

El cuidado de la salud de la población urbana en condiciones de pobreza

Carolina Martínez S. y Gustavo Leal F.

Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco

Resumen

En este trabajo se examina cómo el crecimiento de la población urbana empobrecida ha venido a añadirse al más antiguo reto de atender a la población rural dispersa, lo cual dificulta aún más la tarea del cuidado de la salud de la población mexicana. Se enfatiza en la importancia de estudiar la especificidad de las constelaciones de riesgos a las que se encuentran expuestos los integrantes de este creciente segmento de la población, y en la necesidad de profundizar en el estudio de la matriz cultural desde la cual éstos perciben sus problemas de salud y orientan su comportamiento preventivo y curativo. Se revisan las principales características de la oferta de servicios de atención a la salud preventivos y curativos, y las posibilidades para su operación efectiva dentro de este contexto. Por último, se discuten las limitaciones de la política pública de salud actual para enfrentar la preocupante situación que se describe.

Palabras clave: riesgos para la salud, atención a la salud, políticas preventivas, población popular urbana, México.

Abstract

Health care of the urban population in conditions of poverty

In this work we examine how the growth of the impoverished urban population, added to the oldest challenge posed by the health care of disperse rural population, has made even more complex to deal with the difficult task of caring for Mexican population's health. We emphasize on the importance of studying the specificity of the causal constellations that give rise to the pathology of this growing segment of the population, as well as the cultural matrix from which they perceive their health problems and orient their preventive and curative behaviors. The main characteristics of the supply of services of medical attention are reviewed and the possibilities of effective operation of the preventive and curative programs in this context are analyzed. The paper discusses the limitation of the current public health policy to face the worrisome situation described.

Key words: health risks, risks perception, health care, preventive policies, poor urban population, Mexico.

Introducción

Es evidente hoy en día que, junto con las poblaciones rurales dispersas, los sectores populares asentados en las grandes urbes han venido a complicar el cuidado de la salud de la población mexicana. La atención a estos dos polos ubicados en situaciones extremas en cuanto a densidades poblacionales (grandes masas de población en las ciudades; atomización en minúsculos asentamiento en las zonas rurales dispersas) constituye un complicado reto para la política de salud.

Por su ancestral presencia dentro el panorama sanitario nacional, la provisión de servicios médicos y sanitarios a la población rural ha sido objeto de estudio y preocupación constante de la salud pública mexicana, sin que por eso se haya encontrado hasta el momento una solución satisfactoria: por el contrario, el tamaño del problema se ha hecho, si cabe, aún mayor (Alvarez *et al.*, 1960; Coplamar, 1982; IMSS, 1983; Córdova y Martínez, 1992; SSA, 1994; Narro, 1995; Martínez, 1995; Acuerdo Nacional para el Campo, 2003¹). En épocas más recientes, el rápido crecimiento experimentado por la población popular urbana ha hecho necesario ocuparse también del análisis de los problemas específicos que plantea el cuidado de su salud.

Ambos sectores tienen en común los altos niveles de riesgo sanitario y el pobre acceso a la atención médica; sin embargo, cada uno de ellos tiene particularidades que requieren ser estudiadas. Hay que reconocer, por ejemplo, la especificidad de las distintas constelaciones de riesgos para la salud a las que las personas se encuentran expuestas durante el tiempo en el que residen en cada uno de estos ámbitos. También hay que estudiar las diferencias en lo que se refiere a la oferta de servicios de atención médica y los problemas que ésta presenta en cada uno de ellos.

Sin dejar de lado las estrechas relaciones que se dan entre los pobladores rurales y los urbanos, en estos apuntes, derivados de nuestra experiencia de investigación, proponemos algunos ángulos que es importante examinar cuando se estudia la problemática de salud de la población popular urbana. En la segunda mitad de estas notas nos preguntamos por las posibilidades de operación efectiva de los programas derivados de la política pública de salud en sus dos vertientes: la preventiva y la curativa. Concluimos con algunas reflexiones sobre la enorme distancia que media entre la estrechez de miras de las políticas de salud actuales y la magnitud de la problemática de salud a la cual se supone que deberían responder.

Tres ángulos en el estudio de la salud de las poblaciones populares urbanas

Al tratar de organizar los problemas que plantea el cuidado de la salud de la población urbana —cuyas condiciones de pobreza, tan bruscamente agudizada

¹ “Esta es una página importante de la historia de México. Acuerdo Nacional Para el Campo”, *Proceso*, 1383, 4 de marzo, 2003.

en el país desde finales de 1994, la transforma en grupos de alto riesgo sanitario—, encontramos que hay cuando menos tres ángulos fundamentales a considerar:

1. La manera en la que los bajos niveles de ingreso influyen en la configuración de sus riesgos para la salud, por medio de las limitaciones que imponen a su capacidad de acceso a bienes y servicios (alimentación, vestido, vivienda, escuela, infraestructura urbana, transporte, etc.), al igual que por sus escasas posibilidades para cuidar la salud en formas más específicas (al dificultar o incluso imposibilitar las más elementales medidas de higiene personal, de los alimentos, de la vivienda y del ambiente). Esto es lo que los hace tan vulnerables desde el punto de vista sanitario, y los deja sumamente desprotegidos ante los efectos de la exposición cotidiana a la multiforme constelación de riesgos presentes en el entorno ambiental de cada una de las regiones en las que habitan² (Coplamar, 1982; Córdova y Martínez, 1989; Martínez *et al*, 1991; Martínez, 1993 y 1999).
2. Los integrantes de las poblaciones populares urbanas (como los de las poblaciones rurales de las cuales muchos de ellos proceden a través de las distintas generaciones de migrantes que han constituido las grandes ciudades) poseen tradiciones culturales ancestrales muy arraigadas que orientan su percepción, representación y manejo de los problemas de salud (Martínez, 1995 y 1999; Martínez y Vargas, 1997).
3. El desamparo ante sus episodios de enfermedad en el que los colocan las enormes dificultades para recibir una atención médica oportuna y de calidad clínica. En condiciones de acceso tan limitado a los servicios profesionales, las tradiciones culturales antes mencionadas se convierten en elementos decisivos para determinar sus acciones frente a sus episodios de enfermedad.

Detengámonos brevemente en cada uno de estos ángulos para ilustrar a qué es a lo que nos referimos.

²Y de aquéllas por las que pasan durante su trayectoria de vida, que para los integrantes de estos grupos puede ser de una gran movilidad por las características de los mercados de trabajo a los que tienen acceso.

*Las condiciones para la salud*³

En términos comparativos, diversos indicadores sugieren que los riesgos para la salud a los que se encuentran sometidos los integrantes de las poblaciones urbanas suelen ser menos graves que los que afectan a las rurales: la esperanza de vida, los niveles y perfiles de la mortalidad y las muchas variables socioeconómicas en las que se reflejan sus condiciones y calidad de vida han sido sistemáticamente más desfavorables para los habitantes del ámbito rural que para los del urbano (Coplamar, 1982; Jiménez y Minujín, 1984; Rabell y Mier y Terán, 1986; Córdova y Martínez, 1989; Martínez *et al*, 1991; Camposortega, 1992; Conapo, 1993 y 2000). Sin embargo, como bien han hecho notar los expertos en desarrollo urbano, las grandes ciudades albergan un mosaico de diversidades prácticamente imposibles de distinguir a través de los indicadores agregados (Puente, 1988; Schteingart, 1996). Sólo los análisis microrregionales detallados de la situación específica en la que viven los distintos segmentos de la población permitirán ir distinguiendo lo que ocurre dentro del gran conglomerado constituido por los habitantes de las grandes ciudades (y de las ciudades medias), para poder hacer afirmaciones más precisas sobre sus condiciones para la salud.

Lo que sí podemos sostener es que si habláramos en términos de las mentalidades y no de las cifras de densidad poblacional, parecería que a lo que asistimos en las últimas décadas del siglo XX fue a una especie de ruralización de las ciudades más que a una urbanización del país. Porque el proceso de urbanización que ha tenido lugar en México, lejos de conducir a la integración del sector urbano moderno y dinámico que soñaron las escuelas desarrollistas (Illich, 2002), parece haber dado como resultado la conformación de un universo bifronte muy polarizado, compuesto por un cada vez más reducido grupo de población de ingresos medios y altos, y una creciente masa de población empobrecida (INEGI, 2002). Por lo demás, dadas las características que ha adoptado en nuestro país el fenómeno migratorio y la intensidad de los intercambios entre pobladores que residen en las zonas urbanas y en las rurales,⁴

³ Hemos propuesto dar el nombre de “condiciones para la salud” al conjunto de circunstancias ambientales, económicas, sociales y culturales en las que transcurre la vida de los distintos grupos poblacionales, en las cuales se especifica la calidad de la reproducción cotidiana de sus integrantes, y en las que se enmarcan tanto sus probabilidades de sufrir determinado tipo de patología (esto es, los riesgos para la salud) como sus particulares formas de “estar sano”, de manera que a ellas se asocian tanto los niveles efectivos de salud como los riesgos y los daños (morbilidad, mortalidad y discapacidades) que los afectan (Córdova y Martínez, 1989 y 1989a; Martínez, 1993 y 1999).

⁴ E incluso entre quienes migran a Estados Unidos y sus familiares que permanecen en México.

no parecería adecuado hacer divisiones tajantes entre ellos: las personas de estos grupos, sus escasos bienes y sus visiones del mundo se mueven con bastante fluidez entre uno y otro ámbito.

La matriz cultural

Para comprender el comportamiento de estos grupos poblacionales frente a los riesgos para la salud, las enfermedades y los servicios de salud (preventivos y curativos), es fundamental la consideración de la rica matriz cultural de la que disponen, en la que toma sentido su particular visión del mundo, la vida, la salud, los riesgos, la enfermedad, el sufrimiento, la cura, la discapacidad o la muerte. Sólo así puede llegarse a entender la lógica que dicta la organización de su vida cotidiana, el significado de la experiencia de cada episodio de enfermedad, la manera en la que toman sus decisiones y el papel que otorgan a los servicios de atención médica (preventivos y curativos, públicos y privados) dentro del abanico de alternativas de las que disponen para resolver sus problemas de salud. En no pocas ocasiones, los elementos de esta matriz cultural llegan a ser el único recurso del que pueden echar mano para hacer frente a sus problemas de salud ante la ausencia o la deficiencia de los servicios, el sufrimiento que esto suscita y la frustrada expectativa de acceder a la tecnología que permitiría aliviar su sufrimiento o salvar su vida.

En cuanto a los elementos que constituyen esta matriz cultural, hay algunos relativamente perdurables, más o menos fijos, con cierta resistencia al cambio, y otros mucho más rápidamente mutables, que varían de acuerdo con las influencias que se van experimentando en cada momento y en cada entorno (campañas informativas, modas, difusión por la vía escolar o los medios masivos, entre otros). Lo relevante es cómo se origina y configura cierto tipo de “conocimiento de sentido común” (Berger y Luckman, 1968), que es el que opera como sustrato sobre el cual se reciben, reelaboran e integran los diversos recursos ofrecidos por el sector salud, para dar como resultado las particulares modalidades de construcción de la propia salud y de atención a la enfermedad efectivamente utilizadas.

Para identificar los elementos que constituyen ese sustrato, consideramos valioso abordar los tres niveles de análisis siguientes (Martínez, 1992, 1993 y 1999):

1. El nivel local, en el que han de considerarse las modalidades de cuidado propias de cada ámbito regional (microrregional y local) construidas a lo

- largo del tiempo, en las que se integran antiguas tradiciones transmitidas de generación en generación (con diversos grados de fidelidad, dependiendo de las circunstancias), con elementos más recientes llegados por las más diversas vías: desde los movimientos migratorios hasta los medios masivos de comunicación, las campañas educativas, la escuela, los consejos de las personas con quienes se convive, etcétera.
2. El nivel familiar, en el cual pueden observarse las modalidades de cuidado propias de cada unidad doméstica, que remodelan los recursos provistos por las vías antes mencionadas y les dan una fisonomía propia, resultado de la particular combinación de los elementos que aún se sostienen de las tradiciones familiares de los integrantes de cada nueva pareja cuya unión funda una nueva familia. Se trata de tradiciones negociadas o disputadas entre ellos a lo largo de la trayectoria de integración de dicho grupo, que junto con la integración de elementos procedentes del exterior, dan las características propias del estilo de cada unidad doméstica en cada etapa de su trayectoria vital.
 3. El nivel individual, donde se manifiestan las modalidades de cuidado propias de la elaboración personal, fuertemente vinculadas no sólo con el grupo social del que se es parte, sino también con el género y la generación, la historia migratoria, los niveles de escolaridad, la ocupación y las redes de las que se es integrante; en síntesis, de las vicisitudes de la biografía.

La falta de atención médica

Se ha observado que los hogares ubicados en la franja de menores niveles de ingreso suelen recurrir a la atención médica con menor frecuencia que los que tienen mayores ingresos, pero el monto que destinan a este rubro en busca de alivio a sus problemas de salud más apremiantes consume una proporción mayor del total de sus magros recursos en comparación con los hogares más adinerados (Wong y Parker, 1995). Sin embargo, pese al enorme esfuerzo que supone para estas unidades domésticas tal erogación, la utilización de la atención médica no siempre conduce a la solución de los problemas que llevaron a buscarla.

Las aproximaciones en profundidad a este problema permiten comprender mejor algunas de las circunstancias que se combinan para conducir a tan

insatisfactorios resultados. Por ejemplo, no es infrecuente que los integrantes de estos grupos tiendan a diferir lo más posible la búsqueda de auxilio médico por razones tan poderosas como la falta de recursos económicos, la dificultad para afrontar las consecuencias del abandono del trabajo o del quehacer doméstico cotidiano, un elevado nivel de tolerancia al malestar, e incluso la negación como mecanismo psicológico de defensa ante una situación amenazante que aparece como irresoluble. De manera que cuando no se trata de padecimientos autolimitados, la llegada a los servicios médicos (públicos o privados) puede darse en momentos muy avanzados del curso de la enfermedad (Martínez, 1999).⁵

Por lo demás, desde el pragmático punto de vista de quienes apenas obtienen lo necesario para la subsistencia cotidiana, no tiene sentido ir en busca de un diagnóstico para el cual se prescribirá una propuesta terapéutica inalcanzable.⁶ La conciencia de la imposibilidad material para costearse casi cualquier tratamiento que involucre medicamentos de utilización continua (peor aún cuando éstos son caros), alguna intervención quirúrgica, y no se diga si lo que se requiere es alguno de los inalcanzables tratamientos para resolver los problemas más graves,⁷ puede ser un importante elemento disuasor de la búsqueda de atención médica.

Por si lo anterior no bastara, tres problemas más contribuyen a su alejamiento de la utilización de la atención médica profesional: las carencias y deficiencias de los servicios públicos para una adecuada prestación de la atención;⁸ la distancia entre sus propios códigos culturales y las propuestas terapéuticas que se les ofrecen a partir del modelo médico sin que se intente siquiera hacerles

⁵ En este estudio, así como en una investigación previa realizada en un contexto rural (Martínez, 1993), tuvimos ocasión de conocer algunos casos en los que la tardía búsqueda de atención médica se utilizó a la manera de un comportamiento “ritual”, como si se buscara una solución de tintes casi mágicos para evitar, en el último momento, la muerte inminente de un miembro de la familia (lo cual, por supuesto, no se logró). Esa actitud no nos pareció difícil de comprender, dado que la intervención médica se encuentra rodeada por ese halo. Las posibilidades para realizar lo que a los ojos de los no especialistas parecerían verdaderos milagros no ha hecho sino incrementarse en la versión más moderna de esta práctica profesional.

⁶ De ahí que la pretensión de la gestión actual en la Secretaría de Salud de ofrecer “protección financiera” a estos grupos se antoje tan fuera de lugar. Porque no son las “finanzas” de una familia que vive al día lo que se esperaría que el Sistema Nacional de Salud pudiera proteger, sino su salud, y en no pocas ocasiones, su vida.

⁷ Del tipo de las isquemias cardíacas, las insuficiencias renales o los tumores malignos, a las cuales no son inmunes los grupos de bajos ingresos. Sobre hacer notar lo inadecuado de considerar a este tipo de patología “enfermedades de ricos” (Martínez y Leal, 2003).

⁸ Hoy día es habitual que los pacientes de estos servicios se quejen de que los médicos les piden traer material de curación y medicamentos (y cómo podrían evitarlo, cuando la institución no provee lo mínimo necesario para que el médico pueda desarrollar su tarea).

partícipes de este nuevo código, y la forma en que la creciente tecnologización de la atención médica ha conducido al abandono de un componente esencial del acto curativo: la dimensión humana de la relación médico-paciente (Balint y Norell, 1992).

Aunque todo esto afecta tanto a las poblaciones populares urbanas como a las rurales, hemos de insistir en la necesidad de analizar las especificidades que adopta cada uno de esos elementos en estos dos mundos.

La mayor parte de los integrantes económicamente activos de la población popular urbana están ocupados en los mal remunerados e inestables empleos del sector servicios (el sector informal urbano), por lo cual se encuentran junto con sus familias al margen de la cobertura de la seguridad social (Córdova y Martínez, 1989; Martínez y Leal, 2002; INEGI, 2002). Existen servicios públicos destinados a la población abierta, pero además de que sufren de un gran deterioro, aquéllos con mayores niveles de capacidad resolutive médico-clínica son para ellos de muy difícil acceso. Por lo que se refiere a los servicios privados, evidentemente estos segmentos de la población no son clientes de los centros más prestigiados que operan bajo cierta regulación del sector salud, pero en ocasiones pueden permitirse el uso de servicios privados muy elementales, de incierta calidad, que son los que logran encontrar a precios accesibles para ellos.⁹ Ante esta situación, con frecuencia se ven en la necesidad de generar sus propias formas de responder ante la enfermedad mediante combinaciones ingeniosas, pero a veces muy poco eficaces, de tradiciones culturales, medicinas alternativas y rudimentos del conocimiento médico.

Pero revisemos más cuidadosamente las posibilidades de operación efectiva de las políticas de salud, en sus vertientes preventiva y curativa, para estos grupos de la población.

La población popular urbana y las políticas de salud

La vertiente preventiva

Analizaremos tres componentes: a) la denominada promoción de la salud; b) la oferta de servicios preventivos basados en tecnologías de bajo costo y alto rendimiento, como los programas de vacunación, rehidratación oral, planificación

⁹ Por su importancia, volveremos con más detalle sobre este punto al analizar las posibilidades de operación efectiva de la vertiente curativa de las políticas de salud.

familiar, atención prenatal, detección de algunos padecimientos crónicos, y c) lo referente al saneamiento ambiental.

Promoción de la salud

En el ámbito urbano, estos programas actúan en formas difíciles de predecir sobre estas nuevas y complejas mentalidades que se constituyen en las grandes ciudades, donde se entremezclan elementos de las tradiciones culturales propias de las regiones de procedencia de quienes fueron llegando a las ciudades en las distintas corrientes migratorias que tuvieron lugar a lo largo del siglo XX. En cada una de las numerosas subculturas que coexisten en el espacio urbano tiene lugar una peculiar elaboración de los mensajes emitidos por los medios masivos de comunicación. La información proporcionada por las campañas del sector salud compite con lo que dice la publicidad comercial y con la transmisión (a veces parcial y distorsionada) del conocimiento sobre el cuidado de la salud que se imparte en la escuela. Hay que considerar también lo que cada persona interpreta a partir de lo que se le comunica cuando acude a los servicios de salud, sea directamente por el médico en los breves contactos con él durante la consulta, o por voz de las enfermeras y otros miembros del equipo de salud. Cada uno de estos mensajes evoca distintos significados para las personas que los escuchan, los cuales se entrecruzan con la visión previa que el sujeto tiene sobre sus problemas de salud, cómo evitarlos y cómo atenderlos. Todo ello se encuentra en perpetua reelaboración en la interacción cotidiana con familiares, compañeros de escuela o de trabajo, amigos y vecinos.

Programas preventivos

Los intentos de proveer servicios preventivos a los habitantes de los enormes conglomerados instalados en los abigarrados laberintos de las colonias populares de las grandes ciudades se enfrentan con un doble reto: la magnitud de la población a cubrir y la gran libertad de uso que se dan a sí mismas las poblaciones objetivo. Se trata, en general, de grupos con menos posibilidad de ser tratados como “poblaciones cautivas” que los habitantes de las antiguas zonas rurales, de manera que la utilización de estos servicios ya no depende sólo de la proximidad geográfica o de la gratuidad (como ocurre con las poblaciones rurales), sino de una compleja modalidad de aceptabilidad cultural que puede

constituirse en uno de los principales problemas. Las poblaciones urbanas parecen hacer un uso más “a su propio juicio” de los recursos preventivos que a ellos se destinan, y crean las combinaciones de servicios preventivos y curativos, públicos y privados, profesionales, tradicionales o alternativos, más afines a sus propias visiones y expectativas.

Saneamiento ambiental

Este planteamiento preventivo, teóricamente tan prometedor, adquiere en las áreas urbanas su propia complejidad. La viabilidad depende, en gran medida, de las características que asuma el diseño (y, desde luego, la operación) de políticas extrasectoriales como las de desarrollo urbano, uso del suelo, vivienda, desarrollo industrial, protección ambiental, entre tantas otras, y menos del trabajo comunitario en el cual se apoyaron muchos de estos programas en las áreas rurales. Influye en esto también lo que Verheij (1996) engloba como “características individuales de las personas” que, en el caso de los ciudadanos de países como el nuestro,¹⁰ atraviesan precisamente por una distribución del ingreso cada vez más desigual, lo que, como hemos señalado, determina los estrechísimos márgenes de acción que tienen quienes se encuentran en las franjas inferiores de la pirámide de ingresos para proteger su salud.

La vertiente curativa y sus laberintos

Para examinar la vertiente curativa de la operación de estas políticas en la población popular urbana, hemos de remontarnos al trazado de las coordenadas mínimas que se requieren con objeto de entender el mapa cada vez más complicado de la oferta de atención médica profesional¹¹ y mostrar dentro de él cuáles son sus alternativas.

Una primera subdivisión es la que separa a los dos grandes subsectores que constituyen el llamado Sistema Nacional de Salud: el público y el privado.

¹⁰ A los que se denomina *middle-income countries*, lo que los distingue de otros que se encuentran en un nivel todavía menos favorable: los *low-income countries* (World Bank, 2001).

¹¹ Nos circunscribimos exclusivamente a la medicina alopática, sin ocuparnos aquí de los muchos otros recursos de los que las personas echan mano para enfrentar sus problemas de salud, como la medicina tradicional de tan profunda raigambre en nuestro país (Vargas y Santillán, 1994; Lozoya, 1994 y 2000; Nigenda, 2001; Secretaría de Salud, 2002), o el amplio y heterogéneo grupo de las denominadas medicinas complementarias y alternativas (Payán de la Roche, 2000).

Dentro de cada uno de ellos hay que introducir todavía varias distinciones. El subsistema público está constituido por dos grandes tipos de instituciones: las que integran la red de la seguridad social y las que tienen a su cargo el cuidado de la población abierta o no derechohabiente. En el privado, los cambios ocurridos en el curso de las tres últimas décadas han terminado por constituir un enredado laberinto de cuya descripción tendremos que ocuparnos más detenidamente. A nuestro juicio, en el escenario actual de la atención médica privada pueden distinguirse cuando menos los tres siguientes espacios:

1. El espacio de la atención médica de alto precio. En la parte más alta (supuestamente en calidad, e indudablemente en costos) de esta estructura se encuentran los grandes y prestigiados centros hospitalarios, muchos de ellos de antigua presencia en el panorama nacional, atendidos por médicos especialistas que prestan sus servicios dentro o en torno a ellos, muy visibles pero no por eso suficientemente regulados por las autoridades sectoriales, y de acceso bastante restringido para la población a causa de sus elevados precios. Nos referimos a los complejos hospitalarios que se agrupan en universos del tipo de la Asociación Nacional de Hospitales Privados o la Asociación Mexicana de Hospitales (Leal, 2003). En este ámbito operan los seguros de gastos médicos mayores, cuya cobertura se estima en unos tres millones de pólizas en el país (Leal, 2003).
2. El espacio de la medicina prepagada. En el plano inmediatamente inferior al antes descrito aparece este segundo componente de la oferta privada del Sistema Nacional de Salud, relativamente reciente, que tiende a configurarse sobre la base de las nuevas modalidades de aseguramiento privado conocidas como instituciones de seguros especializadas en servicios de salud (ISES) y que con frecuencia suele consolidarse al amparo o como oferta complementaria de los grandes y prestigiados centros hospitalarios apenas mencionados (Leal, 2000 y 2003a).¹²
3. El espacio de la medicina más precaria. En el fondo de esta estructura, mucho más abajo que los dos niveles anteriores, se encuentra este tercer componente sobre el cual deseamos llamar especialmente la atención por

¹² Hemos podido observar, también, cómo en algunos casos los especialistas egresados de las residencias médicas que logran su incorporación a las redes de la medicina prepagada cohesionada por las aseguradoras, eventualmente llegan a crear cierta "clientela estable" que, una vez consolidada, les permite irse desvinculando de la medicina prepagada y el mundo de las aseguradoras (con los límites que sus tabuladores les imponen) para irse labrando un lugar en el cerrado círculo del piso más alto de la atención médica privada.

su estrecha relación con la atención de los grupos de la población de los que aquí nos ocupamos. Se trata de un fenómeno de creciente magnitud que ha permanecido fuera de la mirada de quienes estudian el problema de las coberturas de atención médica y, lo que es peor, casi completamente al margen de la responsabilidad regulatoria de las autoridades sectoriales. Nos referimos a esa modalidad de atención médica privada que se presta en pequeños consultorios y casas habilitadas a manera de precarios centros de salud, que se encuentran esparcidos a lo largo y ancho de las ciudades (y también de algunos poblados rurales no demasiado dispersos). Este tipo de servicio se caracteriza por operar con la tecnología más elemental, muy baja resolutivez médico-clínica e incierta calidad, pero a precios relativamente bajos (lo que los coloca al alcance de las poblaciones populares urbanas y de algunos segmentos de las rurales). Su gestación data de las décadas finales del siglo XX (mediados de la década de 1980). Ha crecido a gran velocidad y aun cuando su magnitud exacta sea aún difícil de calcular, no hay duda de que se encuentra cada vez más extendido. De continuar las tendencias actuales, podría pensarse que este llegará a ser el principal destino laboral para buena parte de los médicos del futuro.

En este espacio de atención emergente han venido a confluir, en forma tan espontánea como desregulada, cierta demanda y cierta oferta, ambas ignoradas hasta ahora por los responsables de la función pública: la demanda de atención médica de los enfermos de escasos recursos y la oferta de servicios por parte de los médicos.¹³ Esto parece haber ocurrido de la siguiente manera. A lo largo de las últimas dos décadas, en las cuales las políticas de salud tendieron a desresponsabilizarse de la atención de la enfermedad (Leal, 2003b), un creciente número de pacientes de bajos niveles de ingreso fue quedando abandonado a su suerte. Coincidentemente, en el mismo periodo, las ochenta escuelas y facultades de medicina con que cuenta el país generaron un continuo flujo de médicos, impedidos de continuar su formación profesional en las instituciones públicas (por la vía tradicional de las residencias médicas), o de continuar prestando en ellas su servicio al término de su preparación (Leal y Martínez, 2003). Con el tiempo, estos médicos y estos pacientes al margen de las instituciones públicas, de las privadas de alto nivel y de la novedad que porta la medicina prepagada,

¹³ Es decir, el encuentro de dos necesidades no atendidas: la de atención médica para los pacientes y la de ocupación para los médicos.

empezaron a encontrarse en este nuevo espacio, quizá de dudosa calidad, pero que ofrece para unos una alternativa de atención y para otros de ocupación, y que alivia en algo la presión sobre la mermada red pública.¹⁴

Los retos pendientes

La nueva ley del IMSS que entró en operación en el segundo semestre de 1997 creyó haber planteado vías para dar cauce a las dificultades que presentaba la atención a la población popular urbana. Sin embargo, las dudas que desde entonces se abrigaban sobre la viabilidad del diseño propuesto se vieron confirmadas (Leal, 2000a). Baste considerar que el seguro de salud para la familia, una de las innovaciones que aportó ese profundo cambio legislativo dirigido al aseguramiento de poblaciones no asalariadas, reportó durante 2002 una incorporación de apenas 114 mil 500 personas (que no familias). Después de seis años de operación de la reforma del IMSS, este seguro contabilizaba sólo 336 mil 996 seguros (Presidencia de la República, 2003). Según la información recabada por la Encuesta Nacional de Empleo, para los años de 2001 y 2002 el monto de personas que laboraban en el denominado sector no estructurado de la economía se estimaba en poco más de 10 millones de trabajadores (INEGI, 2003 y 2003a).¹⁵

En mayo del 2003, el presidente Vicente Fox suscribió el decreto por el que se expide la Reforma a la Ley General de Salud en Materia de Protección Social, legalizando el Seguro Popular (Presidencia de la República, 2003a). Los graves problemas de su diseño anticipan que esta alternativa enfrentará dificultades muy serias de recursos e infraestructura para garantizar, en el mejor de los casos, las 105 intervenciones de atención médica con calidad (que en realidad son básicamente preventivas) que se ofrecen en su paquete de beneficios. Pero aun si se dispusiera de todos esos recursos e infraestructura, lo cual es altamente improbable, en las mejores condiciones de operación, el Seguro Popular deberá demostrar aún que puede sortear la selección adversa que caracteriza a los

¹⁴ Como suelen decir los médicos, las enfermeras y los profesionistas afines de las grandes instituciones públicas nacionales: "Nos ayudan a desinflar la demanda".

¹⁵ Calculados a partir del indicador TOSNE (tasa de ocupación en el sector no estructurado), que se utilizó por primera vez en la Encuesta de 2001 y que se define en el glosario de la misma como "el porcentaje de la población ocupada que labora en micronegocios no agropecuarios, sin nombre o registro, más los que laborando en micronegocios registrados, carecen de contrato de trabajo y de cobertura con respecto a la seguridad social" (INEGI, 2003: 375). Este indicador se reporta en 25.6 por ciento para 2001 y en 26.3 por ciento para 2002. El total de la población económicamente activa ocupada se estima en 39 385 505, para 2001, y en 40 301 994, para 2002.

modelos de atención administrada (*managed care*) (Leal, 2003c; Van Barneveld *et al.*, 2001).

Entre tanto, y para fines prácticos, más allá del beneficio que pudieran obtener de las medidas preventivas de bajo costo y alto rendimiento que llegan a destinárseles, las opciones de la población popular urbana para obtener atención médica parecen, por ahora, circunscritas a los cada vez más escasos y deficientes servicios públicos para la población abierta y, hasta donde sus reducidos ingresos lo permitan, a esta nueva modalidad de atención médica privada sumamente precaria que hemos descrito. Por el momento no alcanzan a verse mejores perspectivas. Sostenemos, por ello, que hay un enorme contingente de la población nacional prácticamente desprotegido en lo que a la atención médica se refiere, con todas las consecuencias humanas y sanitarias que esto implica. Habrá que reflexionar sobre si éste es el orden de cosas al cual médicos y pacientes aspiran.

Bibliografía

ACUERDO NACIONAL PARA EL CAMPO, 2003, *Acuerdo Nacional para el Campo: por el Desarrollo de la Sociedad Rural, la Soberanía y Seguridad Alimentarias. Propuesta*, 25 de abril, México.

ÁLVAREZ Amézquita, J. *et al.*, 1960, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.

BALINT, E. y J. Norell, 1992, *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general*, Paidós, México.

BERGER, P. y T. Luckmann, 1968, *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires.

CAMPOSORTEGA, S., 1992, *Análisis demográfico de la mortalidad en México 1940-1980*, El Colegio de México, México.

CONAPO, 1993, *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990*, Consejo Nacional de Población y Comisión Nacional del Agua, México.

CONAPO, 2000, *Situación demográfica de México 2000*, en URL: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2000.htm>, (citado el 8 de enero de 2003).

COPLAMAR, 1982. *Necesidades esenciales en México. Salud*, Siglo XXI y Coplamar, México.

CÓRDOVA Leal, A. y Carolina Martínez, 1989, *El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochenta*, UAM-X, México.

- CÓRDOVA Leal, A. y Carolina Martínez, 1989a, *Condiciones de vida y mortalidad. Reflexiones en torno a su relación*, Reporte de investigación 58, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X.
- CÓRDOVA Leal, A. y Carolina Martínez, 1992, "Coberturas de atención médica para la población rural y agrícola", en Carolina Martínez y Susana Lerner (comp.), *Poblamiento, desarrollo agrícola y regional*, Sociedad Mexicana de Demografía, México.
- ILLICH, I., 2002, "Necesidades", en *Letras Libres*, marzo, México
- IMSS, 1983, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- INEGI, 2002, *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*, Instituto Nacional de Geografía e Informática, México.
- INEGI, 2003, *Encuesta Nacional de Empleo, ENE-2001*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México.
- INEGI, 2003a, *Encuesta Nacional de Empleo, ENE-2002*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México.
- JIMÉNEZ, R. y Minujín, A., 1984, "Características y evolución de la mortalidad en México", en *Los factores del cambio demográfico en México*, IIS-UNAM y Siglo XXI, México.
- LEAL, G., 2000, *Seguridad social en salud, evaluación y tendencias de reforma en México ¿hacia dónde vamos?*, Cámara de Diputados, LVIII Legislatura, Taller Seguridad Social, Teoría y Práctica, Reforma, Perspectivas y Retos, 29 de noviembre, Salón Legisladores de la República, Palacio Legislativo, México.
- LEAL, G., 2000a, *Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X, México.
- LEAL, G., 2003, *Algunos actores y temas en la arena de la salud*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X, en prensa, México.
- LEAL, G., 2003a, *Discutiendo las instituciones de seguros especializadas en servicios de salud*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X, en prensa, México.
- LEAL, G., 2003b, *Evidencia para las políticas*, Imágen Médica, México.
- LEAL, G., 2003c, *Ocho apuntes para que el H. Senado de la República rechace la Iniciativa del Seguro Popular*, Senado de la República, Comisión de Salud y Seguridad Social, Legislatura 58.
- LEAL, G., y C. Martínez, 2003, *¿Educando médicos? De Luis Echeverría Álvarez a Vicente Fox Quesada*, Ed. Imágen Médica, México.
- LOZOYA, X, 2000, "La medicina prehispánica", en H. Aréchiga y L. Benítez Bribiesca (coords.) *Un siglo de ciencias de la salud en México*, Biblioteca Mexicana, Fondo de Estudios e Investigaciones Ricardo J. Zevada, Conculat/FCE, México.
- LOZOYA, X., 1994, *Plantas, medicina y poder*, Procuraduría Federal del Consumidor y Editorial Pax, México.

- MARTÍNEZ, C. *et al.*, 1991, “Un acercamiento a la problemática de salud en México a fines de los ochenta”, en *Estudios sociológicos*, núm. 9.
- MARTÍNEZ, C. y G. Leal, 2002, “El acceso a los servicios médicos. Comentarios a las tabulaciones sobre condición de derechohabencia a servicio médico y tipo de institución”, en A. Chávez (comp.), *Análisis del Censo de Población y Vivienda 1995*, CRIM/UNAM, Cuernavaca.
- MARTÍNEZ, C. y G. Leal, 2003, “Epidemiological transition: model or illusion? A look at the problem of health in Mexico”, en *Soc Sci Med* 2003; 57(3).
- MARTÍNEZ, C. y L. Vargas, 1997, “Ambiente y salud en Xochimilco: una aproximación cualitativa”, en *Estudios de Antropología Biológica*, vol. VIII, UNAM/IIA, México.
- MARTÍNEZ, C., 1992, “Recursos sociodemográficos y daños a la salud en unidades domésticas campesinas del estado de México”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 7 (2.3).
- MARTÍNEZ, C., 1993. *Sobrevivir en Malinalco. La salud al margen de la medicina*, El Colegio de México y UAM-X, México.
- MARTÍNEZ, C., 1995, “Riesgos de trabajo en un grupo de pequeños productores agrícolas en el sur del estado de México”, en J. Arroyo (comp.), *Y ante todo la población rural persiste*. Universidad de Guadalajara, México.
- MARTÍNEZ, C., 1999, “Salud y medio ambiente. La perspectiva local”, en H. Izazola (coord.), *Desarrollo sustentable, medio ambiente y población. A cinco años de Río*, Consejo Estatal de Población/El Colegio Mexiquense, México.
- NARRO, J. 1995, *Modelo de atención a la salud para población abierta 1995*, Subsecretaría de Servicios de Salud, Secretaría de Salud, México.
- NIGENDA, G. *et al.*, 2001, “La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia”, en *Salud Pública de México*, vol. 43, núm. 1, enero-febrero, México.
- PAYÁN, De la Roche, J. C. 2000, *Lánzate al vacío*, McGrawHill, Colombia.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 2003, *Segundo Informe de Ejecución 2002 del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 2003a, *Decreto por el que se expide la Reforma a la Ley General de Salud en Materia de Protección Social*.
- PUENTE, S., 1988, “La calidad material de vida en la zona metropolitana de la Ciudad de México: hacia un enfoque totalizante”, en Puente y J. Legorreta (coord.), *Medio ambiente y calidad de vida*, Departamento del Distrito Federal/Plaza y Valdez, México.
- RABELL, C. y M. Mier y Terán, 1986, “El descenso de la mortalidad en México de 1940 a 1980”, en *Estudios demográficos y urbanos* 1 (1).
- SCHTEINGART, M., 1996, *Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México*, El Colegio de México, México.
- SECRETARÍA DE SALUD, 1994, *Estudio de regionalización operativa 1994. Manual de lineamientos para la elaboración del estudio*, Dirección General de Coordinación Estatal, Secretaría de Salud, México.

SECRETARÍA DE SALUD, 2002, *Relación intercultural con la medicina tradicional*, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas, Dirección de Medicina Tradicional, México.

VAN BARNEVELD, Eric *et al.*, 2001, "Risk sharing between competing health plans and sponsors", en *Health Affairs*, mayo-junio.

VARGAS, L. y C. Santillán, 1994, *Biblio-hemerografía sobre antropología médica (1900-1990)*, CRIM/Facultad de Medicina/IIA UNAM, México.

VERHEIJ, R., 1996, "Explaining urban-rural variations in health: a review of interactions between individual and environment", en *Soc Sci Med* 42(6).

WONG, R. y S. Parker, 1995, *Gasto en salud de los hogares en México. Evidencias de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1989*, ponencia en la mesa Salud, morbilidad y mortalidad, V Reunión nacional de investigación demográfica en México, El Colegio de México, México.

WORLD, Bank, 2001, *Mexico. A comprehensive development agenda for the new era*, Marcelo M. Giugale *et al.* (eds.), Washington.