RESUMEN

Guanajuato es uno de los Estados más poblados de la República Mexicana, el tercer Estado en el país con mayor tasa de migración; las necesidades de salud de la población de ciertas zonas son superiores a la capacidad de respuesta social existente, una parte importante de la población vive en condiciones de extrema marginación y sin acceso regular a los servicios de salud, permaneciendo como presa fácil de enfermedades técnicamente evitables y por tanto socialmente inaceptables, por ello, surge la necesidad de caracterizar la exclusión en salud del Estado y para lo cual, se desarrolló la presente investigación con dos enfoques: un cuantitativo y cualitativo.

En el enfoque cuantitativo por medio de un estudio ecológico realizado de abril a octubre del 2004 se estimó la magnitud de la exclusión a través de la medición independiente de cada uno de los indicadores, para posteriormente, elaborar un índice de exclusión que permitiera medir la intensidad en cada uno de los municipios y el perfil de los excluidos.

La mayor exclusión en salud se encontró en la zona norte del Estado, se identificaron los indicadores de mayor peso, los factores externos constituyeron el 73.1% y los factores internos representaron 26.9% del índice, el perfil de los excluidos estuvo constituido por: municipios con alta tasa de analfabetización, rurales, con alta marginación, con más del 60% de sus pobladores por debajo de la línea de pobreza, sin seguridad social, con hospitales alejados y alta tasa de mortalidad infantil. También, se identificó que la migración puede ser una consecuencia de la exclusión.

El enfoque cualitativo se empleo específicamente para dar cuenta del fenómeno de la migración en las familias que viven en situación de exclusión, a través de los grupos focales se obtuvo la información, se realizó una triangulación metodológica, la cual consistió en realizar la investigación cualitativa para conocer los factores que intervienen en la exclusión y comparar los resultados previamente identificados en la investigación cuantitativa realizada, (QUAN→qual) con esta estrategia las flaquezas de un método constituyeron las fortalezas del otro y permitió obtener una información más detallada. Se apreció que los servicios de salud no satisfacen sus necesidades de horarios, abastecimiento de medicamentos y prestación de servicios especializados, refirieron inequidad en la distribución de los beneficios gubernamentales y aprecian la migración como un problema económico y cultural.

La trascendencia de esta investigación reside no solo en generar conocimiento acerca de la exclusión social en salud en el Estado, sino además, dar cuenta de esta situación en un grupo específico de la población como son los migrantes. Con base en los anterior, se deberán diseñar e implementar intervenciones que respondan a directrices concretas dentro de la actual política de salud para extender la protección social en salud y reducir la exclusión en salud en el Estado.

El presente trabajo fue realizado por personal de la Secretaría de Salud, y la Universidad de Guanajuato, en colaboración con el represente de la OPS/OMS y forma parte de las actividades contempladas en la iniciativa “Extensión de la Protección Social en Salud” (EPSS) lanzada por OPS/OMS en el año 2000 para abordar el problema de la exclusión en salud en los países de América Latina y el Caribe.

La revisión técnica de la investigación estuvo a cargo del Área de Sistemas y Servicios de Salud de la Representación de la OPS/OMS en México.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los factores que determinan la exclusión en salud pueden ser internos y externos. Dentro de los externos podemos encontrar la discriminación racial y cultural, la pobreza como una condición que genera un aumento en el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, las restricciones en el acceso a los servicios e ingresos necesarios para tener un nivel de vida mínimo que resultan de la exclusión social hacen que exista una alta correlación entre pobreza y exclusión social. Aunque no siempre son la mayoría de los pobres, los grupos tradicionalmente excluidos. Por otra parte, la marginación limita el desarrollo económico y social aunado a una precaria estructura de las oportunidades sociales que son resultado de la falta de acceso a la educación primaria; la percepción de ingresos monetarios bajo, se puede encontrar la discriminación racial y cultural, la consecuencia del predominio de empleo informal, sub-empleo o desempleo, la residencia en viviendas inadecuadas derivadas de la estancia en localidades pequeñas, aisladas y dispersas; entre otros, son algunos de los factores externos que se conjugan con los factores internos, como es la falta de servicios de salud, equipamiento e infraestructura que no satisfacen las necesidades de la población o lo hacen en condiciones deficientes, los cuales, determinan la presencia de la exclusión en salud.

Algunos se estos factores están presentes en Guanajuato, sus características sociodemográficas son: ubicado en la zona centro de la República Mexicana, ocupa el quinto lugar nacional como una de las entidades más densamente pobladas, [1] a pesar de no ser uno de los Estados con mayor extensión territorial, con una densidad poblacional de 164.3 hab/km^2, mayor al promedio nacional de (47.3 hab/km^2)[2]; distribuidos en 8,912 localidades,[3] pero con la mayor concentración a lo largo del llamado corredor del Bajío o industrial, que cruza la entidad desde el oriente -vía Celaya- hasta el nor-poniente -León y los pueblos del Rincón- y el sur-poniente –Pénjamo. [2,4]

La población es mayoritariamente joven y en edad productiva, con un promedio de escolaridad de 6.36 años, 47.9% son hombres, 52.1% son mujeres. [5] Las principales fuentes de ocupación del Estado son: los hombres en las industrias manufactureras, agricultura y ganadería, comercio y construcción; en las mujeres la industria manufacturera y el comercio. El Producto Interno Bruto en dólares ajustados es de 5,376 y se sitúa en el lugar 24 del país con respecto al Índice de Desarrollo Humano (0.761) considerado como una entidad con desarrollo medio alto.[5]

En relación a la marginación de acuerdo al XII Censo Gral. De Población y Vivienda 2000, el Estado ocupa el 13° lugar con un índice de marginación del 0.07966, considerado como “alto”, con 10 municipios situados al norte del Estado con “alto grado” y el municipio Xichú clasificado con “muy alto grado” de marginación, zona donde se encuentra también parte de la población indígena que

de acuerdo al último censo sólo se identificaron a 10,689 personas que manifestaron hablar alguna lengua indígena en todo el Estado.[5]

Por otra parte, la tasa de migración es de 9%, los principales lugares de destino de los emigrantes son: en las mujeres, 22% se va a Estados Unidos, 10.8% al Edo. de México y el 9.1% a Querétaro, en el caso de los hombres 59.9% a Estados Unidos, 5.3% a Baja California y 5.2% al Edo. de México. Los lugares de inmigración son principalmente del Distrito Federal y Edo. de México. [2]

Cuenta con un Sistema Estatal de Salud constituido por tres grandes sectores, la seguridad social, el público y el privado. El sector salud está formado por instituciones que cubren a dos grupos, la población asegurada a través de las instituciones de seguridad social que da atención al 49.81% y la población no asegurada a través de servicios públicos representa el 50.19%.[3]Por lo tanto, es un sistema segmentado donde el subsistema público atiende a los más pobres e indigentes que representan un gran porcentaje y cuyos recursos son insuficientes para garantizar la calidad de sus servicios y el subsistema de seguridad social a la clase trabajadora formal, y donde los servicios otorgados son variables en cuanto a cantidad y calidad. De manera independiente el sistema privado satisface las necesidades de la clase rica y de algunos pobres que el sistema público no pudo cubrir. La fragmentación hace difícil garantizar las condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas y/o ocurrentes a las diversas instituciones.

Por lo tanto se puede deducir que las necesidades de salud de la población de ciertas zonas del Estado son superiores a la capacidad de respuesta social existente, una parte importante de la población que vive en condiciones de extrema marginación y sin acceso regular a los servicios de salud, por ello surge la necesidad de saber específicamente en ¿donde se encuentran asentados principalmente los excluidos en salud?, ¿cuanta población es?, ¿cuales son los factores externos e internos que interactúan o determinan dicha exclusión?, dentro de los cuales, debemos identificar si los servicios de salud son inexistentes o insuficientes para satisfacer las necesidades de salud de dichas poblaciones?, además de conocer las condiciones de exclusión en salud de un grupo especial como son los migrantes guanajuatenses, que cada vez va en aumento y representa una variable constante en el Estado, de tal manera que ésta información sirva para rediseñar directrices a las políticas y programas de salud encaminadas a disminuir la exclusión en salud.

II. JUSTIFICACION

En México, los grupos en pobreza extrema y los de ascendencia indígena son los de mayor exclusión social y por consiguiente pueden ser los más afectados por exclusión en salud. En Guanajuato, con respecto a los índices de pobreza no son muy diferentes de acuerdo al Censo del 2000 de INEGI, el 48.03% de la población vive bajo los estándares de pobreza. Los municipios con mayor pobreza y marginación se encuentran en tres de los cuatro cuadrantes del Estado, donde destaca el municipio de Xichú, circunstancias que lo sitúan entre las entidades con un grado muy alto de marginación. La situación de la pobreza se concentra en dos escenarios: la del medio rural y la del urbano. La pobreza rural ha abandonado al campo como alternativa de desarrollo y ha condenado a las poblaciones agrícolas y campesinas a cumplir un papel subordinado con relación a los otros sectores de la economía. Por otro lado la pobreza urbana es un fenómeno muy unido a la migración del campo hacia la ciudad, es un factor permanente de expulsión-atracción que favorece el crecimiento de las áreas marginadas urbanas, que siempre tienden a ser sustituidas en el mediano plazo por nuevas áreas de marginación.[4] La tendencia del crecimiento de la población es principalmente en las zonas urbanas o conurbanas, con una tendencia negativa en el crecimiento de las zonas rurales, parte de este decrecimiento se debe a la falta de servicios y la tasa de migración; el mayor porcentaje de estas poblaciones se localizan en comunidades marginadas, con una tasa de alfabetización baja, con predominio de empleo informal y desempleo, con residencia en viviendas inadecuadas, aisladas muy dispersas lo que implica montos de inversión y mantenimiento mayores. [6]

El Estado aporta alrededor del 3.3% del PIB del país -lo que le coloca como la sexta entidad que más contribuye al mismo, aunque su ingreso *per capita* le lanza al extremo contrario. [4]La tasa de desempleo abierto anual para el 2002 fue de 2.7 general, 2.7 para los hombres y 2.8 para las mujeres, con una razón de ocupación de 2:1.[7]

La migración representa una ruptura de redes de apoyo social, fragmentación de familias y en muchos de los casos abandono de menores y ancianos, que por otro lado al no estar insertos en los mecanismos formales de la economía hegemónica se encuentran al margen de los beneficios de la seguridad social.

Por lo anterior, es importante determinar como se configura este proceso de exclusión social con enfoque en salud, en este grupo tal vez doblemente excluido por los altos niveles de pobreza y marginación social, son además familias fragmentadas, debido generalmente a que el jefe de la familia o los hijos emigran y deja temporalmente de generar ingresos, y la parte femenina en México sufre además de los factores de exclusión de género, reforzada desde su propia subcultura, las consecuencias, afrontando en ocasiones problemas de salud de algún miembro de la familia que requieren de tratamientos médicos, los cuáles se limitan a causa de las acondiciones de pobreza extrema.

Por otro lado, se cuenta con un sistema segmentado donde el subsistema público atiende a los más pobres e indigentes y el subsistema de seguridad social a la clase trabajadora, sin embargo ambos sistemas no garantizan la calidad y cantidad necesarias para satisfacer la demanda de servicios. Por otra parte la fragmentación del sistema genera condiciones inequitativas de atención tanto a las personas afiliadas a las diversas instituciones del sector salud como para las que recurren al sector privado. En síntesis, en un sistema de salud que no cubre con aseguranzas al 50.19% de la población, dicha población tiene que recurrir al gasto de bolsillo para recuperar la salud y su atención estará condicionada a su capacidad de pago; por consiguiente, este sistema lleva a las familias con miembros enfermos a condiciones de pobreza extrema.

Para la regulación de la atención del Sector Salud, se cuenta con el Consejo Nacional Salud, conformado por representantes de cada una de las instituciones que lo conforman además de un representante de la Secretaría de Programación y Presupuesto, y de la Contraloría de la Federación del dicho sector, el cual se rige por la Ley General de Salud y reglamentos derivados de ella, así como en las Normas Oficiales Mexicanas, [8] sin embargo, no ha sido posible garantizar el acceso, la equidad y calidad de los servicios de salud, no obstante que la Constitución Mexicana en el artículo 4° instituye el derecho a la protección universal a la salud que se establece como derecho a los servicios básicos en la Ley General, la cual, busca la satisfacción de las necesidades de salud y que no sólo comprende derecho a la atención a la salud sino el mantenimiento del ingreso que proveen las pensiones y otros pagos en caso de incapacidad temporal o permanente para trabajar que sólo se contempla para la población asegurada, por lo cual los derechos a la salud y la seguridad social siguen siendo un derecho de la clase asalariada urbana, que además no se cumple en muchas empresas, formales e informales. [9]

Los factores tanto externos como internos que determinan la exclusión en salud, interactúan de manera diferente en cada individuo o grupo social, además de ser cambiantes, por consiguiente es necesario llevar a cabo la medición y análisis de las interacciones de dichos factores entre la población guanajuatense.

De lo anterior, se pudo deducir que en Guanajuato existían excluidos sociales y por consiguiente, excluidos en salud, quienes debían ser identificados, se planteó el desafío de convocar al mismo proceso a aquéllos que no pertenecen a grupos de interés poderosos de la sociedad, que en general son objeto y no sujetos de las políticas, que aún cuando no tienen participación en los procesos de definición de éstas, resultan los más afectados; por ello, dentro del marco del proyecto se desarrollaron actividades de Diálogo Social con el propósito de incorporar metodologías que no son utilizadas con frecuencia en la definición de políticas en el sector salud, siguiendo la guía de Dialogo Social diseñada por la OPS.

III. MARCO CONCEPTUAL

Los países de América Latina y el Caribe tienen uno de los índices de inequidad más altos de los países en desarrollo. Es una región donde sistemáticamente y en forma desproporcionada los ingresos, recursos y oportunidades, se concentran en en las grandes élites. Durante mucho tiempo, la pobreza y la degradación social resultantes de la inequidad de la región se consideraron problemas meramente económicos. Sólo en los últimos años se le ha dado mayor atención y análisis a una compleja serie de prácticas sociales, económicas y culturales que generan exclusión social: el acceso limitado a los beneficios del desarrollo a ciertas poblaciones con base en su raza, etnia, género y/o capacidades físicas.

Las reformas económicas implementadas durante las décadas de los ochenta y noventa en la mayoría de los países del mundo no sólo no trajeron consigo el progreso esperado, sino que durante este período aumentó la pobreza, empeoró la distribución del ingreso y se acrecentó la diferencia entre ricos y pobres. Como lo plantea Sophie Bessis, “La aparición de sociedades duales, en las que la extrema riqueza convive con la pobreza más abyecta parece ser en todo el mundo una de las consecuencias más espectaculares de las mutaciones de los años ochenta”.[10]

La constatación de estos hechos ha generado un urgente interés por analizar las causas que subyacen a este fenómeno. Adicionalmente, el resurgimiento de la pobreza (el fenómeno de los “nuevos pobres”), la desintegración de la familia, así como los graves problemas de desempleo y el crecimiento sostenido de la economía informal en todo el mundo, han inducido a la creación de diversas líneas de investigación y definición de políticas en torno a tres temas centrales: la inequidad, la pobreza y la exclusión social. [11]

Los actuales problemas del sector salud también han sido abordados con esta lógica. De este modo, se han generado líneas de trabajo destinadas a analizar y atacar las causas de la inequidad en salud; a estudiar el impacto de la pobreza sobre la incidencia y prevalencia de los problemas de salud; y a comprender las manifestaciones de la exclusión social en el ámbito de la salud. El desarrollo de estas líneas de trabajo ha generado ópticas distintas para abordar los problemas de salud, cada una de ellas basadas sobre algunos de los siguientes supuestos:

• Que los problemas de falta de equidad en el acceso y uso de los servicios de salud son la principal causa de desigualdades injustas en los resultados de salud.

• Que los problemas del sector salud tienen que ver básicamente con una cuestión de cantidad y asignación de los recursos disponibles.

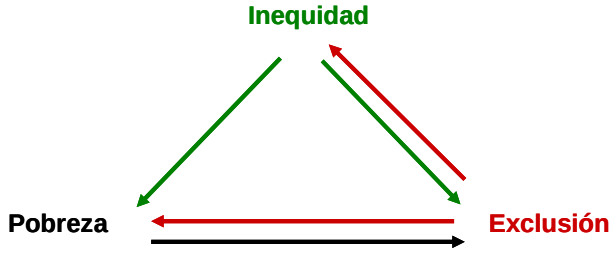
• Que una de las manifestaciones de la exclusión social, definida como la falta de acceso a los bienes, las oportunidades y las relaciones sociales disfrutadas por otros,[12]es la falta de acceso a los servicios de salud.

Diversos estudios han planteado las diferencias existentes entre los conceptos de pobreza, exclusión social e inequidad. Sophie Bessis hace una distinción importante cuando plantea que la exclusión social es una noción explorada por la sociología que remite más a la integración y a la inserción, mientras que la pobreza es una categoría utilizada en el ámbito de la economía que se relaciona más con la insuficiencia de recursos. [11] Bhalla y Lapeyre plantean que el concepto de pobreza, aún en sus desarrollos más recientes que exploran no sólo su dimensión económica sino su dimensión social, como en los trabajos de Amartya Sen, tiene que ver con el aspecto distribucional de los recursos y las oportunidades, mientras que la exclusión social tiene que ver con el aspecto relacional de ellos. [13]Es decir, la pobreza tiene que ver con *deprivació*n, en tanto la exclusión social tiene que ver con ausencia de membresía, entendiendo membresía como el formar parte de una red social. De este modo, la pobreza no siempre implica exclusión. Aún más, la pobreza no siempre es un buen indicador de exclusión. Las personas pueden ser pobres y no estar excluidas de la satisfacción de ciertas necesidades básicas y, al revés, las personas pueden no ser pobres y estar excluidas por otros motivos, como aislamiento geográfico o cultural. Por ejemplo, Sen demuestra que países con distinto ingreso per cápita poseen el mismo nivel de logros en expectativa de vida y acceso a servicios sociales.[14]

Se ha demostrado consistentemente que la inequidad -entendida como la existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades y que se expresan, en el caso de salud, en diferencias injustas y evitables en los resultados de salud entre diversos grupos al interior de los países y entre países- es una causa importante de mala salud y muerte prematura de las personas que forman parte de los grupos vulnerables de la sociedad y contribuye de manera importante a explicar la diferencia en los resultados de salud entre pobres y ricos. [15]La inequidad genera exclusión en salud.

Sin embargo, la exclusión en salud puede deberse a causas que no se relacionan con la inequidad, tales como las barreras de ingreso de los trabajadores informales a los regímenes tradicionales de seguridad social dadas por su situación laboral o las barreras idiomáticas que dejan fuera del sistema a millones de personas que no hablan el idioma en el cual se proveen los servicios de salud. [11]

La relación entre pobreza, inequidad y exclusión se podría graficar como sigue:
Figura 1



Las dimensiones definidas por Bhalla y Lapeyre [12] y por Trevor Hancock [1]para la exclusión social:

- Dimensión económica: aquellos que no poseen los recursos económicos suficientes (y éstos no son necesariamente los pobres), se enfrentan a una barrera de tipo financiero que impide su acceso a diversos servicios, incluidos lo servicios de salud.

- Dimensión social: conlleva una pérdida del vínculo de solidaridad en una comunidad.

- Dimensión política: implica el no ejercicio o la pérdida de un derecho.

- Dimensión temporal: en ambos casos el fenómeno de la exclusión es dinámico —se trata, como lo plantean Gacitúa y Sojo, de un proceso más que de un estado[16] — y además compromete la supervivencia y calidad de vida de las generaciones futuras.

De este modo, se puede concebir la exclusión en salud como un componente de la exclusión social: Sin embargo, existen aspectos de la exclusión en salud que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central a la idea de exclusión social y que parecen depender de variables más propias del sector salud, como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios. La asimetría de información, que es un elemento determinante de la relación entre los agentes en salud, resulta particularmente importante como barrera de acceso cuando el sistema se compone de intrincados mecanismos de interrelación entre usuarios, aseguradores y proveedores. [11]

Tal como ocurre con otras formas de exclusión social, a menudo la exclusión en salud no es explícita[17]sino por el contrario, resulta difícil de caracterizar y mucho más de medir. Una de las razones para ello es que no se trata de un fenómeno todo-o-nada, sino que se manifiesta con diversos grados de intensidad, desde la exclusión absoluta de los servicios más básicos, hasta la exclusión determinada por la existencia de listas de espera, el acceso parcial o de menor calidad a un tratamiento o a una tecnología o la autoexclusión dada por mal trato o provisión del servicio en un idioma (que en unos casos curiosamente parece ser el propio) que no se entiende o dentro de un contexto cultural que entra en conflicto con las creencias del usuario.

Dentro de la exclusión social podemos encontrar como una expresión de la misma, la exclusión en salud, entendida como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de las sociedades disfrutan[11]. En este contexto, la exclusión en salud puede expresarse en alguna de las siguientes situaciones:

1. *Falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salu*d: cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales (donde el género puede jugar un papel importante) o de otro tipo.

2. *Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enferma*r: cuando las personas no pueden acceder a un esquema de seguros de salud.

3. *Falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, independientemente de la capacidad de pago:* cuando las personas no pueden acceder a un régimen de protección social en salud. [11]

Desde una perspectiva de derechos, la exclusión en salud se puede definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo.

A partir de este análisis se desprende que existen diversos grados de exclusión en salud, representados por situaciones (no excluyentes entre sí) en las que el individuo:

a) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades más básicas de salud.

b) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud en condiciones adecuadas de dignidad, oportunidad y calidad.

c) No accede a mecanismos de protección financiera contra los riesgos de enfermar y las consecuencias de estar enfermo. [11]

El fenómeno de la exclusión en salud por tanto, tiene lugar en la interacción que se produce entre las necesidades —percibidas y no percibidas—de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema frente a esas necesidades.

En este contexto se puede decir que, así como el principal objetivo de los sistemas de salud es mejorar el estado de salud de las personas, la principal función del sistema de protección de salud es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago.

Dentro de este marco conceptual, “acceso” se entenderá como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud. Para que el acceso se produzca, se deben dar dos condiciones:

a) El individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad.

b) Los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el servicio o bien requerido. Para que ello ocurra, debe operar un conjunto de tres procesos: producción, entrega y disponibilidad del bien y/o servicio de salud, entendiendo por producción el proceso de elaboración del bien o del servicio; por entrega, el proceso de transferencia del bien o servicio desde el productor al proveedor; y por disponibilidad, el proceso de que el bien o servicio sea puesto físicamente al alcance del usuario, que para estos efectos es el portador de la necesidad de salud. [11]

Existen casos en los que la producción, la disponibilidad y la entrega del bien/servicio se traducen en un solo acto, como en el acto médico. Sin embargo, en la mayoría de los casos se pueden identificar procesos separados de producción, entrega (que para muchos bienes involucra compra y transporte) y disponibilidad, como en el caso de los medicamentos.

Las fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes o servicios de salud constituyen causas importantes y frecuentes de exclusión en salud.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la mayor falla de cualquier sistema de protección de salud ocurre cuando éste no es capaz de garantizar que los bienes o servicios de salud o los que indirectamente afectan la salud alcancen a todas las personas que se deberían beneficiar de ellos. Es decir, cuando el sistema no puede garantizar la entrega de estos bienes o servicios para toda la población que, por mandato legal o por afiliación, está teóricamente cubierta por él. Por lo tanto, desde el punto de vista de los sistemas de protección de salud, la exclusión se expresa en el porcentaje de la población que, requiriendo un bien o servicio no puede acceder a él y queda fuera del ámbito de acción del sistema.

Causas de exclusión en salud

La exclusión en salud es un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de los países y cuyas causas se encuentran dentro y fuera del sector salud. Uno de los aspectos que es necesario estudiar con profundidad es la relación entre la exclusión en salud y otros fenómenos sociales como la pobreza; la desigualdad entre grupos sociales; la discriminación racial; el desempleo, subempleo y empleo informal; la insuficiencia de la red de apoyo que otorga el Estado y el debilitamiento de la familia y de las redes de protección social de las comunidades. También resulta necesario analizar el impacto que algunos factores propios del sector salud tienen sobre la exclusión, tales como el gasto en salud y la estructura de los sistemas de protección de salud.[11]

La estructura de los sistemas de protección de salud parece ser un elemento determinante de exclusión. Los sistemas de protección social de salud que aún

predominan en el mundo —los seguros sociales para los trabajadores concebida por Bismark y el sistema de provisión de servicios sociales de carácter universal modelado por Beveridge— se construyeron bajo la lógica de que el bienestar de los miembros de la sociedad —en especial el de aquellos más vulnerables— depende de sus derechos sociales como miembros de las colectividades a las cuales pertenecen.

En América Latina y el Caribe el ejercicio de estos derechos se encuentra limitado por características raciales, de género, de lenguaje y de costumbres —lo que Figueroa llama activos culturales— debido a que los diferentes activos culturales son valorizados de acuerdo con una jerarquía social históricamente construida. Los activos culturales proporcionan a las personas prestigio o estigma social y esto conduce a fenómenos de discriminación. Esta valoración desigual de los activos culturales implica la existencia de grupos con distinta posición social en la sociedad. [18] En los sistemas de protección de salud esto se refleja en la existencia del fenómeno de la segmentación, es decir, la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, especializados en diversos segmentos de la población, generalmente determinados por su nivel de ingresos o por su posición social. [11]Las principales causas de exclusión se pueden clasificar como sigue:

Causas	**Ámbito**	**Categoría**
Déficit de infraestructura adecuada	a. Provisión de bienes/servicios de salud. b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud	a. Inexistente o insuficiencia de establecimiento de salud. b. B. Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Faltas en la asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en fallas en la producción, entrega o disponibles de los bienes/servicios de salud.	a. Provisión de bienes/servicios de salud. b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afecta la salud.	a. Insuficiencia o inexistencia de personal, medicamentos, insumos o equipamiento médico. b. Insuficiencia o inexistencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire o agua, eliminación de vectores, etc.
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud	a. Geográficas b. Económicas c. Cultura/étnicas(autoexclusión) d. Determinadas por la condición de empleo.	a. Asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles. b. Incapacidad de financiar las atenciones de salud. c. La atención de salud se entrega en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias. d. Subempleo, empleo informal, desempleo.
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (que pueden, así como la variable étnica resultar en auto exclusión)	a. Problemas asociados a la calidad técnica de la atención. b. Problemas relacionados con la calidad en el trato y el lugar donde se realiza la atención de salud	a. Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados. b. Mal trato al público, discriminación en la atención, establecimientos en más condiciones físicas.

En México, la pobreza, la inequidad y los fenómenos de exclusión social son problemas antiguos, hasta el momento no se ha logrado construir un modelo económico estable que sea capaz de disminuir la pobreza, mejorar la igualdad de oportunidades y alcanzar bienestar mínimo para los mexicanos. La economía se ha basado en una estrategia de desregulación del mercado de trabajo, provocando una mayor precarización del empleo, reducción de las ocupaciones, informalidad, bajos salarios y otros efectos negativos. “La política del gobierno federal es pro cíclica, los mecanismos utilizados llevarán a una mayor recesión y como consecuencia al aumento de la población pobre”. [19]

A Guanajuato, sus principales indicadores económicos y demográficos lo ubican en franjas intermedias por su posición relativa respecto al resto de las entidades. Pero esta medianía es producto también de la curiosa condición de vivir entre extremos, con situaciones contrastantes, que conllevan a la desigualdad. Existe una fuerte concentración de la riqueza y de servicios, que convive con una marginación social aguda y concentrada en áreas muy concretas de Guanajuato. La pobreza y la marginación por un lado, la opulencia y la riqueza por el otro, reflejan un contexto polarizado y contradictorio. La pobreza más evidente es la que se presenta en la región de la Sierra Gorda, ubicada en la esquina nororiental del casi cuadrado que forma la entidad, haciendo frontera con Querétaro y San Luis Potosí; el criterio de marginalidad anterior se sesga hacia los asentamientos rurales, pero es evidente que los municipios más urbanizados concentran altas proporciones de pobreza y sus propios marginados, que sobreviven en precarias colonias irregulares, barriadas tradicionales o en la misma calle. Esta pobreza esta muy unida la migración del campo hacia la ciudad y es un factor permanente de expulsión-atracción que favorece el crecimiento de las áreas marginadas urbanas, que siempre tienden a ser sustituidas en el mediano plazo por nuevas áreas de marginación, por ejemplo León, padece fuertes problemas con los crecientes asentamientos irregulares. Se dice que cada semana surge una nueva colonia irregular, usualmente fruto de ocupaciones subrepticias de terrenos ejidales o pequeñas propiedades. [4]

Por otro lado, la migración a Estados Unidos que aumento de 1997 a 2002 de 7 a 10.8 migrantes por cada mil guanajuatense. De acuerdo a la Encuesta de Hogares en Guanajuato sobre Migración (EHGMI), en Guanajuato en el 2002 había 668,704 hogares, de los cuales, 3.9% tienen al jefe del hogar ausente y presente en el país vecino, estos es, aproximadamente 74,299 niños viven sin alguno de sus padres por esta causa. [20]

De lo anterior, se puede deducir que existe un número importante de guanajuatenses que se encuentran excluidos a causa de pobreza, la migración genera la ausencia del principal proveedor de recursos, la marginación, el trabajo informal, entre otros factores que determinan la presencia de la exclusión en salud.

IV. OBJETIVOS:

4.1 GENERAL:

Conocer la magnitud y el perfil de la población excluida en salud, así como su caracterización en poblaciones migrantes en el Estado de Guanajuato.

4.2 ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar el perfil y distribución de la población excluida en salud en base a los indicadores de exclusión

2. Calcular la magnitud, severidad e intensidad de exclusión en salud de los guanajuatenses a través del índice de exclusión.

3. Identificar los factores del sistema de salud y los externos a este que tengan mayor asociación a la exclusión.

4. Describir las características de la exclusión en salud en localidades con familias de migrantes.

V. METODOLOGÍA

La metodología se basó en la guía metodológica para la caracterización de la exclusión[21], y la metodología para el diseño del dialogo social en salud[22] diseñado específicamente por la OPS para la iniciativa de EPSS.

En esta investigación se estudió la magnitud y distribución de los excluidos en el Estado de Gto., así como las principales causas de exclusión y de forma particular la situación de exclusión de la población migrante que vive con un alto nivel de marginación, se emplearon metodologías cuantitativas y cualitativas de investigación que son los resultados que se presentan en este documento. La primera sirvió para la caracterización de la población, al mismo tiempo que se identificaron los factores internos y externos al sector salud que estuvieron relacionados con la exclusión en salud. La segunda, se empleó específicamente para dar cuenta del fenómeno de la migración en las familias que viven en situación de exclusión y de los factores asociados a estas condiciones.

5.1. CUANTITATIVA

La técnica cuantitativa implementada consistió en identificar primeramente de manera independiente a la población excluida en cada una de las causas de exclusión, en ésta fase se desarrollaron las estrategias necesarias para dar cumplimiento a los objetivos del 1 al 3 , con el cual se caracterizó la exclusión. Dado que se trata de un fenómeno multicausal que no puede ser cuantificado con una sola medida, se requirió de un conjunto de indicadores para realizar la medición. Uno de los problemas que presentó esta técnica, fue que se generó un listado excesivo de indicadores. Ello determinó la necesidad de jerarquizar los indicadores en función de su habilidad para describir el fenómeno.

Diseño metodológico

A) Tipo de estudio: Estudio Ecológico de tipo comparación de Grupo

B) Población de estudio: Población del Estado de Guanajuato

C) Selección de las fuentes de información

Se utilizaron los resultados de las encuestas realizadas por: INEGI XII Censo Nacional de Población y Vivienda, la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de Hogares, información poblacional de CONAPO, Extensión Regional Operativa (ERO) 2003, Registro Nacional de Infraestructura en Salud 2004, Encuesta Nacional de SSA (ENSSA) 2000, y para el análisis del fenómeno migratorio se analizó la base de datos de la Encuesta de Hogares sobre Migración en Guanajuato (EHMIG2002). (ver anexo 2)

D) Definición de indicadores

De acuerdo con la definición establecida, la exclusión en salud se debe expresar en *carencias de acceso, calidad y utilización de diversos servicios* que afectan directa o indirectamente el estado de salud de las personas. Una manera indirecta de indagar acerca de la exclusión es analizar ciertos *procesos* que culminan en la oferta de dichos servicios. (ver anexo 2)

Finalmente se identificaron cuatro elementos que contribuyen a la existencia de exclusión al interior de los sistemas de salud, como son: La segmentación, la fragmentación, el predominio del pago directo o de bolsillo y un sistema regulatorio débil.

E) Operacionalización de variables (ver anexo 3)

F) Análisis de datos.

Primeramente se analizaron las frecuencias de cada uno de los indicadores de manera independiente a través de Sistema de Información Geográfica mediante el programa de ArcView GIS. Después se diseño una base de datos con todos los indicadores de exclusión (Cuadro no. 1) de cada uno de los municipios, se incorporaron además las variables con que se define el índice de marginación, las proporciones de los indicadores se incorporaron con valores de 0 a 1 (exclusión). Por medio de la metodología del índice de Foster, Greer y Thorbecke[23] y con el uso del programa estadístico de SPSS versión 8, y por medio de los algoritmos de componentes principales se obtuvo el índice de exclusión, y a través de los puntos de corte de la OPS, se clasificaron los municipios por su severidad de exclusión, que sirvió además, para identificar el perfil de los excluidos, sólo se dejaron en el modelo las variables significativa, eliminando egresos hospitalarios, deficiencia de médicos, tasa de abandono BCG y desempleo, por no ser significativa.

5. 2. CUALITATIVA

Debido a que esta investigación caracteriza la exclusión social en salud y en especial de la población migrante, se utilizó para ello, la metodología cualitativa para la caracterización de la exclusión en este grupo específico como se plateó en el objetivo específico no. 4.

Diseño metodológico

La metodología se basó en la guía metodológica diseñada por la OPS para el diseño del diálogo social en salud.[22] Se tuvo una aproximación fenomenológica porque buscó reconstruir por medio del lenguaje la experiencia de la exclusión en salud y su relación con el fenómeno de la migración. Fue un estudio deductivo en el que se partió de teorías preestablecidas y a partir de las experiencias vividas sobre la exclusión en salud. A través de los grupos focales se obtuvo la información, se realizó una triangulación metodológica, la cual consistió en realizar la investigación cualitativa para conocer los factores que intervienen en la exclusión y comparar los resultados previamente identificados en la investigación cuantitativa realizada, (QUAN→qual) con esta estrategia las flaquezas de un método constituyeron las fortalezas del otro y permitió obtener una información más detallada y precisa.

Unidad de observación

La unidad de observación fue la familia del migrante sin acceso a los servicios de salud de las localidades con alta marginación.

Criterios de inclusión

- Integrantes de familias (hombre o mujeres) que por lo menos contaban con un miembro migrante en el momento de la investigación, que se encuentren en tres localidades de alta marginación en el Estado de Guanajuato.

- Tener mínimo 5 años de vivir en la localidad.

Criterios de exclusión

- Quienes no aceptaron participar en el estudio.

Limites de espacio y tiempo

Espacio: Localidades de muy alta exclusión en salud en el Estado de Guanajuato. (Santa Catarina, Tierra Blanca y Xichú) e intensidad migratoria variable.

Muy
Tiempo: 1º al 30 de Julio de 2004.

Esquema de muestreo
Para los grupos focales se dividieron en dos grupos, hombres y mujeres, por cada localidad, se seleccionaron como mínimo cuatro participantes para cada grupo; la muestra se tomó por medio de una selección por conveniencia de la cabecera municipal de los municipios seleccionados.

Recolección de Información
Se utilizó la técnica de grupos focales, con el propósito de generar percepciones, emociones, actitudes e ideas de los participantes con la aplicación de preguntas claves semi- estructuradas e inductivas que fueron evaluadas previamente a través de una prueba piloto, una vez obtenida la información y sometida a evaluación la guía de preguntas, se contactó a los posibles participantes al momento,

La información fue grabada en video cassettes y posteriormente transcrita en una matriz de análisis. Las entrevistas se llevaron a cabo en aulas escolares ajenas a los servicios de salud que garantizaron mayor libertad de expresión.

Los grupos fueron dirigidos por un moderador capacitado en esta metodología cualitativa, se contó con dos observadores que registraron por escrito las anotaciones respectivas, que incremento la confiabilidad del estudio reduciendo el sesgo de percepción de cada investigador y previa autorización de las participantes, se grabaron las sesiones con videocámara.

Análisis

El análisis de la información cualitativa se hizo identificando las discrepancias y coincidencias entre las visiones y experiencias de los participantes con respecto al problema planteado.
Para el análisis fenomenológico se utilizó el método de Colaizzi, donde una vez obtenida la información de los grupos focales, se leyó detalladamente toda la información recolectada para tener un panorama global de la problemática, se seleccionaron aquellas frases o declaraciones más significativas de cada grupo focal que estaban directamente relacionadas con el problema de investigación, se buscó un significado razonable para cada declaración relevante, se organizaron conglomerados de temas (categorías) a partir de los significados agregados formulados, se compararon los conglomerados temáticos con las descripciones originales del tema para validar los significados y detectar discrepancias.

Aspectos Éticos

- El estudio se adaptó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación.(Artículos 14, 16, 17, 29, 30 33, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120,)
- Se garantizó a los participantes del estudio la estricta confidencialidad de la información que fue proporcionada.

- El trabajo con los grupos focales fue realizado en ambientes seguros en donde se garantizó privacidad.
- De acuerdo a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación este trabajo corresponde a los de Riesgo I, por lo que sólo requiere de consentimiento tácito de los sujetos para ser entrevistados u observados.(Artículo 23)

VI. RECURSOS

a) Financieros.

Los gastos de este proyecto serán financiados con los recursos otorgados por la Organización Panamericana de la Salud como parte del Proyecto Regional de esta organización y la Agenci Sueca para el Desarrollo Internacional(ASDI).

El estudio tendrá un costo de US$ 10,0000, que se cubrirá en tres pagos: uno primera por US$5, 000 a la presentación de la propuesta de trabajo; uno segundo por US$ 2. 500 a la entrega y aprobación de un Informe de Avance; y un tercero por US$ 2,500 a la entrega y aprobación del Informe Final (versión electrónica) a la OPS-México y a la oficina regional de OPS en Washington DC.

El equipo consultor deberá financiar por sí mismo todos los implementos y gastos de transporte involucrados en el desarrollo del estudio.

b) Humanos.

Coordinador del proyecto, dos colaboradores, una tesista de la Facultad de Enfría de Celaya y un profesor adscrito a la Facultad de León.

c) Información

Bases de datos

VII. RESULTADOS

7.1 RESULTADOS DE INVESTIGACION CUANTITATIVA

7.1. 1 Factores externos a los servicios de salud

a. Contexto político.

Los Estados Unidos Mexicanos es una república representativa y democrática compuesta por 31 Estados y un Distrito Federal, unidos en una Federación. El gobierno federal y los estatales tienen igual jerarquía, sostienen principios de autonomía y asociación, con elecciones cada seis años. En tercer orden se encuentra constituido por 2444.[24]

Las prioridades, objetivos y estrategias del gobierno están plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, organizado en tres grandes áreas de trabajo: i) desarrollo social y humano; ii) crecimiento económico con calidad, y iii) orden y respeto social. La primera contempla el área correspondiente al sector salud y sus objetivos rectores son los siguientes: mejorar los niveles de bienestar, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social. [25]

b. Contexto demográfico y epidemiológico

El Estado se encuentra ubicado en la zona centro de la República Mexicana, ocupa el quinto lugar nacional como una de las entidades más pobladas. La población guanajuatense se encuentra distribuida en 46 municipios y 8912 localidades. La población es mayoritariamente joven y en edad productiva, 72.27% de la población se encuentra entre los 15 a 44 años de edad, [3]con un promedio de escolaridad de 6.36 años, 47.9% son hombres, 52.1% son mujeres, con índice de masculinidad de 0.919.

La tasa de crecimiento anual se ha reducido de 1.11 a 0.73 del 2000 al 2004, menor a la nacional (1.06) [26]. Con la tasa de fecundidad ha ocurrido algo similar, reduciéndose de 2.62 en el 2000, a 2.22 en el 2004, [29] pero en este caso, mayor a la media nacional (2.16), con los valores más altos en los municipios de Tierrablanca (11.2 por 1000 mujeres en edad fértil), Santa Catarina (7.7) y Atarjea (7.3).

La esperanza de vida al nacer para los guanajuatenses en el 2003 fue de 74.8 años en promedio, muy similar a la nacional (74.9 años), siendo de 72.3 años para los hombres y 77.2 para las mujeres,[27] hoy en día los guanajuatenses pueden aspirar a vivir 1.8 años más de vida saludable.[28]

Por otra parte se encuentra la discapacidad. De acuerdo al Censo 2000 de INEGI, en Guanajuato existe 71587 discapacitados, 30% es por enfermedad o por edad avanzada, 22% nacieron así, el 16% por causa de algún accidente y el 2% por otra causa (Cuadro no.1).

Cuadro no. 1

Promedio de años potenciales de vida perdidos por muertes prematuras o discapacidad	
Año	Años perdidos
2001	33.0
2002	32.4
2003	31.8

Fuente: Estimaciones realizadas por la Unidad de Planeación Estratégica, Guanajuato, Gto.

c) Contexto social y económico

Según datos del PNUD, el índice de desarrollo humano (IDH) México ocupó el lugar 51, tercer lugar dentro de las naciones de desarrollo medio, por su parte, Guanajuato se sitúa en el lugar 24 a nivel nacional, considerada como una entidad con desarrollo medio alto.[8]

En el año 2000, 48.03% de los guanajuatenses se encontraban por debajo de la Línea de Pobreza al considerar que son los hogares que no alcanzan a cubrir con sus ingresos disponibles una canasta básica de alimentos, sino además otras necesidades no alimentarías que se consideran esenciales: vestimenta, educación, transporte, salud, etc., [29]

En relación a la marginación, el Estado ocupa el 13° lugar con un índice de marginación alto, cuenta con 11.99% de analfabetas en población de 15 años y más, el promedio de escolaridad es de 6.36 grados por debajo del promedio nacional (7.6), [8] 35.75% sin primaria completa, 3.19% sin energía eléctrica, 47.10% en hacinamiento, 10.93% con vivienda de piso y tierra, 37.39% vive en localidades con menos de 5 000 habitantes. Del total de los municipios 23.9% se encuentran clasificados con alto y muy alto grado de marginación.[4]

Los nueve municipios con mayor índice de marginación pertenecen a la zona norte del Estado. Los mejor ubicados según su menor grado de marginalidad son, por supuesto, los municipios del corredor del Bajío: León, Moroleón, Celaya, Irapuato, Salamanca, Uriangato, San Francisco del Rincón, Acámbaro, etcétera. La única excepción que escapa es el municipio capital, el serrano Guanajuato, que ocupa el sexto sitio entre los más afortunados. [4]

La pobreza y la marginación por un lado, reflejan un contexto polarizado y contradictorio. Existe una fuerte concentración de la riqueza y de servicios, que convive con una marginación social aguda y concentrada en áreas muy concretas de Guanajuato. La marginación se sesga hacia los asentamientos rurales, pero los municipios más urbanizados concentran altas proporciones de pobreza y sus propios marginados, que sobreviven en colonias irregulares. Esta pobreza esta muy unida la migración del campo hacia la ciudad, y que es un factor permanente de expulsión-atracción que favorece el crecimiento de las áreas marginadas urbanas, que siempre tienden a ser sustituidas en el mediano plazo por nuevas áreas de marginación. [4]

Por su parte, la tasa de desempleo en el 2004 es 3.2 general, esta misma cifra para hobres y mujeres. De la población ocupada en el 2000 el 17. 31% laboraba menos de 20 hrs. [5]

d) Migración

En relación a migración hacia Estados Unidos, aumento de 1997 a 2002 de 7 a 10.8 migrantes por cada mil guanajuatense, lo cuales son en su mayoría de 20 a 34 años de edad, con un aumento significativo de los menores de 20 años, 85.2% son hombres y 14.8% son mujeres, 54.5% pertenecen la zona rural y 45.5 a área urbana, por lo que este fenómeno a dejado de ser predominantemente rural, relacionado con el fenómeno anteriormente descrito. La razón principal de la migración es por trabajo (74%), 21.6% en busca del mismo, 3.4% por visita a familiares; del total de niños entrevistados 3.9% tiene a alguno de sus padres en EU. [20]

De acuerdo a la EHGMI, en Guanajuato hay un total de 668,704 hogares 3.9% tienen al jefe del hogar ausente y presente en el país vecino, estos es, aproximadamente 74,299 niños viven sin alguno de sus padres.[20]

Desde el punto de vista económico, la migración tiene efectos importantes, en 1998 en el país existían 10.4% hogares con remesas a nivel nacional y 26.l3% en Guanajuato, las remesas que llegan a las familias guanajuatenses tienen efectos visibles en el ingreso familiar, contribuyen a paliar la pobreza, a favorecer el ahorro y la inversión mejorando aparentemente su calidad de vida, pero estos hogares son altamente vulnerables ante la posible interrupción del flujo de remesas sobre todo cuando son su única fuente de ingresos, y las condiciones económicas y sociales en que se queda la familia pueden llegar a ser en un momento dado causas de exclusión social.[20]

7.1.2. Factores internos a los servicios de salud

a) Sistema de salud

En Salud, se cuenta con un sistema segmentado en tres grandes grupos de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas y al interior de estos, el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones, según se describe a continuación:

Los trabajadores de la economía formal deben afiliarse por Ley a alguna institución de seguridad social. Los asegurados reciben este servicio a través de cinco tipos de instituciones, los trabajadores del sector formal de la economía son cubiertos por el Instituto Mexicano del Seguro Social(IMSS) que cubre al 43.18%(2152,995), y los trabajadores del Estado, por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 6.85% (341732), mientras que los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX), el Ejército Mexicano y la Secretaria de Marina que cubren al 1.05%(52, 516)[30] lo hacen con sistemas propios. Para cubrir a sus trabajadores los gobiernos locales tiene servicios

contratados y existen entidades públicas que reciben atención a través de servicios propios, de seguridad social o privados (subrogados), como en el caso de los trabajadores de la Universidad de Guanajuato que son atendidos por la red médica privada subsidiada por el Gobierno Estatal y las aportaciones de dichos trabajadores (cuadro no. 2).

Cuadro no.2
Servicios de Salud de la Seguridad Social según su naturaleza y fuente de financiamiento

CARACTERITICAS	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	Estatales
Naturaleza jurídica	Órgano tripartita gubernamental, empresarial y trabajadores	Institución pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Empresa publica con personalidad jurídica y patrimonio propio	Secretaria de Estado	Instituciones publicas en varios estados
Fuentes de financiamiento	Federal empleado y empleador	Federal y empleados	Empresa y empleados	Federal	Federal Estatal y empleado.

La población no asegurada recibe servicios principalmente en los establecimientos públicos de la Secretaria de Salud, además de otras instituciones que ofrecen atención a la población más desprotegida como la Cruz Roja Mexicana en caso de emergencia y el DIF (Desarrollo Integral de la Familia), entre otros.

Los servicios de la Secretaria de Salud del estado de Guanajuato (SSA) cubren más del 50% de la población. La Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato cuenta con 532 Unidades de Atención Médica, a nivel primario, secundario y terciario, divididos como lo muestra el cuadro 3 y distribuidos en el Estado como lo muestra el mapa no. 1, donde las mayor partes de las unidades se encuentra en la zona centro y sur del Estado .[31]

Cuadro no.3

13	Hospitales
1	Hospitales Especializados
61	Centros de Salud Urbanos
397	Centros de Salud Rurales
14	Centros de Salud Híbridos
44	Unidades Móviles.

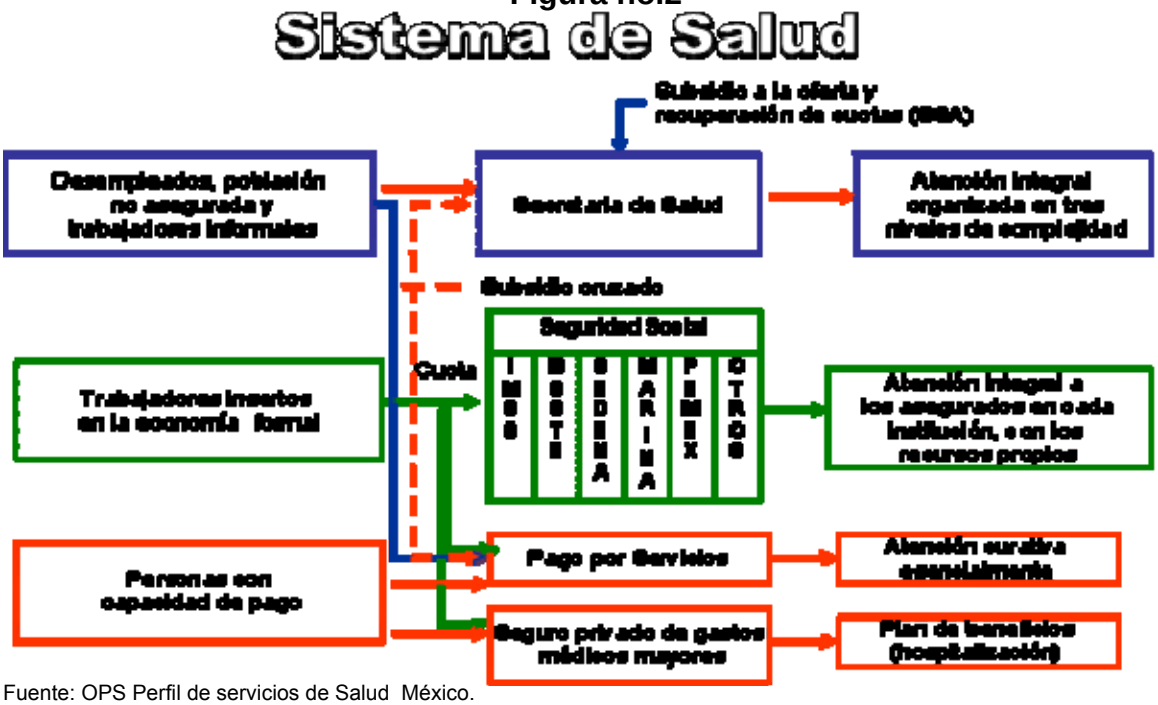
Dentro del sector privado existe una gran diversidad de instituciones que, en su conjunto, se dividen en dos tipos, lucrativas y no lucrativas. Las lucrativas ofrecen toda una gama de servicios de salud a la población que en su mayoría cuentan con un esquema de financiamiento basado en gasto de bolsillo, por lo tanto la posibilidad de recibir atención en salud dependerá de la capacidad de pago de cada persona. El sector privado funciona en un contexto poco supervisado, brinda

una atención de calidad desigual, con precios variables y está bastante fragmentado.

Dentro de los esquemas pre-pagados, el seguro privado constituye el componente principal que cubre a algunos grupos de trabajadores de empresas públicas y privadas, así como a familias e individuos que compran sus servicios, por otro lado, la Secretaría de Salud da cobertura a la población sin acceso a seguros privados y sociales y promueve servicios a través de un esquema también de prepago denominado Seguro Popular.

Las ONGs tienen un peso poco significativo en la prestación de servicios, aunque su trabajo organizado en redes es cada vez más relevante en los ámbitos de sexualidad y reproducción, VIH/SIDA, violencia intrafamiliar, atención a las adicciones y a las discapacidades. [26]

Figura no.2



Fuente: OPS Perfil de servicios de Salud México.

La figura no. 2 muestra los segmentos de población, los prestadores de servicios de salud y los beneficios que recibe la población, apreciándose que adicional a lo descrito en los puntos anteriores, ocurren otras conexiones entre los segmentos, representadas con líneas de punto, como son: afiliados a la seguridad social se atienden en la SSA porque le satisface más la atención o porque viven lejos de la unidad de medicina familiar del seguro, deviniendo en un subsidio cruzado desde la SSA; o disponen de un seguro privado de gastos médicos mayores, otorgado

muchas veces como una prestación laboral adicional. Así mismo, se conoce que los afiliados a la seguridad social y la población general de todos los niveles económicos acuden eventualmente a la medicina privada pagando de su bolsillo por los servicios consumidos. [26]

De acuerdo al Censo XII de INEGI, en Guanajuato 42.02% acude al instituciones privadas, 26.14% se atiende en el IMSS, 22.42% en la SSA.[5]

Las estadísticas de la Encuesta Nacional de Servicios de Salud del 2000, con respecto a la preferencia de atención, 42.5% prefiere la atención privada, 26.5% acude a los servicios de la Secretaria de Salud, 21.6% al IMSS, 2.9% el ISSSTE, 0.5% prefiere los seguros privados, 1.4% acude a otra institución y 4.1% optan por no atenderse.[32]

b) Recursos financieros

Los costos de atención de las instituciones en salud, se traducen en el gasto total en salud, que es medido como la suma del gasto público y privado en salud. En México, el gasto público se obtiene de la suma de los presupuestos ejercidos en salud que realizan las instituciones públicas, federales y estatales, el gasto privado en salud proviene principalmente del gasto médico de bolsillo y mide el esfuerzo de las familias para financiar los servicios médicos y los medicamentos que necesitan en el momento de la atención. [33]

En el 2003 en México, el gasto total en salud como porcentaje del PIB, se duplicó en relación al año anterior (de 2.8 a 5.8), el gasto total en salud en el 2003 representó 6.16% del PIB porcentaje menor al promedio de América Latina.[29]

El gasto público en salud representó 2.85% del PIB, el gasto privado contribuyó con 3.31%, cifra superior a la del año anterior (de 2.43 a 3.31 respectivamente). [29]

En Guanajuato el gasto total en salud estuvo por arriba del promedio nacional 6.75% el gasto público fue de 3.05 % y el gasto privado 3.70%, el gasto total fue mayor al año 2002 (6.52). A nivel nacional 53.7% del total de gasto en salud es privado, en el Estado es mayor (54.8%) lo que representa que el porcentaje mayor de gasto en salud lo hacen las familias.[29,35]

El gasto público en salud, como porcentaje del gasto público total, es un indicador que habla del esfuerzo público en materia de salud respecto del esfuerzo público global en un año calendario.

El gasto público per cápita permite cuantificar los recursos que las instituciones públicas dedican a un usuario promedio de sus servicios. A nivel nacional en el 2003, el gasto público en salud per cápita fue de $1,849.21 pesos, cifra menor a la de Argentina, Brasil, Costa Rica y Colombia. En Guanajuato fue más bajo aún ($1215.93 pesos). [29,35]

El gasto público per cápita en salud para la población asegurada en el país, fue en el 2003 de $2,732.05 pesos, mientras que el gasto destinado a cubrir la atención de la población no asegurada fue de $1,116.81 pesos. En el Estado, el gasto per

cápita fue menor, para la población asegurada $2.165.59 y 60% menos para la no asegurada, alcanzando solo $625.911pesos (cuadro 4).[29]

A nivel Nacional se observo un aumento del 15% en el gasto público aunque el gasto privado solo disminuyó en 1.2%. En el Estado el gasto privado se ha mantenido constante (3.70%), y el gasto público aumentó 7.5% (cuadro no.5). [29]

Cuadro no.4

	Asegurados		No asegurados	
Año	Nacional	Estatal	Nacional	Estatal
1999	2003	1444.00	790.00	291.00
2000	ND	ND	ND	ND
2001	2008.20	1511.60	1110.40	641.90
2002	1741.19	1741.29	1229.53	1129.53
2003	2732.05	2165.59	1116.81	625.91

Cuadro no. 5

	Gasto público como porcentaje del PB			
	PUBLICO		PRIVADO	
AÑO	Nacional	Guanajuato	Nacional	Guanajuato
2002	2.43	3.36	2.82	3.70
2003	2.86	3.31	3.06	3.70

El gasto privado en salud per cápita mide el monto promedio de recursos económicos que las familias destinan a atender sus necesidades de salud. En México en 2002 alcanzó los niveles más altos históricamente, el gasto privado en salud per cápita se ubicó en $1,989 pesos. Esta cifra es menor a Argentina y Brasil pero superior a la de Costa Rica y Colombia. En Guanajuato el gasto privado per cápita en salud en el 2002 fue de $1,351.7 pesos. [35]

La desagregación del gasto médico de bolsillo por componentes permite caracterizar la magnitud de las contribuciones directas de las familias en la compra de bienes y servicios de salud. Este indicador de gasto fue dividido en tres grandes componentes: gasto en medicamentos, gasto en atención ambulatoria y gasto en atención hospitalaria.

La participación relativa de estos componentes ha variado año con año. En promedio, en los últimos cuatro años, el gasto en medicamentos concentró 38% del gasto de bolsillo, mientras que la atención ambulatoria y los servicios hospitalarios representaron 43% y 18% respectivamente. Mientras que en Guanajuato 31% en medicamentos, el 17.8% en Hospitalización y 51.2% en servicios ambulatorios [35]

d) Recursos humanos

En relación a los recursos en salud, en los últimos años el número de profesionales y técnicos de salud que se encuentra laborando en las instituciones públicas ha ido en aumento. En Guanajuato, entre la SSA y el IMSS se contrata al mayor número de personal, 44% médicos y 53.2% del personal de enfermería trabajan para el IMSS y 41.1% de médicos y 33% de enfermeras en la SSA.[32]

La OMS recomienda contar con un médico por cada 1000 habitantes, indicador que en el Estado de Guanajuato se cumple parcialmente, al desglosarlo por institución PEMEX cuenta con 4.60 médicos por 1000 habitantes, en segundo lugar SDN con 3.54, y el resto de las instituciones cuentan con un médico por cada 1000 habitantes. [32] En el 2004 dentro del personal adscrito a la Secretaria de Salud existen municipios en donde no ha sido posible cubrir el indicador y donde destacaron los municipios de San Diego de la Unión, San José Iturbide y Valle de Santiago donde se cuenta de 1 a 2 médicos, pero por cada 10,000 habitantes.[33]

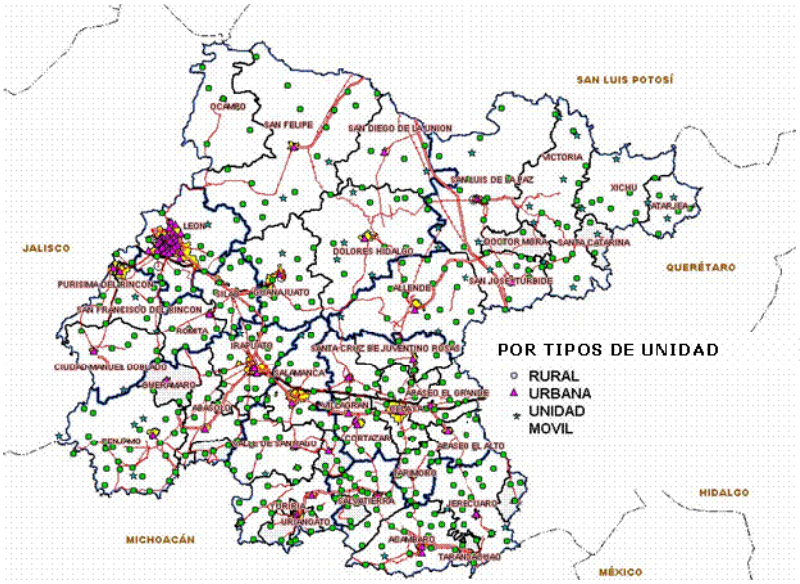
Respecto al personal de enfermería se recomienda contar con una cantidad que satisfaga una razón de 2:1 enfermeras por médico, en éste caso a nivel estatal no se cubre con éste indicador, ni por institución, la razón de enfermera/médico en el 2004 para cubrir a la población abierta fue más alta en los municipios de Tierrablanca, (1.60:1) Tarandacuao (1.40:1) y Doctor Mora (1.40:1).[33] En estos municipios, aunque la razón enfermera/médico se acercó al índice ideal, en realidad, muestra un sistema de servicios con pocos recursos médicos para satisfacer las demandas de salud de estas poblaciones.

e) Infraestructura y equipo

Los recursos esenciales para la atención médica deben incrementarse de acuerdo a las necesidades de la población. En Guanajuato existen 8912 localidades, de las cuales, 21(0.002%) de ellas no tienen acceso a los servicios de salud. [3] Se cuenta con 622 unidades de salud para cubrir a los guanajuatenses, la SSA concentra el 85% de las unidades de Salud, 97.4% de ellas son unidades de primer nivel, 2.7% unidades híbridas (unidades de primer nivel que cuentan además con servicio de hospitalización), 2.6% son hospitales, sin embargo, existen 21(45.7%) municipios que no cuentan con unidades con hospitalización (figura no. 3).[33]

La OMS recomienda que exista 1 cama por cada 1000 habitantes, indicador que no ha sido cubierto en el Estado hasta el 2002, (0.54); las instituciones que alcanzaron el indicador más alto fueron PEMEX (1.61) y SDN(4.65), mientras que la SSG en el 2003 contó con apenas 0.49 por cada 1000 habitantes(figura no.4).[32]

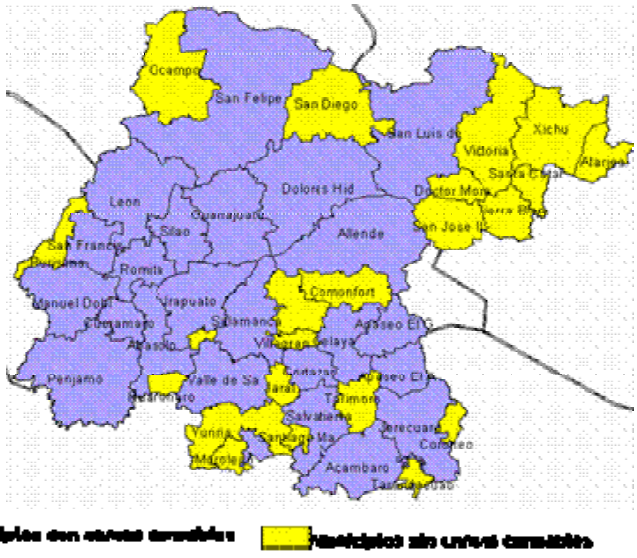
Figura no. 3
SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Secretaria de Salud de Guanajuato. Registro Nacional de Infraestructura en Salud. RENIS, 2004

La zona norte de Estado se en encuentra ubicado en parte de la Sierra Gorda, terreno montañoso con acceso por carretera de dos vías y con algunos tramos de terracería, caminos hechos rodeando las montañas, lo que se traduce en tiempos prolongados de traslado, escasos transporte públicos, sobre todo en los municipios de la zona noreste. Aunque las 21 localidades que no tienen acceso real a los servicios de salud por encontrarse a más de 60 minutos de una unidad de salud, se encuentran en situadas al lado contrario n los municipios de Ocampo y San Felipe.

Figura no. 4
CAMAS CENSABLES



Fuente: Secretaria de Salud de Guanajuato. Registro Nacional de Infraestructura en Salud. RENIS, 2004

f) Indicadores de salud

La SSA es la responsable de los servicios de salud pública y las instituciones de seguridad social que participen activamente en las actividades de prevención y control de enfermedades, se celebran "Jornadas Nacionales de Salud" en los meses de febrero, mayo y octubre con acciones de vacunación, suministro de antiparasitarios y suplementos de vitamina A. [26]

En el 2002, en México, la cobertura con el esquema completo de vacunación en los niños de 1 de edad alcanzó 94.3% se trata de un porcentaje considerablemente mejor al de Estados Unidos y al de la mayoría de la cobertura de los países de América Latina.[35] El Estado en el 2004 tuvo una cobertura de 95% en esquema completo de vacunación de los niños de 1 año de edad, porcentaje imprescindible para asegurar el control, eliminación o la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación.

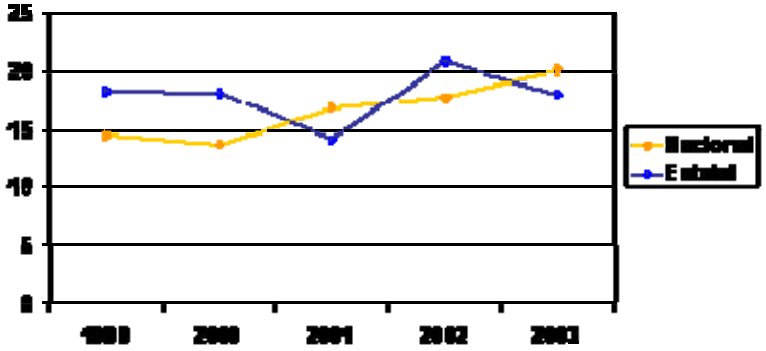
Las causas de mortalidad reflejan el desarrollo alcanzado, en México las enfermedades por rezago epidemiológico representaron en el 2003 el 14.71% del total, la mayoría de las muertes (73.76%) son ocasionadas por enfermedades no transmisibles y 11.53% por causas externas. En el Estado ocurre una situación similar al resto del país, con 15.70% de enfermedades por rezago epidemiológico, 73.67% de enfermedades no transmisibles y 10.63% por causas externas. [29]

Las desigualdades económicas también se ven reflejadas en la salud de la población, donde las tasas de mortalidad infantil llegan a ser hasta 10 veces mayor entre las localidades más pobres que entre las más desarrolladas. La mortalidad materna es otro ejemplo de los problemas de salud que tienen a concentrarse más en zonas rurales y suburbanas,[34] aunque en este estudio no tuvo un patrón característico.

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud que mayor atención recibe de parte de las autoridades de salud. Este refleja de manera relativamente precisa el grado de desarrollo alcanzado. Se relaciona así mismo con el acceso a servicios básicos de salud. La mortalidad infantil en Guanajuato (figura no.5) fue mayor que la tasa promedio nacional por 1000 Nacidos Vivos Registrados (NVR) a excepción del 2001 y 2003*(*NVR estimados).

Figura no.5 Mortalidad Infantil

Tasa por 1 000 nacimientos registrados



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1999,2003

La Mortalidad Infantil es principalmente por causas perinatales, la cual, se ha logrado reducir en un 0.22 puntos porcentuales con respecto al año 2000.En virtud del incremento realizado durante los años 2001-2002 se tomaron medidas para reducirla(cuadro no. 6).[30]

Cuadro no. 6

Año	Tasa por 1000 NVR
2001	15.48
2002	16.13
2003	13.66

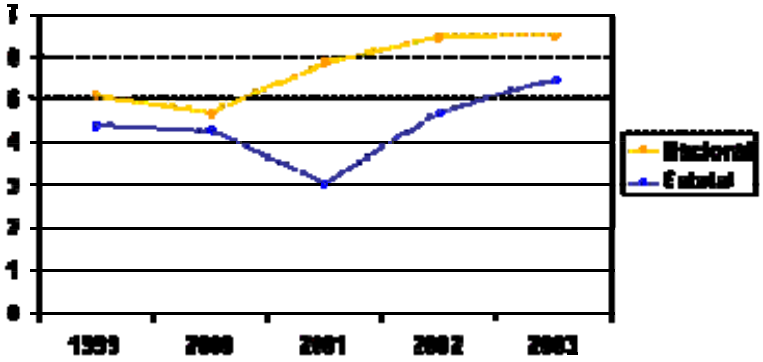
Fuente: SSG, Sistema Estadístico Estatal de Defunciones.

Por otra parte, las muertes maternas son en general una expresión de la inequidad y el rezago social, así como una expresión de los problemas de cobertura y calidad de los servicios de salud. En México se han logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad materna. En 1995 la razón de mortalidad era de 24 por 10, 000 NVR.; en el 2002 se redujo a 6.3, lo que representa un descenso del 74%. [35] En México, la tasa de mortalidad por causas maternas se ha mantenido en 6.52, en Guanajuato la tasa fue de 5.50 menor que la nacional (figura no. 6). [29,35]

Figura no. 6

Mortalidad Materna

Tasa por 10, 000 nacimientos registrados.



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1999,2003

A partir de 1997 la calidad de la atención, se vió como una área de oportunidad dentro del sector público. Se impulsaron líneas de acción: en la SSA, realizar un diagnóstico de calidad en las unidades y a partir del mismo implementar programas de mejoría de la calidad, así como la constitución en Estados, jurisdicciones y hospitales de comités de revisión (de expediente clínico, de mortalidad, de referencia y contrarreferencia, etc.); en el IMSS, el programa de atención al enfermo crónico en el domicilio, entre otros. A partir del 2001 hubo un renovado esfuerzo, más amplio, integral y participativo, para mejorar la calidad de los servicios públicos y privados con la "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", que incluye la definición y registro de indicadores de calidad en unidades y la conformación de una red nacional de monitoreo, la capacitación de trabajadores y directivos en áreas que inciden en la calidad de los servicios, la elaboración y divulgación de derechos de los pacientes y de códigos de ética de enfermeras y médicos, así como el otorgamiento de apoyos técnicos y financieros federales a proyectos locales que apuntan a mejorar la calidad asistencial. Las acciones sectoriales desplegadas por estos comités están dirigidas a mejorar la calidad de la atención, con énfasis en un trato digno a los pacientes y sus componentes, la reducción de los tiempos de espera en consulta externa y urgencias, la disponibilidad y entrega de medicamentos y la utilización de la información del monitoreo de calidad para instrumentar proyectos de mejora continua en los diferentes niveles de atención. [35]

La evaluación de los indicadores ha permitido conocer la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios, por ejemplo: el promedio de tiempo de espera en consulta externa, a nivel nacional, a aumentado del 2001 al 2003 de 22.44 a 26.23 min. respectivamente (cuadro no. 7), reflejándose en una disminución el porcentaje de usuarios satisfechos con este tiempo (reduciendo de 87.90% a 82.17%). En Guanajuato ha ocurrido algo similar con la satisfacción de los usuarios, se redujo de 81.90% a 75.24%,a pesar de que el tiempo de espera a permaneció en 38 min. Otro indicador es el tiempo de espera en urgencias a nivel nacional el promedio de

17.75 min., con 86% de usuarios satisfechos con este tiempo, En el Estado, el tiempo de espera en urgencias se redujo notablemente del 2001 al 2003 de 39.25 a 14.12 min., cifra menor al nivel nacional, sin embargo el porcentaje de usuarios satisfechos también se redujo de 90.37 a 84.35 min. [29]

Cuadro no. 7

	Tiempo de espera en Consulta Externa		Tiempo de espera en Urgencias		Usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa		Usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias	
AÑO	Nacional	Guanajuato	Nacional	Guanajuato	Nacional	Guanajuato	Nacional	Guanajuato
2001	22.44	38.92	17.39	39.25	sd	sd	sd	sd
2002	22.60	26.40	14.40	15.79	87.9	81.9	84.6	90.37
2003	26.23	30.37	17.75	14.12	82.17	75.24	86.61	84.35

La calidad de los servicios de salud percibida por usuarios de los servicios preventivos en la distintas instituciones del sector salud, durante los 12 meses anteriores a la ENSSA 2000, en Guanajuato, 67.9% la consideró buena, 10.1% regular y 1.2% de los entrevistados la consideraron mala y muy mala.[34]

f) Rectoría y reforma sectorial

La SSA es la institución rectora del sistema y elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), donde se establecen los procederes y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional. El ordenamiento jurídico del sector se basa en dos Leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno federal: Ley General de Salud y Ley General del Seguro Social, cuyas operacionalizaciones se realizan a través de Normas Oficiales Mexicanas (NOM), Reglamentos, Reglas de Operación y Acuerdos de las instituciones públicas, publicados en el Diario Oficial de la República. La Federación elabora y revisa las NOM, convoca a los grupos interinstitucionales (p.ej. de estadísticas sanitarias, de atención a grupos de población, etc.) y concentra las estadísticas de salud. No existe un verdadero sistema nacional de información, sino un conjunto (cada institución pública tiene el propio) de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que generan información sobre población y cobertura, recursos, servicios prestados y daños a la salud.[27] La regulación sanitaria de productos, bienes y servicios se ejerce en un marco compartido de responsabilidades entre la federación y las secretarías estatales de salud (SESA).[26]

Existen dos importantes instancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad General, órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en salud; y el Consejo Nacional de Salud, conformado por representantes de la SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, la Secretaría de Programación y Presupuesto, y de la Contraloría de la Federación del dicho sector, el cual se rige por la Ley General de Salud y reglamentos derivados de ella, así como en las Normas Oficiales Mexicanas.[35] Es un órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud, integrado además por el Secretario de Salud y los 32 Secretarios Estatales del ramo. A pesar de ello, no ha sido posible garantizar el acceso, la equidad y calidad de los

servicios de salud, no obstante que la Constitución Mexicana en el artículo 4° instituye el derecho a la protección universal a la salud que se establece como derecho a los servicios básicos en la Ley General, la cual busca la satisfacción de las necesidades de salud y que no sólo comprende derecho a la atención a la salud, sino el mantenimiento del ingreso que proveen las pensiones y otros pagos en caso de incapacidad temporal o permanente para trabajar que sólo se contempla para la población asegurada, por lo cual los derechos a la salud y la seguridad social siguen siendo un derecho de la clase asalariada urbana, mismo que además no se cumple en muchas empresas, formales[36].

La supervisión y control del gasto público lo hace la Oficialía Mayor de cada institución, bajo directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien transfiere los recursos financieros y la Secretaría de la Función Pública supervisa el gasto. La información sobre gasto público en salud es confiable y está bajo la responsabilidad de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, y de Salud, quien tiene un sistema de cuentas nacionales en salud que también recopila datos del sector privado. [26]

Cada prestador público realiza la conducción, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud a su población blanco, contando para ello con su propia red de unidades de atención. [26]

Los mayores avances en descentralización los tiene la SSA, gozando las SESA de facultades para radicar plazas, contratar personal y ejecutar la organización, gestión y control de los servicios de salud. El IMSS inició en el año 2000 un programa de desconcentración de funciones administrativas, financieras y médicas a las 7 direcciones regionales y 37 delegaciones (a partir de 2002 son 4 y 25, respectivamente), que proyecta seguir avanzando hacia niveles más operativos a través de la creación de 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD). El ISSSTE, SEDENA y PEMEX trabajan bajo esquemas más centralizados de manejo presupuestario y toma de decisiones. [26]

La Secretaria de Salud ostenta el liderazgo de la implementación y la democratización de la salud, es presentada como el eje de la propuesta. Brinda una visión del sistema para el año 2005, anticipando que todo mexicano podrá contar con un seguro de salud, independiente de su capacidad de pago, que le garantizará acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención, en un sistema que ofrecerá un trato adecuado y que contribuirá a mejorar las condiciones y calidad de vida de los ciudadanos.

Se identifican tres grandes retos en el sistema de salud mexicano actual: la equidad, la calidad y la protección financiera; y para enfrentarlos , el (Programa Nacional de Salud)PNS 2001- 2006 plantea como objetivos los siguientes: (1) Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, (2) Abatir las desigualdades en salud; (3) Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud; (4) Asegurar la justicia del financiamiento en materia de salud; y (5) Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas, directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y cinco estrategias instrumentales que influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud. Las estrategias son las siguientes: 1) Vincular la salud con el desarrollo económico y social; 2) Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres; 3) Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades; 4) Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud; 5) Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población; 6) Construir un federalismo cooperativo en materia de salud; 7) Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud; 8) Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud; 9) Ampliar la participación ciudadana y la libertad de atención en le primer nivel de atención; y 10) Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Las estrategias en conjunto se componen de 66 líneas de acción y el PNS 2001-2006 enuncia 43 programas de acción para llevarlas a efecto, cuyos contenidos se dieron a conocer en el año 2002. La evaluación del PNS se hará utilizando impacto del sistema sobre de los servicios y el grado de protección financiera con que cuentan los evaluación del PNS se hará utilizando dos tipos de indicadores: (a) para medir el impacto del sistema sobre las condiciones de salud, localidad de los servicios y el grado de protección financiera con que cuentan los ciudadanos, (b) indicadores de metas intermedias, procesos y recursos para medir el desempeño de los programas y servicios. El esquema integral de evaluación cuenta con tres componentes: evaluación del desempeño, evaluación de programas y servicios, y un sistema nacional de indicadores; y las instancias que definieron los criterios de operación son el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud, mientras la SSA está a cargo de la concentración de la información y el análisis de los resultados. [26]

g) Marco Jurídico.

Los cambios más trascendentes ligados a la Reforma a Servicios Salud 1995-2000 estuvieron asentados en la Ley General de Salud, por lo que en 1997 se incorporaron modificaciones que hicieron más efectiva la regulación sanitaria, introdujeron una nueva clasificación de los medicamentos y permitieron desarrollar el uso de los medicamentos genéricos en el mercado privado, entre los más relevantes. Igualmente, la Ley General del IMSS se modificó en 1997 y en 2004 reduciendo la cuota patronal y se aumentó la aportación gubernamental a los regímenes de salud y pensiones, se creo el seguro de salud familiar voluntario y se clarificó la opción de reversión de cuotas para los colectivos atendidos por otros prestadores, Se agregan a ese marco los decretos presidenciales de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 1996, sobre los acuerdos para la descentralización de los servicios de salud y la coordinación sectorial en 1997, de creación de las comisiones nacionales de Bioética y de Estudios del Genoma en el 2000 y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en el 2001. Se pusieron en vigor las Reglas para la medicina prepagada y en el 2002 se

publicaron las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación de varios programas nacionales como son: el Seguro Popular de Salud, de Comunidades Saludables, de Discapacitados, etc. Entre 1995 y 2002 se han publicado alrededor de 150 NOM en salud y se promulgaron varias leyes importantes, como la antitabaco, que prohíbe fumar en los lugares públicos y contiene restricciones a la venta y publicidad; de los Institutos Nacionales de Salud que les concede plena autonomía; y la ley de violencia intrafamiliar. [37,.38, 39]

Las políticas de salud vigentes no plantean una integración de los diferentes subsistemas de atención médica, ni la homogeneización de las prestaciones y contenidos de las coberturas. Entre 1996 y 2000 la principal estrategia de reforma fue la ampliación de la cobertura a la población no asegurada mediante la prestación de un paquete básico de servicios de salud. A partir del 2001 el acento es colocado en la integralidad de la atención y el aseguramiento, iniciando la oferta del seguro popular de salud en el año 2002, de carácter voluntario y que se financia con un subsidio federal proveniente de recursos fiscales y los aportes de los beneficiarios mediante una cuota progresiva, según los ingresos de cada familia. Incluye 78 beneficios médicos y 191 medicamentos y vacunas asociadas, a ser prestados en establecimientos de primer y segundo nivel de la propia SSA. [26]

h) Oferta de servicios.

El desarrollo del Seguro Popular de Salud estableció una modificación al modelo de atención que brinda la SSA, aportando claridad sobre las prestaciones a las que tienen derecho los usuarios, al tiempo que sustituye el pago de cuotas que hacen los pacientes al recibir atenciones por un pago anticipado. La dinámica de extender paulatinamente este seguro a los estados y unidades de atención del país, junto con su carácter voluntario, determinan que durante varios años coexistirán en los establecimientos de la SSA la atención a pacientes no asegurados y asegurados. [26] A partir del año 2002 se está ofreciendo el Seguro Popular en el 75% de los Estados, contando hasta el 2003 con 613, 938 afiliados a nivel nacional, de los cuales 17,448 (2.84%) son guanajuatenses, 81% de ellos pertenecen al decil I de ingreso, 12.7% al decil II, se ha buscado dar preferencia a la población más pobre.[29]

En el marco del PNS 2001-2006, el gobierno federal impulsa varios programas enfocados a enfrentar rezagos, que deben mejorar la equidad en acceso a servicios y en los beneficios del sistema de salud. Son los casos del Programa Arranque Parejo en la Vida, que realiza coordinaciones interinstitucionales e inversiones para garantizar cobertura universal y condiciones igualitarias de atención durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños hasta los dos años de edad; del Programa Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, orientado a mejorar las condiciones de salud y de acceso a servicios de estos grupos, con intervenciones diseñadas a partir de su situación epidemiológica, cultural y las condiciones de vida y trabajo en que se desenvuelven. [26]

Para proteger el derecho a la protección de la salud y mejorar la calidad de los servicios de salud se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano con autonomía técnica, que busca la resolución de las controversias que surgen entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud a nivel nacional. La CONAMED ha ido conformando un modelo de atención que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales, ha permitido a los usuarios y prestadores dilucidar en forma gratuita, voluntaria y de buena fe los conflictos generados en prestación de dichos servicios. CONAMED se ha propuesto para los próximos seis años los siguientes objetivos: 1) consolidar el modelo de atención de inconformidades y constituirse en un Centro Nacional de Referencia 2) lograr una óptima resolución de conflictos con eficiencia y satisfacción de los usuarios 3) influir en la mejoría de práctica de la medicina a través de la emisión de recomendaciones, y 4) proyectar en los contextos nacionales e internacionales el modelo CONAMED y obtener el reconocimiento social. [26]

En el Estado de Guanajuato durante el 2002 en la CONAMED Estatal (COESAMED) se trataron 555 casos, de los cuáles, 70% fueron asesorías, 15% quejas (cuadro no. 8). [32]

Cuadro no. 8

Asuntos por especialidades	
Total	555
Ginecología y obstetricia	64
Traumatología y ortopedia	63
Cirugía general	46
Odontología	37
Oftamología	23
Medicina general	53
Otras especialidades	269

Origen de asuntos por municipio	
Total	555
Irapuato	173
León	152
Guanajuato	28
Celaya	41
Salamanca	34
Otros	127

Motivos de los asuntos	
Total	555
Tratamiento quirúrquico	155
Tratamiento médico	171
Problemas administrativos	55
Atención del parto	9
Diagnóstico erróneo	16
Diferimiento de atención	28
Maltrato	7
Negativa de servicios	7
Otros	107

Asuntos atendidos	
Total	555
Asesorías	388
Quejas	81
Gestiones Inmediatas	60
Opinión médica	19
Peritajes	7

Conclusión de las quejas	
Total	81
Conciliadas	16
Turnadas a CONAMED	28
En proceso	9
No conciliadas	13
Desinteres médico	3
Desistimiento del usuario	5
Enviadas al ministerio público	2
Incompetencia	1
Arbitraje	4

Procedencia de asuntos	
Total	555
Privados	208
IMSS	184
ISSSTE	44
SSG	35
PEMEX	4
Contraloría	11
Juzgado civil	4
Ministerio público	10
Otros	55

7.1.3. Índice de Exclusión

Para la construcción del índice de exclusión se utilizó la metodología propuesta por Foster, Creer y Thorbecke (Anexo No. 1) Se diseño una base de datos con todos los indicadores de exclusión, se incorporaron todas las variables de marginación.

Solo se dejaron en el modelo las variables significativa, eliminando egresos hospitalarios, deficiencia de médicos, tasa de abandono BCG y desempleo, por no ser significativa en el índice (Cuadro no. 9)

Cuadro no. 9

INDICADORES PARA LA CARACTERIZACION DE EXCLUSION EN SALUD	PESO RELATIVO	FACTOR
FACTORES EXTERNOS A LOS SERVICIOS DE SALUD	73.06	
Porcentaje de población analfabetas con 15 años o más	6.97	0.9410
Porcentaje de población rural	6.97	0.9410
Porcentaje de población sin acceso a drenaje	6.60	0.8920
Porcentaje de población sin primara completa con 15 años o más	6.57	0.8880
Porcentaje de población con hasta de 2 salarios mínimos	6.07	0.8200
Con menos de 5000 habitantes	6.50	0.8780
Porcentaje de población con piso tierra	5.93	0.8010
Porcentaje de población sin energía eléctrica	5.74	0.7700
Porcentaje de población con hacinamiento	5.44	0.7350
Porcentaje de población bajo la línea de pobreza	5.18	0.7000
Porcentaje de población sin agua potable	4.89	0.6600
ONI	3.23	0.4360
Porcentaje de trabajadores informales	2.98	0.4030
FACTORES INTERNOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	26.94	
Porcentaje de la población no cubierta por un seguro de salud	5.83	0.7870
Camas hospitalarias por 1000 habitante	4.74	0.6400
Mortalidad Infantil	4.32	0.5840
Número de enfermeras por cada 1,000 habitantes	3.86	0.5210
Porcentaje de partos atendidos por parteras	3.66	0.4940
Primera consulta en el año	2.00	0.2700
Mortalidad materna	1.43	0.1930
Porcentaje de población con más de una hora de traslado al C.S. más cercano	1.11	0.1500

Con la variable continua que se obtuvo de factorizar el Componente 1, se estratificó por cluster, considerando estadísticamente, la brecha o el intervalo entre los dos índices modelados, como se puede ver en la figura no. 3, los cluster se encuentran más a la izquierda en base a los puntos de corte de la OPS. La brecha que existe entre el índice medio y alto es 25% menor a la distancia entre el nivel bajo y medio, pero entre el nivel alto y muy alto la distancia se incrementa 45% en relación al brecha que existe entre el nivel medio y alto (cuadro no. 10 y 11).

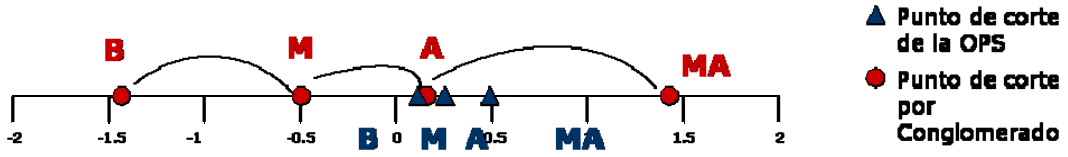
Cuadro no. 10

	Conglomerado			
	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Valores en el análisis De regresión	-1.45808	-.50095	.21407	1.48021

Cuadro no. 11

DISTANCIAS ENTRE LOS GRUPOS				
	BAJO	MEDIO	ALTO	MUY ALTO
BAJO	0	.957	1.672	2.938
MEDIO	.957	0	.715	.957
ALTO	1.672	.715	0	1.672
MUY ALTO	2.938	1.961	1.266	0

Figura no. 7



Por medio de cluster, 19.6% de los municipios se encontraría en nivel muy alto, la mayoría (39%), en el nivel alto, 23.9% en nivel medio y el resto (17.5%) en el nivel bajo (cuadro no. 12).

Cuadro no. 12

	BAJO	MEDIO	ALTO	MUY ALTO
1	Celaya	Acambaro	Abasolo	Atarjea
2	Guanajuato	Allende	Comonfort	Doctor Mora
3	Irapuato	Apaseo el Alto	Coroneo	Jerecuaro
4	León	Apaseo el Grande	Cueramaro	Ocampo
5	Moroleón	Cortazar	Dolores Hgo	San Diego de la Unión
6	Salamanca	Jaral del Progreso	Huanimaro	Santa Catarina
7	San Francisco	Purisima del Rincón	Manuel Doblado	Tierrablanca
8	Uriangato	Salvatierra	Penjamo	Victoria
9		Silao	Pueblo Nuevo	Xichú
10		Tarandacuao	Romita	
11		Villagrán	San Felipe	
12			San José Iturbide	
13			San Luis de la Paz	
14			Santa Cruz de Juventino	
15			Santiago Maravatio	
16			Tarimoro	
17			Valle de santiago	
18			Yuriria	

Sin embargo, al clasificar los municipios siguiendo la metodología recomendada por OPS, se incrementó a 23.9 el porcentaje de municipios con muy alta exclusión, al incorporarse los municipios de San Felipe y Coroneo, 6.5% se encontraron con alta, 8.7% con exclusión media y el resto (60.9%) con exclusión baja (cuadro no.13, figura no.8).

Cuadro no. 13

	BAJO <0.15	MEDIO 0.15-0.25	ALTO 0.25-0.5	MUY ALTO >0.5
1	ACAMBARO	ABASOLO	ROMITA	ATARJEA
2	ALLENDE	COMONFORT	SAN LUIS DE LA PAZ	CORONEO
3	APASEO EL ALTO	HUANIMARO	SANTIAGO MARAVATIO	DOCTOR MORA
4	APASEO EL GRADE	PUEBLO NUEVO		JERECUARO
5	CELAYA			OCAMPO
6	CORTAZAR			SAN DIEGO DE LA U
7	CUERAMARO			SAN FELIPE
8	DOLORES HIDALGO			SANTA CATARINA
9	GUANAJUATO			TIERRABLANCA
10	IRAPUATO			VICTORIA
11	JARAL DEL PROGRESO			XICHÚ
12	LEON			
13	MANUEL DOBLADO			
14	MOROLEÓN			
15	PENJAMO			
16	PURISIMA DEL RIN			
17	SALAMANCA			
18	SALVATIERRA			
19	SAN FRANCISCO, DEL R			
20	SAN JOSE ITURBIDE			
21	SANTA CRUZ DE JUVENT			
22	SILAO			
23	TARANDACUAO			
24	TARIMORO			
25	URIANGATO			
26	VALLE DE SANTIAGO			
27	VILLAGRAN			
28	YURIRIA			

Existen contrastes entre municipios con bajo nivel de exclusión, situados a lo largo del corredor industrial, como son León, Celaya, Guanajuato y los municipios con muy alto grado de exclusión, los cuales se encuentran situados en el norte del Estado.

La migración se presenta en todo el Estado, los municipios que se sitúan cerca del corredor industrial son los menos afectados por este fenómeno. Entre los municipios con mayor exclusión, la intensidad migratoria varía, afectando más al municipio de Ocampo (figura no. 9)

La marginación juega un papel principal en la exclusión en salud, los municipios con alto y muy alto grado de marginación coinciden con los municipios con grado de exclusión muy alta (figura no.10).

La densidad poblacional, es uno de los componentes que definen el índice marginación, y por consiguiente de exclusión, la densidad en el Estado es de 164 hab/km2. En 81.8% de los municipios con muy alta exclusión tienen menos de 50 hab por km2 (figura no. 11 y 12). En contraste, las localidades con más de 1000 habitantes se encuentran situados al extremo contrario de los municipios excluidos.

Dentro de los indicadores de mayor peso en la exclusión, es la ruralidad, los municipios con mayor porcentaje de población rural se encuentran situados en la zona norte de Estado, a excepción de Jerécuaro, 63.6% de los municipios con muy alta exclusión tienen más del 80% de población en área rural (figura no.13).

Con más de 60% por debajo de Línea de Pobreza (necesidades básicas), Se observó una estrecha correlación de este indicador y los municipios con alta y muy alta exclusión en salud. (figura no. 14) .

El índice de GINI se refiere a la concentración de la riqueza, su valor se encuentra entre cero y uno. Cuanto más próximo a uno sea el coeficiente de GINI, mayor será la concentración de la riqueza; cuanto más próximo a cero, más equitativa es la distribución del ingreso. Se puede decir que existe desigualdad en la distribución del ingreso cuando el coeficiente de Gini oscila entre 0.40 y 0.60, rango en el que normalmente se encuentran los países latinoamericanos. Cualquier situación donde el índice sea mayor a 0.60 puede ser considerada como distribución gravemente inequitativa. En Guanajuato, los municipios más excluidos como Ocampo , San Diego, Xichú y Doctor Mora fueron los municipios que presentaron un índice de mayor a 0.70, marcando una notables diferencia entre los ingresos económicos de sus habitantes y donde se puede valorar que cualquier índice superior a 0.60 se considera distribución gravemente inequitativa(figura no. 15) .

La zonas con mayor porcentaje de trabajadores informales se encuentra en la zona norte y sur del estado, en contraste con los municipios del corredor industrial que fueron los que contaron con mayor numero de empleos formales, casi todos los municipios excluidos a excepción de Ocampo, Victoria y Tierra Blanca. (figura no. 16) .
Los municipios con mayor población sin acceso a los seguros sociales se encuentran en parte de la zona sur y en toda la zona norte del Estado, donde los municipios excluidos son los que tienen una cobertura menor al 20% (figura no.15); en estos mismos municipios se encontró la mayor tasa de mortalidad infantil, otro indicador significativo en exclusión (figura no.17)

Sin embargo, dentro de los municipios con mayor mortalidad materna, solo se encuentran tres de los municipios excluidos San Felipe, Santa Catarina y Tierra Blanca con una tasa superior de 15 muertes por cada 10,000 nacidos vivos registrados (figura no.18) .

Se observó que en los municipios más marginados se tiene mayor cobertura en atención prenatal, en base a número promedio de consultas prenatal se encontró que lo municipios más excluidos tienen en promedio 3 o más consultas prenatales. (figura no. 19)

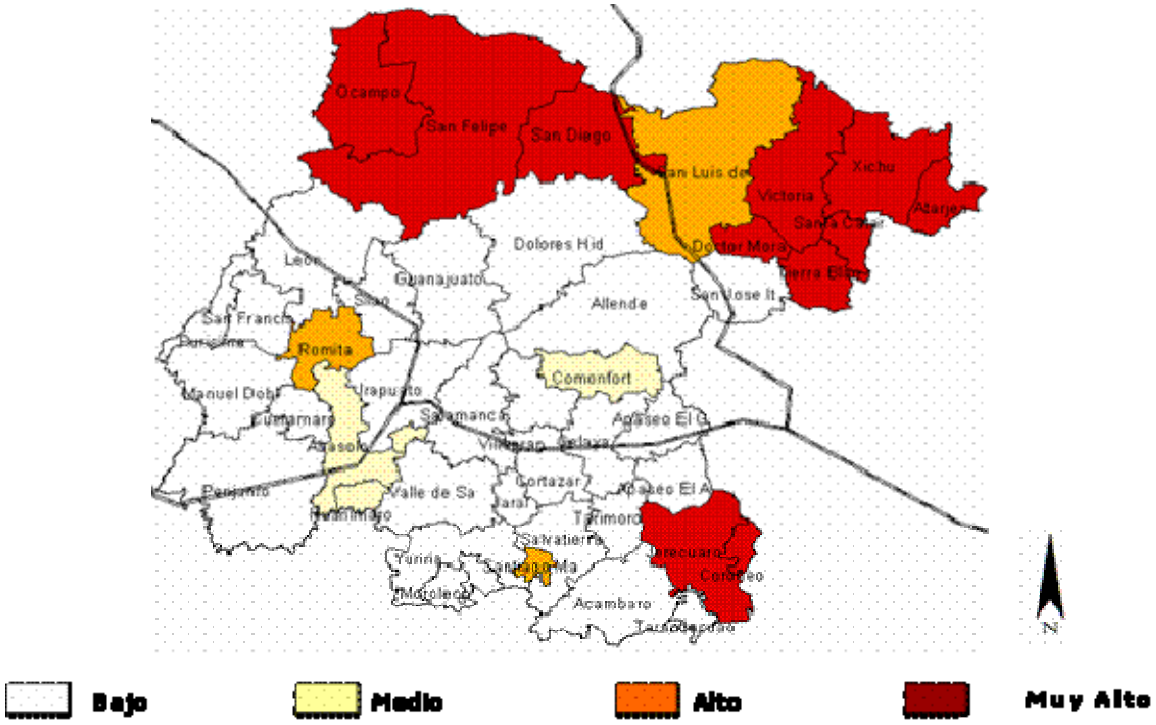
Cabe señalar que los municipios con más difícil acceso en la zona noreste del Estado, donde se encontraron los municipios con alta exclusión en salud, es donde se tiene mayor proporción de partos no institucionales atendidos por partera. (figura no. 20)

Por otra parte, comparando la deficiencia de médicos y enfermeras, se observó una deficiencia dispersa de médicos en todo el estado, incluyendo municipios con alta exclusión en salud, pero las deficiencia de enfermeras se concentra más en la zona sur del estado, con grado medio de exclusión (figura no. 21 y 22)

Con respecto a la atención hospitalaria, los municipios situados en el noreste del Estado, presenta mayor deficiencia de camas hospitalarias censables (figura no. 23)

Figura no. 8

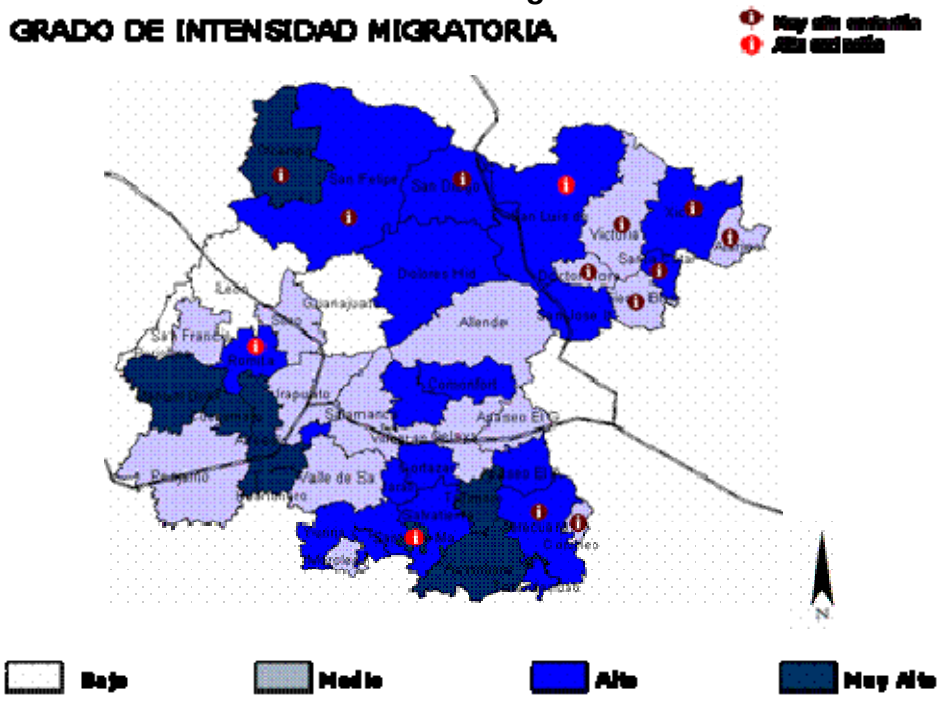
EXCLUSION EN SALUD



Fuente: Índice de exclusión

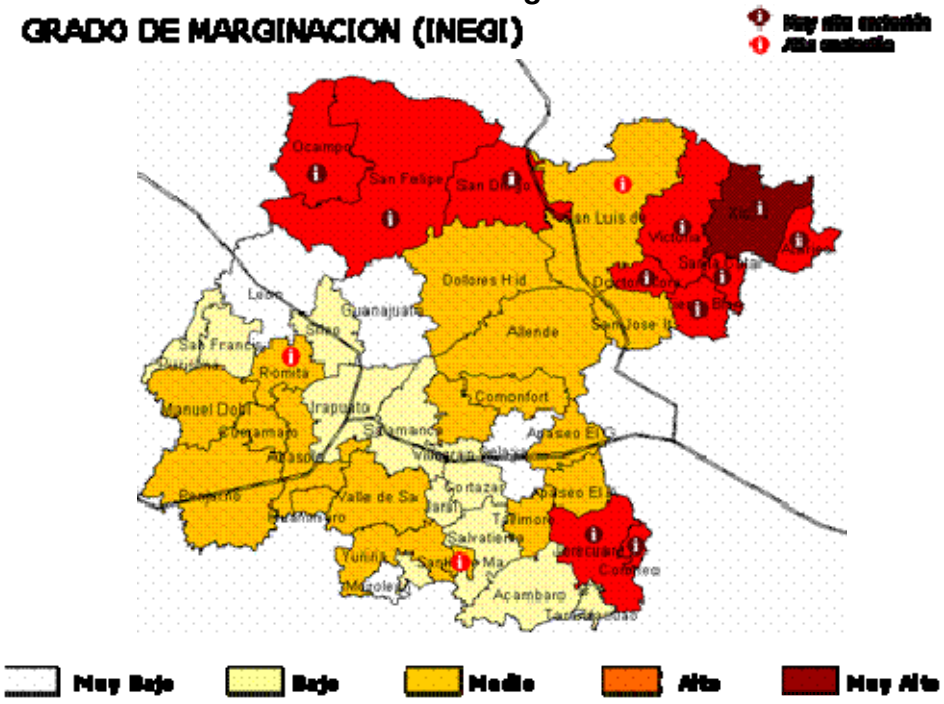
Figura no. 9

GRADO DE INTENSIDAD MIGRATORIA



Fuente: Índice construido por CONAPO, en base al XII Censo de Población y Vivienda,2000

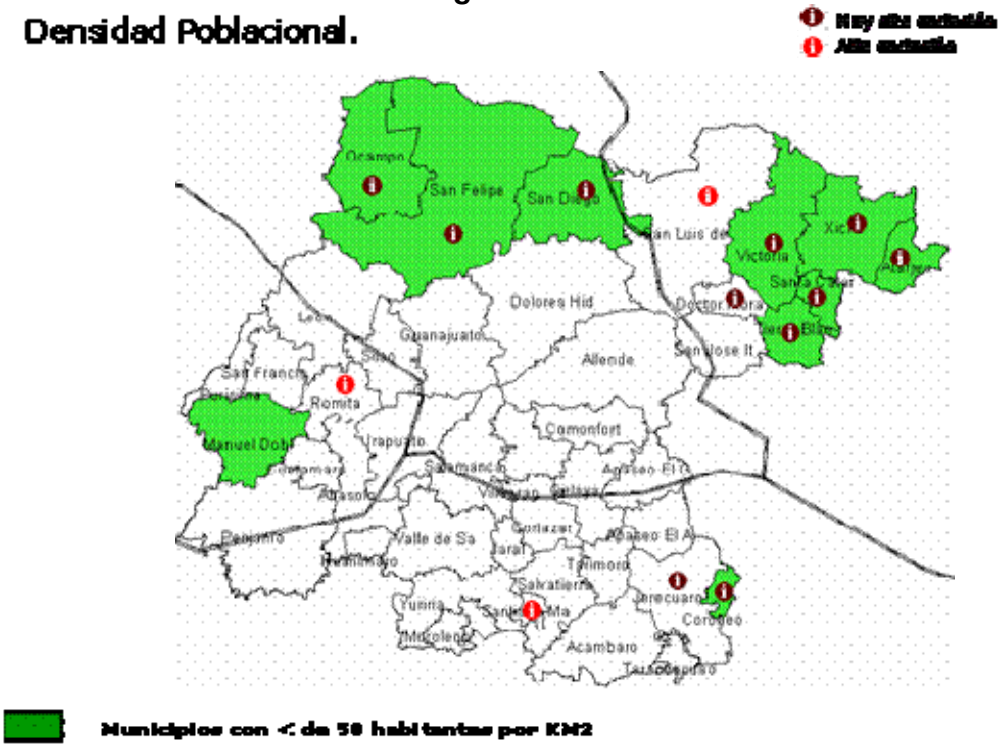
Figura no. 10



Fuente: Índice construido por CONAPO, con base al XII Censo de Población y Vivienda,2000

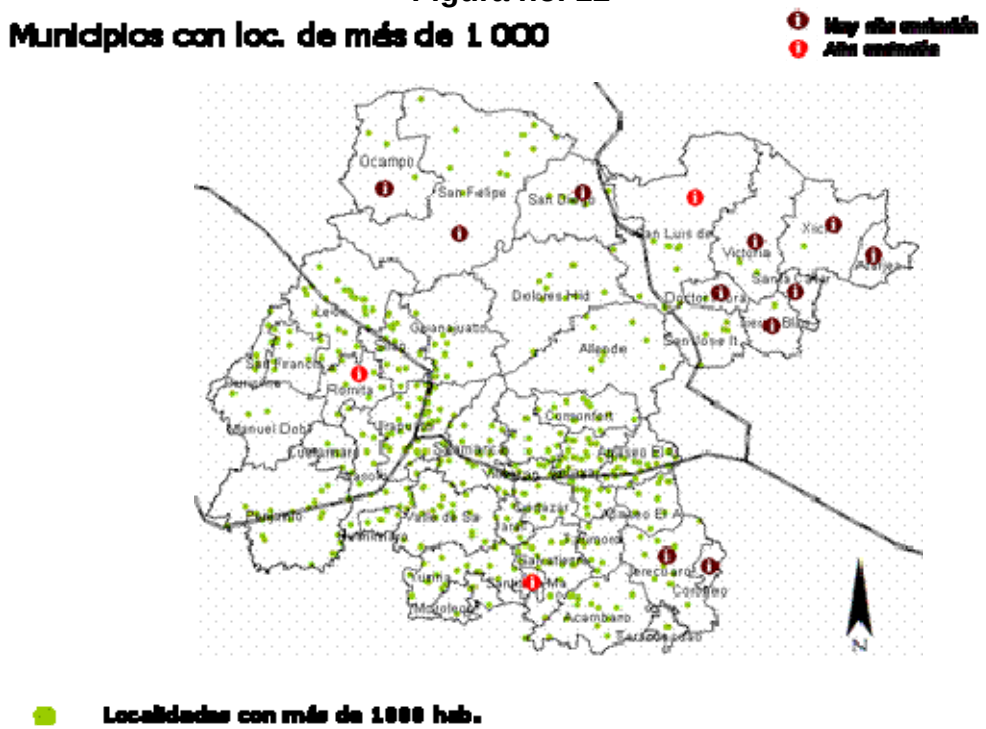
Mapa no. 6

Figura no. 11



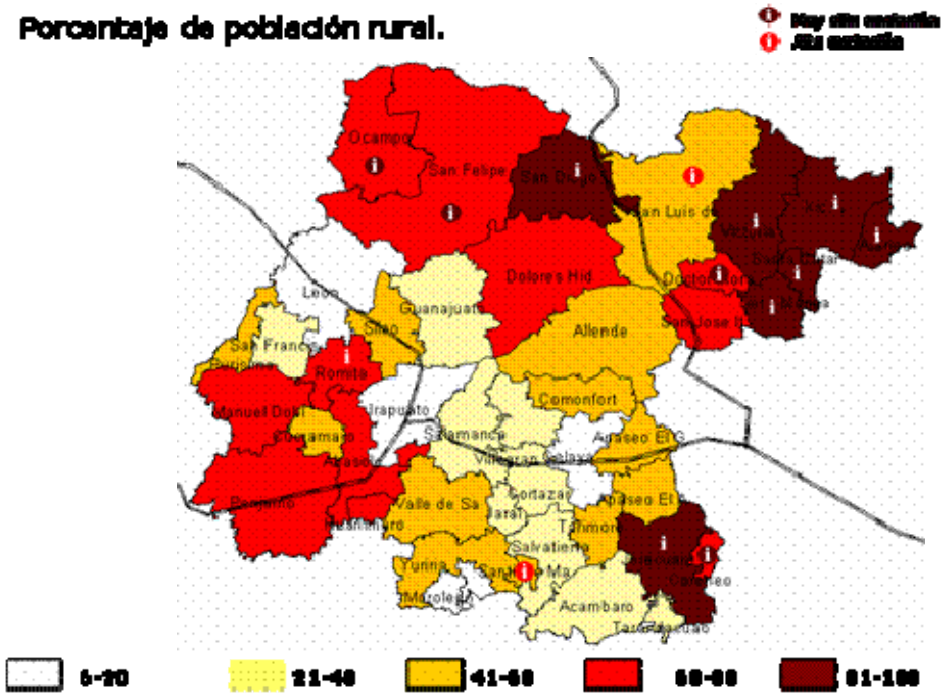
Fuente: Estimaciones CONAPO, 2004. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050

Figura no. 12



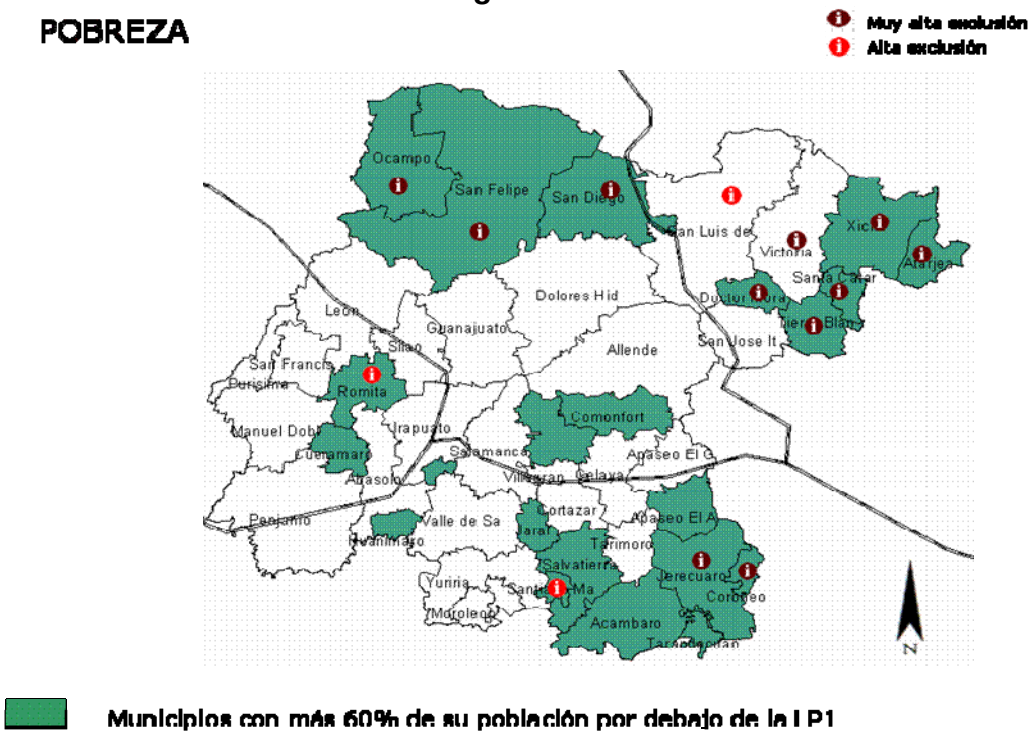
Fuente: XII Censo de Población y Vivienda,2000

Figura no. 13



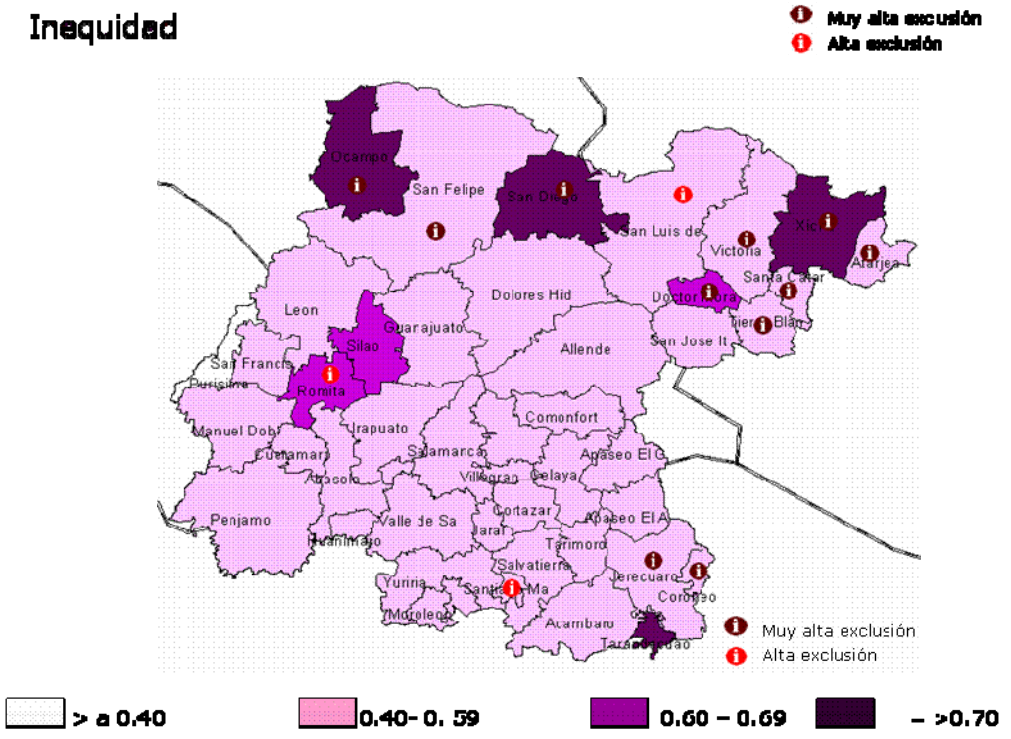
Fuente: XII Censo de Población y Vivienda,2000

Figura no. 14



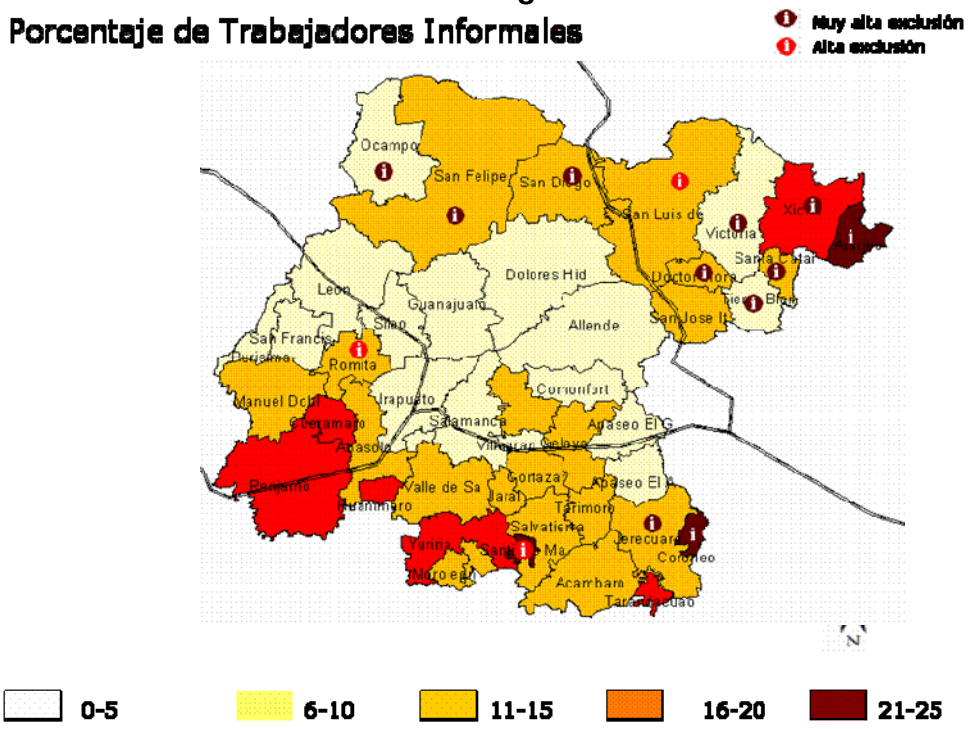
Fuente :Estimaciones de COESPO basados en datos del XII Censo de Población y Vivienda,2000

Figura no. 15



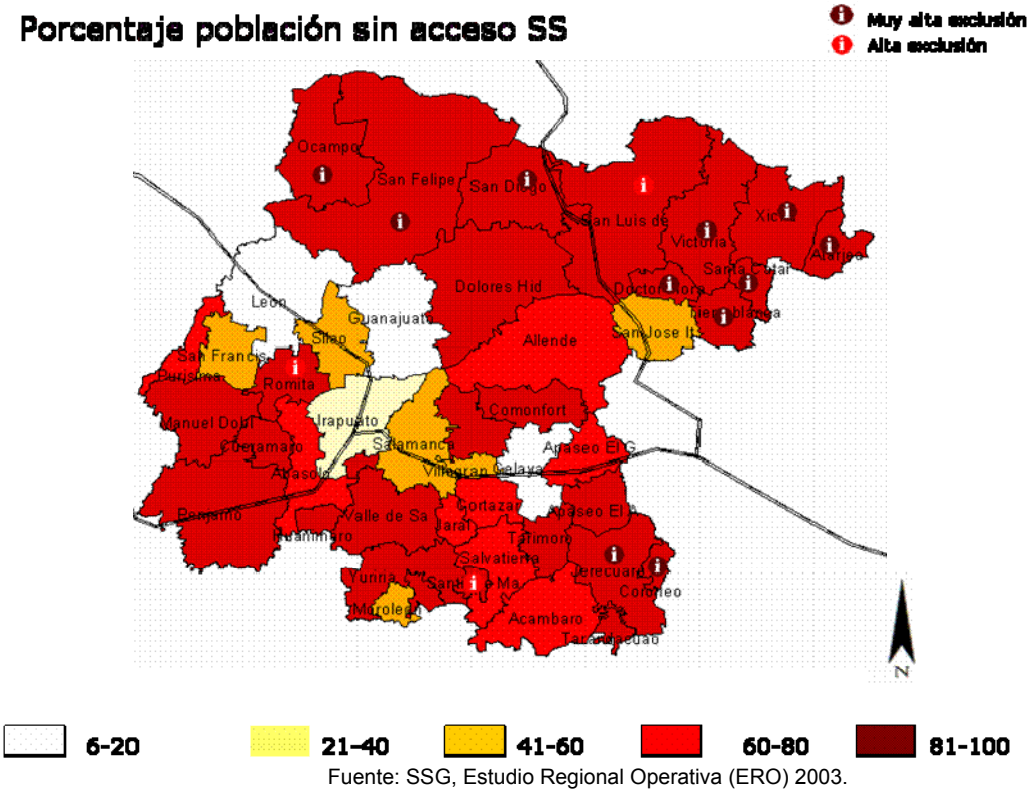
Fuente :Estimaciones de COESPO basados en datos del XII Censo de Población y Vivienda,2000

Figura no. 16



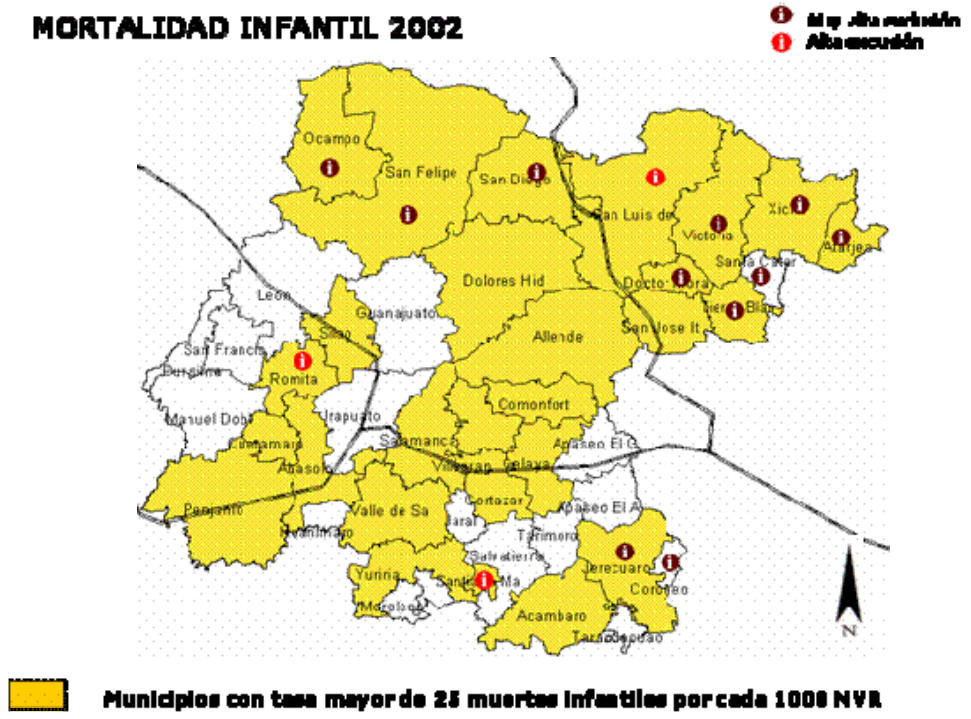
Fuente :Estimaciones basados en datos del XII Censo de Población y Vivienda,2000

Figura no. 17



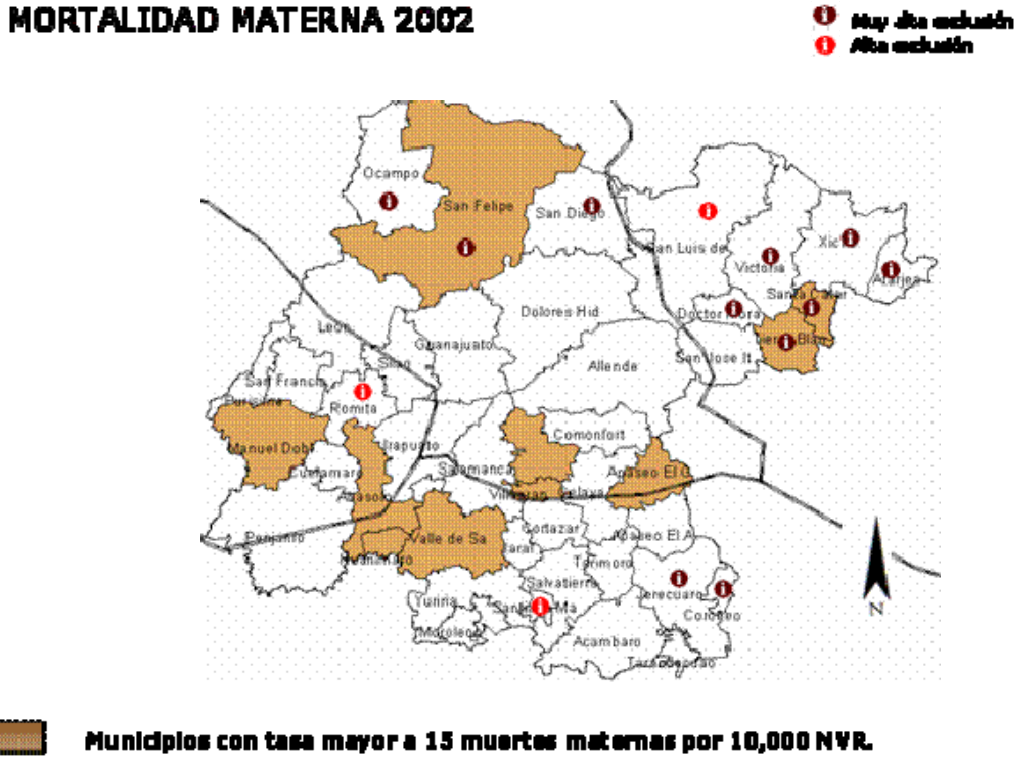
Fuente: SSG, Estudio Regional Operativa (ERO) 2003.

Figura no. 18



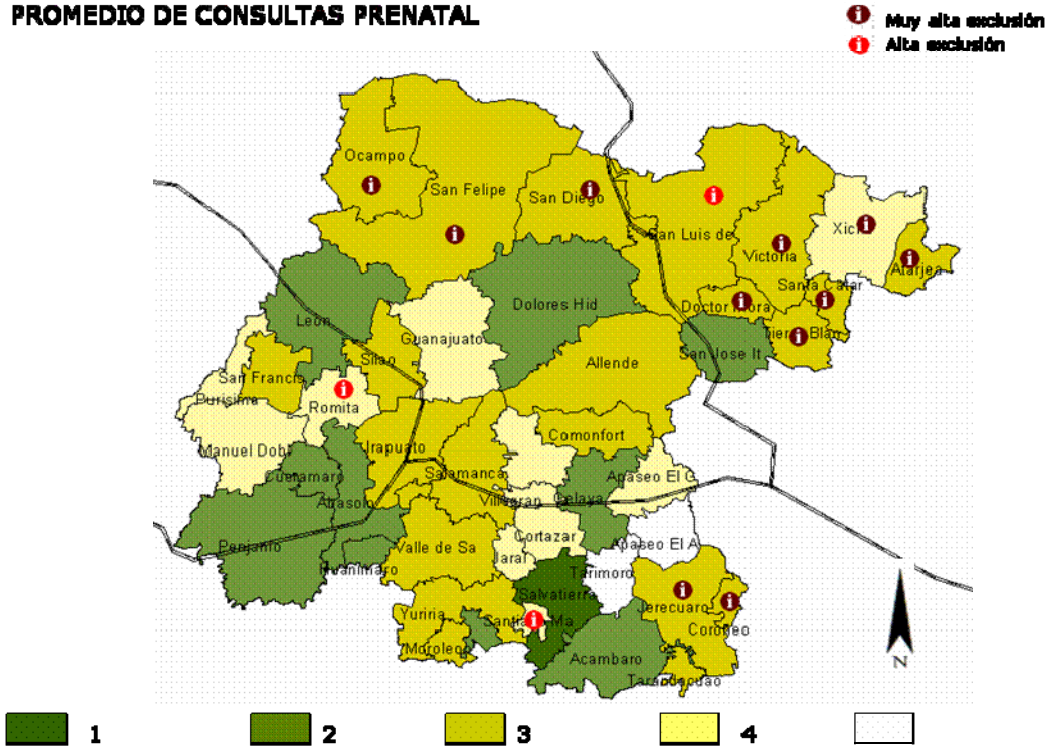
Fuente: SSG, Sistema Estadístico Estatal de Defunciones(SEED) 2003.

Figura no. 19



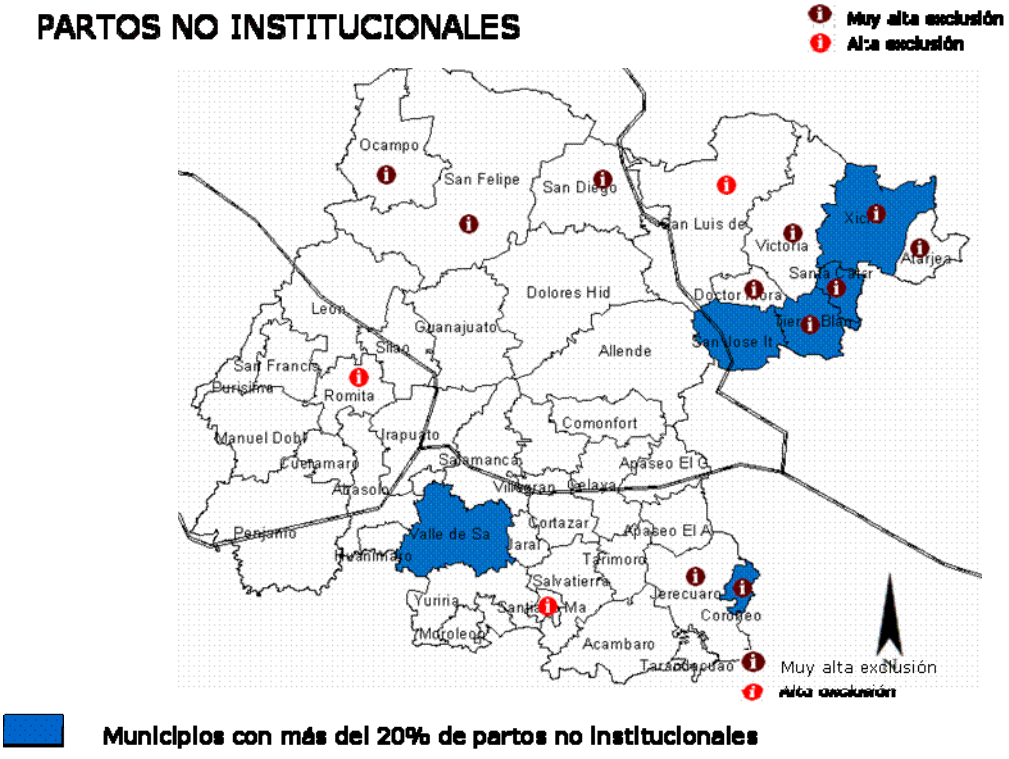
Fuente: SSG, Sistema Estadístico Estatal de Defunciones 2003.

Figura no. 20



Fuente: SSG, Dirección General de Planeación, 2003.

Figura no. 20



Fuente: SSG, Dirección General de Planeación, 2003.

Figura no. 21

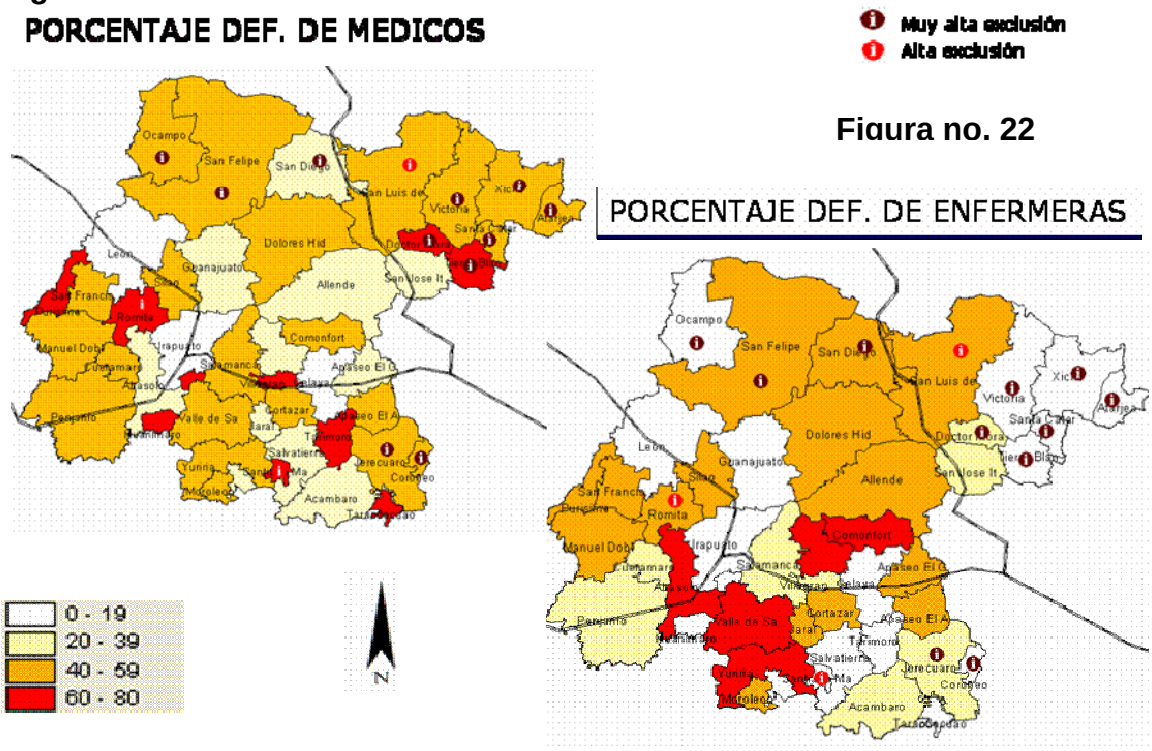
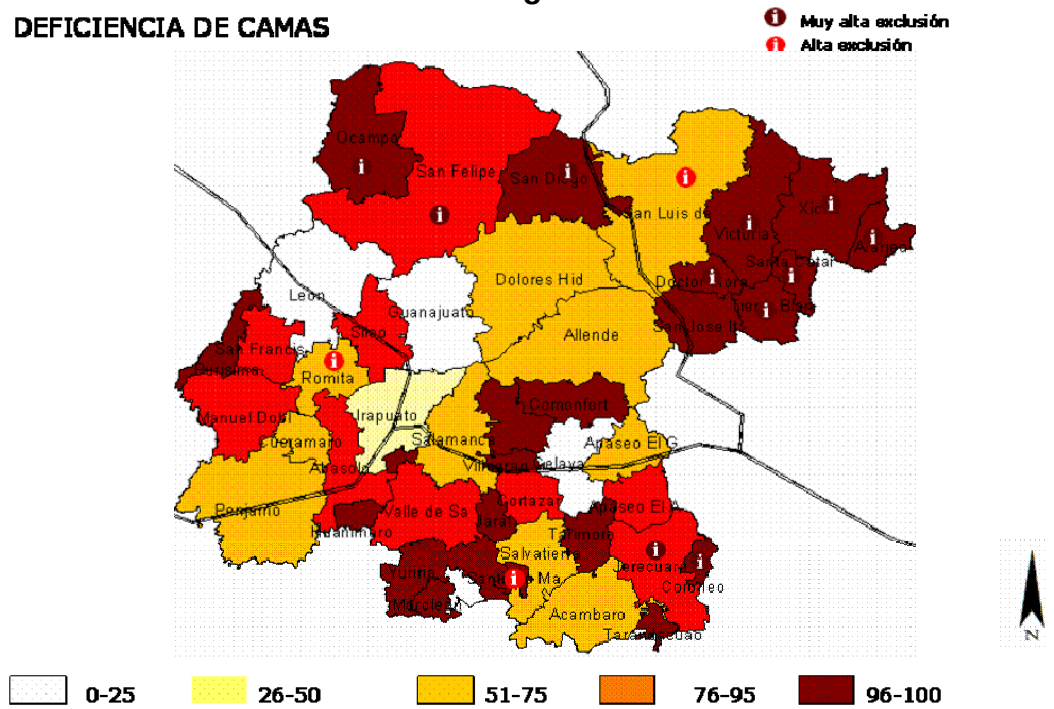


Figura no. 22

Fuente: SSG. Registro Nacional de Infraestructura en Salud. RENIS, 2004

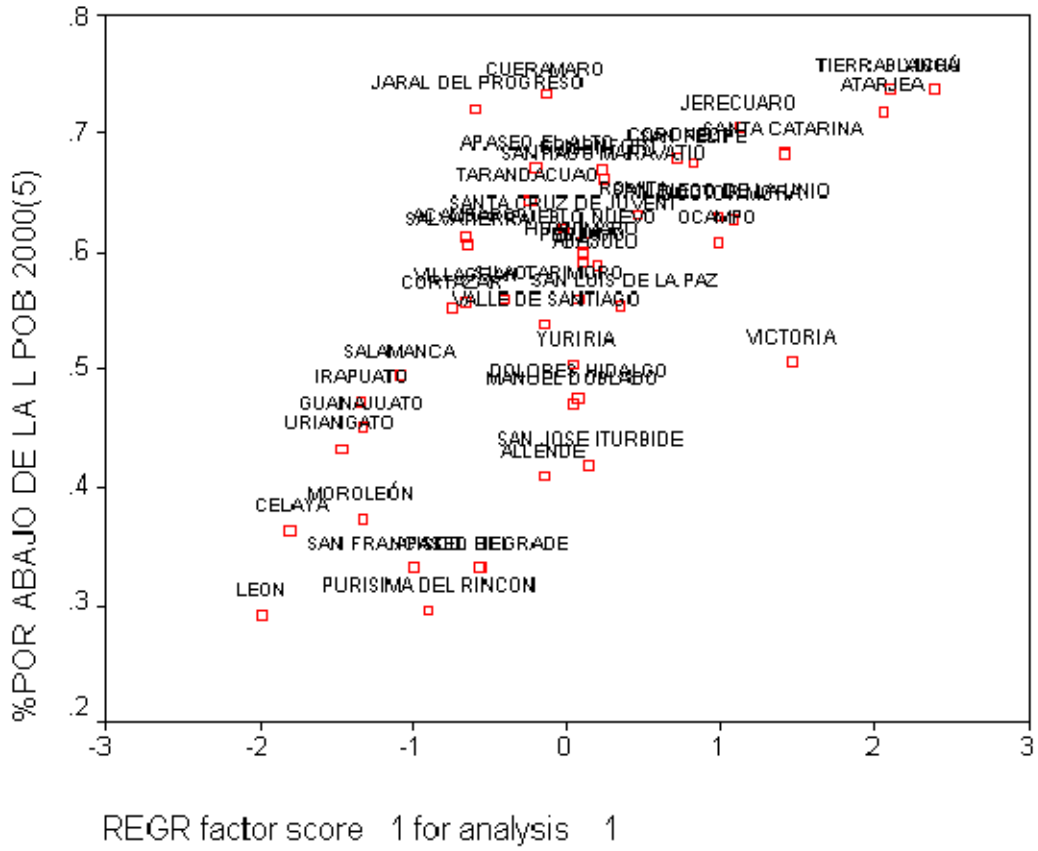
Figura no. 23



Fuente: SSG. Registro Nacional de Infraestructura en Salud. RENIS, 2004

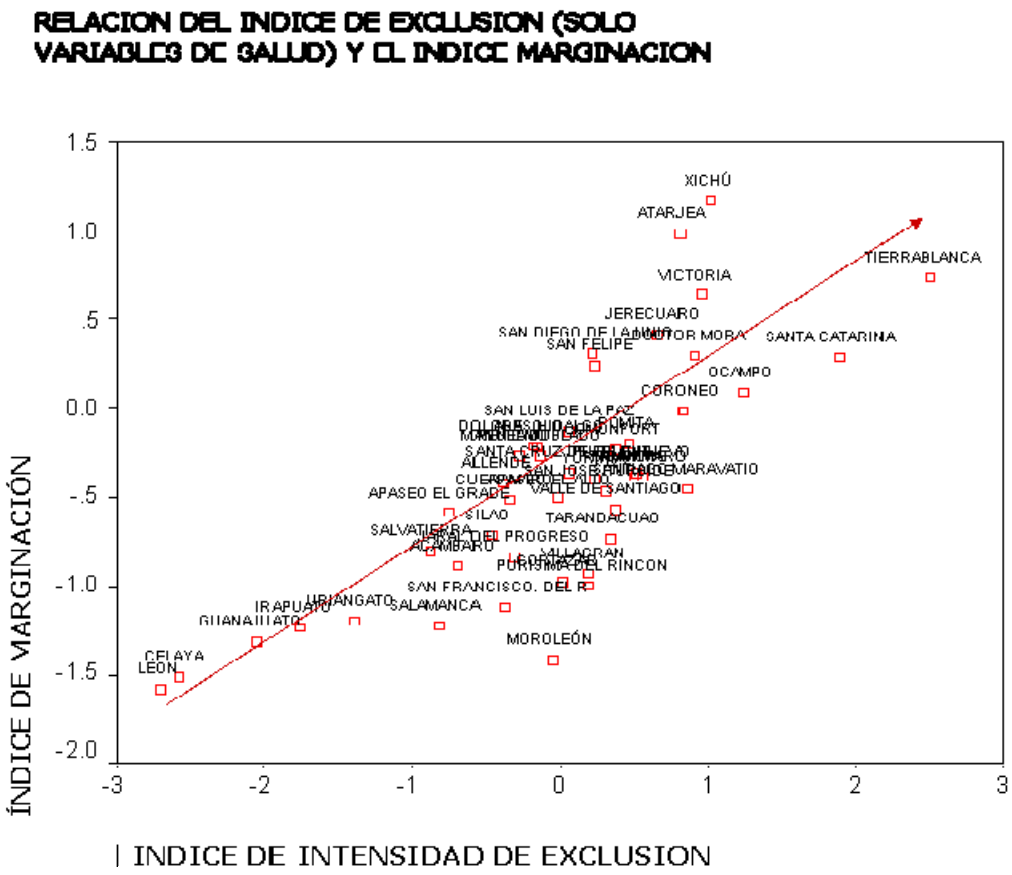
Al comparar el índice de exclusión con el porcentaje de habitantes bajo la línea de pobreza, se encontró una relación positiva, a mayor pobreza mayor exclusión en salud (figura no. 24).

Figura no. 24



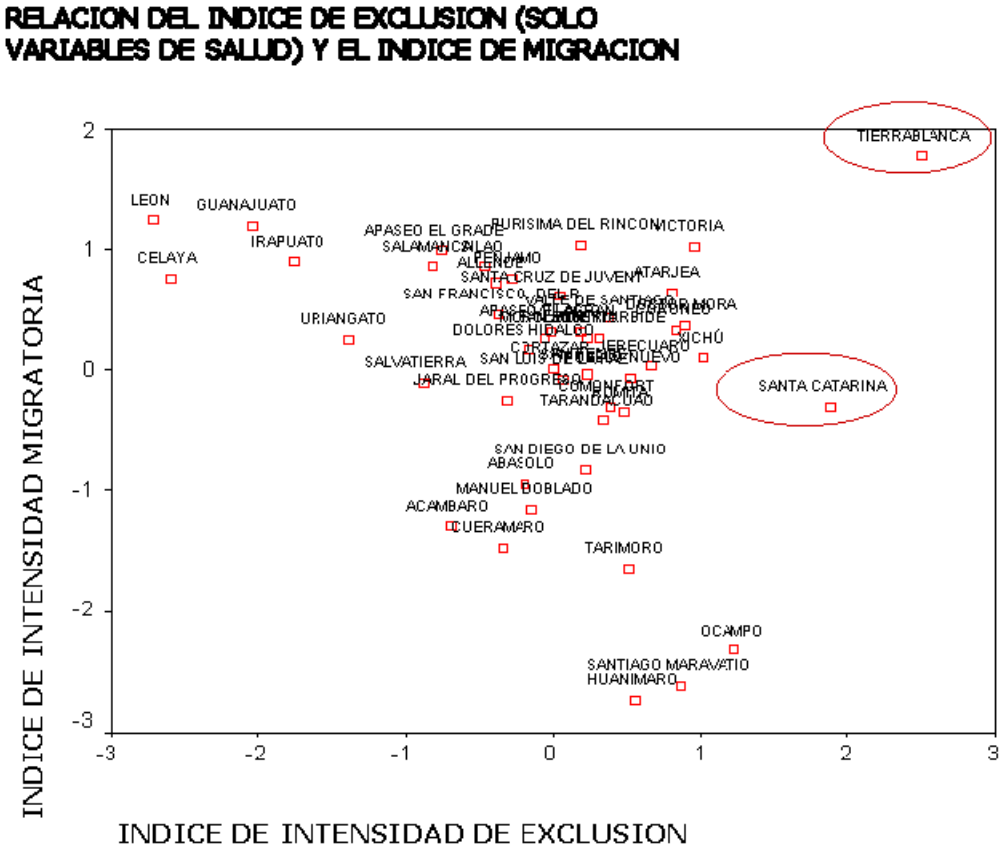
También se observó una alta correlación positiva entre índice de marginación y exclusión en salud, por lo que se puede deducir que la marginación es una variable suficiente para exclusión en salud. Figura no. 25).

Figura no. 25



La migración y la exclusión son multicausales, se puede inferir que la migración es un componente contribuyente pero no suficiente, para la exclusión, o viceversa. (Figura no. 26).

Figura no. 26



Perfil de los excluidos

De acuerdo a los indicadores analizados en el índice, se identificaron como principales factores externos a los servicios de salud de exclusión: a) vivir en área rural, b) vivir en área considerada como marginada y c) estar por debajo de la línea de pobreza. Entre los factores internos: d) no tener acceso a la seguridad social y e) vivir en municipios que no cuenten con camas censables.

Al analizar los indicadores de manera individual, los indicadores con mayor población sin cobertura fueron: sin acceso a la seguridad social, vivir en localidades rurales o con menos de 5000 hab., no contar con primaria completa, vivir en viviendas con hacinamiento, población por debajo de la Línea de pobreza (Cuadro no.14)

Cuadro no.14

Año de registro	Indicador	No. de personas	%
2004	Sin acceso a los seguridad social [1]	2523157	50.19
2003	Población sin acceso real a los SS [1]	1436	0.0003
2003	Total de camas censables x 1000 hab [2]	2523	0.51
2003	Medicos en contacto con el paciente [2]	4740	0.96
2003	Enfermeras en contacto con el paciente [2]	9629	1.96
2003	Partos atendidos por partera en la SSG [3]	40906	4.55
2000	Pob rural [4]	1529249	32.80
2000	Población analfabeta [4]	559098	11.99
2000	Población mayor de 15 años sin primaria completa [4]	1667033.94	35.75
2000	Viviendas sin energía electrica [4]	sd	3.19
2000	Viviendas sin agua entubada [4]	sd	6.86
2000	Viviendas sin drenaje [4]	sd	16.10
2000	Viviendas con hacinamiento [4]	sd	47.10
2000	Viviendas con piso de tierra [4]	sd	10.90
2000	Población con hasta 2 salarios minimos [4]	2205147.833	47.29
2000	Población en localidades con menos de 5000 hab. [4]	750748	37.39
2000	Población por debajo de la LP1 [5]	2125256	48.03
2000	Trabajadores informales [4]	152857	17.31

Año de medición 2000-2004 . sd: sin datos.

Fuente:[1/] Estudio Regional Operativo 2003 [2/] Registro Nacional de Infraestructura en Salud 2004 [3/] Sistema de Información en Salud de Población Abierta [4/] Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000, [5/] Estimaciones COESPO con base en el XII Censo INEGI.

Por otra parte, en relación al Censo XII 2000, los servicios de salud son utilizados, por ambos sexos, en un porcentaje ligeramente mayor el de las mujeres (52.2%) que los hombre (47.8%). Quienes tienen la posibilidad y la convicción utiliza preferentemente los servicios privados(41.6%) en caso contrario acuden con mayor frecuencias a las unidades del IMSS (26.2%) y de la Secretaria de Salud.(23%), pero existe 3.4% de la población que no se atiende, aunque las causas, desconocen, (cuadro no. 12)pero probablemente una de las causas por la barrera del lenguaje, lo que pudiera clasificarse como autoexclusión, debido a que la mayor proporción de los usuarios de los servicios de salud es analfabeta, sin embargo de la proporción que no sabe leer ni escribir, es mayor el porcentaje que acude más a unidades se servicios públicos como son la SSA e IMSS solidaridad, o prefiere no atenderse (cuadro no. 15).

Cuadro no. 15

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD						
INSTITUCIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	%
IMSS	583381	48.4	622328	51.6	1205709	26.2
ISSSTE	71685	44.0	91246	56.0	162931	3.5
PEMEX, SEDENA,MARINA	17777	46.9	20163	53.1	37940	0.8
SSA	500580	47.3	558578	52.7	1059158	23.0
IMSS SOLIDARIDAD	4695	45.4	5649	54.6	10344	0.2
PRIVADO	917025	47.8	999534	52.2	1916559	41.6
OTRO LUGAR	25885	47.0	29143	53.0	55028	1.2
NO SE ATIENDE	81719	52.0	75526	48.0	157245	3.4
TOTAL	2202747	47.8	2402167	52.2	4604914	100.0

Fuente: Scince 2000, INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Cuadro no. 16

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN RELACION A ALFABETISMO					
INSTITUCION	Sí sabe leer y escribir		No sabe leer y escribir		Total
En el Seguro Social (IMSS)	940379	89.1	115235	10.9	1055614
En el ISSTE	136733	93.4	9637	6.6	146370
En Pemex Defensa o Marina	32073	94.0	2049	6.0	34122
En el centro de Salud (SSA)	706882	78.1	198290	21.9	905172
En el IMSS Solidaridad	7103	79.4	1842	20.6	8945
En consultorio, clínica u hospital privado	1453595	85.7	243413	14.3	1697008
Se atiende en otro ugar	38527	81.0	9020	19.0	47547
No se atiende	110295	76.8	33248	23.2	143543
TOTAL	3425587	84.8	612734	15.2	4038321

Fuente: Scince 2000, INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

7.2. RESULTADOS DE INVESTIGACION CUALITATIVA

Una vez realizadas la entrevistas a los grupos focales, y concentrada la información en matrices, se obtuvieron los siguientes resultados.

a) Enfermedades comunes.

En respuesta a la pregunta de cuales eras las enfermedades más comunes en la comunidad, se identificó que la población percibe de manera reiterada los mismos problemas de salud *"Diarreas, vómitos, gripes, neumonías, desnutrición, enfermedades respiratoria, "cáncer, diabetes presión alta, alcoholismo, paros cardiacos, problemas de parto, enfermedades del estómago"* La desnutrición fue vista en una de las comunidades, no como un problema económico, sino como a causa del abandono de los padres hacia los hijos, condicionado por el alcoholismo de ambos miembros de la pareja. Situación a la que aluden como muy frecuente en la localidad de Tierra Blanca.

Los participantes resaltaron que el alcoholismo femenino es un problema en crecimiento y que afecta a *"muchas familias de la localidad".*

Los problemas relacionados con la atención de los partos se refieren como importantes porque en caso de alguna complicación la movilización de la parturienta es difícil y la distancia a recorrer para su atención rebasa las 2 horas.

La panorámica percibida de la morbilidad a excepción de la referente al alcoholismo femenino en la localidad de Tierra blanca no difiere de la captada a través de las estadísticas vitales, donde el alcoholismo se encuentra dentro de las primeras 20 causas de morbilidad en el Estado.[30]

b) Causas percibidas de enfermedades en la comunidad.

Existe conocimiento acerca de las causales de enfermedad, refieren que la gente se enferma por: *" beber agua de la llave, no hay agua potable; por falta de aseo, irresponsabilidad de la gente, por falta de cultura, porque no hay drenaje, por contaminación del río, por los puercos en las calles. El clima (calor) y la altitud (están a un nivel bajo sobre el mar) afecta en lo de la hipertensión.*

La conciencia de la etiología de la enfermedad se acompaña de la percepción de la impotencia de resolver problemas de saneamiento básico que afectan a grandes zonas de la población como son algunas colonias que carecen de drenaje y de provisión de agua potable. Existen áreas donde si bien existe agua entubada, la calidad de esta es referida como muy mala y no clorada.

Los ríos vecinos a las poblaciones siguen siendo fuente de abastecimiento directo de agua para algún segmento de la población, aunque se perciben como *"contaminados"* por basura, deyecciones humanas y animales y otros productos.

Se reiteró varias veces que la gente se enferma por *"irresponsabilidad*" en el contexto de que la gente *"no se cuida"* .

Se reconoció el efecto que la economía tiene sobre la génesis de la enfermedad y es reiterativa la frase: *"Porque no hay dinero para alimentarlos bien""*

Existe la visión de que la principal adicción en esa zona es el alcoholismo y que es muy frecuente, se ve no solo en hombres, se percibe como un problema de salud colectivo "*El alcoholismo, hay muchas mujeres que también padecen de alcoholismo,… cada vez mas, los niños se quedan sin tener que comer, son descuidados"* además de que repercute de forma directa (abandono) e indirecta sobre la salud de los niños (se gasta el poco dinero en alcohol).

c) ¿Quienes se enferman y de qué?

Existe la conciencia de que los grupos vulnerables son los niños y las personas mayores. Se distingue un panorama diferente para los pequeños y los ancianos. *Los niños se enferman de diarreas y de enfermedades respiratorias, también los mayores, son los más vulnerables. Las mujeres se enferman de cáncer, también un joven. Los mayores de hipertensión o diabetes por la obesidad."Niños y ancianos, de diarrea gripa, garganta, fiebre, cáncer y diabetes" .Los niños de desnutrición, aunque no es muy común, y los ancianos, los hombres de cáncer de próstata".* Sus opiniones son similares a las estadísticas.

Existe poca conciencia entre los grupos de varones en relación a su vulnerabilidad frente a la enfermedad mientras son adultos, dicha vulnerabilidad, se considera sólo propia de la niñez o la vejez.

d) ¿A quien se acude para atender la enfermedad?

"Al centro de salud, a la farmacia, cuando es grave hasta San José Iturbide o Querétaro al Hospital publico o privado, con los médicos privados, no, porque no están actualizados, existen parteras tradicionales"

La atención medicalizada es preferida en las comunidades, sin embargo existe la percepción de un acceso restringido por barreras temporales, burocráticas, económicas. *"Lo primero es ir al Centro de Salud de la comunidad, pero que no sea en fin de semana, porque no hay quien atienda", "¡prohibido enfermarse en fin de semana!". Si hay que salir tienen que ir a San Luis de la Paz a 3 horas de camino. Hay médicos privados en la comunidad pero cobran caro y también en San Luis. "También acuden a la farmacia …"que es de una partera", pero la farmacia cierra a las 8:00 pm. Y en el último de los casos acudirían con los curanderos, "Hay un curandero muy bueno y otra partera. Antes había más gente que sabía curar ahora ya no porque les ponen multas y porque se van muriendo".*

La atención medicalizada la percibieron restringida a un horario, prácticamente de mañana, lo que representaba un problema para las comunidades, sobre todo para

las localidades que no son cabecera municipal, pues se encontraban a varias horas de camino, tramos a pie y otros necesariamente en vehículo de motor. Por las tardes se atienden "urgencias" aunque hay la percepción de que el servicio no es el adecuado, pero en las noches, el problema se agudiza puesto que entre la 8:00 pm. y las 8:00 am. es muy difícil conseguir atención y mucho mas conseguir medicamentos. Los viernes por la tarde a lunes por la mañana el problema es más complicado.

Para quien tiene medio de transporte o lo puede conseguir se percibe como la mejor alternativa conseguir la atención en la ciudad de San José Iturbide, que se encuentra a 2 horas o mas de camino en vehículo automotor.

Existe la percepción de que los médicos privados que viven en esos municipios tienen un bajo nivel de actualización y no son muy hábiles "no le atinan", por lo que no se buscan sus servicios de primera intención, salvo cuando no queda mas alternativa.

El grupo de varones de Tierra Blanca si refirió la utilización de algunos curadores tradicionales que tienen reconocimiento colectivo, sin embargo las mamás no refieren que los utilizan para sus hijos.

e) Su Opinión sobre la Atención

La cobertura de servicios de primer nivel es en términos globales percibida como aceptable sin embargo *"Atienden bien, pero no hay especialistas, falta medicamento y no hay aparatos, solo hasta Qro., San Luis y San José Iturbide".* Es muy claro que la gente tiene expectativas de atención mayores a las que encuentra en la comunidad y percibe que la calidad con que requiere los servicios está por encima de lo que se le ofrece actualmente.

A través de su lenguaje se percibe la penetración de mensajes a través de los medios masivos de comunicación, esto es posible que también haya influido en la percepción de la necesidad de servicios con una mayor complejidad.

La gente refiere que no tiene suficientes medicamentos en los centros de Salud y que no existe tecnología básica de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes. *"Los medicamentos son caros, no son suficientes y el precio no esta al alcance de la gente". La atención es buena, pero en la noche no hay atención, después de las 4 no hay servicio, solo de urgencias, no tienen medicamentos, a veces es necesario atenderse de forma particular y se las personas se endrogan para pagar la atención. Fallecen porque no llegan a tiempo. No hay hospital, se atienden entre ellos, se ayudan y es necesario pedir "raite" Los que viven más lejos están peor, el transporte es un problema, aunque hay ambulancia no hay a quien pedírsela.*

La falta de medicamentos, el costo y la falta de dinero, la esperanza es un hospital que están construyendo" ". "Escasez de medicamento, no hay farmacia las 24

horas. . "No contamos con los medios, en la madrugada. Por falta de recursos la gente se muere. No hay recursos ". "El problema es el horario "es un peregrinar tremendo cuando se requiere atención fuera del horario, es un problema encontrar al médico, localizar la ambulancia, las llaves o el chofer en situaciones de emergencia es también un problema

Se percibe a los servicios públicos como costosos para los niveles de percepciones económicas de la zona, además que puede encontrarse atención privada mas barata *"El costo de la atención es caro en el C.S., es fuera de lo normal pues cobran más de $50.00, solo no pagan los que tienen "Oportunidades" la situación es diferente, creo que ellos no les cobran". "Hay médicos privados que cobran menos que en el centro de salud"."Los medicamentos son caros." "El traslado es otro problema." " No hay especialistas."."A veces hay dinero para pagar la consulta pero no hay los medios. (para la medicina)" "Falta personal capacitado"*

La ausencia total o parcial de medicamentos y su dificultad para conseguirlos es un problema que se visualiza como severo y que se relaciona con la decisión de acudir mejor de primera instancia a un centro de atención lejano.

La lejanía de los centros de atención que se perciben como de capacidad resolutiva adecuada es grande y no se cuenta con un adecuado sistema de transporte, los centros oficiales atienden en horarios restringidos, no cuentan con suficientes medicamentos y las farmacias privadas son malas, escasas y caras.

La necesidad de especialistas (obstetra, pediatra, internista,) se ven como de gran necesidad en la situación de que perciben a los médicos locales como que no pueden resolver mucho de la problemática y la envían muy lejos.

Por otro lado la atención en los centros de salud oficiales se percibe como cara, de poca calidad resolutiva, además de discriminatoria, puesto que primero se atiende la las personas que están en el programa "Oportunidades" y luego si se puede a los que no están *"Como si nosotros fuéramos menos pobres"*

Esta última aseveración da una imagen de una nueva forma de exclusión, la de aquellos que incomprensiblemente no se encuentran dentro de la cobertura de los programas asistenciales como oportunidades que paradójicamente si cubren a personas que tienen derecho a otros servicios como pueden ser los maestros.

Hay curanderos que son buenos, los varones si refieren la existencia de curadores tradicionales, situación negada por las mujeres y además la percepción es que existen algunos con prestigio regional.

f) Automedicación

"La automedicación es muy frecuente". "Se recurre a la automedicación por necesidad, debido a la problemática que se vive". "La mayoría de las personas saben que comprar para un dolor de cabeza, un problema del estómago o para

problemas muy simples y comunes". "Muchas veces vuelven a surtir recetas anteriores" "acabo ya sé lo que le recetan cuando esta enfermo del estomago o de la tos"

La automedicación se visualiza como una situación cotidiana para los problemas percibidos como comunes o de baja complejidad y como una salida a la falta de recursos económicos para el pago de una consulta médica.

g) Migración

Tal como se ha desarrollado desde hace varias décadas en esta región es frecuente que la población en edad laboral, especialmente los hombres, se vayan ya sea a Estados Unidos, o bien, a los estados más cercanos como son Querétaro y Edo. de México, Nayarit o Jalisco. Especialmente, la zona norte del Estado tiene un alto índice de migración (incluye los datos) siendo la razón principal la de querer tener un mejor empleo y por consiguiente mejores ingresos. Además, es interesante mencionar el proceso que se ha convertido ya en una tradición, en muchas ocasiones familiar, heredada de padres a hijos.

Para algunos esta situación beneficia porque es una oportunidad de tener mejores ingresos pero a un alto precio *"la desintegración familiar".* Generalmente las mujeres se quedan solas a cargo de los niños y los ancianos, se tienen que hacer cargo de la familia y la migración se convierte en muchos casos en una situación de ruptura permanente de una pareja puesto que el migrante se *"desparece"* desde el momento que se va, y a veces, a los pocos meses y se desentiende la familia que dejó en su comunidad de origen. Esta situación obliga a las mujeres solas a procurar el sustento a sus hijos y sin un sistema de seguridad que las apoye, ellas dicen*" no tenemos derecho a enfermarnos"* .También refieren que la migración no solo sucede por necesidad imperiosamente económica sino por otros motivos: *"aunque la gente no sólo se va por necesidad, también es por cultura."* Los resultados de la migración se ven como variables tanto para el migrante como para su familia *"a los que trabajan les va bien, salvo a los que se dedican a los vicios", "es una arma de doble filo", y no a todos les va bien, "algunos ganan poco y por lo tanto mandan poco y se usa para irla pasando". Esta situación no siempre se prolonga por mucho tiempo, generalmente regresan a sus comunidades porque "la raza hispana es muy unida y tiene valores".*

Se percibió también el efecto empobrecedor de las remesas al hacer depender de un dinero *"fácil"* a quienes se quedan y provoca que abandonen sus huertas o parcelas y los hace dependientes del dinero del extranjero. Esta dependencia no necesariamente mejora su nivel de vida puesto que según su percepción en muchos casos solo alcanza para *"irla pasando"*

Por otra parte, se observó que cuando se logra mejorar el nivel económico con remesas de los Estados Unidos, se tiene acceso a otro tipo de atención médica especializada *"si traigo dinero, me puedo ir con un especialista"*.

Finalmente, se debe mencionar que, aunque no siempre representa alcanzar un mejor nivel de vida, porque primeramente en un riesgo para lograr cruzar la frontera, algunos pierden la vida en el intento. Quienes logran cruzar necesitan estabilizarse y esto puede tomar meses; mientras tanto la mujer tiene que salir adelante con la familia, en situación peor a la que tenía antes de que emigrara el esposo y durante el tiempo que permanece el jefe de la familia en estados Unidos, la familia estará fragmentada con alto riesgo de desintegración familiar.

h) Necesidades sentidas

Dentro de las necesidades más sentidas: fue la falta de unidades de segundo nivel de atención donde puedan contar con médicos especialistas, personal suficiente sobre todo en la noche y fines de semana, además de contar con el equipo necesario para atender las urgencias de las localidades, *"una infraestructura que ataque los problemas de raíz", "que se haga una estadística para encontrar solución sin experimentar".*

Los beneficios de los programas gubernamentales como "Oportunidades", debe darse en verdad a los más necesitados. " *se da en las zonas rurales y piensan que en la cabecera no hay necesida*", en estas zona se perciben las mismas necesidades.

Se tiene la idea de que la afiliación al programa oportunidades no es equitativa y que se favorece con él, a personas y/o familias que no lo necesitan.

Se debe buscar la forma de asegurar atención médica a los más necesitados, proporcionarles los medicamentos necesarios, los cuales son muy caros, en ocasiones "*si alcanza para la consulta, después no hay para el medicamento"*.

Entre las necesidades, en la localidad de Xichú mencionaron la necesidad de drenaje y agua potable, considerando que la falta de estos servicios, son las principales causas de enfermedad sobre todo en los niños.

Por otra parte, esta zona, tiene pocas oportunidades de desarrollo a causa del la composición geográfica y difícil acceso, predomina el trabajo informal, lo que limita el acceso a los bienes y servicios de los asalariados, principalmente la protección social en salud, y para lo cual ellos mismo proponen que se le brinde la opción del "seguro popular" para poder garantizar el acceso a los servicios médicos y medicamentos.

Crear fuentes de trabajo que le permita obtener ingresos, la creación de un hospital "generaría fuentes de trabajo". El apoyo a las micro-empresas que realizaran manualidades, encurtidos, o la elaboración de productos envasados, fomentaría el desarrollo económico de esta zona y por ende un mejoramiento en la salud de la población.

VIII. DISCUSIÓN

Para poder tener acceso a los servicios de salud deben darse dos condiciones: a) que el individuo que tiene la necesidad de salud posea los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción y b) los servicios de salud deben contar mecanismos de satisfacción y ser capaces de proveer el servicio.[21]

México y por consiguiente Guanajuato, como en la mayoría de los países latinoamericanos cuenta con un sistema de salud segmentado compuesto por tres subsistemas, seguridad social público y el privado, estos a su vez se encuentran fragmentados en varias instituciones, con escasa regulación, generando inequidad en cantidad y calidad de atención, sobre todo en aquellas que están sujetas a la capacidad de pago de la población. La segmentación da como resultado que la accesibilidad a servicios de salud sea menor entre más complejos y costosos sean, ocasionando exclusión en salud en los sectores más necesitados.

El subsistema de seguridad social se encuentran fragmentado, y para su regulación se cuenta un sistema débil que no impone reglas homogéneas a cada institución, lo que impide garantizar la equidad y calidad en la atención en salud.

Los derechos a la salud y a la seguridad social siguen siendo primordialmente un derecho aplicable a clase asalariada urbana, que además no se cumple totalmente en algunas empresas, las regiones donde predominan los empleos precarios y el trabajo informal no permiten que los trabajadores se beneficien con la protección social.[40]2 Esta situación se apreció claramente en Guanajuato, donde la zona norte que es considerada rural, tiene la mayor proporción de trabajadores informales, por lo tanto, coincide con la baja cobertura de seguridad social, situación que contrasta con la zona del corredor industrial donde se encuentran los municipios más desarrollados y con baja exclusión.

Otra de las barreras para la exclusión, son las geográficas, tal como se presentó en la zona norte con mayor exclusión, que es considera como una región de difícil acceso geográfico, por lo tanto, con mayor dispersión poblacional y considerada como rural, pero esta situación se enmascara globalmente, pues en el Estado solo 32.8% de la población, es considerada rural, cifra menor a la encontrada el los países donde se a realizado la medición de la exclusión como son Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana (cuadro no. 5). [21]
La marginación es considerada como una más de las múltiples expresiones de un bajo nivel de desarrollo humano de los municipios, reduce las oportunidades de educación y de trabajo, condicionando a los pobladores de esta zona a habitar en viviendas inadecuadas, sin posibilidad de tener servicios esenciales a consecuencia de la inaccesibilidad o escasos ingresos monetarios, lo que se ve reflejado en la tasa de mortalidad y morbilidad, además de reducir las oportunidades de disfrutar de una vida larga y saludable. En la zona norte del Estado predomina la marginación, 100% de los municipios más exclusión, son considerados los de mayor marginación. En Guanajuato 16.10% de su población

sin drenaje y 6.86% sin agua potable, cifras mucho menores a la zona noreste del Estado y en comparación a los países evaluados.23

En México, y por lo tanto en Guanajuato, la inequidad en los servicios de salud, comienza desde la distribución del gasto en salud del PIB, en el Estado para el 2002, esta distribución fue dos veces mayor para la población asegurada que para la no asegurada, lo que incrementa el gasto de bolsillo para la población no asegurada. En Guanajuato existe 50.19% de la población que se encuentra sin la protección de la seguridad social en salud, acentuándose más en la zona excluida en salud. A pesar de ello la cobertura de los sistemas de salud es superior a la otorgada en otros países latinoamericanos y del Caribe (cuadro no. 5)

Dentro de la infraestructura y los recursos en salud, se encontró que Guanajuato, en global, cumple con los indicadores de la OMS, pero no es así en los servicios públicos que cubren a la mayor parte de la población sin seguridad social, a pesar de ser la población más vulnerable; la inequidad en la distribución de éstos recursos se ve reflejado en la insatisfacción de los usuarios, quienes manifestaron que los servicios son insuficientes para la demanda de la población tanto en la cantidad como el la complejidad de los servicios requeridos, así mismo, el poseer un seguro de salud no garantiza la cobertura de la institución de salud, sobre todo en las localidades más dispersas y alejadas del Estado, incluyendo las cabeceras municipales a causa de la escasa afiliación, por lo que es incosteable la existencia de establecimientos de seguridad social.

La exclusión en salud como lo señala Berhman, no fue una situación de todo o nada, se presentó un gradiente de la exclusión. Dentro de los hallazgos principales de este estudio fue identificar los factores tanto externos como internos a los servicios de salud, que coinciden con los de los demás países a diferencia de que en Guanajuato los factores externos son por mucho (76%) los de mayor peso relativo en comparación al resto de los países,[11] donde existe mayor equilibrio en la contribución en ambos grupos de factores.. Dentro de los factores externos, los que tuvieron mayor peso relativo fueron el analfabetismo, la ruralidad y la marginación; este indicador fue agregado con todas las variables que definen el índice, y no sólo como las variables de agua potable y drenaje, como se hizo en el resto de los países evaluados, lo que sirvió para identificar la estrecha relación que existe entre marginación y exclusión en el Estado. Los factores internos los más importantes fueron sin protección de un seguro de salud, deficiencia de camas hospitalarias y mortalidad infantil.

En Guanajuato, de los factores arriba mencionados coincidieron con el resto de los países estudiados: la pobreza que estuvo presente en todos los países, a excepción de República Dominicana, habitar en zona rural (excepto en Paraguay, Perú y República dominicana; el empleo informal fue una variable significativa pero no de las de mayor peso, a diferencia de lo encontrado en el resto de los países (excepto Ecuador). En relación a los servicios de salud, los factores más relacionados fueron un sistema de salud segmentado y fragmentado (excepto Perú) con escasa regulación como en República Dominicana; la deficiencia en la

infraestructura, en relación a camas censables también estuvo asociada a exclusión, igual que Honduras. Los indicadores de resultados como la mortalidad infantil fue la más asociada a exclusión, la cual es menor a la Nacional (figura no. 6).

Por su lado, la migración es un fenómeno complejo y dinámico, las características de la migración identificadas en la metodología cuantitativa, se confirmaron en la cualitativa, las razones por las cuales las personas y las familias cambian su lugar de residencia habitual son diversas, pero una de las principales es para obtener un mejor empleo, más remunerado y poder acceder a bienes esenciales como la educación y salud. Aunque el hecho de vivir en zonas marginadas y pobres, no es suficiente para que emigren, debido a que este fenómeno se presenta tanto en los municipios desarrollados como en los menos desarrollados, influenciado notablemente por tradiciones migratorias. Se identificó en los grupos focales que las familias donde la migración estuvo presente, en por lo menos en uno de sus integrantes, el acceso a los servicios de salud no mejoró de manera significativa con las remesas del extranjero, debido a que la falta de recursos económicos no es la razón principal de la exclusión en salud.

Ventajas

La principal ventaja de este estudio fue que a través de indicadores secundarios permitió identificar los municipios con mayor exclusión en salud y evaluar cuales son los factores más contribuyentes a generar esta exclusión.

Limitaciones

La principal limitación es la inherente a los estudios de este tipo; la falacia ecológica, que por el propio diseño del estudio los resultados solo son aplicables al conjunto “municipal”, pero no a los individuos, los cuales, puede poseer uno o varios de los factores de exclusión, por lo tanto, no fue posible cuantificar el numero exacto de población excluida. Por otra parte, los indicadores medidos no provienen de la misma fuente, ni del mismo período, limitando la correlación entre indicadores, no contar con indicadores a nivel localidad, disminuye la objetividad del estudio. No se alcanza a identificar necesariamente a las poblaciones más afectadas, debido a que en las áreas se infiere existen zonas suburbanas de los municipios más desarrollados que pudiera sufrir de alto grado de exclusión en salud. [8] Con el fin de corregir los sesgos de medición señalados, en el estudio de la exclusión en salud se realizó el cálculo de un indicador continuo de exclusión, basado en la familia de medidas propuesta por Foster, Greer y Thorbecke .(ver anexo 1) [1]

IX. CONCLUSIONES

Se puede concluir que la exclusión en salud, a nivel municipal en Guanajuato está caracterizada principalmente por factores externos como son municipios con predominio rural, la pobreza y la marginación. Una de las barreras trascendentales del modelo segmentado, es que la seguridad social es principalmente para los trabajadores de la economía formal, dejando descubiertos a los más pobres, que no son cubiertos en su totalidad por el sistema público, y son ellos los que tienen que recurrir al gasto de bolsillo, que en proporción a sus ingresos llega a ser catastrófico y limita en muchas ocasiones el mantenimiento y/o restablecimiento de su salud, situación semejante a las familias de migrantes donde las remesas son escasas o suspendidas. Esta situación es más marcada en la zona nororiental del Estado, donde se encuentra a la población más marginada y con altos índices de expulsión de migrantes.

La población de esta zona se encuentra dispersa y alejada no solo geográficamente sino que además las vías de comunicación no son las adecuadas para un tránsito rápido de personas o de mercaderías. Esto ocasiona que los hospitales más cercanos se encuentren a varias horas de camino, esto es importante porque la necesidad percibida de la población se refiere a los servicios de segundo nivel. Aquí es donde es importante hacer una reflexión, de entrada, parece que no es económicamente viable la dotación a las cabeceras municipales de servicios de 2° nivel, sin embargo bien pueden reorganizarse los servicios hacia un modelo híbrido, que proporcione las especialidades básicas junto a seguir prestando los servicios de baja complejidad, esto puede ser un detonador para la fijación de las poblaciones a su lugar de origen, por otro lado, una forma de paliar el efecto empobrecedor de las remesas extranjeras es el impulso a las empresas cooperativas agroindustriales pequeñas, así como, favorecer por mecanismos institucionales la comercialización de sus productos tanto en el mercado local como en el extranjero.

Es obvio, que las solas medidas de inversión en salud tendrán poco impacto, si no se acompañan de un esfuerzo conjunto del Estado para impulsar el desarrollo mediante la instalación de infraestructura de comunicación pertinente, así como de empresas con entrenamiento en la planta productiva sobre actividades que permitan realmente mejorar el desarrollar en estas zona, todo esto dentro de un marco legal y fiscal que estimule la creación de empleos.

La marginación esta relacionada en muchos casos con el fenómeno de la migración y esta a su vez con la exclusión en salud. En las entrevistas se constató que los servicios de salud de salud que se prestan con el modelo actual, no satisface las necesidades de horarios, abastecimiento de medicamentos y prestación de servicios especializados, los pobladores de esas zonas estudiadas refirieron inequidad en la distribución de los beneficios gubernamentales y perciben el fenómeno migratorio como un problema determinado no sólo por la estructura económica sino también como determinado por patrones culturales donde se reitera que la emigración es la única forma o por lo menos la mejor de salir avante económicamente.

La migración por lo tanto no puede ser vista como un fenómeno ajeno a la trama social económica y cultural de esas comunidades es causa y resultado de un proceso social complejo donde la marginación y la exclusión social de distintas índoles se manifiesta de varias formas.

La labor redistributiva de la riqueza que es una de las funciones del Estado; cumple en estas comunidades su objetivo primario y es entonces donde independientemente de la viabilidad autofinanciera de las medidas en el corto plazo, la inversión gubernamental en desarrollo y en salud traen un efecto benéfico en la población y pueden incidir sobre el fenómeno salud-enfermedad-atención al igual que sobre la migración.

Entonces: las políticas públicas se deben orientar no solo al asistencialismo en salud sino hacia la creación de fuentes de empleo adecuadamente remunerado, a la creación de infraestructura física, educativa y tecnológica que pueda ser el pivote para mover a esos grupos sociales a nuevos estadios de desarrollo humano.

Todo lo anterior, se traduce en oportunidades de mejora, principalmente para los servicios de salud públicos, para buscar estrategias que contribuyan a proporcionar servicios de salud de mejor calidad, cantidad y oportunidad, así mismo, realizar intervenciones costo efectivas como es la implementación del Seguro Popular hacia los sectores más necesitados y hasta el momento parcialmente excluídos en salud.

X. RECOMENDACIONES

Es importante tomar conciencia de la importancia de realizar encuestas tanto nacionales, como estatales con representación a nivel municipal o local para poder contar con datos que permitan también tomar decisiones a estos niveles.

Es necesario analizar las propuestas federales que se han puesto en marcha para incrementar la seguridad social y poder diseñar estrategias que permitan acelerar el establecimiento de la protección social a los grupos excluidos, entre ellos, los migrantes.

Es indispensable realizar intervenciones para mejorar las condiciones de los excluidos en salud, para ello, se plantea la posibilidad de desarrollar un diálogo social a través de las técnicas de participación tipo *coaching* y de negociación colectiva para reunir a diversos actores sociales con el objetivo de acordar, compartir y definir intervenciones en cada uno de los ámbitos donde se genere la exclusión en salud, establecer un Plan de Acción de intervención comunitaria encaminado a reducir dicha exclusión, así mismo, elaborar un Modelo de Evaluación que a través de indicadores mida el impacto a corto plazo y mediano plazo de las intervenciones.

XI. BIBLIOGRAFIA

[1] CONAPO, 2004. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050

[2] Crecimiento demográfico en Guanajuato http://www.guanajuato.gob.mx 05-04-04

[3] Secretaria de Salud de Guanajuato, Extensión Regional Operativa (ERO) 2003.

[4] Rionda Luis Miguel "Guanajuato: pobreza, desarrollo desigual y comportamiento político"orion.ugto.mx/ cicsug/Docs/CICSUG_Informe_trimestral_ago_nov_2001.pdf consultado el 05-04-04

[5] Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. 05-09-04

[6] Población total por entidad federativa http//www.procomer. com/mercados TLC/oficinas 05-04-04

[7] Centro de Estudios Sociales y de Opinión pública (CESPO) Monografía de Guanajuato.

[8] SSA . Plan Nacional de Salud 2000-2006

[9] Boltvinik J. Damián A .Derechos humanos y medición oficial de la pobreza en México Papeles de POBLACIÖN No.35 CIEP/UAEM

[10]Bessis, Sophie. "De la exclusión social a la cohesión social. Síntesis del Coloquio de Roskilde". UNESCO. París, 1995 citado en OPS "Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe" Serie No.1 Extensión de Protecciób Social en Salud.

[11] OPS "Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe" Serie No.1 Extensión de Protección Social en Salud. Ed. 2003

[12] Behrman, Jere; Gaviria, Alejandro; y Székely Miguel en " Who' s in and who' s out. Social exclusion in Latin America". Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington DC, 2003. cit. ibid 11

[13] Bhalla A. S. y Lapeyre Frederic. "Poverty and exclusion in a global world". Macmillan Press Ltd. Gran Bretaña, 1999. cit ibid 11

[14] , Amartya. "Development as freedom" USA, 1999.cit.ibid 11

[15] Whitehead, M. "The concepts and principles of equity and health" en el International Journal of health Services, 1992; 22:429-45 y Wastgaff, A. "Poverty and health sector inequalities" en Bulletin of the World Health Organization 2002;80:97-105. cit.ibid 11

[16] "Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe" Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000. cit.ibid 11.

[17] "Who' s in and who' s out. Social exclusion in Latin America ". Editado por Jere Behrman, Alejandro cit.ibid 11.

[18] Figueroa, Adolfo: "La exclusión social como una teoría de la distribución" en "Exclusión social yreducción de la pobreza en América Latina y El Caribe". Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000. cit.ibid 11.

[19] Boltvinik J. Damian A. Evolución y características de la pobreza en México Comercio exterior, vol 53, num 6 , junio 2003.

[20] Dirección General de Población Unidad de Planeación e Inversión Estratégica Encuesta de Hogares sobre Migración en Guanajuato. Gobiernos del Estado 2002

[21] OPS/OMS Guía Metodológica para la caracterización de exclusión social en salud. Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Washington, D.C.,2001

[22] OPS/OMS Guía Metodológica para el Diseño e Implementación de Dialogo Social en Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud , Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Washington DC., 2003.

[23] OPS "Exclusión en Salud en países de America Latina y el Caribe" Serie No.1 Extensión de Protección Social en Salud. Ed. 2003 pag. 121.

[24] OPS Perfil del Sistema de Servicios de Salud México.2da. Edición 2002 http://www.lachsr.org/documents/ perfildelsistemadesaluddemexico-ES.pdf 22-07-04

[25] Presidencia de la República Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 Gobierno de los Restados Unidos Mexicanos, México, D.F. 2001 cit ibid 26

[26] CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050

[27] Secretaria de Salud. Salud:México 2003. Información para la rendición de cuentas, primera edición 2003

[28] Estadisticas de la Unidad de Planeación e Inversión Estratégica, http://copladeg.guanajuato.gob.mx/METAS .htm 11-11-04

[29] Estimaciones de COESPO basados en datos del XII Censo de Población y Vivienda,2000

[30] Secretaria de Salud de Guanajuato Prontuario Estadístico 2003

[31] Secretaria de Salud de Guanajuato. Registro Nacional de Infraestructura en Salud. (RENIS), 2004

[32] Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de los Servicios de Salud 2000(ENSSA)

[33] Secretaria de Salud. Salud:México 2002. Información para la rendición de cuentas, segunda edición 2003

[34] INSPEG Programa Sectorial de Salud 2001-2006.

[35] SSA . Plan Nacional de Salud 2000-2006

[36] Boltvinik J. Damián A .Derechos humanos y medición oficial de la pobreza en México Papeles de POBLACIÖN No.35 CIEP/UAEM

[37] Secretaría de Salud (SSA Programa Nacional de Salud 2001-2006Primera Edición México, D.F. 2001cit ibid 26

[38] Consejo Nacional de Salud SSA Informe a la XXII Reunión Ordinaria, México D. F: Octubre de 2000, cit ibid 26

[39] Gobierno de México Diario Oficial de la Federación (DOF). 15 de marzo de 2002 cit ibid. 26

[40]CONAPO Índice de marginación 2000, Marginación, severidad de la pobreza y rezago sociodemográfico, capítulo 4 www.conapo.gob.mx/publicaciones/indices/pdfs/004.pdf