Cristina (2010). *Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina*, *Revista de Medicina Social*, volumen 5, número 1, UAM Xochimilco, Mexico.
- Londoño Juan Luis y Frenk Julio (1977). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*, Banco Interamericano de Desarrollo, en http://salud.univalle.edu.co/pdf/plandesarrollo/pluralismo_estructurado.pdf
- López Medina Diego (2008). *“Sistema de salud” y “derecho a la salud”*: derechoadm.uniandes.edu.co/.../Documento_DEFINITIVO_DEREC

- Luhman Niklas y De Georgi Raffaello (1993). Teoría de la sociedad, Universidad de Guadalajara, Universidad de Iberoamericana e Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, México.
- Luhmann Niklas (1984). Sociedad y sistema: la ambición de la teoría, Paídos, Barcelona
- Mendoza Rangel María del Carmen (2003). "Metodología del desarrollo comunitario" en Arteaga Basurto (coordinador), Desarrollo comunitario, UNAM, México, D.F.
- Macias Huerta, et al, (2009) "Distribución territorial de los índices de marginación en la zona metropolitana de Guadalajara" Revista Sincronía en <http://sincronia.cucsh.udg.mx/maciashuertafall09.htm>
- Matus Sepúlveda Teresa (2001). "Desafíos de trabajo social en los 90s" en Perspectivas metodológicas en trabajo social, Espacio, Buenos Aires argentina
- Mazumdar Papiya G, et al (2009). Revisiting the Role of Geographical: Accessibility in Women's Access to Healthcare, Institute of Health Management Research, Rajastán, India
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2009). Estructura Organizacional de salud, disponible, en <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio-estructura-organizacional>
- Molina M. Gloria, Muños E. Iván Felipe y Ramírez G. Andrés –Editores Académicos- (2009). Dilemas en las decisiones en la atención en salud: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera, Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios del Ministerio Público, COLCIENCIAS y Universidad Industrial de Santander, Colombia.
- Molina Membreno Laureana Adalila (2001). Modelos de localización. Estudios sobre accesibilidad geográfica. Aplicación al sistema de salud de Nicaragua, en dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=11128
- Mohammed Shariful Islam y Aktar Shamima (2011). Measuring Physical Accessibility to Health Facilities – A Case Study on Khulna City, in World Health Population, Canada, <http://www.longwoods.com/content/22195>
- Musto Stefan (1975) " Análisis de Eficiencia, Metodología de Evaluación de Programas sociales de Desarrollo", Editorial Técnos Madrid España.
- Musgrove Philip (1993). Inversión en salud: informe sobre el desarrollo mundial 1993, Bol of Sanit Panam, 115 (5), en hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v115n5p455.pdf
- Nájera Aguilar Patricia e Infante Castañeda Claudia (1990). "Cobertura potencial y cobertura real de servicios ambulatorios de salud en el estado de México", Revista Salud Pública de México, V. 32, # 004, Cuernavaca Morelos.
- Nigenda Gustavo (2005). El seguro popular de salud en México: desarrollo y retos para el futuro, Banco Interamericano de Desarrollo, México.
- Olavarría Gambi Mauricio (2005). Acceso a la salud en Chile, Acta bioethica, v.11 n.1. Santiago Chile, disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X200500100006&script=sci_arttext
- Organización Internacional del Trabajo y Organización Panamericana de la Salud (1999). Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe, disponible en white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/.../texfinal1.pdf
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (1998). Envejecimiento saludable: el envejecimiento y la actividad física en la vida diaria, Programa sobre Envejecimiento y Salud, Ginebra Suiza.
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2000) Informe sobre la salud en el mundo: mejorar los desempeños de salud, Ginebra Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS- (2007). "Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud", en Salud en las Américas, Volumen 1-regional, Washington, D.C., E.U.A.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos –OCDE- (2005). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud (caso de México), Organización para la cooperación y desarrollo económicos y Secretaria de Salud, Paris.
- Ortega Valcárcel, (2000). Los horizontes de la geografía: teoría de la geografía, Editorial Ariel, Barcelona España.
- Pérez Rico Raymundo, Sesma Vázquez Sergio y Puentes Rosas Esteban (2005), Gastos catastróficos por motivos de salud en México: estudio comparativo por grado de

marginación, Revista Salud Pública de México, volumen 47, número 1 (suplemento), Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca México.

- Ponce Ramos Héctor (2007). Redes de Atención de los Servicios de Salud, Servicios de Salud de Sinaloa, Sinaloa, México
- PNUD: Informe sobre desarrollo humano 1997, en <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh1997/capitulos/español>
- Prat Ester, et al,(2008). Estudio sobre la accesibilidad de los centros sanitarios públicos de Cataluña, en www.crea.uab.es/miramont/publicat/.../comunicacion_accesibilidad_ad.pdf...
- Richmond Mary E. (1962). Caso social individual, Editorial Hvmanitas, Buenos Aires Argentina
- Roca Parés Albert (2002). La accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras, Instituto Universitario de Estudios Europeos. Universidad Autónoma de Barcelona, Madrid España.
- Rosenberg Hernán y Andersson Bernt (2000). “Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe”, Organización Internacional del Trabajo y Organización Panamericana de la Salud, en Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), México.
- Sapelli Claudio y Torche Aristides (1997). ¿FONANSA para pobres, ISAPPRES para ricos?: un estudio de los determinantes de la elección entre seguro público y privado, Documento de trabajo # 183 del Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, Disponible en http://www.economia.puc.cl/docs/dt_183.pdf
- Secretaria de Salud: México 2002. (2003, c). Información para la rendición de cuentas. México.
- Secretaria de Salud (2004) Financiamiento justo y protección social universal: la reforma estructural del sistema de salud en México.
- Secretaria de Salud (1999), Programa Ampliación de Cobertura, disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a230499.html>
- Secretaria de Salud (2005). Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, México, disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf>
- Scatena Villa Tereza Cristina et al (2011). “Accesibilidad al tratamiento de tuberculosis: evaluación de desempeño de servicios de salud” Revista Latino-Americana Enfermagem, jul.-ago, Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública Ribeirão Preto, SP, Brasil
- Sistema Nacional de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), SSA- 2011.
- SEDESOL: Catalogo General de localidades 2010, en <http://cat.microrregiones.gob.mx/catloc/>
- Sesma Vázquez Sergio (2005) y colaboradores sobre Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes, Revista de Salud Pública México, no. 47, Suplemento 1, México.
- Sosa Rubí Sandra Gabriela, et al, (2009). Análisis del gasto en salud en México (2001-2006), PNUD - México, México
- Soberón Guillermo, et al (1988). La salud en México: testimonios, desarrollo institucional, asistencia social, Tomo III, Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura Económica, México
- Soberon Acedo Guillermo y Martínez Narváez Gregorio (1996). “La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta”, en revista de Salud Pública de México, sept-oct, año/vol. 38, numero 005, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- Soberón Guillermo. (2001). La participación del sector privado. En La reforma de la salud en México. FUNSALUD México, D.F.
- Solitario, Romina, Garbus, Pamela y Stolkiner, Alicia (2008). “Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios” Anuario de investigaciones, ene./dic. versión Versión ISSN 1851-1686, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Talcott Parsons (1951). The Social System, Free Press of Glencoe, N.York, United Estates of America.

- Tello Peón Nelia Elena (2008). Trabajo Social, disciplina del conocimiento: apuntes de trabajo social, Centro de Estudios de Opinión y de Participación Social, México.
- Unidad Estatal de Protección Social en Salud- UEPSS- (2005-2010). Filiación, Sinaloa, en www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/documentos/Logros_pdf
- Valero Chávez Aida (2004). "Apuntes sobre la génesis del trabajo social mexicano" en Sánchez Rosado Manuel (coordinador), Manual de trabajo social, editoriales ENTS-UNAM y Plaza y Valdés, México.
- Villanueva Agustina (2010). "Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. Análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén", en Revista Transporte y Territorio, Universidad de Buenos Aires, N° 2, – ISSN 1852-7175
- Villarespe Reyes Verónica y Merino Martínez Susana Bertha (2008). Los programas contemporáneos de combate a la pobreza, XXI Jornadas de Historia Económica, Asociación Argentina de Historia Económica, Universidad Nacional de Tres de febrero, Buenos Aires Argentina.
- Whitehead Margaret y Dahlgren Göran (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1., Regional Office for Europe de la OMS, Copenhagen, Dinamarca
- Zemelman Merino Hugo (1996). Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento, El colegio de México, México D.F.
- Zemelman Merino Hugo (2000). Conocimiento y sujetos sociales: contribución al estudio del presente, El colegio de México, México D.F.
- Zurita Beatriz, Ramírez Teresita, Desempeño del sector privado de la salud en México, Caleidoscopio de la salud, [nayar.uan.mx/~indalex/Admon/19 Documento _Medicina_privada.pdf](http://nayar.uan.mx/~indalex/Admon/19_Documento_Medicina_privada.pdf)